

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA
SALUDABLES EN PACIENTES CON VIH/SIDA DE LA LIGA COLOMBIANA DE
LUCHA CONTRA EL SIDA, SECCIONAL SANTANDER.

Elaborado por:

Ps. Dolly Patricia Jerez Díaz

Directora:

PhD. Psicología. Diana María Agudelo Vélez

Universidad Pontificia Bolivariana-UPB

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Clínica

Bucaramanga, Febrero de 2010

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON VIH/SIDA DE LA LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA, SECCIONAL SANTANDER.

AUTOR(ES): Dolly Patricia Jerez Díaz

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Diana María Agudelo Vélez

RESUMEN

La promoción de estilos de vida saludables en pacientes con VIH/SIDA es un tema relevante en la actualidad dada su relación con enfermedades de tipo físico y psicológico producto de prácticas no saludables. En el presente estudio se evaluaron las prácticas saludables y no saludables de 14 sujetos pertenecientes a la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional Santander. Los resultados indican que después de intervenir psicológicamente por medio de un programa de promoción de estilos de vida saludable, se logró modificar las dimensiones que estaban más afectadas en los pacientes, siendo estas: Autocuidado y Cuidado Médico, Ejercicio y Actividad Física, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, Afrontamiento y Alimentación. La investigación concluye que, acorde con estudios previos, la experiencia, creencias o información que tienen los pacientes no es un determinante para la emisión de comportamientos saludables. Se recomienda incrementar el número de participantes en el estudio para lograr estimaciones estadísticas más confiables.

PALABRAS CLAVES:

Estilos de vida, VIH/SIDA, comportamientos saludables, creencias sobre la salud.

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: IMPLEMENTATION OF PROGRAM TO PROMOTE HEALTHY LIFESTYLES IN PATIENTS WITH HIV/AIDS FROM THE COLOMBIAN LEAGUE AGAINST AIDS, SECTIONAL SANTANDER.

AUTOR(ES): Dolly Patricia Jerez Díaz

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Diana María Agudelo Vélez

ABSTRACT

The Promotion of healthy lifestyles in patients with HIV / AIDS is an issue relevant today due to its relation with physical and psychological diseases, as result of unhealthy practices. In this study were evaluated healthy and unhealthy practices of 14 patients from the Colombian league against AIDS, Sectional Santander. The results indicates that after psychological intervention through a promotion program of healthy lifestyles, we were able to modify the dimensions that were most affected in patients, like: Self-Care and Health Care, Exercise and Physical Activity, Consumption of Alcohol, cigarette and illegal drugs, coping, and Food. The research concludes that, according to previous studies, the experience, belief or information that patients have is not a determinant for the healthy behaviors. It recommends increasing the number of participants in the study to achieve more reliable statistical information.

KEYWORDS:

Lifestyles, patients with HIV / AIDS, healthy behaviors, health beliefs.

Introducción

La promoción de estilos de vida saludables en pacientes con VIH/SIDA es un tema que en la actualidad se está convirtiendo en foco de atención para los profesionales de salud; principalmente, psicólogos clínicos y de la salud, quienes han visualizado que cada día es mayor el número de pacientes con enfermedades de tipo físico y psicológico producto de sus prácticas no saludables. Este es el caso de la diabetes mellitus, padecida actualmente por cerca de 150 millones de personas en el mundo, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se duplicará para el año 2025. Ello ocurrirá principalmente en los países en vía de desarrollo debido al crecimiento poblacional, el envejecimiento, la práctica de dietas alimenticias no saludables, la obesidad y un estilo de vida sedentario (Torres, Sandoval & Pando, 2005). La OMS en su Informe sobre la salud en el mundo 2002, estimó que los estilos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo (Varo, Martínez & Martínez, 2003).

Por otra parte, el ONUSIDA & OMS (2009), indican que en 2008 la cifra estimada de nuevas infecciones por el VIH en América Latina fue de 170 000 (150 000–210 000) y, en consecuencia, el número de personas que viven con el VIH asciende a una cifra estimada de 2 millones (1,8 millones–2,2 millones). Según las estimaciones, aproximadamente 77 000 (66 000–89 000) personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA durante el 2008. En este sentido, es importante referir la necesidad de trabajar esta temática con la población de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional Santander, debido a que son personas que presentan un deterioro a nivel físico y emocional producto de hábitos inadecuados como falta de ejercicio, irresponsabilidad sexual, falta de estrategias de afrontamiento, consumo de alcohol, tabaquismo, déficit en el manejo del tiempo libre, mala nutrición, entre otras, las cuales han llevado a un declive en su calidad de vida relacionada con la salud. Así, es importante subrayar que esto es un problema de salud pública y como tal, se debe hacer hincapié en promocionar factores protectores que mejoren el bienestar del sujeto, pues los costos que acarrea -no sólo a nivel económico- y el riesgo que representa, deja entrever que es urgente e indispensable que esta temática sea tratada. Así pues, se previene la enfermedad y se promueve la salud.

Por otro lado, la temática toma especial relevancia al encontrar que se han realizado gran cantidad de investigaciones a nivel departamental, nacional e internacional acerca del

VIH/SIDA, las cuales han servido como fundamento científico en los diversos avances que se han desarrollado en torno a la enfermedad y obviamente, a su manejo terapéutico. Sin embargo, no todos los estudios han sido relacionados con el tema tratado en esta investigación, es decir, estilos de vida saludable, pues de acuerdo a lo consultado ha sido mayor la frecuencia sobre estrategias de afrontamiento, adherencia terapéutica o sexualidad, pero no orientados a estilos de vida en su totalidad. Entre los estudios encontrados está el de Villamizar (2006) el cual pretendió ofrecer datos de validación de una herramienta para evaluar estrategias de afrontamiento con esta población, instrumento que fue retomado en el estudio de Garzón & Torres (2007), quienes encontraron en una muestra de 112 sujetos, 79 hombres y 33 mujeres con VIH/SIDA, que el estilo de afrontamiento más utilizado por los sujetos es el activo cognitivo y la estrategia más utilizada en este estilo era la resignación pasiva; seguida del activo conductual y, la estrategia más usual, la implicación activa. Por su parte, el estudio realizado por Ariza (2000) sobre la influencia del contexto familiar en el estilo de vida asumido por personas portadoras y no portadoras del VIH, encontró que el ser portador tan solo es una situación más que hace que el paciente resignifique su vida en torno a la enfermedad buscando un mayor apoyo de la familia, pero no considerando realmente la dimensión de los hechos debido a que continuaban asumiendo estilos de vida muy desordenados que no contribuían al desarrollo de una mejor calidad de vida; relacionándose esto con el artículo realizado por Castro, Eroza, Orozco, Manca & Hernández (1997) sobre estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar, donde el principal descubrimiento reveló que las relaciones familiares con la persona portadora de VIH son ambiguas, y pasan del apoyo al rechazo, patrón que varía de acuerdo con la historia familiar y las condiciones de cada familia.

Asimismo, Colautti, Palchik, Botta, Salamano & Traverso (2006) realizaron un estudio sobre la revisión de cuestionarios para evaluar calidad de vida relacionada a la salud en pacientes VIH/SIDA, donde encontraron que la evaluación de la HRQL (Health Related Quality of Life) puede colaborar en el monitoreo de la progresión de la enfermedad o respuesta a las terapias, mostrando los problemas físicos y psicosociales, realizando la comunicación entre el paciente y los profesionales de la salud y mejorando la adherencia a los tratamientos. Por otro lado, es indispensable indicar el estudio sobre adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA (Villa & Vinaccia, 2006), donde se halló la importancia de la disciplina psicológica para el abordaje de una enfermedad actualmente crónica, en este caso el VIH/SIDA y la necesidad de un trabajo

inter y transdisciplinario para su tratamiento, poniéndose de manifiesto la necesidad de asumir el VIH/SIDA desde una perspectiva biopsicosocial, como un sistema en que la modificación de una dimensión puede producir alteraciones en la otra.

Por otro lado, Piña & Sánchez (2007), presentaron un estudio sobre un modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión al tratamiento en personas con VIH, cuyos elementos se agrupan en cuatro fases, dos psicológicas y dos biológicas. Así pues, esta investigación presentó relevancia especial en la estructuración de la intervención realizada, pues permitió visualizar a profundidad la necesidad de crear programas que aporten y vayan en pro de la salud mental y física del individuo. En este aspecto, Scoppetta, (2006), manifiesta que la importancia de la evaluación de un programa y/o intervención “precisa de la obtención de evidencia contra fáctica acerca de qué habría ocurrido si el programa no se hubiera implantado” (p. 696). Es decir, que se puedan evidenciar cambios.

En la línea de lo anterior, es importante definir y precisar los conceptos de VIH y SIDA con el objeto de conocer la problemática médica que presenta la población y de esta manera, realizar una intervención integral. De acuerdo con la ONUSIDA, (2008), el VIH es “Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, es un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos, componentes clave del sistema inmunitario celular) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función de combatir las infecciones y las enfermedades. Las personas inmunodeficientes son más vulnerables a diversas infecciones, la mayoría de las cuales son poco comunes entre sujetos sin inmunodeficiencia. Las infecciones asociadas con la inmunodeficiencia grave se conocen como "infecciones oportunistas", puesto que aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

Por su parte, el SIDA es un término que corresponde a “Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida” y constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH (ONUSIDA, 2008). Sin embargo, la palabra SIDA se aplica para las etapas más avanzadas de la infección por el VIH, momento en el que se manifiesta

alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Además, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) define el SIDA en función de que el nivel de células T CD4 positivas presente en la sangre sea menor de 200 por mm³.

Por otra parte, la mayoría de personas que se infectan por el VIH no lo saben inmediatamente debido a que los síntomas no se manifiestan justo después de contraer el virus. Sin embargo, algunas personas desarrollan el "síndrome retroviral agudo" durante la seroconversión, una enfermedad parecida a la mononucleosis infecciosa, que causa fiebre, erupciones, dolor articular e inflamación de los nódulos linfáticos.

La seroconversión alude al desarrollo de anticuerpos contra el VIH y generalmente tiene lugar entre la primera y la sexta semana tras la infección. Una persona infectada por el VIH, independientemente de que tenga o no síntomas iniciales, es altamente contagiosa durante este periodo inicial. La única forma de determinar si el VIH está presente en el cuerpo es mediante pruebas para detectar anticuerpos del VIH o el propio VIH. Una vez que el VIH ha provocado un deterioro progresivo del sistema inmunitario, la vulnerabilidad ante diferentes infecciones puede hacer visibles los síntomas.

El VIH se divide en diferentes etapas establecidas por la OMS en función de diversos indicios, síntomas, infecciones y cánceres. Dentro de las etapas clínicas provisionales del VIH y el SIDA y definiciones de caso para la vigilancia de la OMS (2005), se encuentra: a). Infección primaria por el VIH: puede ser asintomática o manifestarse mediante el síndrome retroviral agudo; b). Etapa clínica I: asintomática o inflamación general de los nódulos linfáticos; c). Etapa clínica II: pequeñas pérdidas de peso, manifestaciones mucocutáneas leves e infecciones recurrentes de las vías respiratorias altas, d). Etapa clínica III: diarrea crónica sin causa aparente, fiebre persistente, candidiasis o leucoplaquia oral, infecciones bacterianas graves, tuberculosis pulmonar e inflamación necrotizante aguda en la boca. Algunas personas tienen SIDA en esta etapa; y, e). Etapa clínica IV: incluye 22 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. Todas las personas que se encuentran en esta etapa tienen SIDA. La mayoría de estas afecciones son infecciones oportunistas que se podrían tratar fácilmente en personas sin inmunodeficiencia.

Ahora bien, como se es sabido, el paciente con VIH-SIDA en ocasiones cuando conoce su problemática los primeros pensamientos que se vienen a su mente son: “muerte” y “depresión”, siendo ello un factor determinante para que sus estilos de vida vayan en declive y con el transcurrir de los días su salud física y emocional se deteriore. Así pues, la pretensión del presente trabajo es enfatizar en el valor de los estilos de vida sobre el mantenimiento o el empeoramiento de la salud.

En la línea de lo anterior, es relevante destacar que los estilos de vida son un “conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas” (Pastor, Balaguer & García, 1998, citados por Gómez et al, 2005, p.1), pues pueden ser influenciados y modificados durante el desarrollo del ser humano. Asimismo, la promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. McAlister (1981) entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, recopilados a través de la investigación epidemiológica. Dentro de estos comportamientos se encuentran: Practicar ejercicio físico, mantener una nutrición adecuada, adoptar comportamientos de seguridad, evitar el consumo de drogas, tener sexo seguro, desarrollar un estilo de vida minimizador de emociones negativas y tener adherencia terapéutica (Becoña, Vázquez, & Oblitas, 2004).

En consecuencia, al trabajar estilos de vida saludable se hace alusión de manera genérica, a aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que evidencian cierta consistencia en el tiempo y que se constituyen en factores de riesgo o seguridad para el individuo, dependiendo de su naturaleza.

Finalmente, se indica que el presente documento da cuenta de los resultados obtenidos con una intervención enfocada hacia estilos de vida saludable, la cual buscó que los pacientes que presentan VIH/SIDA, disminuyeran riesgos de contraer enfermedades oportunistas y por ende, mejoraran sus hábitos de vida. Para esto se llevó a cabo un proceso donde se trabajaron temáticas como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicio físico, evitación del consumo de sustancias psicoactivas y una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo libre.

Método

Participantes: La muestra estuvo conformada por 14 sujetos inicialmente, quienes participaron del pretest y de la intervención; sin embargo en el posttest sólo se contó con la evaluación de 11 participantes. Los pacientes tenían entre 20 y 49 años, con una media de 34,43 y una desviación típica de 8,49, todos usuarios de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional Santander. De acuerdo con su orientación sexual se indica que 11 (78,6%) eran heterosexuales, 2 (14,3%) bisexuales y 1 (7,1%) homosexual. Por estrato socioeconómico se indica que la muestra se distribuyó en: estrato 1 (50,0%), 2 (28,6%), 3 (14,3%) y 4 (7,1). En cuanto al estado civil se refiere que el 57,1% eran solteros, 14,3% casados o en unión libre y 28,6% separados o viudos. Al momento de la evaluación sólo el 42,9% manifestó tener pareja y el 78,6% expresó encontrarse desempleado.

Instrumentos: los instrumentos psicológicos utilizados durante el desarrollo del estudio fueron: Cuestionario de Estilos de Vida Saludables en Jóvenes Universitarios, (CEVJU), creado por Salazar, Varela, Lema & Cardona, (2007) (ver Apéndice A), Consentimiento Informado (ver Apéndice B), Historia Clínica (ver Apéndice C) y Entrevista Semiestructurada (ver Apéndice D).

Cuestionario de Estilos de Vida Saludables en Jóvenes Universitarios (CEVJU), creado por Salazar, Varela, Lema & Cardona, (2007): El CEVJU es un instrumento que está compuesto por: a). Un apartado de datos sociodemográficos, b). Diez dimensiones de los estilos de vida: Ejercicio y Actividad Física, Tiempo de Ocio, Autocuidado y Cuidado Médico, Alimentación, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, Sueño, Sexualidad, Relaciones Interpersonales, Afrontamiento y Estado emocional percibido, c). Seis aspectos de Estilos de Vida (EV) que se evalúan en cada una de las dimensiones: las Prácticas específicas que conforman cada dimensión, las Creencias sobre las prácticas, las Motivaciones para realizarlas, la Valoración del nivel de satisfacción con las prácticas, los Recursos (personales y externos) que posibilitan/dificultan las prácticas y los factores del Contexto que actúan como facilitadores/obstructores de las prácticas; y, d). Un apartado sobre la Satisfacción con la vida y el estado general de salud.

El cuestionario en total consta de 151 ítems, todos con opción de respuesta cerrada. En algunos casos se emplea la escala Likert y en otros las opciones son dicotómicas. Existen ítems con opción de respuesta múltiple y única opción de respuesta.

Es de indicar que para efectos del presente estudio se hicieron ajustes en la formulación de los ítems en cuanto al contexto por el cual preguntan dado que el instrumento fue diseñado para población universitaria, sin embargo las modificaciones no fueron sustanciales con lo cual no se requería de un proceso de validación en cuanto tal.

Consentimiento Informado: fue un instrumento en el cual se le indicaba a la persona cuál era el objetivo de la investigación y obviamente, si él o ella estaba dispuesto a aceptar y participar activamente, conociendo los límites y alcances de la información suministrada por él.

Historia Clínica: fue el formato que permitió la recolección y valoración de datos que fundamentaban la problemática del paciente, daban una idea de una posible evolución y orientaban hacia un proceso terapéutico. La historia clínica psicológica estaba constituida por: Datos de identificación; motivo de consulta; examen mental; antecedentes médicos y/o quirúrgicos; historia psiquiátrica; perfil de desarrollo (áreas familiar, social, educativa, laboral, afectiva y sexual); uso de SPA y alcohol; hábitos alimenticios; principales temores; metas a corto, mediano y largo plazo; impresión diagnóstica; observaciones y plan de intervención.

Entrevista Semi-estructurada: a través de este instrumento se logró realizar una evaluación psicológica del paciente, pues fue un formato que no seguía una secuencia fija o rígida de preguntas, aunque sí un esquema general de la problemática. Tuvo como objetivo realizar un estudio de las áreas de desarrollo de los participantes, donde su foco de atención se enmarcó principalmente en determinar cuál era la forma y/o manera como se estaba desarrollando actualmente el paciente dentro de la sociedad y su relación con el proceso salud-enfermedad.

Procedimiento: el proceso de práctica se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes pasos:

1. *Etapa de Diagnóstico:* inicialmente se realizó una fase de observación durante aproximadamente 1 semana, en la cual se recolectó información acerca de las necesidades psicológicas de la población perteneciente a la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional Santander, lográndose determinar que los estilos de vida que mantenían los sujetos hasta ese momento no eran acordes con sus necesidades físicas y mentales; infiriendo con ello que la temática a trabajar sería un programa relacionado con Estilos de Vida Saludables.

Teniendo en cuenta lo encontrado, se procedió a entregarle a cada persona un formato de Consentimiento Informado, con el propósito de comunicarle al paciente el objeto del estudio y obtener su autorización, respetando así su derecho a participar o no. Después de ello, se realizó la primera aplicación del Cuestionario de Estilos de Vida Saludables (Salazar, Varela, Lema & Cardona, 2007), con el fin de establecer las áreas que se encontraban afectadas y dado esto, priorizar focos de atención. Igualmente, en esta etapa se realizaron valoraciones psicológicas con todas las personas quienes iban a pertenecer a la muestra del estudio, logrando con ello obtener información integral del individuo.

2. *Etapa de Diseño:* Después de realizar el análisis del Cuestionario de Estilos de Vida Saludables por medio del programa estadístico SPSS, versión 15.0 para Windows, y evaluar individualmente a los pacientes mediante la entrevista semi-estructurada, se obtuvo que las áreas que se encontraban afectadas eran: Autocuidado y Cuidado Médico, Ejercicio y Actividad Física, Afrontamiento, Alimentación y Consumo de Alcohol, Cigarrillo y Drogas Ilegales. Con esto, se procedió a diseñar un programa psicológico que contenía talleres psicoeducativos para los pacientes y que obviamente, englobaba las áreas problema. Las temáticas trabajadas en los talleres fueron básicamente las mencionadas anteriormente.
3. *Etapa de Aplicación:* La fase de aplicación se ejecutó alrededor de 5 semanas. Durante esta etapa se logró trabajar con los usuarios cada una de las temáticas del programa y asimismo, realizar proceso terapéutico con aquellas personas quienes presentaron otras áreas afectadas y no sólo las encontradas a nivel grupal. En esta fase se tuvieron en cuenta dos focos de atención principalmente: a nivel personal: se desarrolló el proceso terapéutico por medio del Enfoque Cognitivo-Conductual,

haciendo especial énfasis en que el individuo aprendiera a manejar y controlar sus respuestas cognitivas, emocionales y conductuales, modificando y mejorando sus estilos de vida. Se subraya que las personas atendidas a nivel individual fueron tres (3), a quienes se atendía los días sábados en horario de la tarde.

A nivel grupal se ejecutaron cinco (5) talleres; pero se resalta que a estos también asistieron personas que no pertenecían a la muestra objeto de estudio. Sin embargo, el desarrollo de los encuentros no se vio afectado por esta condición.

4. *Etapas de Evaluación:* Pasadas tres (3) semanas de finalizada la intervención psicológica, se prosiguió a aplicar nuevamente el Cuestionario de Estilos de Vida Saludables, con el propósito de medir la efectividad del programa y determinar si se habían obtenido o no cambios cognitivo-conductuales favorables en cada usuario. De igual forma, se realizó cierre terapéutico con todos los pacientes que participaron de la investigación.
5. *Etapas de Elaboración del informe y Sustentación:* después de realizado todo el proceso práctico se procedió a sistematizar los resultados obtenidos de la intervención psicológica, con el objeto de presentarlo ante las directivas de la Coordinación de la Especialización en Psicología Clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana y, de esta manera, obtener su aval. Posterior a ello, se dio a conocer el informe por medio de la sustentación oral a las instituciones y las personas implicadas en el proceso.

Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la evaluación de la muestra, la implementación del programa de intervención psicológica y la evaluación post-test.

Tabla 1. Descripción de los estilos de vida en pacientes con VIH/SIDA (N=14) de la Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Seccional Santander. Evaluación pretest.

Dimensiones	Estilos de Vida Saludables (%)	Estilos de Vida No Saludables (%)
Ejercicio y Actividad Física	28.57	71.43
Tiempo de ocio	78.57	21.43
Autocuidado y Cuidado Médico	14.28	85.72
Alimentación	50	50
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	50	50
Sueño	78.57	21.43
Sexualidad	78.57	21.43
Relaciones Interpersonales	85.71	14.29
Afrontamiento	28.57	71.43
Estado Emocional Percibido	78.57	21.43

La tabla 1 muestra las prácticas saludables y no saludables de los pacientes de la Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Seccional Santander. A nivel general, se puede observar que las dimensiones de Autocuidado y Cuidado Médico, Ejercicio y Actividad Física, Afrontamiento, Alimentación y Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales presentan un porcentaje significativo de pacientes con estilos de vida no saludables, esto es, 85.72%, 71.43% (en dos dimensiones) y 50% (en dos dimensiones), respectivamente. Así, es importante destacar las últimas dos dimensiones, pues como se observó la mitad de los sujetos expresaron tener estilos de vida saludables y la otra mitad no saludables, lo cual se retomará en la discusión, al igual que las creencias asociadas a cada una de estas dimensiones, pues se encontró que prevalecían creencias saludables.

Por su parte, en cuanto a las motivaciones encontradas es importante hacer hincapié en las dimensiones de Autocuidado y Cuidado Médico y Alimentación, pues aunque se observa que existe un alto porcentaje de personas con estilos de vida no saludables, en las respuestas se halló que cuando se cuidan a sí mismos y se alimentan adecuadamente lo hacen motivados por mantener la salud.

De igual forma, en la dimensión de Ejercicio y Actividad física la motivación que los pacientes refieren sentir al momento de realizar ejercicio es porque quieren beneficiar su salud, llamando la atención el porcentaje de personas con estilos de vida no saludables. En este sentido, también es importante subrayar que cuando los sujetos consumen algún tipo de sustancia legal o ilegal lo hacen motivados por sentirse mejor y ser más sociables, situación que es relevante acotar por el porcentaje de personas (85.71%.) que refieren mantener estilos de vida saludables en la dimensión Relaciones Interpersonales, que en este caso, fue la de mayor nivel de prácticas saludables.

Asimismo, se observa que las motivaciones que llevan al individuo a no enfrentar los problemas o situaciones difíciles son porque quieren evitar que los problemas interfieran en su rutina y por no sentir que los problemas son los que los dominan.

Con base en los resultados anteriores se formuló un programa de intervención psicológica (ver Apéndice E), el cual consistió en realizar actividades de tipo individual y grupal desde el Enfoque Cognitivo Conductual, con el fin de que el sujeto aprendiera a modificar esas prácticas no saludables por saludables, logrando con ello que su calidad de vida mejorara.

Tabla 2. Descripción de los estilos de vida en pacientes con VIH/SIDA (N=11) de la Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Seccional Santander. Evaluación postest.

Dimensiones	Estilos de Vida Saludables (%)	Estilos de Vida No Saludables (%)
Ejercicio y Actividad Física	72.7	27.3
Tiempo de ocio	81.8	18.2
Autocuidado y Cuidado Médico	81.8	18.2
Alimentación	90.9	9.1
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	90.9	9.1
Sueño	81.8	18.2
Sexualidad	90.9	9.1
Relaciones Interpersonales	100	0

Afrontamiento	72.7	27.3
Estado Emocional Percibido	100	0

En la Tabla 2 se evidencia las prácticas saludables y no saludables de los pacientes de la Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Seccional Santander, obtenidas después de realizado el programa de intervención psicológica. Es de indicar que el posttest se aplicó 3 semanas después de terminada la intervención, con el objetivo de reducir el riesgo de variación en los resultados como consecuencia de la proximidad con la intervención. En este sentido, es relevante expresar que aquí se hará alusión principalmente a las dimensiones intervenidas directamente en el programa, pues eran los focos de atención a modificar, debido a que presentaban un nivel elevado de personas con estilos de vida no saludables. Así, es importante destacar que sí se presentaron cambios significativos de acuerdo a las cifras expuestas en la tabla 2, pues en comparación con el pretest, los porcentajes de usuarios con estilos de vida saludables en cada dimensión aumentó de forma positiva, encontrándose un 90.9% para las dimensiones de Alimentación y Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, 81.8% Autocuidado y Cuidado Médico y 72.7% para las dimensiones de Ejercicio y Actividad Física y Afrontamiento. Sin embargo, es prudente referir que sólo 11 sujetos accedieron a participar de la evaluación posttest.

Por otro lado, es de indicar que en las dimensiones de Relaciones Interpersonales y Estado Emocional Percibido se encuentra que el porcentaje de usuarios con estilos de vida no saludables es de “0”, lo cual llama la atención, puesto que dos de las personas que no contestaron el posttest pertenecían al porcentaje de sujetos que puntuaron prácticas no saludables en el pretest en estas dimensiones, principalmente, en la dimensión de Relaciones Interpersonales.

Finalmente, en cuanto a las creencias y motivaciones presentadas en el posttest se halló que se encuentran favorables y adecuadas con relación a las prácticas saludables, tema que será abordado con mayor amplitud en la discusión.

Tabla 3. Comparación de medias entre los Estilos de Vida Saludables en la medición pre y posttest en una muestra de pacientes con VIH/SIDA de la Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Seccional Santander.

Dimensiones	Pretest		Posttest	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
Ejercicio y Actividad Física	6.64	2.53	8.45*	2.84
Tiempo de ocio	12.78	3.76	13.00	3.54
Autocuidado y Cuidado Médico	16.00	7.08	31.54*	6.83
Alimentación	36.92	4.68	41.63	3.82
Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales	19.14	6.35	22.90**	3.17
Sueño	23.57	4.05	23.54	3.32
Sexualidad	23.78	11.37	26.90**	8.08
Relaciones Interpersonales	15.71	1.58	17.81**	1.07
Afrontamiento	12.78	4.17	16.63*	3.32
Estado Emocional Percibido	21.21	6.32	25.09**	2.07

Nota: Pretest. N=14. Posttest. N=11. * $p \leq 0.05$. ** $p \leq 0.01$.

La tabla 3 muestra las comparaciones de medias entre los Estilos de Vida Saludables en la medición pre y posttest de la muestra de pacientes con VIH/SIDA. A nivel general, se puede observar que a partir de los resultados mostrados, un número importante de pacientes modificaron sus Estilos de Vida luego de la intervención psicológica, significando ello que actualmente es mayor el número de personas con prácticas saludables. Sin embargo, es de indicar lo encontrado en las dimensiones Ejercicio y Actividad Física, Autocuidado y Cuidado Médico, Alimentación, Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, Afrontamiento y Estado emocional percibido que muestran en el pretest valores bajos (6.64, 16.00, 36.92, 19.14, 12.78 y 21.21, respectivamente) en comparación con los valores en la medición del posttest (8.45, 31.54, 41.63, 22.90, 16.63 y 25.09, respectivamente), siendo la diferencia estadísticamente significativa (* $p \leq 0.05$ y ** $p \leq 0.01$).

Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio indican que se logró que los pacientes de la Liga Colombiana de Lucha contra el VIH/SIDA, Seccional Santander, modificaran sus puntuaciones en la prueba de estilos de vida, lo cual se espera que se corresponda, en realidad, con cambios en las prácticas saludables, las cuales van a repercutir favorablemente en su bienestar físico y en su longevidad (Becoña, Vázquez, & Oblitas, 2004). Sin embargo, es importante destacar que aunque se observaron resultados favorables de la intervención psicológica, se debe continuar con el proceso teniendo en cuenta que se mantienen prácticas no saludables y que de acuerdo con lo indicado por Pastor, Balaguer & García (1998) citados por Gómez et al, (2005) los estilos de vida son hábitos creados desde la infancia y que por lo tanto, requieren de tiempo y esfuerzo para ser cambiados.

Por otra parte, los datos sobre la dimensión de Autocuidado y Cuidado Médico denotan que hubo un incremento hacia estilos de vida saludables después de realizada la intervención psicológica, lo cual deja entrever que los pacientes aprendieron prácticas saludables que ayudan a mejorar el proceso de tratamiento de la infección, principalmente a nivel de adherencia terapéutica donde se abordó la toma de conciencia sobre la necesidad de seguir las recomendaciones establecidas por los profesionales de la salud, en este caso, no sólo por los médicos también por los psicólogos, dada la importancia que tiene la disciplina psicológica para el abordaje del VIH/SIDA y la necesidad del trabajo inter y transdisciplinario para su tratamiento, poniéndose de manifiesto la necesidad de asumir el VIH/SIDA desde una perspectiva biopsicosocial (Villa & Vinaccia, 2006). No obstante es importante destacar que las creencias en el pretest y posttest fueron favorables con relación al desarrollo de prácticas saludables, significando ello que los pacientes comprenden la necesidad de mantener estilos de vida saludables pero no ponen en práctica esas creencias, de acuerdo a lo encontrado en el pretest. Esto refuerza lo indicado por autores como Elizondo, Guillén & Aguinaga, (2005); Martins et al, (2008); Beunza, Martínez, Serrano & Alonso (2006); Lewis & Schneiderman, (2006) citados por Arguello et al, (en prensa) quienes indican que conocer las prácticas saludables o las consecuencias de no llevarlas a cabo no es suficiente para que estas se pongan en marcha. Por su parte, en cuanto a las motivaciones se halló que tanto en el pretest como en el posttest la motivación que predominó fue “mantener la salud”, y los recursos con los que cuentan fueron afiliación al sistema de salud, seguido de tiempo para ir a citas con profesionales de la salud, para dedicarle al cuidado personal, etc.

En la línea de lo anterior se indica que en la dimensión Ejercicio y Actividad Física se presentaron resultados favorables, logrando que los pacientes visualizaran la importancia de mantener una rutina de ejercicios diarios, pues como lo expresa la OMS los estilos de vida sedentarios son una de las 10 causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo (Varo, Martínez & Martínez, 2003). Con base en lo anterior, es importante destacar que tanto en el pretest como en el postest las creencias presentadas en esta dimensión fueron favorables, lo cual muestra que los pacientes reconocen la importancia de realizar ejercicio y actividad física para evitar un posible declive en su calidad de vida. Así pues, al momento de hacer ejercicio expresan sentirse motivados por beneficiar su salud, contando con recursos como buen estado de salud y tiempo para realizarlo.

En la dimensión de Afrontamiento se encontró que actualmente los pacientes enfrentan sus problemas de forma asertiva y activa, siendo esto semejante con lo encontrado en el estudio de Garzón & Torres (2007), quienes hallaron que el estilo de afrontamiento más utilizado por los sujetos de su investigación era el activo cognitivo y la estrategia más empleada en este estilo era la resignación pasiva. Asimismo, llama la atención que en el pretest y postest las creencias presentadas fueron muy favorables con relación al desarrollo de prácticas saludables, donde expresaban que siempre debían solucionar las situaciones difíciles, aspecto que no en todas las circunstancias fue visible de acuerdo a los comentarios realizados por los sujetos durante la intervención psicológica donde manifestaban que en ocasiones preferían dejar que pasara el tiempo y con él los problemas. Igualmente, al realizar ejercicio y actividad física los pacientes se sienten motivados principalmente por evitar que los problemas interfieran en sus rutinas, contando principalmente con personas que pueden apoyarlos.

Por otro lado, en las dimensiones de Alimentación y Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, los hábitos saludables se distribuyen de manera similar a los no saludables pero con incremento en el postest, siendo evidente el reporte de modificación favorable del comportamiento, donde se hizo énfasis la relevancia de una adecuada alimentación sobre la salud y del riesgo que representa el consumo de SPA legales o ilegales en el tratamiento de su problemática, principalmente por el deterioro a nivel físico y psicológico. Esta situación es similar a la reportada sobre otras condiciones clínicas como la diabetes mellitus (Torres, Sandoval & Pando, 2005).

En relación con lo anterior, es conveniente subrayar que aún persisten sujetos con estilos de vida no saludables, lo que visualiza la necesidad de continuar un proceso enfocado a modificar dichas prácticas. Por su parte, en cuanto a las creencias se indica que fueron muy favorables tanto en el pretest como en el posttest, pero fue interesante encontrar que en el posttest los sujetos creen que el dejar las drogas, el cigarrillo o las bebidas alcohólicas es cuestión de voluntad, creencia que coincide con el estudio sobre estilos de vida en estudiantes del área de la salud en Bucaramanga (Arguello et al, en prensa) en donde se obtuvo que en esta dimensión los estudiantes referían que el consumo es cuestión de voluntad, suponiendo la baja percepción del riesgo y por ende, el aumento de posibilidad en la realización de prácticas no saludables. Esto también puede entenderse a partir de la frecuencia con la que convive el VIH/SIDA con el consumo de SPA, logrando mostrar una gran aceptación social. Aunque en este sentido, es importante subrayar que no todos los pacientes al momento de la aplicación pre y posttest referían consumir SPA, lo cual en las motivaciones y recursos no se presentaron respuestas a favor o en contra del consumo.

Igualmente, al momento de alimentarse saludablemente los pacientes refirieron sentirse motivados por mantener la salud y manifestaron como recurso el contar con el tiempo suficiente para llevar a cabo horarios de alimentación, a diferencia del consumo de alcohol donde la motivación radicó, principalmente, en experimentar nuevas sensaciones.

De acuerdo con lo expresado acerca de las creencias de los pacientes de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional Santander, es importante subrayar que aunque se encuentran favorables al desarrollo de prácticas saludables, estas no son coherentes con el porcentaje de personas con estilos de vida no saludables, confirmando esto lo expresado por Rodríguez et al., (2007) quienes encontraron en su estudio que a pesar de que los participantes identificaron las situaciones de riesgo –ya sea basándose en su experiencia, información o creencias-, seleccionaron en su mayoría opciones de riesgo, lo que indica que la información no es un determinante para la emisión de comportamientos preventivos.

Finalmente, es de resaltar que la intervención psicológica produjo cambios significativos y favorables en los pacientes con VIH/SIDA, lo cual se evidencia en los datos arrojados en la evaluación posttest, dejando entrever la importancia de lo referido por Scoppetta, (2006), quien manifiesta que la evaluación de un programa y/o intervención “precisa de la obtención de evidencia contra fáctica acerca de qué habría ocurrido si el

programa no se hubiera implantado”, lo que en este caso sería un mayor declive en su calidad de vida al no ser modificadas sus prácticas no saludables.

Conclusiones

Al terminar el estudio con los pacientes de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional Santander, se concluye que:

El CEVJU (Salazar, Varela, Lema & Cardona, 2007) logró determinar las dimensiones que presentaban mayor grado de afectación en los sujetos y con base en ello se pudo trabajar sobre estas debilidades. Sin embargo, es necesario subrayar que el cuestionario es muy extenso y esto ocasionó que los encuestados se indispusieran ante la idea de contestar tantas preguntas.

Asimismo, el obtener información no sólo sobre las prácticas sino sobre las creencias y motivaciones permitió evidenciar dos cosas: la necesidad de un abordaje más integral de los participantes a partir del reconocimiento de que no es suficiente con disponer de información adecuada y recursos suficientes para llevar a cabo prácticas saludables, lo cual lleva a la necesidad de abordar otros aspectos que podrían explicar el frecuente recurso a prácticas no saludables.

El programa de intervención psicológica permitió incidir en la modificación de los estilos de vida no saludables en las dimensiones de Autocuidado y Cuidado Médico, Ejercicio y Actividad Física, Afrontamiento, Alimentación y Consumo de alcohol, cigarrillo y drogas ilegales, lo cual generó que los pacientes identificaran la necesidad de desarrollar prácticas saludables toda vez que se conoce su influjo frente a la protección sobre las enfermedades oportunistas. No obstante, es importante tener cuidado con los alcances derivados del estudio toda vez que al tratarse de una muestra tan pequeña, los efectos de la prueba estadística se pueden ver afectados. Recomendándose, por tanto, incrementar el número de participantes para lograr estimaciones estadísticas más confiables.

Igualmente, es de subrayar que el tiempo transcurrido entre la finalización de la intervención psicológica y la aplicación de la evaluación posttest permitió reducir el riesgo de variación en los resultados.

Por otro lado, se indica que los pacientes de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional Santander, son personas que aceptan y asumen su condición médica, aunque son muy celosos con la información que desde las investigaciones se puedan dar a conocer, lo cual refuerza el compromiso ético del psicólogo.

La colaboración de la población durante el desarrollo del proceso de intervención fue satisfactoria, pues se denotó gran interés y motivación por cada de las temáticas trabajadas y al mismo tiempo, por mejorar sus estilos de vida. En este sentido es importante mencionar que hubo participación no sólo de aquellos sujetos que eran parte de la muestra, pues también asistieron a las capacitaciones personas que no pertenecían a la investigación.

Finalmente, se indica que a nivel de la institución, se evidenció gran apoyo y disponibilidad de la persona encargada, lo cual sirvió como elemento facilitador para que las actividades y/o encuentros se desarrollaran de forma agradable y eficiente.

Recomendaciones

Dar continuidad a las actividades implementadas en el proceso de intervención psicológica, teniendo en cuenta que las prácticas no saludables se mantienen y cuesta trabajo modificarlas.

Es recomendable que la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional Santander contrate un Psicólogo que permanezca en la institución tiempo completo o medio tiempo, con el objeto de atender la demanda elevada de pacientes que a diario solicitan intervención psicológica.

Para una próxima investigación se sugiere tener especial cuidado en el momento de seleccionar la muestra, pues en ocasiones los pacientes no cuentan con el tiempo, dinero y/o disposición suficiente para acudir a la entidad y por ende, a las actividades programadas.

Es relevante tener en cuenta el tiempo transcurrido entre la aplicación del pretest y el posttest, debido a que un plazo mínimo de un mes puede generar que se obtengan resultados más significativos para el alcance del programa.

Se recomienda disponer de herramientas que agilicen el proceso de recolección de información y eviten así el cansancio y pérdida de interés por parte de los participantes.

De la misma manera se sugiere dar continuidad al seguimiento psicológico individual con las personas que presentaron poca satisfacción con la vida y estado general de salud, logrando con ello la prevención de recaídas y la instauración de problemáticas más complejas.

Para terminar, se sugiere establecer como política de la institución que un día a la semana se realicen actividades físicas con los pacientes, con el propósito de generar espacios de ejercicio y actividad corporal que beneficien su salud, además de diversión y esparcimiento.

Reflexión general de la práctica

Al trabajar con pacientes con VIH/SIDA se logró reflexionar desde dos perspectivas:

Área Personal:

Se confirmó la importancia de valorar la vida, las cosas, y principalmente, las personas que existen alrededor, pues como ellos refieren “aprendí a valorar lo que soy y lo tengo cuando fui consciente de mi enfermedad”.

La perseverancia es uno de los mejores instrumentos en los momentos en los cuales las personas se proponen objetivos en la vida, independientemente del tipo de meta que se imponga alcanzar. En otras palabras, la vida no se termina cuando se muere físicamente, la vida se termina cuando se deja de luchar por los sueños.

Siempre es importante pensar antes de actuar, pues se debe tener en cuenta que muchas veces la irresponsabilidad puede llevar al ser humano a encontrarse en situaciones tan difíciles como la infección por VIH.

Área Profesional:

Es importante la presencia de un psicólogo clínico para el manejo terapéutico de un paciente con VIH/SIDA, ya que su intervención puede favorecer los procesos tendientes a mejorar la calidad de vida en este tipo de pacientes.

Se debe ampliar la cobertura en la atención psicológica de pacientes portadores, pues de acuerdo a lo trabajado durante este tiempo en la institución, se observó que es relevante iniciar proceso terapéutico con los menores, pues son niños y niñas que necesitan ser intervenidos.

De otro lado, es una población que permite enriquecer el quehacer del psicólogo clínico, puesto que cada una de las investigaciones que se realizan sobre este tema logra en el profesional un mayor esfuerzo por mejorar la calidad del servicio. Además de profundizar y ampliar su bagaje teórico.

Referencias

American Psychological Association (2002). Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. El Manual Moderno, México.

Arguello, M.; Bautista, Y.; Carvajal, J.; De Castro, K.; Díaz, D.; Escobar, M.; Gómez, L.; Morales, M.; Pinto, C.; Rincón, L.; Rueda, P.; Serrano, J.; Suárez, P.; Toloza, Z.; Agudelo, D. (en prensa). *Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga*.

Ariza, D. (2000). *Estudio de casos sobre la influencia del contexto familiar en el estilo de vida asumido por personas portadoras y no portadoras del VIH*. Tesis de Grado: Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga.

Becoña, E. Vázquez, F. & Oblitas, L. (2004). *Promoción de los Estilos de Vida Saludables*. Recuperado 16 diciembre, 2009, de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>

Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo Veintiuno.

- Castro, R., Eroza, E., Orozco, E., Manca, M. & Hernández, J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 39, 32-43.
- Colautti, M.; Palchik, V.; Botta, C.; Salamano, M. & Traverso, M. (2006). Revisión de Cuestionarios para Evaluar Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Pacientes VIH/SIDA. *Acta Farmacológica Bonaerense*, 25, 123-130.
- Garzón, L. & Torres, A. *Estrategias de Afrontamiento en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA de la ciudad de Bucaramanga*. Tesis de Grado: Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga.
- Gómez, J., Jurado, M., Viana, B., Da Silva, M. & Hernández, A. (2005). *Estilos y calidad de vida*. Recuperado 31 enero, 2010, de <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>
- Piña, J. & Sánchez, J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 1657-9267.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2009). Situación de la epidemia de SIDA.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2008). Información básica sobre el VIH.
- Rodríguez, D., García, G., Rodríguez, M., González, E., Robles, S., Arroyo, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2007). Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos: Un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17, 165-177.
- Scoppetta, O. (2006). Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en Salud Pública. *Universitas Psychologica*, 5, 695-703.

- Torres, T., Sandoval, M. & Pando, M. (2005). Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 101-110.
- Varela, M.; Salazar, I.; Lema, L. & Cardona, M. (2007). *Cuestionario de Estilos de vida en jóvenes universitarios (CEVJU)*. Material sin publicar.
- Varo, J., Martínez, J. & Martínez, Martínez (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Unidad de Epidemiología y Salud Pública*, 121, 665-672
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. *Psicología y Salud*, 16, 51-62.
- Villamizar, D. (2006). *Propiedades Psicométricas preliminares del Inventario de Estilos de Afrontamiento a la Infección por VIH/SIDA*. Tesis de Grado: Universidad Pontificia Bolivariana. Bucaramanga.

Apéndices

- Apéndice A. CEVJU (Salazar, Varela, Lema & Cardona, 2007).
- Apéndice B. Consentimiento Informado.
- Apéndice C. Historia Clínica.
- Apéndice D. Entrevista Semiestructurada.
- Apéndice E. Programa de Intervención Psicológica.

Apéndice A. CEVJU (Salazar, Varela, Lema & Cardona, 2007).

4985627337

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS [CEVJU] (Salazar, Varela, Lema y Cardona, 2007)

El objetivo de este cuestionario es conocer diferentes aspectos sobre la vida de los universitarios. Lea detenidamente cada pregunta y seleccione la respuesta que más refleje lo que usted hace, piensa o valora. Sus respuestas son confidenciales y no serán evaluadas como buenas o malas. Muchas gracias por su sincera colaboración.

Para responder el cuestionario en esta hoja de respuestas, tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Evite arrugar, doblar o maltratar la hoja
- No raze los bordes ni los códigos de la hoja
- Rellene completamente el círculo que corresponde a la respuesta escogida
- No borrar sus respuestas en caso de equivocarse, debe tachar con una X la respuesta incorrecta y rellenar el círculo de la opción que desea escoger

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino	Edad: <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Estrato: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6																																								
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																															
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																															
Universidad: _____ Ciudad: _____																																																																																		
Carrera: _____ Semestre: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10																																																																																		
Jornada: ☐ Diurna ☐ Nocturna	Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) o unión libre ☐ Separado(a) o viudo(a) ☐ Religioso(a)																																																																																	
¿Tiene pareja actualmente? ☐ Si ☐ No	¿Cuál es su peso actual (en kg.)? <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	¿Cuál es su estatura actual (en cm.)? <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center; width: 100px;"> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> <tr><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr> </table>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																															
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																															
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																															
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																															
¿Trabaja actualmente? ☐ Si ☐ No																																																																																		

EJERCICIO Y ACTIVIDAD FÍSICA

• Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos seis (6) meses:

	1. Siempre	2. Frecuentemente	3. Poca vez	4. Nunca
1. Caminar o montar en bicicleta en lugar de utilizar otro medio de transporte si debe desplazarse a un sitio cercano	☐	☐	☐	☐
2. Practicar algún deporte con fines competitivos	☐	☐	☐	☐
3. Realizar algún ejercicio o práctica corporal durante al menos 30 minutos tres veces a la semana	☐	☐	☐	☐

• Señale si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	1. De acuerdo	2. En desacuerdo
4. Creo que el ejercicio me beneficia más a que me tiene a un problema de salud	☐	☐
5. Creo que no tener tiempo o dinero impide hacer ejercicio	☐	☐

6. Cuando hace ejercicio y actividad física se siente motivado principalmente por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Mejorar su figura
- ☐ 2. Ser reconocido
- ☐ 3. Relacionarse con otras personas
- ☐ 4. Mejorar el estado de ánimo
- ☐ 5. Beneficiar su salud
- ☐ 6. Presión de otros (amigos, pareja, familia, etc.)
- ☐ 7. Otra ¿Cuál? _____
- ☐ 8. Ninguna de las anteriores porque nunca he hecho ejercicio

1557627339

7. La satisfacción con sus prácticas de ejercicio y actividad física (incluso si no hace) es:

- ☐ Alta ☐ Media ☐ Baja

8. Si quiere realizar ejercicio o actividad física ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones)

- A. Implementos deportivos (ropa, zapatos, máquinas, elementos de seguridad, balones, etc.) necesarios
 B. Dinero
 C. Tiempo para realizarlo
 D. Personas con quien realizarlo en caso de querer compañía
 E. Habilidades (coordinación, agilidad, equilibrio, etc.) y cualidades físicas (fuerza, resistencia y flexibilidad)
 F. Buen estado de salud
 G. Conocimiento de la realización adecuada de las prácticas
 H. Asesoría técnica (entrenador, profesor, educador físico, etc.)
 I. Espacios y oferta de actividades físicas y deportivas en la universidad
 J. Otro. ¿Cuál? _____

1. Si	2. No
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

9. Realizar ejercicio o actividad física hace parte del estilo de vida de (puede escoger varias opciones):

- A. Alguno de sus padres
 B. Alguno de sus hermanos
 C. Sus amigos cercanos
 D. Su pareja

1. Si	2. No
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

10. Las personas que lo rodean lo han criticado por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Hacer ejercicio o actividad física
☐ 2. No hacer ejercicio o actividad física
☐ 3. No lo han criticado respecto a sus prácticas de ejercicio o actividad física

TIEMPO DE OCIO

▪ Señale la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades de ocio en una semana habitual:

		1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Nunca
11.	Realizar alguna actividad para descansar y relajarse (ver televisión, dormir, escuchar música, meditar, etc.)	☐	☐	☐	☐
12.	Compartir tiempo o actividades con la familia, amigos o pareja	☐	☐	☐	☐

▪ Señale la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades de ocio en un mes habitual:

		1. Todas las semanas	2. La mayoría de las semanas	3. Algunas semanas	4. Nunca
13.	Realizar alguna actividad de diversión y entretenimiento, cultural o artística (ir a centros comerciales, ir a cine, manualidades, tocar un instrumento, etc.)	☐	☐	☐	☐
14.	Realizar alguna actividad para el desarrollo personal (psicoterapia, leer libros de autoayuda, talleres de crecimiento personal, asistir a retiros espirituales, etc.)	☐	☐	☐	☐

▪ Señale si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

		1. De acuerdo	2. En desacuerdo
15.	Creo que las actividades de ocio son para los desocupados	☐	☐
16.	Creo que es imposible tener tiempo de ocio con el ritmo de vida actual	☐	☐

2214627/330

17. Cuando realiza actividades de ocio se siente motivado principalmente por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Sentirse mejor
☐ 2. Relacionarse con otras personas
☐ 3. Crecer como persona
☐ 4. Cambiar la rutina académica y laboral
☐ 5. Recuperar energía
☐ 6. Olvidar los problemas o preocupaciones
☐ 7. Otra ¿Cuál? _____
☐ 8. Ninguna de las anteriores porque nunca he hecho ejercicio

18. El nivel de satisfacción con su tiempo de ocio es:

- ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

19. Si quiere realizar actividades de ocio ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones):

	1. Si	2. No
A. Recursos materiales o dinero	☐	☐
B. Tiempo para realizarlas	☐	☐
C. Personas con quien realizarlas en caso de querer compañía	☐	☐
D. Habilidad para organizar su tiempo, incluyendo actividades de ocio	☐	☐
E. Espacios y oferta de actividades de ocio en la universidad	☐	☐
F. Otro ¿Cuál? _____	☐	☐

20. Realizar actividades de ocio hace parte del estilo de vida de (puede escoger varias opciones):

	1. Si	2. No
A. Alguno de sus padres	☐	☐
B. Alguno de sus hermanos	☐	☐
C. Sus amigos cercanos	☐	☐
D. Su pareja	☐	☐

21. Las personas que lo rodean lo han criticado por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Hacer actividades de ocio
☐ 2. No hacer actividades de ocio
☐ 3. No lo han criticado respecto a sus actividades de ocio

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO

• Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos seis (6) meses:

		1. Siempre	2. Frecuente-mente	3. Poca-mente	4. Nunca
22.	Tomar medicamentos para dolores frecuentes o persistentes, sin que hayan sido recetados por un médico	☐	☐	☐	☐
23.	Seguir las recomendaciones que le han hecho los profesionales de la salud	☐	☐	☐	☐
24.	Llevar consigo armas (pistolas, navajas, cuchillos, etc.)	☐	☐	☐	☐
25.	Cepillarse después de cada comida principal	☐	☐	☐	☐
26.	Protegerse de los rayos solares utilizando bloqueador solar, gorra y gafas de sol	☐	☐	☐	☐
27.	Bañarse al menos una vez al día	☐	☐	☐	☐
28.	Realizarse autoexploraciones para detectar cambios en el cuerpo (masas en las mamas o testículos, manchas en la piel, etc.)	☐	☐	☐	☐

7575627335

29. De las siguientes medidas de seguridad vial: utilizar cinturón de seguridad o casco, no conducir en estado de embriaguez, no abordar un vehículo si el conductor está bajo efectos del alcohol, respetar los límites de velocidad si conduce, respetar las señales de tránsito y la infraestructura vial (utilizar puentes peatonales, obras, etc.), usted cumple con:

- ☐ 1. Todas ☐ 2. La mayoría ☐ 3. Algunas ☐ 4. Ninguna

• Señale si ha realizado las siguientes actividades en el último año:

		1. Si	2. No
30.	Chequeo médico preventivo	☐	☐
31.	Ir al odontólogo	☐	☐

• Señale si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

		1. De acuerdo	2. En desacuerdo
32.	Para qué cuidarme si la enfermedad es inevitable	☐	☐
33.	Cuando llegue a viejo empiezo a cuidarme	☐	☐

34. Cuando se cuida a sí mismo se siente motivado principalmente por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Mantener la salud
☐ 2. Recuperar la salud
☐ 3. Tener una buena apariencia personal
☐ 4. Sentirse bien
☐ 5. Otra: ¿Cuál? _____
☐ 6. Ninguna de las anteriores porque nunca me cuido

35. El nivel de satisfacción que tiene con la forma de cuidarse a sí mismo es:

- ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

36. Para cuidarse a sí mismo ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? *(puede escoger varias opciones)*

	1. Si	2. No
A. Afiliación al sistema de salud (EPS, ARS, medicina prepagada, póliza de salud, caja de compensación, etc.)	☐	☐
B. Dinero para seguir los tratamientos médicos, comprar elementos de aseo y cuidado personal, etc.	☐	☐
C. Tiempo para ir a citas con profesionales de la salud, para dedicarle al cuidado personal, etc.	☐	☐
D. Conocimiento sobre las formas de cuidarse y sus beneficios	☐	☐
E. Infraestructura vial adecuada en los lugares por donde transita	☐	☐
F. Conocimiento de las normas de tránsito y la seguridad vial	☐	☐
G. Acceso a servicios públicos básicos (acueducto, energía y alcantarillado)	☐	☐
H. Otro: ¿Cuál? _____	☐	☐

37. El cuidado de sí mismo hace parte del estilo de vida de *(puede escoger varias opciones)*:

	1. Si	2. No
A. Alguno de sus padres	☐	☐
B. Alguno de sus hermanos	☐	☐
C. Sus amigos cercanos	☐	☐
D. Su pareja	☐	☐

3751627 337

38. Las personas que lo rodean lo han criticado por (escija una sola opción):

- ☐ 1. Cuidarse a sí mismo
☐ 2. No cuidarse a sí mismo
☐ 3. No lo han criticado respecto al cuidado de sí mismo

ALIMENTACIÓN

• Señale la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades en una semana habitual:

	1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Ningún día
39. Comer frutas, verduras y hortalizas	☐	☐	☐	☐
40. Consumir proteínas (pollo, huevo, granos, carnes, pescado, mariscos, lácteos, etc.)	☐	☐	☐	☐
41. Consumir harinas y cereales (arroz, pan, pastas, etc.)	☐	☐	☐	☐
42. Consumir comidas rápidas, fritos, mecato o postres	☐	☐	☐	☐
43. Consumir gaseosas o bebidas artificiales	☐	☐	☐	☐
44. Desayunar, almorzar y comer en horarios establecidos	☐	☐	☐	☐
45. Omitir alguna de las comidas principales (desayuno, almuerzo y comida)	☐	☐	☐	☐
46. Dejar de comer aunque tenga hambre	☐	☐	☐	☐
47. Comer en exceso aunque no tenga hambre	☐	☐	☐	☐
48. Vomitar o tomar laxantes después de comer en exceso	☐	☐	☐	☐
49. Tomar aproximadamente ocho vasos de agua al día	☐	☐	☐	☐

• Señale si ha realizado las siguientes actividades en el último año:

	1. Si	2. No
50. Realizar dietas sin supervisión médica	☐	☐
51. Tomar medicamentos o productos naturales para bajar o subir de peso (baños, anabólicos, té verde, pastas quemadoras de grasa, adelgazantes, etc.)	☐	☐

• Señale si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

	1. De acuerdo	2. En desacuerdo
52. Creo que las personas que comen mucho están mejor alimentadas	☐	☐
53. Creo que una buena forma de adelgazar es dejar de comer	☐	☐
54. Creo que consumir comidas rápidas permite aprovechar mejor el tiempo	☐	☐

55. Cuando se alimenta adecuadamente se siente motivado principalmente por (escija una sola opción):

- ☐ 1. Mantener su figura
☐ 2. Bajar de peso
☐ 3. Mejorar su rendimiento (físico y mental)
☐ 4. Mantener la salud
☐ 5. Verse mejor
☐ 6. Otra: ¿Cuál? _____
☐ 7. Ninguna de las anteriores, porque nunca me alimento adecuadamente

56. El nivel de satisfacción que tiene con la forma como se alimenta es:

- ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

4829627334

57. Si quiere alimentarse de forma adecuada, ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones)

1. Si 2. No

- A. Dinero para comprar alimentos saludables
- B. Tiempo suficiente para sus tres comidas principales
- C. Disponibilidad de alimentos saludables en la universidad
- D. Espacios adecuados y suficientes para comer en la universidad
- E. Conocimiento para elegir alimentos saludables
- F. Disponibilidad de alimentos saludables en su casa
- G. Otro, ¿Cuál? _____

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

58. La alimentación saludable hace parte del estilo de vida de (puede escoger varias opciones):

1. Si 2. No

- A. Alguno de sus padres
- B. Alguno de sus hermanos
- C. Sus amigos cercanos
- D. Su pareja

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

59. Las personas que lo rodean lo han criticado por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Sus hábitos de alimentación saludables
- ☐ 2. Sus hábitos de alimentación no saludables
- ☐ 3. No lo han criticado respecto a sus hábitos de alimentación

CONSUMO DE ALCOHOL, CIGARRILLO Y DROGAS ILEGALES (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, alucinógenos, etc.)

• Señale cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su consumo actual de alcohol, cigarrillo y otras drogas:

60. Alcohol (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Tomo bebidas alcohólicas varias veces en el día
- ☐ 2. Tomo bebidas alcohólicas una vez al día
- ☐ 3. Tomo bebidas alcohólicas por lo menos una vez a la semana
- ☐ 4. Tomo bebidas alcohólicas de vez en cuando (en eventos sociales, ocasiones especiales)
- ☐ 5. No tomo bebidas alcohólicas

61. Cigarrillo (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Fumo varias veces en el día
- ☐ 2. Fumo una vez al día
- ☐ 3. Fumo por lo menos una vez a la semana
- ☐ 4. Fumo de vez en cuando (en eventos sociales, ocasiones especiales)
- ☐ 5. No fumo

62. Otras drogas ilegales (marihuana, cocaína, éxtasis, heroína, alucinógenos, etc.) (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Consumo drogas ilegales varias veces en el día
- ☐ 2. Consumo drogas ilegales una vez al día
- ☐ 3. Consumo drogas ilegales por lo menos una vez a la semana
- ☐ 4. Consumo drogas ilegales de vez en cuando (en eventos sociales, ocasiones especiales)
- ☐ 5. No consumo drogas ilegales



4025627332

- Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos seis (6) meses:

		1. Siempre	2. Frecuente-mente	3. Poca-mente	4. Nunca
63.	Dejar de hacer actividades sociales, académicas o laborales por tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales	☐	☐	☐	☐
64.	Ir a la universidad después de tomar bebidas alcohólicas o consumir drogas ilegales	☐	☐	☐	☐
65.	Consumir café y/o té diariamente	☐	☐	☐	☐

- Señale si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

		1. De acuerdo	2. En desacuerdo
66.	Creo que se disfruta más en una rumba si se toman bebidas alcohólicas, se fuma o se consumen drogas ilegales	☐	☐
67.	Creo que tomar bebidas alcohólicas es menos dañino que consumir drogas ilegales	☐	☐
68.	Creo que dejar las drogas, el cigarrillo o las bebidas alcohólicas es cuestión de voluntad	☐	☐

69. Cuando consume alcohol, cigarrillo o drogas ilegales se siente motivado principalmente por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Sentirse mejor
☐ 2. Ser más sociable
☐ 3. Expresar sentimientos
☐ 4. Experimentar nuevas sensaciones
☐ 5. Olvidarse de los problemas
☐ 6. Disminuir la tensión, ansiedad o el estrés
☐ 7. Tener un mejor desempeño sexual
☐ 8. Presión de otros (amigos, pareja, familia, etc.)
☐ 9. Es común en los lugares que frecuenta
☐ 10. Otra. ¿Cuál? _____
☐ 11. Ninguna de las anteriores porque no consumo bebidas alcohólicas, cigarrillo o drogas ilegales

70. La satisfacción con sus prácticas de consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillo o drogas ilegales (incluso si no hace) es:

- ☐ Alta ☐ Media ☐ Baja

71. Si quiere consumir alcohol, cigarrillo o drogas ilegales ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones)

	1. Si	2. No
A. Dinero para comprarlos	☐	☐
B. Conocimiento de sitios donde vendan drogas ilegales	☐	☐
C. Venta de alcohol en la universidad	☐	☐
D. Venta de cigarrillos en la universidad	☐	☐
E. Venta de drogas ilegales en la universidad	☐	☐
F. Existencia de sitios cercanos a la universidad donde vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales	☐	☐
G. Sitios que frecuento en los cuales vendan alcohol y cigarrillo	☐	☐
H. Otro. ¿Cuál? _____	☐	☐

72. Su habilidad para negarse a consumir bebidas alcohólicas, cigarrillo o drogas ilegales aunque otras personas insistan es:

- ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

73. El consumo de cigarrillo hace parte del estilo de vida de (puede escoger varias opciones):

	1. Si	2. No
A. Alguno de sus padres	☐	☐
B. Alguno de sus hermanos	☐	☐
C. Sus amigos cercanos	☐	☐
D. Su pareja	☐	☐

5181627336

74. El consumo de alcohol hace parte del estilo de vida de (puede escoger varias opciones):

1. Si 2. No

- A. Alguno de sus padres
 B. Alguno de sus hermanos
 C. Sus amigos cercanos
 D. Su pareja

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

75. El consumo de drogas ilegales hace parte del estilo de vida de (puede escoger varias opciones):

1. Si 2. No

- A. Alguno de sus padres
 B. Alguno de sus hermanos
 C. Sus amigos cercanos
 D. Su pareja

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

76. Las personas que lo rodean lo han criticado por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Consumir bebidas alcohólicas, cigarrillo o drogas ilegales
☐ 2. No consumir bebidas alcohólicas, cigarrillo o drogas ilegales
☐ 3. No lo han criticado respecto a su nivel de consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillo o drogas ilegales

SUEÑO

Señale la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades en una semana habitual:

		1. Todos los días	2. La mayoría de los días	3. Algunos días	4. Ningún día
77.	Acostarse y levantarse a una hora habitual	☐	☐	☐	☐
78.	Quedarse dormido sin dificultad en la noche	☐	☐	☐	☐
79.	Utilizar pastillas o bebidas alcohólicas (brandy, vino, etc.) para conciliar el sueño	☐	☐	☐	☐
80.	Despertarse en la madrugada y tener dificultad para dormirse nuevamente	☐	☐	☐	☐
81.	Despertarse varias veces en la noche	☐	☐	☐	☐
82.	Levantarse temprano y acostarse tarde	☐	☐	☐	☐
83.	Realizar alguna actividad académica, laboral, social o de ocio en lugar de dormir lo necesario	☐	☐	☐	☐

84. En la noche duerme generalmente (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Entre 4 y 6 horas
☐ 2. Entre 7 y 8 horas
☐ 3. 9 horas o más

Señale si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

		1. De acuerdo	2. En desacuerdo
85.	Creo que dormir es para los que no tienen nada que hacer	☐	☐
86.	Creo que los universitarios deben trasnocharse frecuentemente para cumplir con sus deberes	☐	☐

87. Cuando duerme el tiempo que necesita lo hace principalmente por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Descansar
☐ 2. Tener un buen rendimiento físico
☐ 3. Tener un buen rendimiento mental
☐ 4. Evitar amanecer irritable
☐ 5. Otra: ¿Cuál? _____
☐ 6. Ninguna de las anteriores porque nunca duermo el tiempo que necesito

--

8234 627 338

88. El nivel de satisfacción con sus hábitos de sueño es:

- ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

89. Si quiere dormir adecuadamente ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones)

- A. Lugar cómodo y agradable para dormir (sin ruidos, sin exceso de luz, colchón adecuado, temperatura adecuada, etc.)
 B. Dinero necesario para adecuar el lugar en el que duerme (cambiar el colchón o la almohada, cuando se daña, cubrir las ventanas con cortinas o persianas, etc.)
 C. Tiempo para dormir lo que necesita
 D. Conocimiento sobre las condiciones necesarias para tener un sueño óptimo
 E. Estrategias para controlar los pensamientos y emociones que podrían interferir con su sueño
 F. Otro, ¿Cuál? _____

1. Si 2. No

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

		1. Si	2. No
90.	¿Su familia respeta sus horarios de sueño?	☐	☐
91.	¿Tiene responsabilidades distintas al estudio o al trabajo (un familiar enfermo, hijos, arreglo del hogar, etc.) que le impiden dormir el tiempo que necesita?	☐	☐
92.	¿Sus amigos o pareja lo incitan a realizar actividades de noche que interrumpen sus horarios de sueño?	☐	☐

93. Las personas que lo rodean lo han criticado por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Dormir más del tiempo que necesita
☐ 2. No dormir el tiempo que necesita
☐ 3. No lo han criticado respecto a sus hábitos de sueño

SEXUALIDAD

		1. Si	2. No
94.	¿Actualmente tiene relaciones sexuales con personas del sexo opuesto?	☐	☐
95.	¿Actualmente tiene relaciones sexuales con personas del mismo sexo?	☐	☐
96.	¿Mira revistas, videos o páginas pornográficas?	☐	☐
97.	¿Tiene relaciones sexuales virtuales?	☐	☐

98. En el último año, ha tenido relaciones sexuales con:

- ☐ 1. Tres o más personas
☐ 2. Dos personas
☐ 3. Una sola persona
☐ 4. Ninguna persona Si escopió esta opción, pase a la pregunta 106

• Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante el último año:

		1. Todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. A veces	4. Nunca
99.	Utilizar condón durante las relaciones sexuales	☐	☐	☐	☐
100.	Utilizar (usted o su pareja) algún método anticonceptivo	☐	☐	☐	☐
101.	Expresar a su pareja sus preferencias y nivel de satisfacción con las relaciones sexuales	☐	☐	☐	☐
102.	Tener relaciones sexuales anales	☐	☐	☐	☐
103.	Tener juegos eróticos con la pareja como parte de sus relaciones sexuales	☐	☐	☐	☐
104.	Tener relaciones sexuales en grupo	☐	☐	☐	☐
105.	Tener relaciones sexuales por dinero o pagar para tenerlas	☐	☐	☐	☐
106.	Masturbarse	☐	☐	☐	☐
107.	Buscar información en textos científicos o con profesionales de la salud sobre su sexualidad	☐	☐	☐	☐

7186627333

- Señale si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

		1. De acuerdo	2. En desacuerdo
108.	Creo que si tengo sexo sólo con mi pareja, es poco probable que me infecte con VIH/sida u otras enfermedades de transmisión sexual	☐	☐
109.	En las relaciones sexuales, uno sabe con quién debe cuidarse (usar condón)	☐	☐
110.	Creo que los hombres son los que deben comprar y cargar los condones	☐	☐

111. Cuándo tiene relaciones sexuales lo hace principalmente por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Estar enamorado o de mostrar amor
☐ 2. Sentir placer
☐ 3. Darle gusto a la pareja
☐ 4. Presión social
☐ 5. Otra ¿Cuál? _____
☐ 6. Ninguna de las anteriores

112. El nivel de satisfacción con sus prácticas sexuales es:

- ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

113. El nivel de satisfacción con su orientación sexual (homosexual, heterosexual o bisexual) es:

- ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

114. Si quiere tener prácticas sexuales ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones)

- A. Pareja sexual
 B. Dinero para comprar métodos anticonceptivos o condones
 C. Dinero para pagar lugares donde pueda tener prácticas sexuales con tranquilidad (moteles, hoteles, residencias, etc.)
 D. Lugar que no tenga que pagar, para tener prácticas sexuales
 E. Acceso a textos científicos y/o profesionales de la salud para resolver dudas sobre su sexualidad
 F. Suficiente información sobre métodos de anticoncepción y protección
 G. Habilidad para hacer valer sus derechos sexuales (exigir el uso del condón, negarse a tener relaciones sexuales cuando no lo desea, expresar sus preferencias sexuales, etc.)
 H. Habilidad para producir placer sexual a su pareja
 I. Habilidad para incitar a su pareja para tener relaciones sexuales
 J. Otro ¿Cuál? _____

1. Si 2. No

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

115. La sexualidad y el sexo son temas tabú para (puede escoger varias opciones):

1. Si 2. No

- A. Alguno de sus padres
 B. Alguno de sus hermanos
 C. Sus amigos cercanos
 D. Su pareja

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

116. Las personas que lo rodean lo han criticado por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Sus prácticas sexuales
☐ 2. No tener prácticas sexuales
☐ 3. Sus prejuicios sexuales
☐ 4. Su desempeño sexual
☐ 5. Su orientación sexual
☐ 6. Ninguna de las anteriores



5951627/331

RELACIONES INTERPERSONALES

- Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos seis (6) meses:

		1. Todas las veces	2. La mayoría de las veces	3. Pocas veces	4. Nunca
117.	Expresar a personas cercanas el afecto mediante palabras o contacto físico (caricias, besos, abrazos, etc.)	☐	☐	☐	☐
118.	Expresar de manera calmada su disgusto o desacuerdo a otras personas	☐	☐	☐	☐
119.	Agredir física o verbalmente a otras personas	☐	☐	☐	☐
120.	Escuchar y ayudar a sus amigos cuando lo necesitan	☐	☐	☐	☐
121.	Expresar sus gustos, preferencias y opiniones a otros	☐	☐	☐	☐

- Señale si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

		1. De acuerdo	2. En desacuerdo
122.	Creo que las personas siempre lo buscan a uno sólo por su propio interés	☐	☐
123.	No se puede confiar en nadie	☐	☐
124.	Pienso que no puedo vivir sin los demás	☐	☐
125.	Creo que es más fácil relacionarse con otras personas por medio del Internet	☐	☐

126. Cuando se relaciona con otras personas lo hace principalmente por (escoga una sola opción):

- ☐ 1. Estar acompañado
☐ 2. Dar o recibir afecto y apoyo
☐ 3. Dar o recibir apoyo económico o material
☐ 4. Pertenecer a un grupo
☐ 5. Divertirse
☐ 6. Tiene que hacerlo por motivos de estudio, trabajo, etc.
☐ 7. Compartir intereses (académicos, deportivos, etc.)
☐ 8. Otra. ¿Cuál? _____

127. La satisfacción con sus relaciones interpersonales es:

- ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

128. ¿Si quisiera establecer y mantener una relación interpersonal, con cuáles de los siguientes recursos contaría? (puede escoger varias opciones)

	1. Si	2. No
A. Tiempo para relacionarse con otras personas por motivos distintos al estudio o al trabajo	☐	☐
B. Dinero para realizar actividades en las que se relacione con otras personas	☐	☐
C. Habilidades para relacionarse con otras personas	☐	☐
D. Otro. ¿Cuál? _____	☐	☐

AFRONTAMIENTO

- Señale la frecuencia con la que ha realizado las siguientes actividades durante los últimos seis (6) meses, cuando se enfrenta a una situación difícil o problemática:

		1. Siempre	2. Frecuentemente	3. Pocas veces	4. Nunca
129.	Se esfuerza por comprender en qué consiste antes de intentar solucionarla	☐	☐	☐	☐
130.	Evita si puede hacer algo para cambiarla	☐	☐	☐	☐
131.	Busca ayuda o apoyo por parte de otras personas	☐	☐	☐	☐
132.	La resuelve si ésta tiene solución	☐	☐	☐	☐
133.	Acepta y se ajusta a aquellas situaciones que considera que usted no puede cambiar	☐	☐	☐	☐

5934627332

Señale si está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

		1. De acuerdo	2. En desacuerdo
134.	Creo que es mejor no enfrentar las situaciones difíciles para evitar sus consecuencias	☐	☐
135.	Creo que ante una situación difícil es mejor esperar a ver si cambian las condiciones o aparece la solución	☐	☐
136.	Creo que siempre debo solucionar las situaciones difíciles	☐	☐

137. Cuando enfrenta una situación difícil o problemática lo hace principalmente por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. No sentir que los problemas dominan su vida
☐ 2. Disminuir el malestar que ocasionan los problemas
☐ 3. Evitar que los problemas interfieran en su rutina
☐ 4. Otra, ¿Cuál? _____
☐ 5. Ninguna de las anteriores porque nunca enfrento las situaciones difíciles o problemáticas

138. El nivel de satisfacción con la forma en que generalmente enfrenta las situaciones difíciles o problemáticas es:

- ☐ Alto ☐ Medio ☐ Bajo

139. Si tiene que enfrentar situaciones difíciles o problemáticas, ¿con cuáles de los siguientes recursos cuenta? (puede escoger varias opciones)

	1. Si	2. No
A. Recursos materiales y económicos	☐	☐
B. Personas que pueden apoyarlo	☐	☐
C. Ayuda profesional si la necesita	☐	☐
D. Habilidades para solucionar problemas	☐	☐
E. Otro, ¿Cuál? _____	☐	☐

140. La búsqueda de soluciones ante los problemas hace parte del estilo de vida de (puede escoger varias opciones):

	1. Si	2. No
A. Alguno de sus padres	☐	☐
B. Alguno de sus hermanos	☐	☐
C. Sus amigos cercanos	☐	☐
D. Su pareja	☐	☐

141. Las personas que lo rodean lo han criticado por (escoja una sola opción):

- ☐ 1. Su forma de enfrentar los problemas
☐ 2. No enfrentar los problemas
☐ 3. No lo han criticado respecto a su actitud para enfrentar los problemas

142. Cuando enfrenta alguna situación difícil o problemática, se siente apoyado por (puede escoger varias opciones):

	1. Si	2. No
A. Alguno de sus padres	☐	☐
B. Alguno de sus hermanos	☐	☐
C. Otros familiares	☐	☐
D. Sus amigos cercanos	☐	☐
E. Su pareja	☐	☐
F. Profesores	☐	☐
G. Profesionales	☐	☐

028 6627 337

ESTADO EMOCIONAL PERCIBIDO

- En los últimos seis meses, con qué frecuencia ha sentido:

		1. Siempre	2. Frecuente-mente	3. Poca vez	4. Nunca
143.	Tristeza, decaimiento o aburrimiento	☐	☐	☐	☐
144.	Enojo, ira u hostilidad	☐	☐	☐	☐
145.	Alegria	☐	☐	☐	☐
146.	Soledad y aislamiento	☐	☐	☐	☐
147.	Optimismo o esperanza	☐	☐	☐	☐
148.	Angustia, estrés o nerviosismo	☐	☐	☐	☐
149.	Manía (euforia extrema, sensaciones de poder, mucha energía e ideas simultáneas e incontrolables)	☐	☐	☐	☐

SATISFACCIÓN CON EL ESTILO DE VIDA Y EL ESTADO GENERAL DE SALUD

		1. Muy satisfecho	2. Satisfecho	3. No muy satisfecho	4. Nada satisfecho
150.	Respecto a su forma de vivir en la universidad, sus relaciones interpersonales, su modo de actuar, el trabajo, etc.) se siente	☐	☐	☐	☐
151.	Respecto a su estado de salud (físico y emocional) se siente	☐	☐	☐	☐

POR FAVOR VERIFIQUE QUE HA YA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!



Apéndice B. Consentimiento Informado.



ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____
identificado con Cédula de Ciudadanía No. _____ de
_____, por medio de la presente acepto participar en la
investigación denominada Evaluación Psicológica de personas diagnosticadas con VIH-SIDA
y Diseño e Implementación de un Programa de Estilos de Vida Saludable, desarrollada con
una muestra de usuarios de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional
Santander.

De igual forma, refiero que he sido informado por la Ps. Dolly Patricia Jerez Díaz de los
objetivos del estudio y sé que la información entregada es **CONFIDENCIAL**. No obstante,
sé que soy libre de retirarme en cualquier momento.

Dado lo anterior, autorizo para que los resultados sean publicados siempre y cuando se
preserve mi identidad.

Firma: _____

C.C. No. _____

Apéndice C. Historia Clínica.

**LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA****SECCIONAL SANTANDER****VALORACIÓN PSICOLÓGICA**

H.C. No.: _____

Fecha: _____

1. IDENTIFICACIÓN:

Nombres y Apellidos: _____

Género: _____ Edad: _____ Estrato: _____

Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____

Religión: _____ Escolaridad: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

2. MOTIVO DE CONSULTA:

3. EXAMEN MENTAL:

PORTE Y ACTITUD	Apariencia:	Normal:___			Desarreglada:___	
	Actitud:	Colaborador:___		Agresivo:___		Pasivo:___
CONCIENCIA:	Alerta:___	Conciente:___	Obnubilación:___	Confusión Mental:___	Delirio:___	
ORIENTACIÓN:	Alopsíquica:___		Autopsíquica:___		Global:___	
ATENCIÓN:	Normal:___	Distractibilidad:___		Hipoprosexia:___	Hiperprosexia:___	
SUEÑO:	Normal:___	Insomnio:___		Hipersomnia:___		Pesadillas:___
MEMORIA:	Normal:___	Hipermnesias:___	Amnesias:___		Paramnesias:___	Dismnesias:___

SENSOPERCEPCIÓN:	Normal: __	Hiperpercepción: __	Hipopercepción: __	Alucinaciones: __	Ilusiones: __
PENSAMIENTO:	Lógico: __	Ilógico: __	Bloqueo o Disgregación: __	Fuga de Ideas: __	Bradipsiquia: __
LENGUAJE:	Normal: __	Afasia: __	Taquilalia: __	Bradilia: __	Verborrea: __ Ecolalia: __
AFECTO:	Estable: __	Euforia: __	Ansiedad: __	Anhedonia: __	Tristeza: __ Rabia: __
CONDUCTA MOTORA:	Normal: __	Hiperbulia: __	Abulia: __	Apraxia: __	
INTELIGENCIA:	Promedio: __	Superior: __	Inferior: __		
JUICIO Y RACIOCINIO:	Normal: __	Debilitado: __	Desviado: __	Deficiente: __	

4. ANTECEDENTES MÉDICOS Y/O QUIRÚRGICOS:

5. HISTORIA PSIQUIÁTRICA:

6. PERFIL DE DESARROLLO:

ÁREA FAMILIAR:

ÁREA SOCIAL:

ÁREA EDUCATIVA:

ÁREA LABORAL:

ÁREA AFECTIVA:

ÁREA SEXUAL:

7. USO DE SPA Y ALCOHOL:

8. HÁBITOS ALIMENTICIOS:

9. PRINCIPALES TEMORES:

10. METAS A CORTO, MEDIANO Y LARGO PLAZO:

11. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

EJE I: _____

EJE II: _____

EJE III: _____

EJE IV: _____

EJE V: _____

OBSERVACIONES:

12. PLAN DE INTERVENCIÓN:

FIRMA PSICÓLOGO (A)
Estud. Especialización Psicología Clínica

Apéndice D. Entrevista Semiestructurada.



LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA
SECCIONAL SANTANDER
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La entrevista semiestructurada realizada a los pacientes de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional Santander, se desarrolló en un tiempo estimado de 1 hora. Sin embargo, es prudente indicar que las preguntas aquí señaladas sirvieron como guía para ahondar en la problemática, pero no como formato rígido a seguir.

1. Datos de identificación:

Nombres y Apellidos

Edad:

Estrato:

Estado Civil:

Ocupación:

Fecha y Lugar de nacimiento:

Escolaridad:

Dirección y Teléfono:

2. Historia de la Enfermedad Actual, esferas de desarrollo (familiar, afectiva, social, académico, etc) y expectativas de la intervención:

¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con VIH?

¿Cómo fue el proceso de aceptación de la enfermedad?

Después de ser diagnosticado, ¿ha estado hospitalizado en alguna ocasión debido a los síntomas del VIH?

Además de estar diagnosticado con VIH, ¿ha tenido o tiene alguna otra enfermedad médica?

En alguna ocasión ha presentado problemas a nivel psiquiátrico o psicológico.

¿Alguna vez ha intentado o ha pensado en hacerse daño físico?

¿Quiénes componen su familia?

¿Su familia conoce su problemática?

¿Cuál fue la reacción de su familia al conocer que usted es portador?

Actualmente, ¿cómo es su relación con su familia y cómo era antes de ser diagnosticado con VIH?

¿Cómo son sus relaciones interpersonales?

¿En alguna ocasión ha tenido dificultad para interactuar con las personas?

¿Sus amigos saben de su diagnóstico?

Actualmente tiene pareja.

¿Su pareja sabe que usted tiene VIH?

¿Ha recibido apoyo de su pareja después de comentarle que usted es portador?

En la actualidad, ¿usted es una persona activa sexualmente?

Al mantener relaciones sexuales, ¿utiliza algún método de planificación?

¿Alguna vez ha consumido o consume SPA legales o ilegales?

¿Ha mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de SPA?

Cuando usted tiene algún problema, ¿qué estrategias utiliza para resolverlo?

En cuanto a su tiempo libre, ¿qué actividades realiza?

A nivel de alimentación, ¿cuáles son sus hábitos alimenticios?

Enuncie cuáles son sus principales temores

Finalmente, me puede decir qué metas tiene a corto, mediano y largo plazo

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Apéndice E. Programa de Intervención Psicológica.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN PACIENTES CON VIH/SIDA DE LA LIGA COLOMBIANA DE LUCHA CONTRA EL SIDA, SECCIONAL SANTANDER		
OBJETIVO	Aplicar el programa de estilos de vida saludables a los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA de la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, Seccional Santander, mediante la utilización del modelo cognitivo-conductual que permita la modificación de patrones de comportamiento disfuncionales	
SESIONES	TEMÁTICA	DESARROLLO DE LA SESIÓN
Primera	Presentación	Presentación de la Psicóloga ante los pacientes. Objetivo del programa de intervención. Relación entre la conducta y los pensamientos automáticos Explicación del proceso psicológico a desarrollar. Se despejan dudas e inquietudes. Cierre
Segunda	Conceptualización y explicación del modelo psicológico (Cognitivo-Conductual) a seguir durante las sesiones	Explicación breve de la definición del modelo cognitivo-conductual (Caballo, 1998) Objetivo del modelo. Información sobre las posibles técnicas psicológicas que pueden aprender para mejorar su calidad de vida. Ejemplos de cómo funciona el modelo cognitivo-conductual. Dudas e inquietudes. Cierre.
Tercera	Autocuidado y Cuidado Médico. (Convivencia)	Recordar el modelo cognitivo conductual trabajado en la sesión anterior. Definición de Autocuidado y Cuidado Médico Importancia del Autocuidado y Cuidado Médico en la calidad de vida Dinámica relacionada con el reconocimiento de

		sí mismo. Dinámica sobre la importancia de la responsabilidad en el horario de toma de medicamentos. ¿Cómo mejorar el Autocuidado y Cuidado Médico? Dramatizado sobre la importancia del Cuidado Médico en pacientes con VIH/SIDA. Retroalimentación. Cierre.
Cuarta	Estrategias de Afrontamiento	Recordar conceptos tratados en la sesión anterior. Definición de estrategias de afrontamiento y solución de problemas. Diferencia entre las estrategias de afrontamiento adaptativas y las desadaptativas (Caballo, 1998). Ejemplos de estrategias de afrontamiento. Entrenamiento en solución de problemas Actividad: Estudio de casos sobre situaciones problema que enfrentan los pacientes con VIH/SIDA. Debate sobre actividad realizada. Retroalimentación. Cierre.
Quinta	Hábitos Alimenticios	Recordar conceptos tratados en la sesión anterior. (Para esta sesión se contó con el apoyo de profesionales de Nutrición e Ingeniería de Alimentos). Definición de hábitos saludables de alimentación. Clasificación general de los alimentos. Relación hábitos saludables de alimentación y calidad de vida. Promoción de hábitos saludables de alimentación.

		Retroalimentación Entrega de folleto con información sobre el tema. Cierre.
Sexta	Prevención del consumo de Alcohol, Cigarrillo y Drogas Ilegales	Recordar conceptos tratados en la sesión anterior. Definición de SPA. Tipos de SPA. Relación entre SPA y antirretrovirales. Factores protectores y de riesgo. Entrenamiento en habilidades sociales (Caballo, 1998) Testimonio de un paciente farmacodependiente. Retroalimentación Cierre
Séptima	Ejercicio y Actividad Física (Conceptualización)	Recordar conceptos tratados en la sesión anterior. Definición de Ejercicio y Actividad Física Importancia de las prácticas corporales en la calidad de vida. Promoción de hábitos saludables en cuanto a ejercicio físico. Retroalimentación Cierre
Octava	Ejercicio y Actividad Física	Recordar conceptos tratados en la sesión anterior. Caminata.
Novena	Adherencia Terapéutica	Definición de adherencia terapéutica Objetivo de la adherencia al tratamiento (Caballo, 1998) Ventajas y desventajas de la adherencia terapéutica. Estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento: mejor comunicación con el terapeuta, conocimiento de los efectos de los antirretrovirales, responsabilidad en la toma de medicamentos, entre otros.

		Retroalimentación Cierre
Décima	Satisfacción con la vida	Recordar conceptos tratados en la sesión anterior. Película “En búsqueda de la felicidad”. Relación de la película y objetivos propuestos por los pacientes. Reflexión Cierre
Décimo primera	Retroalimentación y cierre	Resumen general de las temáticas trabajadas en el programa. Diálogo sobre los cambios evidenciados en los pacientes Se despejan dudas e inquietudes. Cierre
<i>Nota aclaratoria:</i> los temas tratados en la novena y décima sesión se abordaron por sugerencia de los pacientes.		