



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

sochpscl@entelchile.net

Sociedad Chilena de Psicología Clínica  
Chile

Vinaccia Alpi, Stefano; Fernández, Hamilton; Quiceno, Japcy Margarita; López Posada, Mónica;  
Otalvaro, Cristina  
Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con  
VIH/Sida  
Terapia Psicológica, vol. 26, núm. 1, julio, 2008, pp. 125-132  
Sociedad Chilena de Psicología Clínica  
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78526111>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida

## Health-Related Quality of Life and Social Functional Support in Patients with Diagnosis of HIV/Aid

Stefano Vinaccia Alpi \*

Hamilton Fernández

Japcy Margarita Quiceno

Mónica López Posada

Cristina Otalvaro

Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

(Rec: 8 agosto 2007 - Acep: 12 marzo 2008)

### Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional en 50 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA de la ciudad de Medellín, Colombia. Se utilizaron los cuestionarios: MOS-SF-30 que mide Calidad de Vida y el DUKE-UNK que evalúa Apoyo Social Funcional. Los resultados evidenciaron una calidad de vida favorable en todas las subescalas del MOS-SF-30 con excepción de la subescala de Malestar respecto a la salud. De otro lado se encontraron niveles altos de apoyo social. Por último, todo el estudio tuvo alta consistencia interna con un Alfa de Cronbach superior a 0.7.

*Palabras clave:* Calidad de vida relacionada con la salud, apoyo social funcional, VIH/SIDA.

### Abstract

The aim of this study was to evaluate the relationship between health-related quality of life and the social functional support in 50 patients of both genders with diagnosis of HIV/AIDS of the city of Medellín, Colombia. The questionnaires were in use: MOS-SF-30 that measures Quality of Life and the DUKE-UNK that it evaluates Social Functional Support. The results evidenced a quality of life good in all the subscale of MOS-SF-30 except for the subscale of Uneasiness regarding the health. Of another side it was high levels of social support. Finally, all the study had internal high consistency, with superior Crobach's alpha to 0.7

*Key words:* Health-related quality of life, social support functional, HIV/AIDS

\* Los investigadores pertenecen al grupo de Investigación Salud Comportamental. Universidad de San Buenaventura de Medellín, Colombia.  
Correspondencia a: Carrera 56C, No. 51-90, Apartado Aéreo 81240. Correos electrónicos: vinalpi47@hotmail.com, japcyps@hotmail.com

## Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, no es consecuencia de un trastorno hereditario, es una enfermedad que se desarrolla por la destrucción progresiva del sistema inmunitario o de los linfocitos o células T (defensas del cuerpo), presentándose en el organismo infecciones y/o tumores oportunistas que se aprovechan del sistema inmunológico debilitando el cuerpo. Estas infecciones son producidas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH (HIV, siglas en inglés), descubierto aproximadamente dos décadas atrás en 1983 (OPS, 1999; 2004).

Cuando la persona adquiere la enfermedad por el VIH se le puede llamar portador o enfermo del SIDA; el primero no manifiesta síntomas de ninguna clase, mientras el segundo padece algunos de los procesos críticos antes dichos (infectiosos, tumorales, etc). A ambos se les denomina seropositivos, porque tienen anticuerpos contra el virus que pueden reconocerse en la sangre con una prueba de laboratorio. Desde la infección con el VIH hasta el desarrollo del SIDA, existe un período asintomático que puede durar unos 10 años, degenerándose progresivamente el sistema inmune y terminando en el momento de criticidad. Se estima que, por término medio, existen alrededor de 8 (de 5 a 12) portadores por cada enfermo de SIDA (OPS, 1999; 2004).

Las tres vías principales de transmisión son: la parenteral (transfusiones de sangre, intercambio de jeringuillas entre farmacodependientes e intercambio de agujas intramusculares), la sexual (homosexual masculina o heterosexual) y la materno-filial (transplacentaria, antes del nacimiento, en el momento del parto o por la lactancia después). De otro lado, con menor frecuencia se han descrito casos en el medio sanitario (de pacientes a personal asistencial y viceversa) y a través del contacto de fluidos corporales (sangre, semen u otros). La importancia de estos modos de transmisión del virus es escasa desde el punto de vista numérico (OMS, 2003).

Los síntomas más característicos son: fiebre con una duración de días hasta más de un mes, pérdida de apetito o disminución de más del 10% del peso corporal especialmente, prolongada diarrea (si dura más de un mes) sin ninguna otra afección presente; períodos de escalofríos y sudoración; fatiga, dolor de garganta, muscular y articular crónico; ganglios linfáticos con tumefacción inexplicable; infecciones de levaduras repetitivas graves en la boca o vagina; llagas o cambios en la piel (herpes) que duran más de cuatro semanas. Entre las infecciones oportunistas que afectan con más frecuencia a la persona con SIDA figuran el sarcoma de Kaposi, la neumonía por Pneumocystis Carinii (en inglés, PCP), la tuberculosis, la meningitis, y las infecciones por herpes simple (De Cobo, 2003).

En el mundo, hasta diciembre de 1999 se habían notificado cerca de 2 millones de casos de SIDA y se calcula que hay más de 32 millones de personas infectadas por Virus

de la Inmunodeficiencia Humana, de ellos 1.3 millones son menores de 15 años y más del 90% de las infecciones ocurren en países de Asia, África, América Latina y el Caribe. Sin embargo el comportamiento, las tendencias y las rutas de transmisión de la epidemia presentan gran heterogeneidad en los diferentes países (DSSA, 2000).

Las enfermedades infecciosas son el grupo de afecciones que mayor impacto ha tenido en la historia de la humanidad y que aún constituyen el principal motivo a nivel sanitario. Un informe de la OMS resalta que en el año de 1995 las infecciones aún constituyan la principal causa de muertes prematuras en el mundo, agrupando casi un tercio del total de fallecimientos (17 de un total de 52 millones), más de la mitad de los cuales (9 de los 17 millones) afectaban a niños. De otro lado, la mitad de los habitantes del mundo continúan expuestos a infecciones endémicas de diversa índole como el VIH/Sida en los últimos 25 años, afectando de manera significativa la calidad de vida (CV) de las personas que la padecen (Arrizabalaga, 2000).

El concepto de "calidad de vida" es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario (Schwartzmann, 2003), especialmente cuando se trata de una enfermedad crónica como el VIH/SIDA. El término calidad de vida data desde comienzos de la historia de la humanidad, pero su estudio científico se hace relevante a partir de los años cincuenta del siglo pasado, y por otro lado, sólo hasta los años ochenta tiene un gran auge como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida. A través del tiempo el término tuvo diversas connotaciones: inicialmente hacia referencia al cuidado de la salud personal, luego se incluyó en la salud e higiene pública, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de acceso a los bienes económicos, hasta convertirse en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Schwartzmann, 2003). Este término proviene principalmente de la medicina y se extendió a otras disciplinas como la sociología y la psicología, sustituyendo a otros conceptos difíciles de operativizar, como "felicidad" y "bienestar" (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996).

La salud y el bienestar, conceptos relacionados con la calidad de vida, son afectados cuando aparece una enfermedad crónica, ya que el paciente puede experimentar desmejoramiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando asimismo al autoconcepto, el sentido de vida y provocando estados depresivos (Gil-Robles, 2004). Schwartzmann (2003) sostiene que el aumento en la esperanza de vida hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de estos pacientes.

Es evidente que el concepto de calidad de vida, aunque depende de muchos factores (socioculturales, políticos, emocionales, físicos, espirituales, entre otros), es en última instancia una apreciación del individuo, lo que obliga a

incluir el elemento subjetivo en su valoración (Padilla, 2005) que implica su percepción de bienestar, satisfacción en las distintas dimensiones de vida y con el tratamiento, los recursos que estime poseer y el apoyo social que perciba, esto es, su valoración de las redes sociales que podrían favorecer la adaptación a dicho acontecimiento vital (Grau y Gonzales, 1997; Moreno & Ximénez, 1996).

A nivel general las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes (Oblitas, 2006), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación (Brannon & Feist, 2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida (Simón, 1999).

Se ha encontrado además, que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad (Affleck, Tennen, Pfeiffer, Fificol & Rowc, 1988) y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Katz & Neugebauer, 2001). Algunos estudios han podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes (Cohen & Herbert, 1996, citado en Gómez, Pérez & Vila, 2001; Remor, 2002).

Estos datos confirman la importancia de las variables psicosociales en la manera como las personas asumen su enfermedad y cómo estas afectan su calidad de vida. Partiendo de lo anterior, numerosas investigaciones se han interesado en estudiar el impacto de esta enfermedad sobre la calidad de vida y el apoyo social en las personas que la padecen.

Al respecto, Hekman, Somlai, Sikkema, Kelly y Franzoi (1997), en el estado de Wisconsin desarrollaron una investigación con el objetivo de identificar los predictores psicosociales de satisfacción general con la vida en 275 personas que padecían VIH/SIDA. Según los resultados de la investigación las variables predictivas asociadas a niveles elevados de satisfacción de vida general de las personas con VIH/SIDA fueron las relacionadas con un mejor bienestar físico y funcional, un mejor apoyo social, un uso adecuado de estrategias de afrontamiento adaptativas, y que de parte de la comunidad fueran menos rechazados y estigmatizados socialmente.

Por consiguiente, Heckman (2003) planteó un modelo para evaluar la calidad de vida en enfermedades crónicas (CIQOL), donde teoriza que la satisfacción en la vida de las personas que viven con una enfermedad crónica como el VIH por ejemplo, depende de factores relacionados con la discriminación social, las barreras de la asistencia médica

y servicios sociales, el bienestar físico, el apoyo social y la adaptación a la enfermedad. Este modelo (CIQOL) fue evaluado usando datos de 275 personas que viven con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana. Las mujeres relataron menos satisfacción de vida y enfrentaron más las barreras de asistencia médica y servicios sociales que los hombres, y los participantes de origen étnico caucásico reportaron tener percepciones más altas de discriminación relacionada con el Sida que participantes afroamericanos.

Crook, Browne, Roberts y Gafni (2005), en Canada examinaron el impacto de las variables sociodemográficas, la calidad de vida, el apoyo social sobre la utilización del servicio de salud en personas que viven con el VIH/SIDA. Se encontró que la mayoría de las personas que acudían a los servicios sanitarios vivían solas y que su salud en general era más deteriorada, pero el hecho de acudir con mayor frecuencia a la atención médica lograba que los niveles de depresión y de salud funcional fueran equivalentes a las personas que utilizaban poco los servicios de salud y tenían mayor apoyo social, aunque esto implicaba considerablemente más gastos para los servicios de sala de urgencias y terapias complementarias.

Phaladze, Humans, Dlamini, Hulela, Hadebe, Sukati, et al. (2005), desarrollaron una investigación para conocer la percepción de la calidad de vida en personas infectadas con el VIH/SIDA, en cuatro países de África sub-Sahariana (Botswana, Lesotho, Sudáfrica, y Swazilandia). En una muestra de 753 personas infectadas con VIH/SIDA se encontró que las personas con niveles de satisfacción de vida más altos eran aquellos con niveles educativos más bajos, que tenía menos preocupaciones económicas y financieras, que no tenían un diagnóstico clínico de VIH/SIDA u otras condiciones de comorbilidad, que tenían baja sintomatología y menos preocupaciones de salud. Ninguno de estos participantes tomaba medicación antirretroviral en el momento de este estudio.

En el norte de Tailandia, Ichikawa y Natpratan (2006) llevaron a cabo un estudio para evaluar el impacto de la calidad de vida en 200 pacientes infectados con el VIH/SIDA. Utilizaron el cuestionario MOS-HIV para evaluar la calidad de vida y concluyeron que el apoyo social, especialmente la aceptación de la comunidad, es una variable moduladora en las dimensiones de calidad de vida asociadas a la salud mental, independientemente de la fase de desarrollo de la enfermedad, siendo más significativo en mujeres por el rol que desempeñan en la tradición familiar tailandesa.

Burgoine y Renwick (2004) llevaron a cabo un estudio en Canadá, cuyo objetivo era estudiar la calidad de vida en 41 personas con VIH/SIDA en tres períodos de tiempo específicos (T1, 1997; T2, 1999 y T3, 2001), medida por el cuestionario SF-36, y el apoyo social medido por el Study Social Support Survey (SSS). Los resultados evidenciaron en el tiempo que hubo mejorías en el sistema inmunológico

de estos pacientes debido al tratamiento farmacológico. De otro lado, se observaron niveles moderados en el SSS y el SF-36 en el periodo de los cuatro años, menos de un 40% de la muestra. Además, los bajos niveles en las dimensiones de salud mental del SF-36 se encontraron asociados con poco apoyo emocional recibido y percibido. Las relaciones entre el SSS y las dimensiones del SF-36 no aparecieron ser recíprocas, especialmente en T2 en comparación con T3. En el T1-T2 las relaciones con SSS fueron asociadas con cambios en la dimensión del SF-36 Salud Mental, y en el T2-T3 las relaciones con SSS fueron asociadas con cambios en la dimensión del SF-36 Función Física. En conclusión, los autores reportaron no encontrar relaciones concluyentes en el tiempo entre el apoyo social y la calidad de vida en las personas con VIH/SIDA.

Yang, Chen, Kuo y Wang (2003) en Taiwán, realizaron un estudio con el propósito de identificar las variables relacionadas con la calidad de vida en 114 personas que padecen VIH/SIDA. Se les aplicó los cuestionarios PRQ85-II que mide síntomas físicos, estrés, perturbación emocional y recursos personales, y el Índice de Calidad de Vida (QLI). Los resultados revelaron que los puntajes más altos de calidad de vida estaban asociados con menos perturbación emocional y síntomas de estrés fisiológico y con los niveles más altos de apoyo social. En los pacientes con VIH/SIDA la calidad de vida estuvo asociada con alteraciones emocionales, el apoyo social, síntomas de estrés fisiológico, la autopercepción en la forma de transmisión de la enfermedad y el apoyo financiero. El 60,9% de la varianza de calidad de vida puede explicarse por estas variables en el estudio.

Crystal, Akincigil, Sambamoorthi, Wenger, Fleishman, Zingmond, et al. (2003), en los Estados Unidos, desarrollaron un investigación con el objetivo de obtener un perfil nacional del nivel socioeconómico en adultos jóvenes y mayores que padecen VIH/SIDA y evaluar luego las variaciones en el apoyo social y la calidad de vida a través de la edad y subgrupos socioeconómicos, controlando los indicadores de progresión de enfermedad. Los resultados del estudio indicaron que los adultos mayores son en su mayoría homosexuales masculinos de etnia caucásica, con mejores seguros de salud, empleados y con altos ingresos laborales en comparación con los adultos jóvenes. De otro lado, los usuarios que utilizaron con mayor frecuencia los servicios de salud pública fueron las personas de etnia afroamericana, quienes tuvieron mayores desventajas en cuanto a posibilidad de empleo y de ingresos respecto a los caucásicos. Los afroamericanos adultos mayores tuvieron niveles más bajos en relación al funcionamiento físico y apoyo emocional en comparación con los adultos jóvenes, mientras que los adultos mayores homosexuales no se diferenciaron de los adultos jóvenes homosexuales en estos aspectos.

En consideración a lo antes mencionado, el objetivo de este estudio descriptivo correlacional exploratorio mediante

encuesta de tipo transversal (Montero & León, 2002), fue evaluar la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social funcional en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA de la ciudad de Medellín, Colombia.

## Método

### *Participantes*

Se realizó un muestreo por conveniencia no-aleatorio, seleccionando a todos los sujetos disponibles de la muestra accesibles. En el estudio participaron 50 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA, 11 mujeres (22%) y 39 hombres (78%) en tratamiento antirretroviral adscritos a la Fundación Positivos por la Vida de la ciudad de Medellín, Colombia. La edad de los sujetos del estudio osciló entre los 15 y 56 años, cuyo intervalo más representativo estuvo en edades comprendidas entre los 36 y 55 años (42%). En cuanto al estrato socioeconómico, la mayoría se encontró en un nivel medio, representado por el estrato 3 y 4 (50%), un 32% se ubicó en el nivel bajo (1 y 2) y un 18% se agrupó en un nivel alto (5 y 6). Respecto al grado de escolaridad se encontró que la mayoría de los sujetos (56%) tenían un nivel académico comprendido entre universitarios y estudios técnicos, y sólo un 44% tuvo estudios básicos (primaria y secundaria). De otro lado, en cuanto a la variable ocupación, se evidenció que un mayor grupo de personas realizaban alguna actividad laboral (46%), seguido de un 38% que estaban desempleadas; el resto se agrupó en las categorías estudiante, incapacitado y jubilado (16%). El estado civil en su mayoría estuvo conformado por solteros (40%), seguidos de los separados/divorciados (22%), la diferencia de la muestra se agrupó entre casados, unión libre y viudo (38%). Independientemente del estado civil se observa que la gran mayoría de la muestra (80%) viven en compañía de alguien. Respecto al tiempo de diagnóstico se visualiza que el porcentaje más alto se encuentra en el rango de 1 a 2 años (34%), seguido de un 28% para el rango de 6 meses a 1 año y de 2 años en adelante (ver Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio.

	Frec. (%)		Frec. (%)
Género	Hombre 39 (78%)	Con quien vive	Solo 10 (20%)
	Mujer 11 (22%)	Acompañado	40 (80%)

### Instrumentos

La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario MOS-SF-30 en la versión española de Remor (2003). Es un cuestionario formado por 30 ítems tipo likert, donde 22 ítems comprenden a una escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) y ocho ítems con 3 puntos (0 a 2). Los ítems se subdividen en 11 subescalas que miden salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud. Por último se obtiene una puntuación directa de CVRS global, que tiene un rango de 0 a 100 puntos, el 0 indica el grado más bajo de calidad de vida y 100, el más alto. La consistencia interna del MOS-SF-30 en su versión española fue entre 0.84 y 0.91 para las distintas subescalas, con un alfa de Cronbach para los 30 ítems de 0.93.

El apoyo social fue medido por el cuestionario de apoyo social funcional DUKE-UNK en la versión española De la Revilla, Baylon y De Dios (1991). Este instrumento psicométrico es un cuestionario de auto-evaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. Estos aspectos se evalúan mediante una escala likert con 5 opciones de respuesta que se puntuán de 1 (mucho menos de lo que deseo) hasta 5 (tanto como deseo). El punto de corte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social fue de 32 puntos en adelante. El alfa de Cronbach de la validación española en diferentes

investigaciones tuvo puntajes que oscilaron entre 0.80 y 0.90.

### Procedimiento

Los pacientes, quienes acudían a consulta externa a las instalaciones Fundación Positivos por la Vida de la ciudad de Medellín, Colombia, fueron informados acerca de los objetivos de la investigación. Una vez brindada la información, se solicitó a los pacientes el consentimiento para participar en el estudio, comentándoles acerca del secreto ético de la información y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos lo consideraran. Una vez obtenido el consentimiento informado, se diligenció la ficha de datos sociodemográficos y se les entregaron los dos instrumentos (MOS-SF-30 y DUKE-UNK), los cuales fueron autodiligenciados por los pacientes con la supervisión del entrevistador, con una duración aproximada de 25 minutos.

### Resultados

Se observa en la Tabla 2 las diferentes medidas de tendencia central como lo son la media, la moda, la Desviación Típica, los puntajes mínimos y máximos y el alfa de Cronbach de cada uno de los instrumentos psicométricos y sus diferentes dimensiones. Se encontró a nivel general una alta confiabilidad y validez en todo el estudio con un Alfa de Cronbach superior a 0.7.

Se observa que entre las diferentes subescalas del MOS-SF-30 hay algunas medidas de tendencia con valores medios y altos, con excepción de la subescala de Malestar respecto a la salud, que tiene una puntuación baja. A nivel

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de las variables del estudio: Calidad de Vida y Apoyo Social.

	Media	Moda	D.T.	Mínimo	Máximo	Alfa
<b>MOS-SF-30</b>						
Salud general Percibida	2.10	2.0	0.81	0	4	0.79
Dolor	2.66	3.0	0.93	0	4	0.79
Funcionamiento físico	9.02	12.0	2.54	0	12	0.78
Actividad diaria	3.24	4.0	1.06	0	4	0.79
Función social	2.64	3.0	1.10	0	4	0.78
Salud mental	10.2	6.0	4.72	0	20	0.75
Energía/fatiga	8.36	12.0	3.72	0	16	0.76
Malestar respecto a la salud	6.66	8.0	4.78	0	16	0.76
Funcionamiento cognitivo	12.4	16.0	3.88	0	16	0.77
Calidad de vida Percibida	2.46	3.0	0.78	0	4	0.79
Transición de salud	2.56	2.0	0.97	0	4	0.78
Escala completa C.V.R.S	62.3	48.0	18.6	0	100	0.78
<b>DUKE-UNK</b>						
Apoyo social	34.1	39.0	11.4	11	55	0.75

general los sujetos del estudio aunque hayan sentido malestar respecto a su salud, tuvieron una percepción de su calidad de vida de buena a muy favorable, indicando que la adecuada salud mental, física y emocional que percibieron les favoreció para estar activos y llevar a cabo sus roles de la vida diaria como trabajar, estudiar, realizar actividades deportivas/recreativas, estar atentos de su autocuidado personal, colaborar en el hogar y relacionarse con los demás sin dificultad.

En cuanto al apoyo social funcional medido por el cuestionario DUKE-UNK se tuvo un puntaje de 34.1 por encima de 2 puntos del punto de corte (32 puntos) planteado por De la Revilla, Baylon y De Dios (1991), para considerar una adecuada valoración de apoyo social, indicando que los pacientes de nuestro estudio tuvieron alta disponibilidad de las personas más cercanas como amigos, familiares y compañeros de trabajo para recibir apoyo emocional, afecto y empatía.

En cuanto a los resultados de la aplicación del Coeficiente de Correlación de Pearson a todas las variables del estudio, encontramos que hubo correlaciones altas positivas ( $p>0.5$ ) entre la Escala completa C.V.R.S. del cuestionario MOS-SF-30 con la mayoría de las subescalas que comprenden el mismo cuestionario. Igualmente, se encontraron correlaciones altas positivas ( $p>0.5$ ) entre la Escala completa C.V.R.S. del cuestionario MOS-SF-30 con el cuestionario DUKE-UNK que mide apoyo social, como se describe en la Tabla 3.

## Discusión

En el presente estudio se trabajó con una muestra de 50 pacientes, mayoritariamente adultos jóvenes de ambos

géneros con diagnóstico de VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral de la ciudad de Medellín, Colombia. Se administraron los Cuestionarios MOS-SF-30 y DUKE-UNK, encontrándose una alta consistencia interna en todo el estudio con un Alfa de Cronbach superior a 0,7

Respecto a la calidad de vida se encontró en nuestros pacientes que aunque percibían malestar respecto a su salud tuvieron una muy buena calidad de vida en todas las demás subescalas del cuestionario MOS-SF-30, como Salud general Percibida, Dolor, Funcionamiento físico, Actividad diaria, Función social, Salud mental, Energía/fatiga, Funcionamiento cognitivo, Calidad de vida Percibida, Transición de salud. Viéndose reflejado lo anterior en la puntuación total de la Escala completa C.V.R.S. Igualmente se evidenció una valoración favorable respecto al apoyo social por parte de los sujetos de nuestro estudio. Lo anterior se ve corroborado por las fuertes correlaciones encontradas entre la variable Apoyo Social y la subescala completa C.V.R.S. del cuestionario MOS-SF-30.

De acuerdo a un estudio realizado por Remor (2003) en España, los resultados indican que existen diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por el VIH según el nivel de apoyo social que presentan (bajo o normal). El nivel de apoyo social ha demostrado ser una variable predictora de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Específicamente comparando nuestros resultados con los de Remor (2003), se observan diferencias significativas de mejor calidad de vida en nuestro estudio en las subescalas: Salud percibida, Actividad diaria, Energía/fatiga y Función cognitiva. Se encuentra niveles más bajos de calidad de vida en las subescalas: Función Social, Salud Mental y Malestar respecto a la salud. Y se encuentran resultados similares en las subescalas

Tabla 3. Correlación de las diferentes dimensiones de Calidad de Vida del instrumento MOS-SF-30

	Salud general	Dolor	Actividad diaria	Energía/fatiga	Escala completa C.V.R.S.
Dolor	*0.71				*0.76
Función social					*0.72
Salud mental				*0.76	*0.84
Energía/fatiga					*0.85
Malestar respecto a la salud					*0.77
Funcionamiento cognitivo		*0.71	*0.71		
Calidad de vida Percibida					*0.72
Transición de Salud					*0.77
Apoyo Social					*0.68

\* $p>0.5$

de: Dolor, Funcionamiento físico, Calidad de vida percibida y Transición de salud. Con respecto a la subescala total del cuestionario C.V.R.S. ésta se encuentra en un nivel superior a los promedios bajos de la investigación de Remor (2003) y muy cercana a los niveles normales encontrados por el mismo autor en su estudio.

De otro lado, en numerosos estudios ha sido significativo el papel del Apoyo Social como variable fuertemente relacionada con la percepción de la calidad de vida en enfermos crónicos y más específicamente en pacientes con VIH/SIDA (Hekman, et al. 1997; Crook, et al. 2005; Yang, et al. 2003; Crystal, et al. 2003; Ichikawa y Natpratan 2006). A diferencia del estudio desarrollado por Burgoyne y Renwick (2004), quienes no encontraron relaciones significativas en el tiempo entre el apoyo social y la calidad de vida en las personas con VIH/SIDA.

En nuestra investigación los factores de apoyo social fueron valorados por los sujetos de nuestro estudio como significativos especialmente aquellos de tipo afectivo-emocional asociados a una comunicación empática y comunicativa con su grupo de referencia como familiares, amigos y compañeros de trabajo. El hecho que gracias a la presencia de medicamentos antirretrovirales ha trasformado el VIH/SIDA de una enfermedad infecciosa aguda a una enfermedad crónica exige todavía más el mantenimiento de un régimen de tratamiento constante de parte del paciente, en el cual el apoyo social, especialmente aquel de tipo emocional, puede influir de una forma directa en la cantidad y profundidad de los cambios en los hábitos de vida que debe llevar a cabo necesariamente, quien padece esta enfermedad para poder seguir viviendo (Gil-Robles, 2004).

Por último, sería importante seguir realizando estudios enfocados en medir el valor o el peso relativo de algunas variables sociodemográficas y clínicas como el género, la edad, el nivel educativo, la ocupación, estrato socioeconómico, el estado civil, tiempo de diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad de VIH/SIDA, ya que estas variables pueden influir en la calidad de vida general de las personas que la padecen. Como se observa en nuestro estudio la mayoría de nuestros participantes fueron hombres, adultos jóvenes, con nivel educativo alto, de clase media colombiana, solteros pero que vivían acompañados, quienes realizaban una actividad laboral y quienes tenían un tiempo de diagnóstico de la enfermedad de 1 a 2 años. Igual que en otros estudios se ha encontrado que las variables sociodemográficas relacionadas con los ingresos laborales, el estar activos o en edad productiva relacionada con metas y planes de vida, el estatus social y la presencia de buenas redes sociales, son importantes predictores de calidad de vida y ajuste social en pacientes con VIH/SIDA (Heckman, Kochman, Sikkema, Kalichman, Masten y Goodkin, 2000; Crystal, et al. 2003).

## Referencias

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifiecol, J. & Rowc, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1, 71-77.
- Arrizabalaga, J. (2000). Las «enfermedades emergentes» en las postrimerías del siglo XX: El sida. *Política y Sociedad*, 35, 93-100.
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E. & Sierra, J.C. (Eds.) (1996). *Manual de evaluación de la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo
- Burgoyne, R. & Renwick, R. (2004). Social support and quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era. *Social Science Medicine*, 58, 1353-1366.
- Crystal, S., Akincigil, A., Sambamoorthi, U., Wenger, N., Fleishman, J.A., Zingmond, D.S., Hays, R.D., Bozzette, A.S. & Shapiro, M.F. (2003). The diverse older HIV-positive population: a national profile of economic circumstances, social support, and quality of life. *Journal Acquir Immune Deficit Syndrome*, 33, 76-83.
- Crook, J., Browne, G., Roberts, J. & Gafni, A. (2005). Impact of support services provided by a community-based AIDS service organization on persons living with HIV/AIDS. *Journal Association Nurses AIDS Care*, 16, 39-49.
- De Cobo Martínez, F. (2003). *Aspectos clínicos y microbiológicos de la infección por VIH: nuevos avances en el tratamiento del SIDA* (2 ED). Jaén: Alcalá la Real.
- De la Revilla, L., Baylon, E. & De Dios, J. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 9, 668.
- Dirección Seccional de Salud (2000). Mortalidad por tumores. *Revista Epidemiológica de Antioquia*, 25, 103-105.
- Gómez, L., Pérez, M. & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.
- Heckman, T.G. (2003). The chronic illness quality of life (CIQOL) model: explaining life satisfaction in people living with HIV disease. *Health Psychology*, 22, 140-147.
- Hekman, T.C., Somlai, A.M., Sikkema, K.J., Kelly, J.A. & Franzoi, S.L. (1997). Psychosocial predictors of life satisfaction among persons living with HIV infection and AIDS. *Journal Association Nurses AIDS Care*, 8, 21-30.
- Heckman, T.G., Kochman, A., Sikkema, K.J., Kalichman, S.C., Masten, J. & Goodkin, K. (2000). Late middle-aged and older men living with HIV/AIDS: race differences in coping, social support, and psychological distress. *Journal National Medicine Association*, 92, 436-444.
- Ichikawa, M & Natpratan, C. (2006). Perceived social environment and quality of life among people living with HIV/AIDS in northern Thailand. *AIDS Care*, 18, 128-132.
- Gil-Robles, J. (2004). *Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Grau, J. & González, U. (1997). Ética, calidad de vida y psicología de la salud. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Psicología, Santiago de Chile, Chile
- Katz, P.P. & Neugebauer, A. (2001). Does satisfaction whith abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms? *Arthritis Rheumatism*, 45, 263-269.
- Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de la vida. En: G. Buela-Casal, V.E. Caballo & J.C. Sierra (Eds.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud y calidad de vida*. México : Editorial Thompson Learning.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *El VIH/SIDA en países de América Latina. Los retos futuros*. PAHO: Washington.

- Organización Mundial de la Salud (2003). *Situación de la epidemia de SIDA*. WHO: New York.
- Organización Panamericana de la Salud (1999). *Confronting AIDS - Revised edition: Public Priorities in a Global Epidemic*. Oxford: University Press.
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.
- Phaladze, N.A., Humans, S., Dlamini, S.B., Hulela, E.B., Hadebe, I.M., Sukati, N.A., Makoa, L.N., Seboni, N.M., Moleko, M. & Holzemer, W.L. (2005). Quality of life and the concept of "living well" with HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *Journal Nursing Scholarsh*, 37, 120-126.
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30, 143-149.
- Remor, E. (2003). Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Atención Primaria*, 32, 1-10.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.
- Simón, M.A. (1999). *Tratado de psicología de la salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Yang, M.H., Chen, Y.M., Kuo, B.I. & Wang, K.Y. (2003). Quality of life and related factors for people living with HIV/AIDS in Northern Taiwan. *Journal Nursing Research*, 11, 217-226.