

Prácticas de autocuidado y autoeficacia en pacientes con VIH: efecto de una intervención psicoeducativa

JUAN CARLOS PLASCENCIA-DE LA TORRE¹, ELSY CLAUDIA CHAN-GAMBOA²

Y JOSÉ MANUEL SALCEDO ALFARO³

¹Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de los Altos

²Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud

³Mesón de la Misericordia Divina, AC

Cómo citar este artículo (estilo APA) / Citing this article (APA style):

Plascencia de la Torre, J. C., Chan Gamboa, E. C., Matsui Santana, O. J., & Salcedo Alfaro, J. M. (2022). Prácticas de autocuidado y autoeficacia en pacientes con VIH: Efecto de una intervención psicoeducativa. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 14(1), 81-92.

Resumen

El objetivo es evaluar el efecto de una intervención psicoeducativa sobre las prácticas de autocuidado en la salud y la autoeficacia en pacientes con VIH. El estudio fue cuasiexperimental con la participación de 17 pacientes en el grupo experimental y 14 en el de control. Se utilizó la subescala de aspectos no farmacológicos y autocuidados y la subescala de autoeficacia del cuestionario de factores relacionados con la adherencia al tratamiento para el VIH/sida. Se realizaron análisis descriptivos y no paramétricos para la comparación de las variables de estudio antes y después de la intervención. Se encontró una mejora significativa en las variables de estudio del grupo experimental: autocuidado ($t=-4.540$; $p \leq 0.000$), autoeficacia ($t=-2.976$; $p \leq 0.009$); en el grupo control no se advirtieron diferencias significativas: autocuidado ($t=-1.746$; $p \leq 0.104$) y autoeficacia ($t=-0.186$; $p \leq 0.856$). Como conclusión se tiene que la intervención psicoeducativa podría relacionarse con un incremento en las prácticas de autocuidado y la autoeficacia en los participantes del grupo experimental al mes de haber culminado la intervención.

Palabras clave: intervención psicoeducativa, VIH, autocuidado para la salud, autoeficacia, psicología de la salud

Self-care practices and self-efficacy in HIV patients: Effect of a psychoeducational intervention

Abstract

The objective of the study was to evaluate the effect of a psychoeducational intervention on self-care practices in health and self-efficacy in HIV patients. The method consisted of a quasi-experimental study with 17 patients in the experimental group and 14 in the control group. The non-pharmacological aspects and self-care sub-scale and the self-efficacy sub-scale of the questionnaire of factors related to adherence to treatment for HIV/AIDS were used. Descriptive and non-parametric analyzes were performed to compare the study variables before and after the intervention. A significant improvement was found in the study variables of the experimental group: self-care ($t = -4.540$; $p \leq 0.000$), self-efficacy ($t = -2.976$; $p \leq 0.009$); In the control group, no significant differences were found: self-care ($t = -1.746$; $p \leq 0.104$), self-efficacy ($t = -0.186$; $p \leq 0.856$). The conclusions indicate that The psychoeducational intervention could be related to an increase in self-care practices and self-efficacy in the participants of the experimental group, one month after completing the intervention.

Keywords: psychoeducational intervention, HIV, self-care for health, self-efficacy, health psychology

Dirigir toda correspondencia al autor a la siguiente dirección:

Juan Carlos Plascencia de la Torre
Av. Rafael Casillas Aceves No. 1200, C.P. 47620, Tepatitlán de Morelos, Jalisco, Mexico.
Celular: (52) 378 118 93 01
Email: juan.plascencia4353@academicos.udg.mx
RMIP 2022, Vol. 14, Núm. 1, pp. 81-92.
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ©RMIP

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas, los adelantos en materia de diagnóstico e intervención clínica han dado un giro positivo en el abordaje del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia

adquirida (sida), y han logrado reducir las cifras de nuevas infecciones y mortalidad a nivel mundial.

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida (ONUSIDA, 2020), al cierre de 2019 se reportó que 38 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo (36.2 millones de adultos y 1.8 millones de niños). Asimismo, se reportó que, al término de junio de 2020, 26 millones de personas tenían acceso al tratamiento antirretroviral, en comparación con los 2.4 millones de personas en 2009.

Por otro lado, la Secretaría de Salud (2020) registró 315,177 casos de infección por VIH/sida desde 1983 hasta noviembre de 2020 en México, de los cuales 255,981 casos han sido hombres y 59,196, mujeres. La edad en la que se reporta el mayor número de infecciones oscila entre los 25 y 34 años. La categoría de transmisión se ha presentado por vía sexual, con un 96.1% del total de los casos en el país. De igual modo, la misma secretaría menciona que, durante 2020, se contabilizaron 8,635 nuevos casos de VIH.

Más allá de los cuidados médicos que se proporcionan a los pacientes con VIH, resulta necesario reconocer la importancia del desarrollo del autocuidado en el paciente; dicho constructo es definido por Orem (1993) como la acción reguladora que ejerce cualquier persona sobre conductas aprendidas que van dirigidas hacia sí mismos para modificar los factores ambientales que perjudican el desarrollo y funcionamiento de su salud y bienestar. En ese sentido, podemos definir el proceso del autocuidado como la capacidad de todo individuo por mantener la salud y hacer frente a las enfermedades a través de conductas promotoras sin la necesidad de un proveedor de atención médica.

Desde la perspectiva del VIH, las acciones de autocuidado incluyen la práctica de actividad física, la alimentación balanceada, la higiene personal, la adherencia al tratamiento antirretroviral, la evitación del consumo de sustancias psicoactivas, el uso correcto del condón durante las relaciones sexuales, así como el manejo emocional, pues, frente a este caso, el estrés y la ansiedad logran influir directamente en el progreso de la enfermedad (Marriner, 2011; Meseses y Mayorca, 2014; Varela et al. 2008).

Por otro lado, es necesario desarrollar habilidades que permitan lograr las óptimas conductas saludables en el paciente. Con relación a ello, Bandura (1994) define el concepto de autoeficacia como el juicio que cada persona tiene sobre las habilidades de autorregulación que permiten ejercer control sobre ellos mismos y situaciones externas; estas habilidades se vinculan al manejo de la motivación, creencias y formas de actuar. Asimismo, Bandura plantea que una problemática principal asocia-

da al cambio conductual gira en torno a la enseñanza de las personas sobre lo que deben, o no, hacer acerca de una conducta saludable durante el proceso de salud-enfermedad; en ese sentido, lo que se debe enseñar son destrezas que lleven a la autoeficacia.

Diversos estudios han evaluado las conductas de autocuidado en personas con VIH y han reportado que menos del 27% de la población con VIH logra apegarse a las prácticas de autocuidado para la salud, es decir, los hábitos de vida saludable (Meneses y Mayorca, 2014; Rodríguez y Gastañadui, 2015). De igual manera, investigaciones han confirmado la relación entre la autoeficacia y el autocuidado, y han concluido que la autoeficacia tiene influencia y posee efecto predictor sobre las conductas de autocuidado (Gutiérrez y Gómez, 2018).

Factores de riesgo como el estigma social, los estados emocionales, las adicciones a sustancias psicoactivas, los problemas financieros, los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, y la falta de apoyo social pueden estar asociadas al bajo autocuidado y la autoeficacia en individuos con VIH (Oskouie et al., 2017; Rodríguez y Gastañadui, 2015), así como en personas con otras condiciones médicas (Bohanny et al., 2013). No obstante, Plascencia y Castellanos (2019) resaltan la importancia de la resiliencia como un factor protector para alcanzar la adherencia y conductas de vida saludable.

Tomando en cuenta lo anterior, resulta útil pensar en la psicoeducación como una estrategia integral para fortalecer las habilidades en la población de ámbitos clínicos y hospitalarios. En ese sentido, la psicoeducación es definida como el proceso que brinda a los pacientes la información en cuanto a la enfermedad, así como la posibilidad de desarrollar y fortalecer sus habilidades de afrontamiento ante diversas situaciones de una manera más adaptativa (Bulacio y Vieyra, 2003). Colom (2011) considera que la psicoeducación tiene como meta dotar al paciente de herramientas que lo conviertan en un ser más proactivo en el entendimiento y tratamiento de su enfermedad, al buscar modificar las actitudes y las conductas del paciente y que le permita una mejor adaptación, incluyendo los cambios en sus estilos de vida.

Distintos estudios han evidenciado la eficacia de este tipo de intervenciones en diversas poblaciones y situaciones, tal es el caso de pacientes con cáncer de mama (Bostanci y Sevim, 2012; Montiel y Guerra, 2015), enfermedades reumáticas (Geenen et al., 2012), dolor crónico (McGillion et al., 2008), síntomas depresivos (Melo-Carrillo et al., 2012), diabetes (Mora et al., 2008; Suárez et al., 2000) y VIH-sida (Balfour et al., 2006; Freedberg et al., 2006; Khani et al., 2020; Pérez et al., 2015).

No obstante, las intervenciones psicoeducativas no han logrado ser incorporadas en la mayoría de los espacios

clínicos y hospitalarios de México que brindan atención a pacientes con VIH, por lo que sigue siendo escasa la aplicación y la evaluación de este tipo de programas. Partiendo de lo anterior, el objetivo de este estudio fue implementar y evaluar una intervención psicoeducativa para incrementar las prácticas de autocuidado y la autoeficacia en pacientes con VIH de una institución civil en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México.

MÉTODO

DISEÑO

El estudio se abordó desde un enfoque cuantitativo, con un diseño cuasiexperimental, con grupo control, sin haber sido asignados a través de la aleatorización (Argimon y Jiménez, 2013).

POBLACIÓN

Utilizamos un muestreo no probabilístico por conveniencia con base en los siguientes criterios: tener 18 años cumplidos o más, saber leer y escribir, contar con un diagnóstico de VIH, estar bajo tratamiento antirretroviral, firmar el consentimiento informado, asistir al 75% de las sesiones del programa psicoeducativo (aplicó solo para los participantes del grupo experimental), y completar correctamente las evaluaciones.

La muestra quedó conformada por 31 pacientes, 17 en el grupo experimental y 14 en el grupo control. Los participantes del grupo experimental reportaron una edad media de 32.00 años (DE=8.76). El 64.7% de los participantes fueron hombres, solteros y con nivel educativo de licenciatura. Por su parte, el grupo control registró una edad media de 31.86 años (DE=9.29): el 71.4% fueron mujeres, el 50% eran solteros y el otro 50%, casados; el 64.3% señaló un nivel educativo de educación básica.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes

Características sociodemográficas	Grupo experimental (n=17)		Grupo control (n=14)		p
	N (%)	Media (DE)	N (%)	Media (DE)	
<i>Edad (años)*</i>		32.00 (8.76)		31.86 (9.29)	
<i>Sexo</i>					0.045*
Masculino	11 (64.7)		4 (28.6)		
Femenino	6 (35.3)		10 (71.4)		
<i>Estado civil</i>					0.235
Soltero	12 (70.6)		7(50)		
Casado/unión libre	4 (23.5)		7 (50)		
Viudo	1 (5.9)		-		
<i>Escolaridad</i>					0.196
Educación básica	6 (35.3)		9 (64.3)		
Preparatoria	4 (23.5)		3 (21.4)		
Licenciatura	7 (41.2)		2 (14.3)		
<i>Antigüedad con el diagnóstico (meses)*</i>		47.76 (67.35)		80.93 (70.08)	0.191
<i>Antigüedad con el tratamiento (meses)*</i>		41.82 (60.58)		80.07 (70.27)	0.114

* El nivel de significancia es ≤ 0.05 .

La intervención se llevó a cabo en una instancia no gubernamental (asociación civil) en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, llamada Mesón de la Misericordia Divina, AC. Dicho espacio brinda atención integral sin discriminación alguna a todas las personas que viven y conviven con VIH-sida. Por medio del trabajo de diversos profesionales de la salud y de otras áreas sociales, se facilita el proceso de inclusión social y se acompaña en la mejora de la calidad de vida asociada a la salud de las personas diagnosticadas y sus familiares.

INSTRUMENTOS

Para evaluar las prácticas de autocuidado, utilizamos la subescala de aspectos no farmacológicos y autocuidados del cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH/sida [CAT-VIH] (Varela et al., 2009). Este cuestionario está compuesto por 11 preguntas con una escala de respuesta tipo Likert, que mide componentes de autocuidado como la alimentación, ejercicio físico, manejo de emociones, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, conducta de fumar, uso del condón y cuidado del cuerpo. El puntaje total de la suma de los ítems da 48 como valor máximo y 11 como el mínimo valor. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.61 en población peruana. Sin embargo, para fines de este estudio, optamos por eliminar el ítem 6, puesto que no alcanzaba un alfa de

Cronbach aceptable ($\alpha=.490$), de ahí que la escala quedó conformada por un total de 10 ítems, que arrojó un alfa de Cronbach de $\alpha=.619$. La puntuación total de la suma de los ítems fue de 43 como máximo y 10 como mínimo, con los siguientes rangos: prácticas de autocuidado inadecuadas (<39 puntos) y prácticas de autocuidado adecuadas (>40 puntos).

También utilizamos la subescala de autoeficacia en VIH del cuestionario de factores relacionados con la adherencia al tratamiento para el VIH/sida (CFR-AT VIH) de Varela et al. (2013), compuesta por 10 ítems evaluados en una escala tipo Likert que va del 1 (nada capaz) al 3 (muy capaz); a mayor puntaje, mayor autoeficacia. Para este estudio, encontramos una confiabilidad de 0.79.

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

La intervención psicoeducativa se integró de ocho sesiones temáticas basadas en el modelo de autocuidado y el modelo de autoeficacia, y diseñadas por el equipo de profesionales del Mesón, AC; se implementó una sesión por semana con una duración de 90 minutos cada una (véase tabla 2). Por su parte, a los participantes del grupo control se les proporcionó una sola sesión informativa de 90 minutos, en la cual se abordó el tema general del autocuidado, sin haber participado en el programa psicoeducativo como tal.

Tabla 2. Diseño general del Programa Psicoeducativo de Autocuidado en VIH

Sesión	Contenido	Objetivo
1	Prácticas de autocuidado en la salud Importancia del autocuidado en la salud Principales medidas de autocuidado en condición de VIH	Fomentar las prácticas de autocuidado para la salud en los usuarios para que se responsabilicen de sus propias acciones frente a la salud y la de su familia
2	Conociendo el VIH Conceptualización del VIH-sida y sus diferencias Definición de conceptos clave como CD4, carga viral, etc. Medios de transmisión y medios de evaluación para un diagnóstico oportuno Historia del VIH-sida y sus avances más recientes	Proporcionar la información básica en torno al VIH para ampliar el conocimiento de los usuarios

3	Tratamiento antirretroviral y la importancia de la adherencia	Tipos de tratamientos antirretrovirales y sus esquemas Efectos secundarios de cada tratamiento y cómo afrontarlos Definición de adherencia y su importancia en la salud	Conocer el tratamiento antirretroviral y la importancia de la adherencia, así como sus efectos en la salud del usuario
4	Alimentación saludable	Aspectos esenciales del plato del buen comer y el vaso del buen beber Romper mitos en cuanto aspectos de qué se debe comer y qué no y en qué cantidades en una condición de VIH Importancia y beneficios de la alimentación para la salud en condición de VIH	Conocer la importancia de una buena alimentación en el proceso de recuperación de la salud
5	Salud emocional	Emociones básicas y estrategias para la regulación emocional Técnicas para las habilidades asertivas Principales estrategias para el control emocional: relajación muscular	Identificar la importancia de las emociones, desarrollar habilidades asertivas y de control emocional, así como técnicas de relajación muscular
6	Sexualidad y salud sexual	Conocimientos de los conceptos sexualidad, sexo, género, orientación sexual Sensibilización sobre el cuidado de la sexualidad y cómo vivir una sexualidad plena Uso correcto del preservativo masculino y femenino	Conocer la importancia de la sexualidad en la salud y vivirla de manera plena y responsable
7	Redes de apoyo social	Principales redes de apoyo, sus tipos y la importancia de buscarlas Derechos humanos como portador del VIH Compartiendo el diagnóstico: ¿a quién decirle y a quien no?	Hacer conciencia de la importancia de construir redes de apoyo social y recurrir a ese apoyo en el proceso de salud
8	Proyecto de vida	Desarrollo de un proyecto de vida personal Identificar el formato FODA	Fomentar la importancia de desarrollar un proyecto de vida y brindar los elementos básicos para su ejecución a partir de los temas vistos en el taller

PROCEDIMIENTOS

A través de los correos electrónicos, invitaciones personales y redes sociales, invitamos a participar en el programa psicoeducativo a los interesados que cumplieran con los criterios de inclusión. Posteriormente, informamos en detalle el proceso de evaluación, los objetivos del estudio, los resultados que pretendíamos obtener y los beneficios esperados. También, les solicitamos firmar una carta de consentimiento informado y de participación voluntaria.

En seguida, aplicamos la batería de instrumentos para evaluar las variables de interés antes de iniciar la intervención; una vez hecha la primera evaluación, comenzamos las sesiones. Un mes después de la intervención, realizamos la medición postest a fin de evaluar las mismas variables de estudio. Por otro lado, con el grupo control llevamos a cabo la medición basal antes de la sesión informativa; un mes más tarde volvimos a aplicar la batería de instrumentos. Las evaluaciones iniciales y posteriores al programa se efectuaron de manera colectiva, autoadministrada, con un tiempo promedio de aplicación de 15 a 20 minutos. Las pruebas aplicadas no tuvieron ningún efecto directo sobre el curso y desarrollo del padecimiento de los participantes.

El estudio se realizó de acuerdo con lo especificado en la Ley General de Salud de México en materia de investigación para la salud (artículos 96 y 101) y se consideró con un riesgo mínimo. De igual modo, el proyecto fue

presentado ante la Dirección General del Mesón de la Misericordia Divina, AC, y contó con la autorización del comité directivo para llevar a cabo el estudio con los pacientes que asistieron.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de las variables sociodemográficas fue descriptivo, y usamos frecuencias y porcentajes para variables categóricas, así como las medidas de tendencia central y de dispersión (media y desviaciones estándar) para variables numéricas. De igual modo, aplicamos un análisis bivariado a través de las pruebas no paramétricas debido al bajo tamaño de la muestra. La comparación de las dos medidas (pretest y postest) en cada uno de los grupos se determinó mediante la prueba Wilcoxon. El valor significativo de p fue ≤ 0.05 .

RESULTADOS

Partiendo de los datos obtenidos, examinamos las medidas de pretest y postest del grupo experimental por medio de la prueba Wilcoxon. Los resultados se muestran en la tabla 3. Identificamos diferencias significativas ($p \leq 0.05$) tanto en las prácticas de autocuidado como en la autoeficacia en los participantes del grupo experimental. Asimismo, en el grupo control no encontramos diferencias significativas en ninguna de las variables de interés.

Tabla 3. Análisis de las mediciones pretest y postest de las variables de estudio

Grupos de estudio	Variables de estudio	Pre	Post	Z	Sig.
		Media (DE)	Media (DE)		
Experimental	Prácticas de autocuidado	32.12 (3.638)	36.24 (1.855)	-3.398	0.001*
	Autoeficacia	20.82 (3.432)	22.94 (0.899)	-3.081	0.002*
Control	Prácticas de autocuidado	33.50 (4.670)	35.50 (3.252)	-1.549	0.121
	Autoeficacia	20.21 (2.750)	20.35 (2.169)	-0.537	0.591

Z= Prueba Wilcoxon

* El nivel de significancia es ≤ 0.05

De igual manera, hicimos una comparación estadística con el grupo experimental por cada pregunta de la subescala de autocuidado con el objetivo de identificar en qué conductas se generó un cambio; tomamos los puntajes de las medidas antes y después de la interven-

ción, y observamos diferencias significativas positivas en la mayoría de los ítems, excepto en el 6, 7 y 8, relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y el uso del preservativo en las relaciones sexuales (véase tabla 4). Por su parte, con el grupo control advertimos dife-

rencias significativas solo en el ítem 7, que refiere el uso del condón durante las relaciones sexuales; en el resto de los ítems no se mostraron cambios importantes (véase tabla 5).

Tabla 4. Comparación pretest y postest de los ítems de la escala de autocuidado con el grupo experimental

	Pre Media (DE)	Post Media (DE)	Z	Sig.
1. ¿Hace ejercicio físico distinto al que le exigen sus actividades cotidianas?	1.71 (0.849)	2.29 (0.588)	-2.887	0.004*
2. ¿Se alimenta saludablemente (por ejemplo: bajo consumo de grasas, azúcares y harinas, consumo diario de frutas y verduras, toma de varios vasos de agua diariamente, poco o ningún consumo de alimentos enlatados y gaseosos)?	2.71 (0.686)	3.24 (0.437)	-2.714	0.007*
3. ¿Evita consumir alimentos que puedan estar contaminados o sucios (por ejemplo: lavando bien las frutas y verduras, no comiendo en la calle, lavándose bien las manos)?	2.94 (0.827)	3.41 (0.507)	-2.126	0.033*
4. Cuando se siente triste, enojado o angustiado, ¿hace algo que le permita sentirse mejor (por ejemplo: desahogarse llorando, buscar a alguien para hablar, distraerse con alguna actividad, ver el lado bueno de la situación, leer, meditar)?	2.41 (0.712)	2.94 (0.556)	-2.460	0.014*
5. ¿Toma bebidas alcohólicas?	4.24 (0.752)	4.59 (0.507)	-2.121	0.034*
6. ¿Consume marihuana, cocaína o alguna otra droga?	4.82 (0.393)	5.00 (0.000)	-1.732	0.083
7. ¿Usa condón durante las relaciones sexuales?	2.94 (0.748)	2.94 (0.429)	0.000	1.000
8. ¿Usa el condón correctamente (por ejemplo: revisa la fecha de vencimiento, no rompe el empaque con los dientes, no utiliza productos que afecten su calidad, etc.)?	3.53 (1.007)	3.94 (0.494)	-1.732	0.083
9. ¿Observa su propio cuerpo para detectar si hay cambios (por ejemplo: aparición de manchas o irritaciones, inflamación de ganglios, aparición de abultamientos, flujos vaginales, etc.)?	3.47 (0.717)	3.88 (0.332)	-2.333	0.020*
10. ¿Se preocupa por el cuidado de sí mismo (a) (por ejemplo: no descuida su tratamiento por el cuidado de los demás, saca tiempo para usted, etc.)?	3.35 (0.931)	4.00 (0.000)	-2.414	0.016*

Z= Prueba Wilcoxon

* El nivel de significancia es ≤ 0.05

Tabla 5. Comparación pretest y postest de los ítems de la escala de autocuidado con el grupo control

	Pre Media (DE)	Post Media (DE)	Z	Sig.
1. ¿Hace ejercicio físico distinto al que le exigen sus actividades cotidianas?	2.93 (1.072)	2.57 (1.016)	-1.508	0.132
2. ¿Se alimenta saludablemente (por ejemplo: bajo consumo de grasas, azúcares y harinas, consumo diario de frutas y verduras, toma de varios vasos de agua diariamente, poco o ningún consumo de alimentos enlatados y gaseosos)?	2.50 (0.760)	2.93 (0.616)	-1.897	0.058
3. ¿Evita consumir alimentos que puedan estar contaminados o sucios (por ejemplo: lavando bien las frutas y verduras, no comiendo en la calle, lavándose bien las manos)?	3.21 (0.893)	3.36 (0.842)	-0.816	0.414
4. Cuando se siente triste, enojado o angustiado, ¿hace algo que le permita sentirse mejor (por ejemplo: desahogarse llorando, buscar a alguien para hablar, distraerse con alguna actividad, ver el lado bueno de la situación, leer, meditar)?	2.93 (1.141)	3.14 (0.864)	-1.000	0.317
5. ¿Toma bebidas alcohólicas?	4.29 (0.611)	4.50 (0.650)	-1.732	0.083
6. ¿Consume marihuana, cocaína o alguna otra droga?	4.64 (0.842)	4.86 (0.363)	-0.816	0.414
7. ¿Usa condón durante las relaciones sexuales?	2.64 (0.929)	3.07 (0.829)	-2.121	0.034*
8. ¿Usa el condón correctamente (por ejemplo: revisa la fecha de vencimiento, no rompe el empaque con los dientes, no utiliza productos que afecten su calidad, etc.)?	3.50 (1.225)	3.86 (0.770)	-1.667	0.096
9. ¿Observa su propio cuerpo para detectar si hay cambios (por ejemplo: aparición de manchas o irritaciones, inflamación de ganglios, aparición de abultamientos, flujos vaginales, etc.)?	3.29 (0.994)	3.43 (0.938)	-0.687	0.492
10. ¿Se preocupa por el cuidado de sí mismo (a) (por ejemplo: no descuida su tratamiento por el cuidado de los demás, saca tiempo para usted, etc.)?	3.57 (0.646)	3.79 (0.426)	-1.134	0.257

Z= Prueba Wilcoxon

* El nivel de significancia es ≤ 0.05

DISCUSIÓN

Los hallazgos presentados ponen en evidencia la mejora de las conductas de autocuidado para la salud en un grupo de pacientes con VIH, como resultado de un proceso de intervención psicoeducativa, lo que produce un impacto positivo en las variables de autocuidado y autoeficacia; esto, en comparación con lo encontrado en el grupo control.

Estos resultados se asimilan a algunas otras intervenciones eficaces que han manifestado la mejora del autocuidado en VIH; tal es el caso de lo realizado por Canaval et al. (2017), quienes evaluaron el efecto de un manual de autocuidado para personas con VIH que demostró utilidad en los pacientes una vez hecha la intervención. Si bien son escasos los trabajos sobre el autocuidado en pacientes con VIH, se han encontrado resultados favorables de programas análogos dirigidos a otro tipo de población, como el empoderamiento del autocuidado en la salud en adultos mayores (Guzmán-Olea et al., 2017) y el autocuidado para mejorar la calidad de vida en atletas (Duarte y Anderson, 2013).

Asimismo, evidenciamos el impacto de la intervención en la mayoría de los ítems de la escala de autocuidado de los participantes del grupo experimental, a excepción de las conductas del no consumo de sustancias psicoactivas, uso del condón y uso correcto de este. Lo anterior se explicaría mejor a partir de que, al momento de iniciar la intervención, los pacientes reportaron no consumir sustancias psicoactivas y hacer uso correcto del preservativo, por lo que, al final de la misma intervención, los puntajes se mantuvieron iguales. Este hallazgo da pie a deducir que los pacientes que viven con VIH son más conscientes sobre el uso correcto del preservativo desde el inicio del diagnóstico; esto, para evitar, primordialmente, la transmisión del virus a sus parejas sexuales y, por otra parte, la adquisición de alguna otra infección de transmisión sexual.

Por su parte, en el grupo control solo encontramos diferencia en el ítem del uso frecuente del condón en las relaciones sexuales, lo que da pie a una mejora significativa posterior a la charla informativa. Esto explicaría que las sesiones reducidas lograrían tener un impacto sobre la concientización del uso correcto del preservativo en personas que viven con VIH.

La intervención logró un incremento en los puntajes de autoeficacia en el grupo experimental a los treinta días de concluir el programa, comparado con el puntaje adquirido con el grupo control, el cual, a pesar de que reportó un ligero incremento, este no fue significativo. Esto se explica porque las sesiones psicoeducativas implementadas con el grupo experimental estaban diseña-

das para proporcionar y reforzar las habilidades conductuales en torno al cuidado personal y el fortalecimiento de la salud, como lo plantea Bandura (1994). Este proceso funciona a través del compromiso de una conducta para, después, interpretar los resultados de esa misma, y luego desarrollar creencias sobre si la persona es capaz, o no, de llevar acciones subsecuentes en otros contextos o situaciones similares.

Desde esta lógica, Guzmán-Olea et al. (2017) consideran que las intervenciones bajo la estructura de programa son una alternativa a la praxis de la atención médica encaminada al tratamiento farmacológico, el cual favorece la participación activa del paciente en el control de su proceso salud-enfermedad. En ese sentido, Söderhamn (2013) hace hincapié en la necesidad de establecer e implementar estrategias y programas que conduzcan al desarrollo y fortalecimiento de la promoción de la salud en población vulnerable, con la meta de fomentar habilidades y conductas que permitan un mayor control sobre las acciones orientadas al autocuidado para la salud. Sin embargo, sigue siendo escaso el trabajo de ejecución y evaluación de programas dirigidos a mejorar el autocuidado en pacientes con VIH, por lo que destaca la relevancia de promover el trabajo multidisciplinario enfocado al diseño y puesta en marcha de programas psicoeducativos del autocuidado en la salud de VIH.

En conclusión, es evidente la eficacia de la intervención psicoeducativa a través de los cambios significativos y positivos de las prácticas de autocuidado y la autoeficacia en los 17 participantes del grupo experimental. Estos hallazgos dan pauta para el diseño de nuevos programas psicoeducativos y el fortalecimiento de los ya existentes dirigidos a promover las conductas saludables en personas con VIH. Estos resultados contribuyen a algunas de las políticas públicas a nivel internacional cuya meta es erradicar el VIH; es el caso de la Acción Acelerada para poner fin a la epidemia de sida al año 2030 (ONUSIDA, 2019), que tiene como meta alcanzar los objetivos 90-90-90, es decir, que el 90% de la población con VIH conozca su diagnóstico; el 90% de quienes viven con un diagnóstico positivo tengan acceso gratuito al tratamiento antirretroviral; y el 90% de quienes tienen acceso al tratamiento alcancen un nivel serológico indetectable; sin embargo, para lograr estas metas, es fundamental trabajar la promoción del autocuidado en personas con VIH.

A pesar de encontrar resultados favorables en la intervención, es de suma importancia resaltar algunas limitaciones encontradas en el estudio, como el tamaño de la muestra (17 personas en el grupo experimental y 14 en el grupo control), pues las muestras pequeñas no per-

miten generalizar los resultados de una intervención de esta índole. Además, no hubo estratificaciones en subgrupos como la edad, sexo, nivel educativo y tiempo con el diagnóstico; esto hubiese permitido tener grupos más homogéneos.

En otro punto, el grupo control reportó mayor tiempo de conocer el diagnóstico y, por tanto, esto pudo influir en el apego al autocuidado; por ello, no fue considerado al evaluar los resultados. Volviendo a la muestra, el grupo control estuvo conformado, en su mayoría, por mujeres que responden de una manera distinta al cuidado de su salud que los hombres, en particular en México, donde la incidencia de VIH es mayor en varones, por lo cual las conductas ante la exposición a nuevas infecciones son diferentes y pueden modificar los resultados.

Por último, la falta de un seguimiento a largo plazo, debido a la poca participación de los pacientes para el llenado de los instrumentos, dificultó identificar la efectividad del programa, pues, a pesar de que observamos una mejora en las variables de estudio treinta días después de la finalización de la intervención, no identificamos si estos cambios positivos en los pacientes se mantuvieron a los tres y seis meses de concluida la intervención.

Partiendo de lo ya mencionado, tanto en conclusiones como en limitaciones recomendamos seguir trabajando en la implementación de programas psicoeducativos en espacios como organizaciones civiles e instituciones hospitalarias que brinden atención a pacientes con VIH-sida. Es importante apearse a parámetros metodológicos más estrictos que eviten, en la medida de lo posible, los sesgos y así conocer resultados más confiables; de igual modo, recomendamos trabajar con una muestra más amplia y dar un seguimiento a largo plazo, lo cual permitirá identificar si los cambios en sus conductas de autocuidado se conservan. Por último, es deseable promover la labor multidisciplinaria a fin de fortalecer los servicios integrales para mejorar la calidad de vida de quienes viven con VIH-sida.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más grande agradecimiento a todo el personal del Mesón de la Misericordia Divina, AC, por la apertura y valiosa colaboración en el desarrollo de esta investigación, por sus sugerencias y recomendaciones. A cada uno de los participantes, por su tiempo para que este estudio fuera posible.

REFERENCIAS

- Argimon Pallás, J.M. y Jiménez Villa, J. (2013). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (4ª. ed.), Elsevier.
- Balfour, L., Kowal, J., Silverman, A., Tasca, G., Angel, J., McPherson, P., Garber, G., Cooper, C. y Cameron, D. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 18 (7), 830-838. <https://doi.org/10.1080/09540120500466820>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. En V.S. Ramachandran (ed.). *Encyclopedia of human behavior* (vol. 4, pp. 71-81). Academic Press.
- Bohanny, W., Wu, S.F., Liu, C.Y., Yeh, S.H., Tsay, S.L. y Wang, T.J. (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Am Assoc Nurse Pract.*, 25(9), 495-502. <https://doi.org/10.1111/1745-7599.12017>
- Bostanci, N. y Sevim, B. (2012). Psychoeducation intervention to improve adjustment to cancer among Turkish stage I-II breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10), 5313-5318. <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.10.5313>
- Bulacio, J.M. y Vieyra, M.C. (2003). *Psicoeducación en salud*. www.intramed.net
- Canaval-Erazo, G.E., Valenca-Molina, C.P., Burgos-Dávila, D.C. y Cossio, A. (2017). Efectividad de un manual para autocuidado de síntomas en personas colombianas que viven con VIH. *Aquichan*, 17 (4), 401-412. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.4>
- Colom, F. (2011). *Guía psicoeducativa para personal de salud que atiende a familiares y personas con trastornos mentales*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Duarte Carranza, E. y Anderson Nedrick, G. (2013). Programa de autocuidado para el mejoramiento de la calidad de vida de atletas universitarios. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica*, 25, 1-13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo:codigo=5021211>
- Freedberg, K., Hirschhorn, L., Schackman, B., Wolf, L., Martin, L., Weinstein, M. y Losina, E. (2006). Cost-effectiveness of an intervention to improve adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients. *Acquir Immune Defic Syndr.*, 43 (1), 113-118. <http://dx.doi.org/10.1097/01.qai.0000248334.52072.25>
- Geenen, R., Newman, S., Bossema, E., Vriekolk, J. y Boelen, P. (2012). Psychological interventions for patients with rheumatic diseases and anxiety or depression. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 26 (3), 305-319. <http://dx.doi.org/10.1016/j.berh.2012.05.004>

- Gutiérrez Barreiro, R. y Gómez Ochoa, A.M. (2018). Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Av Enfermería*, 36(2), 161-169. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v36n2/0121-4500-aven-36-02-161.pdf>
- Guzmán-Olea, E., Maya Pérez, E., López Romero, D., Torres Poveda, K., Madrid Marina, V., Pimentel Pérez, B.-M. y Juárez Agis, R. (2017). Eficacia de un programa de empoderamiento en la capacidad de autocuidado de la salud en adultos mayores mexicanos jubilados. *Rev. Salud y Sociedad*, 8 (1), 10-20. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2017.0001.00001>
- Khani, F., Shahzad Pashaeypoor, S., Nikpeyma, N. y Kazemnejad, A. (2020). Effect of lifestyle education based on Pender model on health-promoting behaviors in HIV positive individuals: A randomized clinical trial study. *Nursing Practice Today*, 7(1), 45-52. <https://doi.org/10.18502/npt.v7i1.2299>
- Marriner, T. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed.). Elsevier Science.
- McGillion, M., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S., Coyte, P. y Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(2), 126-140. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.09.015>
- Melo-Carrillo, A., Van-Oudenhove, L. y López-Ávila, A. (2012). Depressive symptoms among Mexican medical students: High prevalence and the effect of a group psychoeducation intervention. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1098-1103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.040>
- Meneses-La Riva, M. y Mayorca-Carmelo, C. (2014). Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima. *Rev. Enferm. Herediana*, 7(2), 87-96. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2532>
- Montiel Castillo, V.E. y Guerrero Morales, V.M. (2015). Aproximaciones teóricas sobre psicoeducación. Análisis de su aplicación en mujeres con cáncer de mama. *Psicogente*, 19(36), 324-335. <http://doi.org/10.17081/psico.19.36.1301>
- Mora Gómez-Calcerrada, E., Beléndez Vázquez, M., Giral Muiña, P., Ballester Herrera, M.J. y Zapata García, L. (2008). Intervención psicoeducativa en niños y adolescentes con diabetes tipo 1. *Avances en Diabetología*, 24(5), 407-413. <http://www.avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/24-5-8.pdf>
- Orem, D.E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona.
- Oskouie, F., Kashefi, F., Rafii, F. y Gouya, M.M. (2017). Barriers to self-care in women of reproductive age with HIV/AIDS in Iran: A qualitative study. *The Pan African Medical Journal*, 28, 231. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.28.231.12385>
- Pérez Rosabal, E., Soler Sánchez, Y., Hung Fonseca, Y. y Rondón Zamora, M. (2016). Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Rev. Arch. Med. Camaguey*, 20 (2), 177-187. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200010
- Plascencia-De la Torre, J.C. y Castellanos-Gutiérrez, C.L. (2019). Evaluación de la resiliencia en mexicanos diagnosticados con VIH: un estudio comparativo. *Revista Salud y Sociedad*, 10(1), 52-64. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00004>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA [ONUSIDA] (2020). *Hoja informativa —Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA [ONUSIDA] (2019). *90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
- Rodríguez Torres, K.A. y Gastañadui Charcape, V.E. (2015). *Apoyo familiar y nivel de autocuidado del adulto con VIH. Hospital Regional Docente de Trujillo 2013* (tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego, Lima, Perú). http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1674/1/RE_ENFER_NIVEL-AUTOCUIDADO-ADULTO.VIH_TESIS.pdf
- Secretaría de Salud (2020). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Informe histórico al 4to trimestre de VIH 2020*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/622468/VIHSida_4toTrim_2020.pdf
- Söderhamn, O. (2013). Phenomenological perspectives on self-care in aging. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 605-608. <https://doi.org/10.2147/CIA.S45902>
- Suárez, R., García, R., Aldana, D. y Díaz, O. (2000). Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. *Revista Cubana de Endocrinología*, 11 (1), 31-40. <https://pesquisa.bv-salud.org/portal/resource/pt/lil-271278?lang=en>
- Varela Arévalo, M., Gómez Gutiérrez, O., Mueses Maríán, H., Galindo Quintero, J. y Tello Bolívar, I. (2013). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/sida. *Salud Uninorte*, 29(1), 83-95. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/Article/3169>
- Varela, M., Salazar, I. y Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/sida: consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(2), 101-113. <https://www.redalyc.org/pdf/798/79811210.pdf>
- Varela, M.T., Salazar, I.C., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J.A. y Salazar, A.E. (2009). La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/sida: validación de un cuestionario. *Rev. Col. Med.*, 40(4), 386-397. <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v40n4/v40n4a4.pdf>

Recibido: 18 de Noviembre del 2021

Revisión: 30 de Mayo del 2022

Aceptado: 12 de Agosto del 2022