

**CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON VIH DEL HOGAR EL
TONEL DE LA FUNDACIÓN EUDES DE BOGOTÁ Y PROPUESTA DE TRABAJO
DESDE EL MINDFULNESS Y LA ACTIVIDAD FÍSICA**

TRABAJO DE GRADO DE PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:
JOYA TAMBO LUZ ADRIANA

DIRECTOR(A) TRABAJO DE GRADO
Mg. LAURA MILENA SEGOVIA NIETO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
BOGOTÁ D.C 2017

AGRADECIMIENTOS

A través de estas líneas quiero expresar mi total admiración y agradecimiento inmenso a aquellas personas que estuvieron implicadas en el desarrollo del presente trabajo investigativo.

Especialmente a mi Dir. Laura Milena Segovia Nieto, por su apoyo constante, tenacidad, paciencia en la guía de este reto académico y experiencia investigativa.

Así mismo, al programa de Psicología por el apoyo constante.

A mi compañero de trabajo de grado, Andrés Francisco Riveros Cely, por recorrer conmigo este gran camino académico.

A la Facultad de educación, programa de la Lic. Educación física Por el apoyo y asesoría durante el desarrollo del trabajo de grado.

Finalmente a la Fundación Eudes, hogar “el Tonel”, Por permitirnos desarrollar el presente trabajo investigativo y a la población VIH por su contribución en el mismo.

DEDICATORIA

A Dios,
por el regalo de mi vida, la inspiración de mis sueños y
guía de mi camino.

A mis padres,
pilar esencial de mi existencia e
inspiración en mi viaje por la vida.
A ellos, mi agradecimiento infinito
por su inagotable amor e incondicional apoyo, durante
la realización del presente trabajo de grado.

A mi hermana,
por su autenticidad y compañía incondicional,
durante este reto académico.

A los individuos que viven con la odisea del VIH,
por su gran valentía y perseverancia.
A ellos, fuente de inspiración personal, académica y profesional.
Especialmente a los residentes de la
Fundación Eudes Hogar “El Tonel”
de la ciudad de Bogotá.

RESUMEN

El VIH sigue siendo una enfermedad de gran impacto en nuestra sociedad. En este sentido, el presente proyecto de investigación tiene el objetivo de identificar el nivel de calidad de vida en los adultos diagnosticados con VIH del hogar el Tonel de la Fundación Eudes de la ciudad de Bogotá. Así mismo se examinan diferentes perspectivas teóricas del comportamiento actual de la patología del VIH, así como las implicaciones en la calidad de vida de los individuos. A nivel metodológico, la investigación se guía a través de la acción participativa y la aplicación del cuestionario de salud SF 36. Los hallazgos evidencian una disminución de la calidad de vida en algunas dimensiones. Así pues, esta investigación es un intento por explorar otras posibilidades interventivas y complementarias al tratamiento retroviral, por ello se plantea una propuesta base que sincroniza la actividad física y el Mindfulness.

Palabras clave: Actividad física, Mindfulness, VIH, calidad de vida.

ABSTRACT

HIV remains a disease of great impact in the life of the individual. In this sense, the present research project has the objective of identifying the level of quality of life in adults diagnosed with HIV at home the Tonel of the Eudes Foundation in the city of Bogotá. Likewise, different theoretical perspectives of the current behavior of HIV pathology are examined, as well as the implications on the quality of life of individuals. At a methodological level, the research is guided through participatory action and the application of the SF 36 health questionnaire. The findings show a decrease in the quality of life in some dimensions. Therefore, this research is an attempt to explore other interventional possibilities and complementary to retroviral treatment, so a basic proposal that synchronizes physical activity and Mindfulness is proposed.

Keywords: Physical activity, Mindfulness, HIV, quality of life.

Índice de contenido

	Pág.
Justificación	8
Planteamiento del problema	11
Objetivos	13
Marco teórico	14
Metodología	24
RESULTADOS	28
DISCUSIÓN	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
APÉNDICES	43

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1: Fases del VIH	17
Figura 2: Dimensiones SF-36 de población Fundación EUDES, hogar “El Tonel” y muestra poblacional con VIH-SANA	30

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1: Beneficios genéricos de la actividad física	19
Tabla 2: Beneficios de la actividad física y el Mindfulness	23
Tabla 3: Características poblacionales	28
Tabla 4: Dimensiones SF-36 muestra poblacional “Hogar el Tonel”.	29
Tabla 5: Redes de apoyo	31
Tabla 6: Área espiritual y sentimental	31
Tabla 7: Actividad física	32
Tabla 8: Movilidad articular	32

JUSTIFICACIÓN

En pleno siglo XXI, el VIH sigue siendo una de las enfermedades que genera mayor preocupación en la salud pública. Es así como, aunque los primeros casos de VIH-SIDA datan de los años 80's, la enfermedad, así como los prejuicios frente a ésta, siguen manteniéndose (Echeverry, Hernández & Betancourt, 2017). Ahora bien, eso no significa que gracias a la investigación científica no se haya podido prolongar la vida en los pacientes, así como garantizarles un nivel mayor de funcionalidad y adaptabilidad a la vida cotidiana. Múltiples disciplinas han realizado investigaciones, seguimiento y vigilancia epidemiológica dándole un enfoque interdisciplinar al manejo, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, entre ellas la farmacología, medicina y psicología. Su trabajo constante ha contribuido satisfactoriamente a una reducción significativa de las tasas de morbilidad y mortalidad, logrando en la actualidad categorizar el VIH como una patología crónica (Echeverry, et, al. 2017 citando a Acosta, et, al. 2008).

Las cifras mundiales, evidencian el incremento epidemiológico de los individuos que viven con VIH. Así pues, para el año 2000 se presentaron 27,7 millones de casos, mientras que para el año 2016 se evidenciaron aproximadamente 36,7 millones (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida- ONUSIDA, 2017). También, como lo señala Andrade, Quiroga, Builes, Saldarriaga, Aguilar, Mesa & Tobón (2016) el número de individuos infectados durante el 2013 se asocia con aproximadamente: 35 millones de personas que viven con la infección; 2,1 millones de individuos que adquirieron la enfermedad y 1,5 millones de personas murieron a causa del VIH/SIDA.

Pero, el VIH además de prevalecer en la población joven, también se refleja en individuos de 50 años o más, principalmente en países de bajos y/o medianos recaudos económicos. Más aún, a nivel global, se evidencia una prevalencia de 3,6 millones de habitantes entre los 50 años o más, que viven con VIH. Para el año 2012 se presentó un estimado de 2, 9 millones de individuos con dicha epidemia, (Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH-SIDA, ONUSIDA, 2013).

A nivel continental, en América Latina las cifras epidemiológicas reflejan que para el año 2016 se evidenciaron alrededor de 1, 8 millones de casos con VIH. Además en la población joven de

Latinoamérica el 58% de los individuos mayores de 15 años de edad, presentan VIH y tienen servicio de terapia antiretroviral, (ONUSIDA, 2017). Igualmente, a nivel Latinoamericano, la transmisión del VIH se presenta en mayor proporción en hombres que mantienen relaciones sexuales con individuos del mismo sexo, particularmente en países tales como: Chile, Perú, Ecuador y México, mientras que en ciudades como Brasil y Argentina, predominó el uso de drogas como influencia de la mitad de las infecciones de VIH. Garza, González y Ocampo, (2014).

Entre el lapso de 1985 y 2016 en Colombia, se reportaron cerca de 28.529 casos diagnosticados con VIH y/o deceso por SIDA. También, la cifra de individuos con VIH-SIDA para el año 2015 oscila entre 150.000 casos, según datos establecidos por la Alcaldía mayor de Bogotá, D.C - Secretaria de salud (2016). Este mismo organismo, destaca a Bogotá (696 casos- 89, 3%), Cundinamarca (47 casos- 6,0 %) y Meta (5 casos-0,6 %) como focos de incidencia en nuestro país, mientras que las ciudades con menor tasa de procedencia se relacionan con el Valle (1 caso-0,1%), Quindío (1 caso-0,1%) y Norte de Santander (1 caso-0,1%). Más aún, señala que durante el año 2016, específicamente en el periodo comprendido entre enero y marzo, se identificaron 779 individuos diagnosticados como seropositivo de VIH y en Bogotá se encuentran alrededor de 696 casos, evidenciando un incremento significativo con relación al año inmediatamente anterior de 2015, en el cual se presentaron 471 casos de VIH. En Bogotá el caso no dista del mundial. Durante el primer trimestre epidemiológico del año 2017, se conocieron 697 casos de VIH correspondientes al 17, 7 % y 167 casos en fase de SIDA con 24, 1 %. (Boletín epidemiológico semanal. 2017; citando a Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2017).

Así pues, Bogotá es una de las ciudades con mayor índice de individuos con VIH en Colombia. En este sentido, existen diversas fundaciones en la ciudad capitalina que apoyan el proceso de los pacientes con dicha afección. Este es el caso de los residentes con VIH de la fundación Eudes del hogar el Tonel, quienes con el paso del tiempo presentan evolución de diversas enfermedades oportunistas, las cuales han generado un impacto considerable en la calidad de vida. Algunos de los factores que se evidencian posteriormente se asocian con: elevados niveles de inactividad física, discriminación, salud mental disminuida, problemas ergonómicos, no resolución de problemas de manera óptima, dificultades en las relaciones interpersonales así como ausencia de redes de apoyo, entre otros. En ese sentido, el presente proyecto se justifica que, ante un diagnóstico de VIH

seropositivo, el individuo pierde la capacidad de responder efectivamente a situaciones como estas. Por ende, para los individuos que viven con VIH se torna difícil el afrontamiento y ajuste al proceso patológico, el cual, implica ciertos factores como el estrato socioeconómico bajo, el cual no les permite acceder a determinados servicios de salud de manera íntegra, pues el impacto del VIH se evidencia a nivel psicosocial que paralelamente “generan costosas y dolorosas pérdidas para el paciente, el sistema y la sociedad” (Echeverry, et, al. 2017 citando a Alarid, et, al. 2013; Teva, et, al. 2012).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde la aparición del VIH hasta la actualidad, dicha patología es ampliamente investigada, particularmente desde el nivel biológico, por lo cual, los resultados hoy estiman el tratamiento farmacológico retroviral que ha favorecido considerablemente a la población con VIH y la prolongación de vida en dicha población. Sin embargo, el gran interrogante es, si a nivel biológico ya se encuentra bajo supervisión médica, ¿Qué está pasando con las demás áreas del paciente VIH?, es decir, ¿Qué impacto ha tenido la enfermedad en diversas áreas de acción del individuo, como el campo psicológico, físico, social, cultural, entre otros? y ¿Cuáles son los avances investigativos y prácticos, para la intervención de los demás dominios del paciente VIH? Pues bien, ante las necesidades de los residentes del hogar el Tonel de la fundación Eudes y con ello la carencia de programas o intervenciones orientadas a la calidad de vida, surgen los interrogantes previamente descritos.

Ahora bien, construir un proyecto de investigación desde una perspectiva única del conocimiento resulta insuficiente: primero, porque respondería a unas cuantas demandas y no a todas las necesidades de los pacientes con VIH y en segundo lugar, la interdisciplinariedad es un complemento y apoyo novedoso para la terapia antirretroviral en Bogotá, contribuyendo a responder desde diferentes disciplinas a un mismo fenómeno de estudio, como lo es el VIH. Por consiguiente, a partir de la interdisciplinariedad se pretende la identificación del nivel de calidad de vida y caracterización de los pacientes VIH, así como el diseño de una base de plan interventivo, fundamentado en la fusión del mindfulness desde el saber psicológico y la actividad física desde el conocimiento de educación física, con el fin de sincronizar una investigación orientada a las necesidades que presentan los individuos con VIH, de la fundación Eudes – hogar el tonel.

Pero, ¿Por qué desde el mindfulness y la actividad física? En primer lugar, el mindfulness a pesar de su novedosa adhesión a diversos tratamientos, lo cierto es que desde la investigación y práctica en oriente, ha evidenciado grandes beneficios a un sinnúmero de dificultades y enfermedades del ser humano. En tanto la actividad física, ha contribuido el desarrollo positivo de la salud integral del individuo.

Dada la situación del hogar el Tonel de la fundación Eudes, es necesario contribuir en la calidad de vida de los pacientes con VIH, por ello, la pregunta investigativa que guía el siguiente proyecto es: ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en los adultos diagnosticados con VIH del hogar el Tonel de la fundación Eudes de la ciudad de Bogotá? Posteriormente y ante los datos obtenidos, es necesario la implementación particularmente de la interdisciplinariedad, en un intento por explorar una complementariedad a la terapia farmacológica y contribuir de manera integral a la calidad de vida de los pacientes que en la actualidad viven con VIH, y cuyas cifras epidemiológicas cada día ascienden de manera abismal.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar el nivel de calidad de vida en los adultos diagnosticados con VIH del hogar el Tonel de la fundación Eudes de la ciudad de Bogotá.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la población de adultos con VIH del hogar el Tonel de la Fundación Eudes de la ciudad de Bogotá.
- Identificar el nivel de calidad de vida a través de la aplicación del cuestionario de salud SF 36, en los adultos con VIH del hogar el Tonel de la Fundación Eudes de la ciudad de Bogotá.
- Diseñar las bases de un plan interventivo fundamentado en la actividad física y el mindfulness.

MARCO TEÓRICO

La calidad de vida comprende un constructo social que concibe múltiples significados (García, Vera y Lugo, 2013). Sin embargo, una de las conceptualizaciones universales es la proporcionada por la Organización Mundial de la Salud- OMS, que establece que la calidad de vida se define como: “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de los valores en que se vive, y en relación con sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto muy amplio que está influido por la salud física del individuo, su estado psicológico, las creencias personales, las relaciones sociales, así como sus relaciones con los sucesos destacados de su entorno” (McHorney, 1993).

La calidad de vida también incluye el nivel subjetivo, asociado con la evaluación que una persona realiza de la vida de sí misma; y el nivel objetivo, como el estándar de vida positiva que a su vez considera la valoración de algunos organismos (De Souza, et, al., 2000; Victoria, 2000). Así mismo, la OMS comprende la valoración individual y refiere que la calidad de vida relacionada con la salud-CVRS, se vincula con aquellos efectos que tiene un individuo que vive con alguna patología y de manera simultánea los tratamientos que le acompañan.

Por esta razón la implementación de instrumentos asociados con la calidad de vida relacionada con la salud-CVRS en el VIH, ha contribuido en la identificación de características vinculadas con la enfermedad, propiedades asociadas con la adherencia al tratamiento, aprehensión, enfermedades que se desarrollan simultáneamente con el VIH (enfermedades oportunistas) y la evolución del mismo (Cardona & Higueta, 2014 citando Phaladze & Dlamini, et al, 2005; Webb & Norton, 2004).

Así pues, a nivel mundial una de las herramientas que ha evidenciado gran validez y confiabilidad a la hora de evaluar el nivel de salud (McHorney, et, al., 1993), en la exploración científica, valoración y rastreo clínico, es el cuestionario de salud SF-36 (McDowell, 2006). Este se relaciona con la CVRS y presenta varias dimensiones de la salud que se pueden aplicar en la población selectiva o universal. En Colombia, particularmente la estandarización del cuestionario SF-36 se realizó con habitantes que presentaban alguna patología, así como individuos sanos (Lugo, García, Gómez, 2006).

A pesar de todo, es importante enfatizar que en Colombia, se evidencia escasa investigación científica vinculada con cifras de calidad de vida y a su vez que se pueda contrastar con estudios que hayan utilizado el instrumento SF 36. En este sentido, se llevó a cabo la adaptación de dicho cuestionario con un grupo poblacional sano y con algún tipo de enfermedad, en la ciudad de Medellín. Entre las enfermedades se destacan la depresión, dolor músculo-esquelético y el VIH, entre otras (García, vera y Lugo, 2013). Con relación al VIH un diagnóstico positivo de la enfermedad, puede implicar diversas reacciones y todo ello, influenciado por el nivel educativo, edad, orientación sexual, el conocimiento acerca de la patología, entre otros (Grupo de expertos de la secretaría del plan nacional sobre el SIDA-SPNS, et, al., citando a Battegay, et, al. 2014).

Ahora bien, los estudios científicos también han abordado los factores de protección y de riesgo, a nivel físico-mental para la calidad de vida de los pacientes con VIH. Por consiguiente, como lo señala (Emlet, Fredriksen-Goldsen, Kim, 2013), los inconvenientes en la realización de determinadas tareas y disminución de la propia autonomía en dichas actividades, se relaciona con una disminución de CVRS a nivel físico. A pesar, de ciertos factores de protección, en la CVRS a nivel mental, se encuentran algunos, como: la autoeficacia, soporte de orden social, mientras que otros factores tales como: la carencia autonómica y la *“victimización, pero no el estigma en sí, estaban asociadas a disminución de la CVRS mental”*, (p 282).

Igualmente, las múltiples investigaciones científicas asociadas al abanico de necesidades de los individuos con VIH, reflejan que estas se vinculan con: la discriminación, relaciones sociales, salud mental, autosuficiencia económica y estigmatización. Es más, los hombres con diagnóstico de VIH en Reino Unido, que a su vez mantienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo (Bourne, et al, 2012, citando a Health Protection Agency, 2011), refieren experiencias de rechazo, estigma y salud mental disminuida (Ridge, Ziebland, Anderson, Williams & Elford, 2010).

En este mismo sentido, a nivel psicológico, el apoyo social de miembros importantes influyen positivamente en el individuo con diagnóstico de VIH (Oppong Asante, 2012 citando a Deichert, et al, 2008; McDowell & Serovich 2007), contribuyendo en la satisfacción de apoyo, nivel elevado de autoestima, calidad de vida y disminución del malestar psicológico (Safren, Radomsky, Otto &

Salomon, 2002; Li L, et al, 2009). Incluso, otros de los factores que influye en la calidad de vida de los pacientes de VIH/SIDA, son los niveles elevados de educación superior y niveles económicos, (Oguntibeju 2012). Debido al destacado conocimiento con respecto a la enfermedad y tratamiento, más aún el acceso a los servicios de salud. (Fumaz, et al, 2002; Prieto-Flores, et al., 2008).

Otro de los factores que juega un papel esencial en el bienestar psicológico es la edad. Esto se debe a que, los adultos mayores diagnosticados con VIH presentan mayores niveles de resiliencia, estado emocional equilibrado y menores niveles depresivos comparado con el grupo de los jóvenes con la misma patología (Crystal, et, al., 2003; Nokes, et, al., 2000). Todo ello, asociado con la satisfacción de la etapa de la vejez, paciencia, sabiduría y “menor resentimiento debido a ser diagnosticado con una condición crónica” (Oppong Asante, 2012 citando a Siegel, Raveis & Karus, 1998).

Como lo señala Bimal (2012) el VIH resulta todo un reto para las personas que viven con dicha afección. Por ende, esta se ha ampliado en la investigación científica, vinculándose a elementos como: la discriminación y el estigma; este último, entendido como: aquel discernimiento social desvalorado acerca de la patología y las personas que viven con la misma (Bimal, et, al., 2012 citando a Herek, 2002). En este orden, dichos elementos se asocian principalmente con: “miedo a la transmisión, el miedo al sufrimiento y la muerte y la carga de cuidar a las personas que viven con el VIH / SIDA” (p.2). Por consiguiente, ello obstaculiza que los individuos compartan su diagnóstico con los círculos más cercanos, como la familia, pareja sexual, y se dificulte la adhesión al tratamiento retroviral (Steward, et, al., 2008; Chandra, et, al., 2003 citados por los mismos autores). Es más, algunos estudios realizados en India, reflejaron que evidentemente hay una relación considerable entre la calidad de vida y el estigma, esto por asociaciones negativas, particularmente en las áreas ambiental y psicológica del individuo (Thomas, Rehman, et, al., 2005 citado por los mismos autores).

Por otro lado, es necesario destacar como se adquiere la enfermedad del VIH y que curso sigue a nivel biológico. Ahora bien, el VIH se transmite a través de relaciones sexuales (forma de mayor frecuencia a nivel mundial); transmisión materno infantil; sangre, transfusiones del mismo

elemento sanguíneo o el compartir agujas, jeringas, infectadas particularmente en los consumidores de algún tipo de sustancia psicoactiva, más aún elementos médicos infectados Garza, González y Ocampo (2014) citando a Abdool, Karim, Gouws & Baxter (2007). En consecuencia, como lo señala (Santos, Azevedo, Melo, Maia, Medeiros y Knackfuss 2016) el VIH comprende las siguientes tres fases:

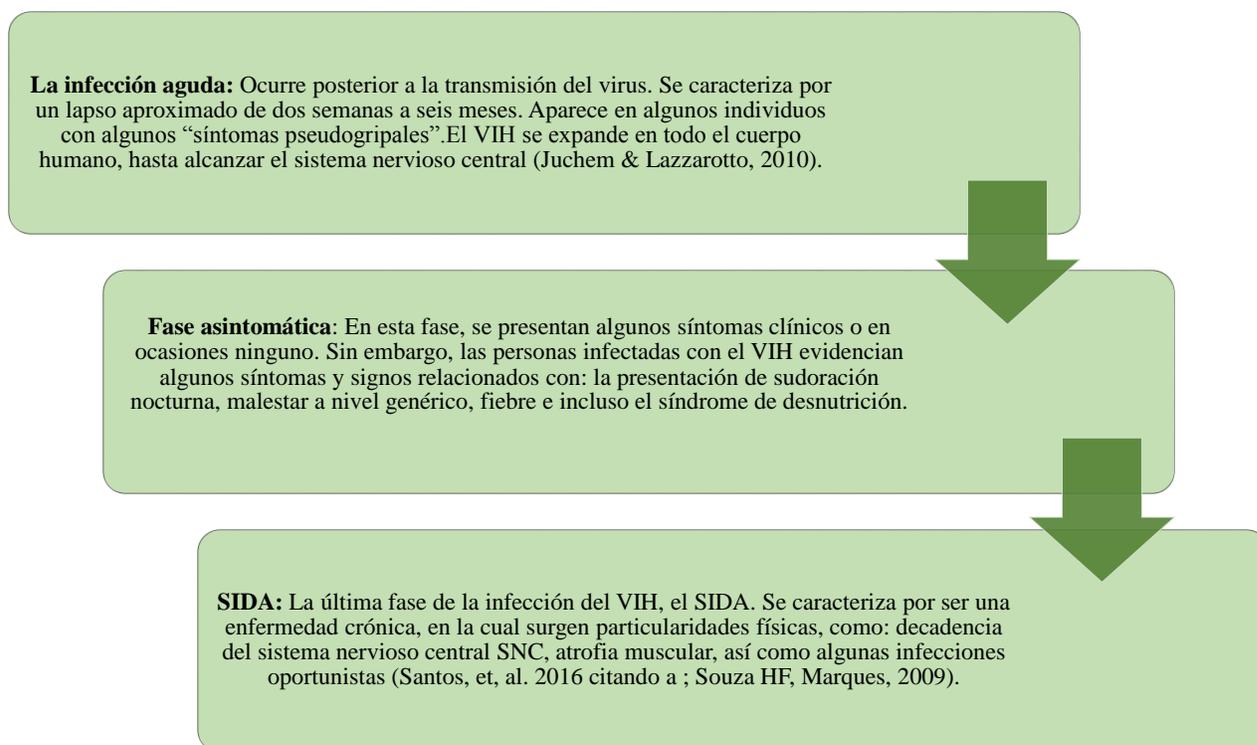


Figura 1. Fases del VIH. (Santos, Azevedo, Melo, Maia, Medeiros y Knackfuss 2016). Elaboración propia.

Pero, con el curso del VIH ¿Qué pasa a nivel físico con un paciente VIH en edad avanzada? Como lo refiere (Balderson, Lou Grothaus, Harrison, Christine Mahoney & Catz, 2013), se evidencia reducción en la función física, todo ello en contraste con los individuos o pacientes que no presentan dicha patología. Incluso la función física vinculada con las fases del VIH, refleja que la actividad o funcionamiento físico de los individuos con VIH asintomático es semejante con aquellas personas que no presentan dicha afección. Sin embargo, los individuos que se encuentran en la fase sintomática y de SIDA, reflejaron un deterioro significativo en el funcionamiento físico, esto correlacionado con individuos que presentan patologías crónicas, específicamente, depresión, diabetes, entre otras (Balderson, et, al., 2013 citando a Hays et al., 2000).

Por otra parte, según (ONUSIDA, 2013 citando a Negin, Nemser, et, al 2012), la prevalencia del VIH entre los 50 años, se refleja por el escaso conocimiento que pueden presentar acerca de dicha patología, esto en semejanza con los jóvenes. Además algunas encuestas realizadas en África oriental, occidental y meridional señalan que la conciencia en las mujeres entre los 50 años de edad es muy disminuida.

Incluso, a los 50 años de edad, el género femenino se torna muy activo a nivel sexual, siendo un riesgo elevado de contraer VIH, *“Por ejemplo, después de la menopausia la pared vaginal se vuelve más delgada, lo que incrementa las posibilidades de sufrir lesiones y desgarros, y con ello el riesgo de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales”* (Citado por el mismo autor, Drew & Sherrard, 2008). Pero ¿Por qué se evidencia tasas elevadas de VIH en la etapa de envejecimiento? Esto debido a tres razones esenciales:

- 1) Eficiencia del tratamiento antirretroviral, que potencializa la vida del individuo con VIH.
- 2) Decrecimiento del VIH entre la población joven y con ello, la mayor presencia entre personas de gran edad.
- 3) Incremento de comportamientos de riesgo en los individuos que se encuentran entre los 50 años de edad o más, tal como se evidencia en los adolescentes.

En contraste con lo anterior, y con la investigación en auge, algunos factores de protección para los individuos con VIH a nivel físico-mental, se asocia con dos conceptos esenciales y de gran auge en la actualidad: actividad física y el Mindfulness. En primer orden, la actividad física según la Organización Mundial de Salud-OMS, se entiende como: “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. Considerando la conceptualización previamente descrita, ¿En qué difiere la actividad física con el deporte o son semejantes? En coherencia con lo anterior, la actividad física comprende un gasto energético del sistema musculo-esquelético. En dicha actividad se incluye el ejercicio, deportes, entre otras tareas. Por lo tanto, la actividad física comprende un grupo de diversos subgrupos como lo es el ejercicio y los deportes.

La contribución de la actividad física se describe en la “prevención y rehabilitación” de diversas patologías, incluso se considera fundamental en la salud y calidad de vida de los individuos. Algunas de las enfermedades, en las cuales se evidencia gran influencia, se asocia con: enfermedades metabólicas, ortopédicas- así como algún tipo de discapacidad, cardiovasculares, trastornos de orden inmunológico, neuromusculares y trastornos sensoriales, cognitivos, de orden emocional, entre otros (Ley & Rato, 2012 citando a Faulkner y Taylor, 2005; Biddle & Mutrie, 2008; Colegio Americano de Medicina Deportiva, et, al., 2009; Hardman & Stensel, 2009). En coherencia con lo anterior, en la tabla 1, se describen los beneficios genéricos de la actividad física, esto es, consecuencias inmediatas, mediadas y holísticas.

Tabla 1. Beneficios genéricos de la actividad física. Elaboración propia.

Beneficios actividad física		
Consecuencias inmediatas	Consecuencias mediadas	Consecuencias holísticas
Nivel biofisiológico, Ejercicio físico y deportivo Actividad física cotidiana Línea médica:ejercicios de fisioterapia y terapéuticos.	Elementos educativos de orden psicosocial: juegos, deporte, entre otros. Contribuyendo en la salud mental, integración de orden social, rehabilitación así como terapias.	Nivel corporal, mental y del alma. Ejercicios: a nivel psicomotor, enfocados en la relajación y/o yoga, entre otros.

Por otro lado, a nivel psicológico la investigación científica ha avanzado en los diferentes campos del conocimiento y la Psicología no es la excepción, particularmente desde el mindfulness. Este, hoy en día ha despertado interés considerable, en diversas disciplinas, todo ello debido a (Solé, Carranca, Serpa y Palmi, 2014):

- La apertura de la globalización, con ello la influencia investigativa y práctica de la meditación, entre diversas culturas, particularmente de la oriental en la cultura occidental (Simón, 2006).
- Avance en las técnicas de tercera generación desde las intervenciones occidentales, peculiarmente las relacionadas con la atención plena (Hayes et. al, 1999; Lineah, 1993; Pérez-Álvarez, 2012).
- Evolución de las diversas herramientas tecnológicas que permiten acceso detallado de las prácticas orientales y su influencia a nivel cerebral. Así mismo, la fusión de diversas ramas del conocimiento, como: psicología, neurociencia, entre otras (Siegel, 2010).

De acuerdo a lo anterior, es imprescindible considerar que el Mindfulness surge hace 2.500 años aproximadamente con el budismo y paulatinamente se ha incorporado con ramas del conocimiento, como la medicina de occidente y los últimos 30 años con la Psicología (Barqui, 2015). Uno de los pioneros del concepto en occidente, fue Jon Kabat-Zinn cerca de 1982 (Solé, Carrançá, Serpa, y Palmi, 2014). Dicho pionero, es un biólogo molecular y docente del área de medicina de Massachusetts Institute of Technology (MIT), más aún el “fundador de la Clínica de Reducción de Estrés en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts y del Programa de reducción del estrés basado en Mindfulness-MBSR” (Barqui, 2015).

Teniendo en cuenta las diversas investigaciones, existen varias definiciones con relación a ¿Qué es el Mindfulness?, como lo señala Gálvez (2013), la traducción al castellano del término Mindfulness, corresponde a la conciencia o atención plena. También, como lo refiere Beach, Roter & Korthuis, et. al. (2013), el mindfulness se entiende, como: el permanecer "Deliberadamente y sin prejuicios atentos a su propia experiencia, pensamientos y sentimientos". Igualmente, otra de las definiciones se asocia con el hecho de estar "Prestando atención de una manera particular: a propósito, en el momento presente y sin juicio", Rempel, (2012), citando a Kabat-Zinn, (1994).

Entre algunos elementos que caracterizan el mindfulness, se encuentran (Gálvez, 2013; citando a Miró, Perestelo, Pérez, Giménez, Rivero, González, 2007/11):

1. Observar y percatarse del momento presente, sin realizar juicios de valor.

2. Instruir y desarrollar, la comprensión, amabilidad y bondad hacia la experiencia propia.
3. Aceptar el evento o experiencia, posterior a ello, tener la capacidad de observar la experiencia tal y como es.
4. Capacidad de ser ecuánime, permitirá que el individuo logre tomar los eventos o experiencias equitativamente, teniendo en cuenta que dichas experiencias son momentáneas.
5. Conciencia no conceptual, relacionada con aquel estado de conciencia, de sentir lo que sucede, (como si fuese por primera vez) sin la mediación del pensamiento.
6. Atención en el presente del ahora y aquí.
7. El Mindfulness o atención plena, se caracteriza particularmente porque no persigue objetivos o metas (el objetivo no es llegar a algún estado u obtener algo).
8. “La atención plena es conciencia del cambio, es la observación del fluir de la experiencia”.
9. La atención plena se caracteriza por la observación participante, teniendo en cuenta que, los pensamientos, sensaciones y emociones que se observan se están sintiendo simultáneamente.

Por cierto, teniendo en cuenta, tales características de la atención plena, y la contribución en la calidad de vida del ser humano, no obstante, las investigaciones también evidencian el rival de la atención plena y es precisamente la divagación y/o distracción mental, los estudios demuestran que cuanto mayor nivel de divagación, menos feliz es el ser humano, incluso una investigación que se realizó en Harvard, evidencia que el individuo, puede emplear hasta 46,9% de horas divagando en el tiempo de vigilia. Gálvez, (2013).

En cuanto a actuación de la atención plena o mindfulness, existen 4 elementos cruciales Así, (Yang Yang, Yan-Hui Liu, et, al. 2015):

1. Regular proceso atencional
2. Percatamiento corporal
3. Regulación procesos emocionales
4. Variación de perspectivas frente a sí mismo

En este mismo sentido, algunas contribuciones o aplicaciones de la atención plena, se relacionan con programas de salud, tratamientos de orden psicológico y control de diversos trastornos tales como; estrés, ansiedad, depresión, entre otros. Por otro lado, algunas de las terapias con mayor

evidencia empírica se relacionan con: terapia de aceptación y compromiso (Acceptance and Commitment Therapy -- ACT), terapia conductual dialéctica (Dialectical Behavior Therapy -- DBT), terapia cognitiva basada en la atención plena (Mindfulness Based Cognitive Therapy -- MBCT) y reducción de estrés basada en la atención plena (Mindfulness Based Stress Reduction -- MBSR). (Gálvez, 2013).

Finalmente, con base a lo anterior en la tabla 2, se evidencia de manera genérica los beneficios de la actividad física y el mindfulness.

Tabla 2. Beneficios de la actividad física y el Mindfulness. Elaboración propia.

Actividad física	Beneficios
<p>Antropométricos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de la flexibilidad -Registro de la grasa del cuerpo humano. -Incremento de la masa y fuerza muscular. -Tonificación del tejido conectivo 	<p>Ambito Clínico</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reducción de la percepción del dolor. -Nivel considerable de tolerancia hacia la discapacidad o dolor. -Implicado en el desarrollo óptimo de las relaciones interpersonales y de orden social. -Disminución de la depresión, ansiedad y estrés. -Fomenta el progreso de los sistemas, nervioso autónomo, inmunológico y las funciones neuroendocrinas . -Adherencia a los procesos y tratamientos médicos. -Reducción en el consumo de las dosis de fármacos como analgésicos y antidepresivos -Alto nivel de motivación y flexibilidad en los hábitos y estilos de vida (actividad física, dieta, fumar, etc) (Gálvez, 2013).
<p>Fisiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Asciende el flujo sanguíneo, flujo respiratorio y la energía física alrededor del 10 y 30 %. -Reducción del ritmo cardíaco en estado de exigencia y quietud o reposo. - “Mejora en los niveles de HDL (lipoproteína de alta densidad) y disminución de los niveles de triglicéridos, colesterol total y colesterol LDL (lipoproteína de baja intensidad); de los niveles de glucosa en la sangre contribuyendo para la prevención y el control de la diabetes; mejora en los parámetros del sistema inmunológico se asocia con un menor riesgo de algunos tipos de cáncer (colon, de mama y de útero)” 	<p>Aplicaciones</p> <p>Dolor: Como lo señalan (Reiner, Tibi y Lipsitz, 2013), que el Mindfulness contribuye en la reducción del dolor de orden crónico. No obstante, aún se evidencia carencia de estudios que concluyan la influencia de la atención plena en el dolor (Chiesa, Serretti, 2011; . Song, Lu, Chen, et al. 2014)</p>
<p>Psicosocial cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> -Influye positivamente en autoimagen, el concepto de sí mismo, autoestima, ánimo, rigidez de los músculos, incluso el insomnio. -Elude el detrimento de las capacidades cognitivas, como la memoria y atención. -Influye en niveles bajos de consumo de sustancias psicoactivas, estrés, ansiedad . -Reducción de presentar depresión. -Beneficios en el plano social y de “calidad de vida” 	<p>Cáncer : De acuerdo a diversos estudios, la terapia de la reducción del estrés basada en el Mindfulness- MBSR, puede fomentar “el ajuste psicosocial de los pacientes con cáncer” y con ello favorecer de manera positiva la calidad de vida de estos individuos, (Ledesma, Kumano, 2009, p 48).</p>
<p>Caidas</p> <ul style="list-style-type: none"> -Disminución de posibles caídas y traumatismos de la misma -Fortalecimiento muscular del área de la columna vertebral y extremidades inferiores -Contribuye en la flexibilidad, movilidad, caminar con mayor celeridad, así como el tiempo de reacción. 	<p>Trastornos relacionados con el estado de ánimo: En una investigación realizada por Williams, Alatiq y Crane, acerca del impacto de intervenciones relacionadas con MBCT- Terapia cognitiva basada en Mindfulness específicamente en trastornos bipolares, se encontró que “sugiere un efecto positivo inmediato sobre los síntomas ansiosos y depresivos así como la ideación suicida en estos pacientes”(Williams, Alatiq, Crane, 2008, p 47).</p>
<p>Área terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades orgánicas, tales como: hipertensión, diabetes de orden II, obesidad, osteoartritis, patología vascular periférica, entre otras. -Desde la salud mental, la actividad física influye positivamente en el proceso terapéutico de la depresión y trastornos de ansiedad, más aún contribuye con otras patologías, como: demencia, dolor, tromboembolismo venoso, profilaxis de accidente cerebrovascular, entre otros (Matsudo, 2012, pp 210). 	<p>Otras prácticas: “Se han encontrado resultados clínicos positivos del mindfulness también en: hipertensión arterial -disminución de los niveles de presión (Anderson, Liu y Kryscio, 2008), esclerosis múltiple- mejora en la calidad de vida y salud mental, (Simpson, Booth, et.al. 2014), fibromialgia- disminución del dolor, (Lauche, Cramer, et, al, 2013) y artritis reumatoide- reducción del malestar y depresión, (Chiesa y Serretti, 2010)”p 48.</p>

Hipótesis:

H1: A mayor práctica de actividad física y mindfulness, mayor nivel de calidad de vida positivo en los residentes con VIH de la fundación Eudes, hogar el Tonel.

METODOLÓGÍA

Se utilizó una metodología mixta que combina los métodos cuantitativo y cualitativo (Hernández, Fernández & Baptista 2010), ya que, utilizar un único enfoque investigativo resulta parcial para responder a la compleja demanda de diversos fenómenos (Hernández Sampieri y Mendoza, 2008; Creswell *et al.*, 2008).

Así mismo, una de las metodologías utilizadas a nivel cualitativo fue la investigación desde la acción participativa, dado que, resulta esencial en la recolección de información orientada en la construcción de planteamientos, procesos, programas, entre otros, (Sandín, 2003, p. 161). En este sentido, como lo señala Mertens (2003), este tipo de investigación se caracteriza por la participación de la comunidad en el proceso total investigativo contribuyendo en el planteamiento del proceso a desarrollar. Finalmente es necesario tener en consideración como lo refieren Hernández, Fernández & Baptista (2010), citando a Stringer, (1999), los tres pasos fundamentales para el desarrollo de esta investigación y son:

- a). Observar: Edificar el problema a través de la recolección de la información.
- b). Pensar: Analizar la información obtenida.
- c). Actuar: Implementación de estrategias que contribuyan a resolver el problema.

Participantes:

22 individuos con diagnóstico seropositivo de VIH conforman la totalidad de la Fundación Eudes-Hogar el Tonel de la ciudad de Bogotá. Dada las situaciones de salud, gran variabilidad de condiciones físicas y el cambio de los residentes entre las sedes de la fundación o en su defecto abandono de los hogares de manera autónoma. La muestra es No probabilística por conveniencia, la cual comprende: 11 individuos, cuyas edades oscilan entre los 23 y 61 años de edad.

Instrumentos:

El cuestionario de salud SF 36: Se ha utilizado en poblaciones genéricas, así como específicas, dado que discrimina dimensiones según las dificultades de salud. El cuestionario fue validado en

Colombia, en poblaciones sanas y enfermas. Reflejando características psicométricas válidas y óptimas para la utilización de dicho cuestionario en el país (Lugo, García, Gómez, 2006, citados por los mismos autores).

Procedimiento:

Fase I. Comunicación participante

Se estableció comunicación directa con los participantes del hogar el “Tonel” de la fundación Eudes, con el fin de comentarles el curso de la investigación, así como el consentimiento informado a nivel institucional e individual (Ver apéndice A), en el cual se especifica el resumen del proyecto investigativo, todo ello respaldado por la Corporación Universitaria Minuto de Dios y los asesores de trabajo de grado de la facultad de educación así como la facultad de ciencias humanas- sociales y la posterior autorización de la realización de dicho proyecto en la institución.

Fase II. Aplicación de instrumentos

Con la aplicación de los instrumentos de medición, se organizó la logística de la aplicación de los instrumentos así: A los participantes del proyecto investigativo, se les proporcionó de forma individual el “Cuestionario de salud SF 36”, para el cual, se estipuló el tiempo aproximado de 20 minutos. Posterior a ello, se llevó a cabo la recolección de información sociodemográfica, la cual, se realizó a través de datos relacionados con: estado civil, orientación sexual, formas de transmisión del VIH, estrato socioeconómico, actividad física, entre otras.

Posterior a ello, a través de la acción participativa los investigadores realizaron con la población Eudes-hogar el Tonel, algunas sesiones de diversas actividades de actividad física y mindfulness.

Análisis de Datos:

Los resultados se obtuvieron a través del Software SPSS. Luego se describió la información sociodemográfica y características poblacionales. Así mismo, se obtuvo la información cuantitativa de las ocho (8) dimensiones del cuestionario de salud SF 36 de calidad de vida y los resultados de la estandarización de dicho instrumento en la ciudad de Medellín-Colombia, esto con población VIH y Sana.

El plan de análisis, se enfocó en los descriptivos y el contraste de las medias estadísticas de la

población el Tonel, con la población VIH y sana de la ciudad de Medellín, donde se llevó a cabo la adaptación del instrumento SF 36. De acuerdo a los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones y en coherencia con la intervención de la población, se plantea a través de la actividad física (AF) y el mindfulness una intervención que influya en los niveles de calidad de vida de los residentes con VIH.

Consideraciones éticas:

De acuerdo a la resolución número 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Como lo enfatiza el artículo, 11 literal A., el presente trabajo investigativo no representa riesgo alguno para la población, pues se orienta en la utilización de instrumentos o técnicas investigativas que no implican ninguna alteración a nivel biológico, psicológico, fisiológico o de orden social de las personas partícipes. En coherencia con ello, se consideran la “revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

También, es necesario enfatizar en el Decreto Número 1543 de 1997 (Junio 12) del Ministerio de la Protección Social, a través de la cual, se establece el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Por lo cual, se considera el artículo 28. El cual reglamenta el estímulo en la investigación, más aún, “el Ministerio de Salud a través de sus organismos o comisiones especializadas estimulará y apoyará la realización de investigaciones relacionadas directa o indirectamente con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)”.

Además, dando cumplimiento al principio de confidencialidad establecido por el Código Deontológico y Bioético de la profesión del psicólogo en la ley 1090 de 2006, en el artículo 2, Numeral 5), garantizando el uso plenamente con fines académicos e investigativos de la información y materiales obtenidos. El artículo 29, señala que “La exposición oral, impresa,

audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata, o en el caso de que el medio utilizado conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo y explícito” (Ver apéndice A)

Así, como el artículo 47, aludiendo que “El psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. No son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los tests psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundo e integral”.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la población fueron analizados de manera descriptiva y comparativa. En la Tabla 4. Se puede observar los datos descriptivos de nuestra muestra. En ella se evidencia que, en la Fundación Eudes-Hogar el Tonel las edades oscilan entre 22 y 61 años, con un promedio de edad de 45 años. La distribución de la muestra poblacional se realizó por sexo, es decir, masculino y femenino, así mismo, por edades, dada la variabilidad poblacional. En coherencia con lo anterior, la población se agrupo en edades de: 22-23 años (18, 1%) y 41-61 años de edad (81,8%), en el sexo masculino y femenino.

Tabla 3. Características poblacionales. Elaboración propia.

Edad	Participantes VIH		Total
22 - 61	7 (63.6%)	4 (36.3%)	11 (100%)
Promedio X= 45.5	Masculino	Femenino	Total
22 - 23	2 (28.5%)	0 (%)	18.1%
41 - 61	5 (71.4%)	4 (100%)	81.8%
Estado civil antes del contagio			
soltero	6 (85.7%)	3 (75%)	9 (81.8%)
Union libre	0 (%)	1 (25%)	1 (9.0%)
Casado	1 (14.2%)	0 (%)	1 (9.0%)
Tipo de transmisión			
Vertical /prenatal	2 (28.5%)	0 (%)	2 (18.1%)
Transmisión sexual	5 (71.4%)	4 (100%)	9 (81.8%)
Orientación sexual			
Heterosexual	4 (57.1%)	4 (100%)	8 (72.7%)
Homosexual	3 (42.8%)	0 (%)	3 (27.2%)
Nivel escolaridad			
Primaria	0 (%)	2 (50%)	2 (18.1%)
Secundaria	6 (85.7%)	2 (50%)	8 (72.7%)
Técnica /universitaria	1 (14.2%)	0 (%)	1 (9.0%)
Estrato socioeconómico			
Estrato 0	1 (14.2%)	0 (%)	1 (9.0%)
Estrato 1	1 (14.2%)	3 (75%)	4 (36.3%)
Estrato 2	2 (28.5%)	0 (%)	2 (18.1%)
Estrato 3	3 (42.8%)	0 (%)	3 (27.2%)
Estrato 4	0 (%)	1 (25%)	1 (9.0%)

Con relación al estado civil al momento del contagio, el 81,8 % de la población se encuentra en un alto porcentaje en estado de soltería. Mientras que el estado de unión libre y compromiso matrimonial representa el 18%. Del 100% de la población, la orientación sexual evidencia que el total de la población heterosexual representa el 72.7% mientras el 27.2% corresponde a la población de orientación homosexual. El nivel de escolaridad del género femenino desde el área de primaria representa el 50% y secundaria corresponde al mismo porcentaje, mientras que el 85.7% del género masculino presentan el nivel de secundaria. La población en el estrato socioeconómico se ubica en diversos niveles, siendo el estrato 3 el nivel más alto con 42.8% de hombres. En mujeres el nivel más elevado se encuentra en el estrato 1 con el 75%.

En coherencia con lo anterior, la estimación de la calidad de vida, se realizó a través de la aplicación del cuestionario de salud SF 36 en la población VIH de la fundación Eudes-hogar el Tonel. A continuación en la tabla 3, se detallan los datos descriptivos de la población por cada una de las dimensiones del instrumento.

Dimensión SF	#		
		X	S
36	Participantes		
Función física	11	65.9	23.8
Desempeño físico	11	69.4	24.2
Dolor físico	11	52.3	17.6
Salud general	11	69.3	21.1
Vitalidad	11	65.9	21.7
Función social	11	70.5	22.5
Desempeño emocional	11	66.6	21.0
Salud mental	11	66.3	13.8
Cambio de salud	11	68.1	44.8
	Total	66.0	83,27

Tabla 4. Dimensiones SF-36 muestra poblacional "Hogar el Tonel". Elaboración propia.

X. Media muestral S. Desviación estándar

Igualmente tras los datos obtenidos de la muestra poblacional “Hogar el Tonel”, se contrastaron con la muestra poblacional sana y con VIH de la ciudad de Medellín (García, Vera, y Lugo, 2013). Equiparando los datos descriptivos por cada una de las dimensiones: Función física, desempeño físico, dolor físico, salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional, salud mental y cambio de salud. Se encontró que funciones como: dolor físico (52,3); función física (65,9); desempeño físico (69,4), función social (70,5), reflejan puntuaciones significativamente bajas, en contraste con la población VIH-Sana de la ciudad de Medellín.

Sin embargo, otras dimensiones como desempeño emocional (66,6) y salud mental (66,3) no difieren con la población VIH de Medellín, pero si con la población sana de esta misma ciudad.

Por lo anterior, los datos sugieren que las funciones de: Dolor físico, función y desempeño físico, función social, vitalidad y cambio de salud en comparación con la población VIH estándar de la ciudad de Medellín, demandan programas e intervenciones enfocados a potencializar las dimensiones previamente mencionadas.

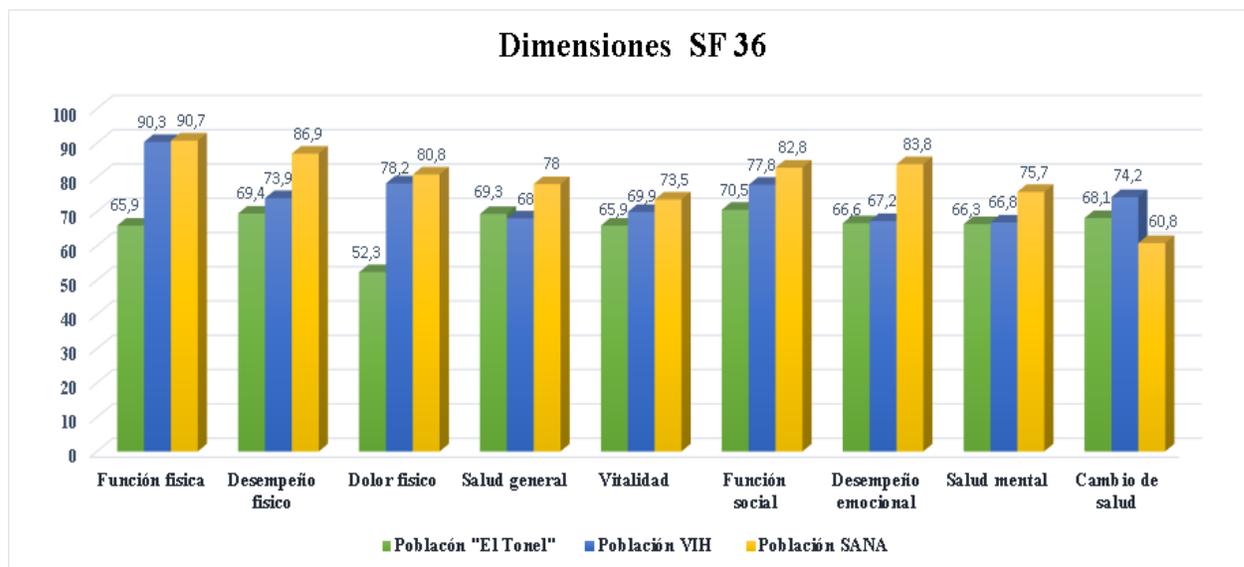


Figura 2. Dimensiones SF 36 de población Fundación EUDES, hogar “El Tonel” y muestra poblacional con VIH-SANA (García, Vera, y Lugo, 2013). Fuente elaboración propia.

Tabla 5. Redes de apoyo. Elaboración propia.

Tipo de familia	Masculino	Femenino	Total
Ausente	0 (%)	0 (%)	0 (%)
Monoparental	0 (%)	2 (50%)	2 (18.1%)
extensa	1 (14.2%)	0 (%)	1 (9.0%)
reconstituida	2 (28.5%)	1 (25%)	3 (27.2%)
Ausente	4 (57.1%)	1 (25%)	5 (45.4%)
Redes de apoyo			
SI	4 (57.1%)	3 (75%)	7 (63.6%)
NO	3 (42.8%)	1 (25%)	4 (36.3%)

En la tabla. 5, el tipo de familia con mayor prevalencia se relaciona con la familia ausente en el género masculino con 57.1% y la familia monoparental con el 50% en mujeres.

A pesar de la presencia de niveles bajos de apoyo familiar, las redes de apoyo en hombres comprende el 57.1% y en mujeres el 75%. Estos datos guardan congruencia con la cifra reflejada en la función social (70,5) reflejando una puntuación significativamente baja correlacionada con la población estándar.

Tabla 6. Área espiritual y sentimental. Elaboración propia.

Área espiritual	Masculino	Femenino	Total
Católico	3 (42.8%)	3 (75%)	6 (54.5%)
Cristiano	0 (%)	1 (25%)	1 (9.0%)
Cree en Dios	4 (57.1%)	0 (%)	4 (36.3%)
Pareja actualmente			
SI	3 (42.8%)	1 (25%)	4 (36.3%)
NO	4 (57.1%)	3 (75%)	7 (63.6%)

En la tabla 8, enfatizando en el carácter católico de la fundación Eudes, esta comprende el 54.5% de la población, mientras que el 9.0 % representa el total de los individuos cristianos. El 63.6% de la población no tiene una relación sentimental y de pareja, mientras que el 36.3% tienen pareja actualmente.

Tabla 7. Actividad física. Elaboración propia.

Actividad física (AF)	Masculino	Femenino	Total
SI	3 (42.8%)	0 (%)	3 (27.2%)
NO	4 (57.1%)	4 (100%)	8 (72.7%)
Frecuencia de (AF)			
Diario	2 (28.5%)	0 (%)	2 (18.1%)
Semanal	1 (14.2%)	0 (%)	1 (9.0%)
Nunca	4 (57.1%)	4 (100%)	8 (72.7%)
Deportes Realizados			
Si	0 (%)	0 (%)	0 (%)
NO	7 (100%)	4(100%)	11 (100%)

En la tabla 6, se evidencia una alta prevalencia del 72.7% de los individuos que No realizan actividad física - (AF). El total de la población femenina no realiza actividad física y por consiguiente, ningún deporte. La población masculina muestra una frecuencia (AF) diaria de 28.5% y semanal de 14.2%.

De acuerdo a lo anterior, los datos de AF asociados con las cifras que evidencio la función y desempeño física, del cuestionario de SF-36 ratifican el nivel de inactividad física en la población VIH de la población el hogar el Tonel de la fundación Eudes.

Tabla 8. Movilidad articular. Elaboración propia.

Movilidad Articular	Masculino	Femenino	Total
Poco limitada	2 (28.5%)	0 (%)	2 (18.1%)
No limitada	5 (71.4%)	4 (100%)	9 (81.8%)

En la tabla 7, se describe que el 81.8% de la población no presenta ningún tipo de limitación articular, por tanto es preciso afirmar que tan solo el 28.5 % de la población de género masculino hacen parte de las personas con movilidad poco limitada.

Finalmente, durante la investigación de la acción participativa-IAP, adelantada con la comunidad de la Fundación Eudes y esencialmente el hogar “El Tonel”, se evidencia algunas dificultades asociadas con: inactividad física, problemas ergonómicos, discriminación, resolución de problemas, dificultades en las relaciones interpersonales, redes de apoyo poco sólidas, consumo de alcohol, cigarrillo, sustancias psicoactivas, visualización de material pornográfico.

Así pues, con base a lo anterior se evidencia la carencia de programas de intervención enfocados en las áreas de actividad física y salud mental que contribuyan en la mitigación de conductas de riesgo y el incremento de la calidad de vida en los pacientes con VIH. En este sentido, a través de IAP, se logró identificar asociadas con:

Es aquí donde se evidencia la imperiosa necesidad de abordar dicha problemática desde este proyecto de investigación, el cual se dirige a identificar el nivel de calidad de vida en los adultos diagnosticados con VIH del hogar el Tonel de la fundación Eudes de la ciudad de Bogotá.

DISCUSIÓN

En la fundación Eudes- hogar “El Tonel” se evidencia gran compromiso con los residentes con VIH, a través de la dieta saludable, estándares de salud e higiene, nivel espiritual, apoyo en el control médico y farmacológico del VIH y de las enfermedades oportunistas de los residentes. Parte de este apoyo lo brindan algunas instituciones u organizaciones a través de las pasantías de los estudiantes universitarios, en voluntariado, o diversas investigaciones. Lo cierto es que dicha fundación precisa de programas de intervención orientados a la calidad de vida-CV en los pacientes con VIH, más aun considerando la definición de CV otorgada por la OMS, a nivel genérico la cual, comprende la salud física, psicológica, nivel social, creencias y su relación con el entorno (García, vera y Lugo, 2013 citando a McHorney , et, al, 1993).

En coherencia con lo anterior, se hace evidente la imperiosa necesidad de examinar el estado actual de la calidad de vida y las dimensiones que la integran, como: función física; rol físico; dolor corporal; salud general; vitalidad; función social; rol emocional y la salud mental en estos pacientes. Así pues, con relación a la hipótesis de investigación y los hallazgos cuantitativos del cuestionario de calidad de vida SF-36 de la población de VIH de la fundación Eudes- hogar “El Tonel” y simultáneamente contrastados con la muestra poblacional con VIH-SANA de la ciudad de Medellín (García, Vera, y Lugo, 2013), dichos datos demuestran que la calidad de vida de los residentes con VIH de la Fundación Eudes-Hogar el Tonel, refleja menor puntuación en comparación con la población con VIH de la ciudad de Medellín. De manera que efectivamente la hipótesis se corrobora, y entre las dimensiones con puntuaciones bajas de los pacientes del hogar “El Tonel”, se encuentran:

- 1).Dolor físico, con el 52, 3 en contraste con la población VIH (78,2) y SANA (80,8)
- 2).Función física, con el 65, 9 en comparación con la población VIH (90,3) y SANA (90,7).
- 3).Función social, con el 70,5 equiparablemente con la población VIH (77,8) y SANA (82,8).

Sin embargo, la dimensión de desempeño emocional, presenta el 66,6 en contraste con la población VIH (67,2) y SANA (83,8), la cual no difiere con la población base que vive con VIH.

De igual manera, a través de la acción participativa, se evidencian necesidades a nivel físico y psicológico. De ahí surge la necesidad de abordar dificultades que contribuyen negativamente en la calidad de vida, tales como: Elevados niveles de inactividad física, problemas ergonómicos, discriminación, resolución de problemas de manera óptima, dificultades en las relaciones interpersonales, redes de apoyo poco sólidas, consumo de alcohol, cigarrillo, sustancias psicoactivas, visualización de material pornográfico, entre otros.

De ahí que, esta investigación se enfoque en un intento por diseñar un plan base interdisciplinario fundamentado en la actividad física y mindfulness (Ver apéndice C), como herramientas esenciales en la mitigación de ciertos factores de riesgos y la potencialización de la calidad de vida, como lo precisan a continuación los beneficios del mindfulness y la actividad física en la población VIH, de acuerdo a las necesidades detectadas:

Desde el mindfulness a nivel clínico, este contribuye con: la disminución y tolerancia de la percepción del dolor, más aún la reducción del dolor crónico (Reiner, Tibi y Lipsitz, 2013); disminución de estrés, ansiedad, etc. Incremento del nivel de motivación y flexibilidad en los hábitos y estilos de vida (actividad física, dieta, fumar, entre otros.) (Gálvez, 2013). Por ello, resulta esencial en la potencialización de las dimensiones de CV, particularmente la dimensión de dolor físico, cuya puntuación fue de 52,3 con respecto a la población de Medellín.

Desde la actividad física, los beneficios para la población VIH, se orientan en la influencia positiva de la autoimagen, autoconcepto, autoestima, estado de ánimo, insomnio, potencialización de capacidades cognitivas (memoria y atención), reducción de los niveles de consumo de sustancias psicoactivas, estrés, ansiedad, depresión, beneficios a nivel social y de “calidad de vida”. También contribuye en la reducción de posibles caídas y traumatismos, fortalecimiento de la columna vertebral y extremidades inferiores, mayor flexibilidad, movilidad, caminar con mayor celeridad, así como el tiempo de reacción (Matsudo, 2012, p. 210). En coherencia con lo anterior y las puntuaciones bajas de las dimensiones de función física y social, la actividad resulta fundamental en la resolución de las necesidades de la población y la contribución en la calidad de vida.

Por otro lado, durante el trabajo desarrollado con la población, en las instalaciones de la fundación, se evidenció que el grupo vive su cotidianidad llevando a cabo diversas actividades que

se realizan allí, por parte de múltiples grupos de trabajo, tales como: grupos de voluntariado nacional y extranjero, universitarios realizando pasantías de acuerdo a los programas académicos, como lo son: Psicología, diseño gráfico desde el área de investigación y grupos de apoyo a nivel espiritual.

Por lo anterior, es necesario hacer hincapié en el trabajo diario que recibía la fundación por parte de estos grupos, simultáneamente al desarrollo y curso del presente proyecto investigativo, por lo cual, los datos reflejados pueden estimar influencias de las intervenciones de estos grupos y representar parcialmente algunos datos verídicos. De ahí, que, a partir de los resultados obtenidos, para futuras investigaciones se sugiere, realizar el estudio de investigación, sin la intervención de otros grupos de estudio y con una muestra representativa, para mayor confiabilidad de los datos.

Finalmente, se considera como proyecciones de este estudio en investigaciones posteriores, la aplicación de una propuesta que integre la actividad física y mindfulness. Así mismo, la post evaluación de calidad de vida de los residentes VIH acerca del nivel de avance y equilibrio en las diversas dimensiones y particularmente en las dimensiones de bajas puntuaciones, como lo son: dolor físico, función física y social.

CONCLUSIÓN

El VIH, es una de las enfermedades crónicas con gran compilado de investigación científica a nivel mundial. Incluso, la línea biológica de la patología se encuentra en vigilancia y control constante. Sin embargo, es necesario, la continua investigación y enfoque hacia las demandas y necesidades de dicha población. Dado que, como lo reflejan los resultados obtenidos del presente proyecto, en la población que vive con VIH y esencialmente los residentes del hogar el Tonel de la ciudad de Bogotá, reportan necesidades especialmente en las áreas del dolor físico, función física y social, entre otras necesidades.

La “Calidad de vida desde la actividad física y el mindfulness dirigida a los adultos diagnosticados con VIH del hogar el tonel de la fundación Eudes de Bogotá” es uno de los primeros trabajos interdisciplinarios, novedosos del programa de Psicología y educación física, de la Universidad Minuto de Dios. Desarrollado simultáneamente con mi compañero de trabajo de grado, Andrés Francisco Riveros Cely. Y sin duda, dicho trabajo resulto todo un reto de gran enriquecimiento académico, experiencial y profesional, a pesar de las limitaciones técnicas y aplicativas de una propuesta de intervención. Sin embargo, con la presente investigación, se adjunta un bosquejo de lo podría ser la base de una propuesta de intervención desde la atención plena o mindfulness y actividad física-AF (Ver apéndice C).

Todo ello, con el fin de que los lectores y los posteriores investigadores de esta línea, puedan determinar, estimar y desarrollar la sugerencia del plan base de intervención. Así pues, se estima que este proyecto investigativo represente un aporte crucial para las futuras investigaciones y que efectivamente se logre reafirmar a través de las posteriores intervenciones los hallazgos encontrados y con ello, la aplicación de una propuesta integra desde la AF y el mindfulness en la población VIH del hogar el tonel de la fundación Eudes de Bogotá y la respectiva post-evaluación de dicha intervención evidenciando el nivel de calidad de vida en dicho grupo poblacional.

Con base, en los índices elevados de individuos diagnosticados a nivel mundial con VIH y los resultados obtenidos, es evidente que aún la investigación científica atesora un gran camino por recorrer en la búsqueda de estudios científicos que contribuyan de manera significativa en la

mitigación de los efectos adversos de la enfermedad en estos pacientes, las secuelas que ha dibujado el VIH y el curso de las mismas, es decir, secuelas físicas y psicológicas.

Por ende, es necesario la continua investigación desde los diferentes focos o disciplinas del conocimiento de la salud. Implementando estrategias y programas, que influyan en la contención de la patología y la potenciación de la calidad de vida del paciente VIH en las áreas o dimensiones de la salud física, social, emocional, mental, vitalidad, entre otros.

Porque finalmente el VIH más que un cañón de enfermedades oportunistas es el respirar con la odisea y redefinición de sí mismo.

REFERENCIAS

- Andrade, F., Quiroga, A., Builes, C., Saldarriaga, C., Aguilar, C., Mesa, M. & Tobón, J. (2016). Epidemiología de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en pacientes hospitalizados en una institución de alta complejidad y enseñanza ~ universitaria en Medellín, Colombia. *Infectio. Asociación Colombiana de Infectología*. 9-16.
- Alcaldía mayor de Bogotá, Secretaría de cultura, recreación y deporte. (2015). El deporte, la recreación y la actividad física incluyente, equitativa y no segregada. *Estudio de caracterización*. 10-167.
- Alcaldía mayor de Bogotá, D.C -Secretaria de salud. (2016). *Situación actual de VIH en el Distrito Capital primer trimestre 2016*. Bogotá mejor para todos. Recuperado de <http://bit.ly/2jyutoC>
- Balderson, B., Grothaus, L., Harrison, R., McCoy, K., Mahoney, C. & Catz, S. (2013) Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. *AIDS Care. Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. 25(4). 451-458
- Beach, M., Roter, D., Korthuis, P., Epstein, R., Sharp, V., Ratanawongsa, N., Cohn, J., Eggly, S., Sankar, A., Moore, R. & Saha, S. (2013). A Multicenter Study of Physician Mindfulness and Health Care Quality. *Annals of family medicine*. 11(5).421-428.
- Bimal, C., Lakshmanan, J., Arvind, K., Asirvatham, E., Mani, T. y Visalakshi, J. (2012). Association between stigma, depression and quality of life of people living with HIV/AIDS (PLHA) in South India – a community based cross sectional study. *BMC Public Health*. 1-11.
- Boletín epidemiológico semanal. (2017). Comparativo de casos notificados con su comportamiento histórico para eventos priorizados. Instituto nacional de salud. 1-34.
- Bourne, A. Hickson, F. Keogh, P. Reid, D. & Weatherburn, P. (2012). Problems with sex among gay and bisexual men with diagnosed HIV in the United Kingdom . *BMC Public Health*. 1-7 .
- Cardona, J & Higuera, L.(2014). Revisión sistemática y metaanálisis. Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: Metaanálisis 2002- 2012. *Rev Esp Salud Pública*. 88(1). 87-101.
- Custódio, P., Augustemak de Lima, L., Monteiro, D., Prohmann de Carvalho, A. & Petroski, E.(2017). Physical activity and body fat in adolescents living with HIV:A comparative study. *Revista Paulista de Pediatria*. 35(1). 69-77.
- Diagnósticos Locales con Participación Social de la Secretaría de Salud del Distrito. Archivo Distrital. (2012). *Historia del poblamiento de Barrios Unidos*. Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaria general. Recuperado de <http://bit.ly/2i45ARi>

- Echeverry, M., Hernández, M. & Betancourt, M. (2017). Características económicas de complicaciones en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana hospitalizados. *Revista ciencia y cuidado*. 14 (1). 23-39.
- Espinoza, L., Rodríguez, F., Gálvez, J., & MacMillan, N. (2011). Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 38 (4). 458-465.
- García, H. Vera, C. Lugo, L. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área Metropolitana, con aplicación del SF-36. *Facultad Nacional de Salud Pública*. 32(1). 26-39.
- Gálvez, J. (2013). Atención plena: revisión. *Medicina Naturista. Universidad de Zaragoza. España*. 7(1). 3-6.
- Garza, R., González, S. y Ocampo J. (2014). Manifestaciones cutáneas del VIH. *Gaceta Médica de México*.194-221.
- Grupo de Expertos de la Secretaría del Plan Nacional Sobre el Sida (SPNS), Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Grupo de Estudio de Sida (GESIDA) y Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP).(2015). Documento de consenso sobre las alteraciones psiquiátricas y psicológicas en adultos y niños con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. 34(1). 53. e1-53.e14.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México. McGRAW-HILL /INTERAMERICANA EDITORES, S.A DE C.V
- Ley, C. & Rato, M. (2012). A narrative review of research on the effects of physical activity on people living with HIV and opportunities for health promotion in disadvantaged settings. *African Journal of AIDS Research*. 11(2). 123-133
- Lima, M. Martínez, J. Guerra, M. Vargas, A y Lima, J. (2016). Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia. *Gaceta Sanitaria* . 1-4.
- Matsudo, S. (2012).Actividad física: pasaporte para la salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 23(3). 209-217.
- Ministerio de la protección social. (1997). Decreto número 1543 de 1997. *República de Colombia*.
- Ministerio de salud y protección social. (1993). Resolución número 8430 de 1993. *República de Colombia*.
- Ministerio de la protección social. (2006). Ley número 1090 de 2006. *El congreso de Colombia*.

- ONUSIDA. (2015). *Estimaciones sobre el VIH y el sida. Colombia*. Recuperado de <http://bit.ly/2zTbLDm>
- ONUSIDA (2017). *Estadísticas mundiales sobre el VIH*. Hoja informativa, julio de 2017. 1-9.
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2017). *Actividad física*. Centro de prensa. Recuperado de <http://bit.ly/1DBoylf>
- Organización Mundial de la Salud-OMS (S.F). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Recuperado de <http://bit.ly/2itdJTV>
- Organización Mundial de la Salud-OMS (2017). *10 datos sobre la actividad física*. Recuperado de <http://bit.ly/2jyVOqJ>
- Oppong Asante, K (2012). Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. *African Journal of Psychiatry*. 340-345.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2013). El envejecimiento y el VIH. *Suplemento especial del informe de onusida sobre la epidemia mundial de sida*.
- Pérez, A. (2015). *Influencia de la actividad física sobre conductas violentas en adolescentes de centros educativos públicos de Granada* (tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Rempel, K. (2012). Mindfulness for Children and Youth: A Review of the Literature with an Argument for School-Based Implementation Méditation de pleine conscience pour les enfants et les jeunes: Survol de la littérature et argumentation pour sa mise en œuvre en milieu scolaire . *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy / 201 Revue canadienne de counseling et de psychothérapie* . 46(3). 201-220.
- Trujillo,W. Román, J. Lombard, A. Remior, E. Arredondo, O. Martínez, E. Jova, Y. Revueltas, M. Valdivieso, J. (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de salud y trabajo*. 15 (1). 62-70.
- Universidad Distrital Francisco José de Caldas (2015). Agenda pública local. Deporte, recreación, actividad física, educación física y equipamientos. *Alcaldía Mayor de Bogotá*. 1-39.
- Velásquez, J.Contreras, L. Contreras, C. Martínez, N. Chaparro, J. & Sarmiento, C. (2016). Prevalencia de infección por VIH en Bogotá, D.C. Colombia, en 2012, Caracterización por localidades. *Rev. Fac. Med.* 64(4). 609-61

APÉNDICE A

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación acá propuesta, así como los participantes del hogar el Tonel de la fundación Eudes de la ciudad de Bogotá el cual dirige. La información será suministrada de manera verbal, pero encontrará resumida los puntos centrales a continuación.

El presente proyecto de investigación se orienta a evaluar la calidad de vida de los participantes con VIH en la comunidad y hogar el Tonel de la Fundación Eudes de la ciudad de Bogotá. Para ello, se les realizará la aplicación del cuestionario de calidad de vida denominado “Cuestionario de salud SF 36”, cuyo fin es la evaluación de las diversas dimensiones de la vida de los individuos. Dicha aplicación se realizará por una psicóloga en formación Luz Adriana Joya Tambo y Andrés Francisco Riveros Cely, Licenciado en formación del área de educación física, dentro de su proyecto: “Calidad de vida desde la actividad física y el mindfulness dirigida a los adultos diagnosticados con VIH del hogar el tonel de la fundación Eudes de Bogotá”, asesorados por los docentes de cada una de las áreas. Así mismo se hará un registro de unos diarios de campo en cual quedará plasmada la experiencia de los investigadores con la comunidad.

La información recolectada en los procesos evaluativos son explícitamente confidenciales. Por medio del presente documento se deja registro escrito del trato y uso que se dará a la información que se obtenga a través del ejercicio investigativo y dando cumplimiento al principio de confidencialidad establecido en la ley 1090 de 2006 (artículo 2, Numeral 5), y art, 11 literal A res.008430, octubre/93) del código de ética para investigaciones, garantizando el uso plenamente con fines académicos e investigativos de la información y materiales obtenidos, se omitieron los datos de identificación (Nombres y apellidos) de los participantes.

Yo _____ identificada con cédula No. _____ de la ciudad de _____ como funcionaria y/o coordinadora de la **FUNDACIÓN EUDES-HOGAR EL TONEL**, autorizó la realización del ejercicio investigativo en mención, conociendo los temas a tratar, y el uso que se le dará a la información obtenida.

Fecha:/...../.....

Hora:

Firma de la funcionaria del hogar el Tonel de la fundación Eudes :

CC. -----

Co-investigador 1 : Luz Adriana Joya

Co-investigador 2 : Andrés Riveros

CONSENTIMIENTO INFORMADO INDIVIDUAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bogotá, _____ de 2017

Yo _____ mayor de edad e identificado(a) con cédula No. _____ de la ciudad de _____ autorizo y consiento mi participación en la aplicación del instrumento de evaluación de calidad de vida “**Cuestionario de salud SF 36**”, así como la realización del trabajo investigativo de la “Calidad de vida desde la actividad física y el mindfulness dirigida a los adultos diagnosticados con VIH del hogar el tonel de la fundación Eudes de Bogotá” realizado por los estudiantes: Luz Adriana Joya Tambo del programa de Psicología y Andrés Francisco Riveros Cely del programa de Licenciatura de educación física de la Universidad Minuto de Dios-UNIMINUTO.

Certifico que se me ha explicado el objetivo del ejercicio, los procedimientos del mismo y que fui informado(a) que no se me identificará en las presentaciones que deriven de este ejercicio. Así mismo, que todos los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial y exclusivamente con fines académicos.

Igualmente, estoy informado (a) que al ser un ejercicio investigativo no estoy obligado(a) a responder el instrumento “Cuestionario de salud SF 36” y que puedo retirarme del ejercicio académico cuando voluntariamente lo quiera hacer.

En constancia firma: -----

CC. -----

APÉNDICE B
INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36
MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED
PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades

cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN
IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA
LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

APÉNDICE C

PLAN BASE DE INTERVENCIÓN BASADA EN LA ACTIVIDAD FISICA Y EL MINDFULNESS

Sentido	Sesión	Nombre	Objetivo	Instrucción	Material	Tiempo	Indicador
Oído	1	Cantando ando	Desarrollar la capacidad de conectarse con el ahora a través de una actividad dónde se involucra la velocidad de reaccion, el ritmo, el tono y la percepción auditiva como eje del desarrollo socio-emocional y fisico.	<p>La sesión inicia con una actividad competitiva la cual estara sujeta a 10 puntos, para ello, el grupo de participantes se dividira en tres subgrupos, cada uno organizado en filas, y en frente de cada fila se encontrara una silla que debera ocupar el primer individuo de la fila. Detrás de cada grupo se encontrara un instructor que lanzara una pelota por encima del que esta sentado en la silla, con el fin de que este, reaccione de manera inmediata al estímulo y llegue lo antes posible al balón, el participante que tenga menor distancia con relación al punto de salida, sera quien este más cerca de acumular un punto, para ello debera asumir el reto de cantar una canción simultaneamente con su grupo, esto según la melodía indicada por los instructores.</p> <p>Parte inicial: Los participantes realizaran trabajo de Movilidad articular y activación del sistema cardiovascular.</p> <p>Parte central: Los participantes realizaran un trabajo de resistencia donde se dividiran en tres estaciones en las cuales van a encontrar una serie de actividades físicas y la percepción de una serie de aromas.</p> <p><input type="checkbox"/> Estación N. 1: Presentacion de los aromas, limon, incienso y canela - 10 saltos de banco con alternancia de piernas</p> <p><input type="checkbox"/> Estación N. 2: Presentacion de los aromas Manzanilla, Café y Ruda - skipping con 10 aros hacia adelante y hacia atrás en zig-zag-</p> <p><input type="checkbox"/> Estación N. 3: Presentacion de los aromas Eucalipto, perfume y vaselina de color - Transportar bastón en la palma de la mano por circuito de conos</p> <p>Este circuito lo realizan durante 6 minutos, con cambio de estación cada minuto para que se realice dos vueltas. A los 6 minutos descansan 1.30 min y vuelven a hacerlo.</p> <p>Vuelta a la Calma: Caminata durante 5 minutos y posterior estiramiento</p> <p>Finalmente se retroalimentara la sesion, particularmente con relación a la presentación de ciertas olores u aromas, esto a traves de una serie de preguntas tales como:</p> <p>¿Qué sensaciones le evocan en ese momento inmediato?</p> <p>¿Que pensamientos tiene cuando percibe estas aromas?</p> <p>¿Que emociones tiene cuando percibe estas aromas (cítricos,</p>	<p>Parlantes de sonido</p> <p>Canciones :</p> <p>Melodia(sin letra)de :</p> <p>Rocio Durcal-Me gustas mucho</p> <p>Diomedes Diaz- Mi muchacho</p> <p>Nino Bravo – Un beso y una flor</p> <p>Antonio Aguilar-No volveré</p> <p>Eddy Herrera- Nuestro amor</p>	45 Min	<p>1.Se espera la participación activa de todos los integrantes.</p> <p>2.Se espera que establezcan relaciones entre ellos.</p> <p>3.Se espera despliegue emocional.</p> <p>4.Se espera que los participantes desarrollen la velocidad de reacción.</p>
olfato	2	¿Cuál es tu aroma?	Lograr identificar y contruir su historia de vida a través de diversos aromas implementando un trabajo de resistencia y elevacion de los niveles metabolicos.	<p>Parte inicial: Los participantes realizaran trabajo de Movilidad articular y activación del sistema cardiovascular.</p> <p>Parte central: Los participantes realizaran un trabajo de resistencia donde se dividiran en tres estaciones en las cuales van a encontrar una serie de actividades físicas y la percepción de una serie de aromas.</p> <p><input type="checkbox"/> Estación N. 1: Presentacion de los aromas, limon, incienso y canela - 10 saltos de banco con alternancia de piernas</p> <p><input type="checkbox"/> Estación N. 2: Presentacion de los aromas Manzanilla, Café y Ruda - skipping con 10 aros hacia adelante y hacia atrás en zig-zag-</p> <p><input type="checkbox"/> Estación N. 3: Presentacion de los aromas Eucalipto, perfume y vaselina de color - Transportar bastón en la palma de la mano por circuito de conos</p> <p>Este circuito lo realizan durante 6 minutos, con cambio de estación cada minuto para que se realice dos vueltas. A los 6 minutos descansan 1.30 min y vuelven a hacerlo.</p> <p>Vuelta a la Calma: Caminata durante 5 minutos y posterior estiramiento</p> <p>Finalmente se retroalimentara la sesion, particularmente con relación a la presentación de ciertas olores u aromas, esto a traves de una serie de preguntas tales como:</p> <p>¿Qué sensaciones le evocan en ese momento inmediato?</p> <p>¿Que pensamientos tiene cuando percibe estas aromas?</p> <p>¿Que emociones tiene cuando percibe estas aromas (cítricos,</p>	<p>Canela</p> <p>Limón</p> <p>Manzanilla</p> <p>Café</p> <p>Ruda</p> <p>Eucalipto</p> <p>Vaselina de color</p> <p>Perfume</p> <p>Incienso</p>	45 Min	<p>1.Se espera que los participantes recuerden historias familiares o sociales de caracter emocional. (redes de apoyo).</p>

Vista	3	El espejo de mi alma	Desarrollar un espacio para encontrarse con sí mismo a través del espejo de las mandalas a través del desarrollo de la motricidad fina .	<p>A cada participante se les proporcionará una mandala. Debe colorearla durante 30 minutos aproximadamente, trabajando así la motricidad fina, logrando matizar figuras geométricas en diferentes dimensiones, todo ello desarrollando la capacidad motora del sistema musculoesquelético-apendicular, es decir, los movimientos que el individuo va realizando con manos y brazos durante la actividad de mandalas, así mismo, dicha actividad estará acompañada de música suave. Posterior a ello, los participantes escribirán en la mandala un mensaje en el cual reflejen:</p> <p>¿Cómo se sienten en ese preciso momento? ¿Qué te hace feliz en este momento? ¿Qué debo hacer ya?</p> <p>Luego los participantes recortan la mandala y la pegan en hojas de colores, logrando crear un cuadro que puedan contemplar y con el cual puedan decorar algún sitio de la casa posteriormente.</p> <p>Los participantes realizarán una caminata ecológica por los parques del barrio Barrios Unidos con el fin de conectarse con la naturaleza y con su entorno. Para ello a cada participante se le proporcionarán diversas frutas cítricas, dulces y tropicales, todo ello con el fin de que logren detallar la fruta, contemplar el color, textura, olor y sabor, percataándose de las sensaciones inmediatamente presentes así como de los seres vivos que les rodean entre otros.</p> <p>Para ello, se pasa cada una de las frutas a los participantes, y se les indica que imaginen que son un grupo de personas que acaban de llegar a un planeta nuevo y están en la búsqueda de alimentos, sin embargo se encuentran con una serie de elementos que nunca han visto, sin embargo deben determinar si es comida, por ende, la tarea se relaciona con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percatarse de cada uno de los elementos (frutas), como si fuese la primera vez que los observan (textura, color, forma...) 2. Acercarla al oído para identificar si esta, hace algún tipo de sonido al presionarla suavemente. 3. Acercarla a la nariz, ¿Qué olor tiene? 4. Llevarla suavemente a los labios, percataándose del tacto. 5. La fruta se introduce en la boca sin masticarla, solo realizando movimientos con la lengua . 6. Llego la hora del mordisco, percataándose del sabor y sensaciones. 7. Se mastica lentamente, identificando los movimientos que se realizan . 	<p>Mandalas Música relajante https://www.youtube.com/watch?v=EMxH4K1hKtg Colores Hojas de colores Hilos de lana de diversos colores</p>	45 Min	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se espera que los participantes expresen las emociones y positivas relacionadas con la historia de vida. 2. Se espera que los participantes logren desarrollar la motricidad fina, matizando en figuras específicas de mandalas.
Gusto	4	Saborea la vida	Detallar la experiencia presente de caminar saboreando la comida para reconocer experiencias gustativas y de activación física.	<p>Para ello, se pasa cada una de las frutas a los participantes, y se les indica que imaginen que son un grupo de personas que acaban de llegar a un planeta nuevo y están en la búsqueda de alimentos, sin embargo se encuentran con una serie de elementos que nunca han visto, sin embargo deben determinar si es comida, por ende, la tarea se relaciona con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percatarse de cada uno de los elementos (frutas), como si fuese la primera vez que los observan (textura, color, forma...) 2. Acercarla al oído para identificar si esta, hace algún tipo de sonido al presionarla suavemente. 3. Acercarla a la nariz, ¿Qué olor tiene? 4. Llevarla suavemente a los labios, percataándose del tacto. 5. La fruta se introduce en la boca sin masticarla, solo realizando movimientos con la lengua . 6. Llego la hora del mordisco, percataándose del sabor y sensaciones. 7. Se mastica lentamente, identificando los movimientos que se realizan . 	<p>Naranjas Mandarina Uvas Manzana Mango Banana Fresas ...</p>	60 Min	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se espera que los participantes logren
Tacto	5	Danza y mueve tu cuerpo	Generar apreciación de los movimientos corporales y comprensión hacia la experiencia propia en el momento presente a través de la danza y el stretching.	<p>El grupo de participantes se ordena en filas, la sesión inicia acompañada de música siguiendo las instrucciones de ejercicios de danza y movimiento permitiendo la relajación y apreciación del movimiento corporal .</p> <p>Así mismo los participantes van integrando paulatinamente diversos pasos.</p> <p>Posterior a ello se realizará una sesión de stretching, a través de estiramientos de: pies y tobillos; piernas; tronco inferior; hombros; tronco superior; brazos y manos; cuello.</p>	<p>Crema para la relajación de músculos. Música Los Hermanos Rosario - La Duena Del Swing Ramón Orlando - Te compro tu novia Bonny Cepeda- Una foto Gente de Zona- Mas Macarena Joe Arroyo- No le pegue a la negra Eddy Herrera- Nuestro amor sera</p>	60 Min	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se espera que los participantes realicen el autoreconocimiento de su propio cuerpo y en ese sentido lo acepten tal y como es. 2.