

Calidad De Vida Y Percepción De La Enfermedad En Personas Que Conviven Con VIH/SIDA

Trabajo de investigación para optar por el título de Psicólogo

Autores:

Jessica Katherin Ragua Chala ID: 806524

Gina Paola León Moreno ID: 705267

José Alirio Parra Guarnizo
Director

Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO
Rectoría Bogotá, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Programa de Psicología modalidad Distancia

Agosto de 2025

Resumen

Introducción:

El objetivo de esta investigación fue analizar la relación entre la calidad de vida y la percepción de la enfermedad en adultos que conviven con VIH/SIDA en Colombia. Se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, transversal y correlacional.

Método:

La muestra estuvo conformada por 221 adultos (72.4% hombres y 27.6% mujeres), con edad promedio de 35.81 años. Se aplicaron el Cuestionario de Salud SF-12, que evalúa ocho dimensiones de calidad de vida, y el Cuestionario de Percepción de la Enfermedad (IPQ-R), que mide componentes cognitivos y emocionales de la enfermedad; ambos con alta confiabilidad. El estudio se realizó en una IPS de Villavicencio, mediante consentimiento informado y aplicación individual en sesiones de seguimiento psicológico durante tres meses. Los datos se analizaron en JASP 0.19.1 mediante estadísticos descriptivos y pruebas no paramétricas (Spearman, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis), con nivel de significancia $p < 0.05$.

Resultados:

El 22.6% de los participantes atribuyó el contagio a descuido, el 19.9% al no uso de protección y el 19.6% a la confianza en la pareja. En calidad de vida, las dimensiones más altas fueron función física ($M = 91.15$) y desempeño físico ($M = 90.22$), mientras que las más bajas fueron salud mental ($M = 77.14$) y desempeño emocional ($M = 85.33$). Respecto a la percepción de la enfermedad, se observaron altos puntajes en control ($M = 90.18$) y conocimiento ($M = 85.67$), y bajos en representación de síntomas ($M = 35.98$).

Conclusiones:

La percepción de la enfermedad influye directamente en la calidad de vida, especialmente en las dimensiones emocionales y cognitivas. Estos hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones psicológicas orientadas al bienestar mental y emocional de personas con VIH/SIDA.

Palabras clave:

Percepción de la enfermedad, calidad de vida, VIH/SIDA, enfermedad crónica, adultos.

Abstract

Introduction:

The aim of this study was to analyze the relationship between quality of life and illness perception in adults living with HIV/AIDS in Colombia. It was conducted under a quantitative approach, using a non-experimental, cross-sectional, and correlational design.

Method:

The sample consisted of 221 adults (72.4% men and 27.6% women), with a mean age of 35.81 years. Data were collected using the SF-12 Health Survey, which assesses eight dimensions of health-related quality of life, and the Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), which evaluates cognitive and emotional components of illness perception. Both instruments showed high reliability. The study was carried out in a local health institution, with informed consent and individual application during psychological follow-up sessions over a three-month period. Data analysis was performed with JASP 0.19.1, applying descriptive statistics and non-parametric tests (Spearman's correlation, Mann-Whitney U, and Kruskal-Wallis), with a significance level set at $p < 0.05$.

Results:

Regarding causes of infection, 22.6% of participants attributed it to carelessness, 19.9% to not using protection, and 19.6% to blind trust in their partner. In quality of life, the highest scores were found in physical function ($M = 91.15$) and physical role ($M = 90.22$), while the lowest were in mental health ($M = 77.14$) and emotional role ($M = 85.33$). Concerning illness perception, high scores were observed in disease control ($M = 90.18$) and knowledge ($M = 85.67$), whereas the lowest was in symptom representation ($M = 35.98$).

Conclusions:

Illness perception directly influences quality of life, especially in emotional and cognitive dimensions. These findings highlight the need for psychological interventions aimed at strengthening mental and emotional well-being in people living with HIV/AIDS.

Keyword:

Illness perception, quality of life, HIV/AIDS, chronic illness, adults.



Contenido

Resumen	2
Abstract	4
Introducción	8
Justificación.....	11
Planteamiento del problema	13
Objetivos	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos.....	15
Marco teórico y empírico	16
Hipótesis	31
Hipótesis de investigación.....	31
Hipótesis de trabajo.....	31
Marco Metodológico.....	33
Línea de investigación	33
Diseño	33
Participantes.....	33
Instrumentos.....	34
Procedimiento.....	36
Plan de análisis.....	36
Consideraciones éticas	37
Resultados	38
Discusión	47
Conclusiones.....	51
Referencias	54



Lista de figuras

Figura 1: Presuntas causas de la enfermedad.....	38
Figura 2: Dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud.....	39
Figura 3: Dimensiones de la percepción de la enfermedad	40
Figura 4: Diferencias entre el sexo y calidad de vida	42
Figura 5: Diferencias entre el nivel educativo y función física	43
Figura 6: Diferencias entre el nivel educativo y salud mental general	44
Figura 7: Diagrama de red circular	46

Lista de tablas

Tabla 1: Síntomas fase 1	20
Tabla 2: Salud mental, social y física	22
Tabla 3: Aspectos que influyen en la percepción de la enfermedad	25
Tabla 4: Características sociodemográficas de los participantes.....	33
Tabla 5: Resultados entre edad y calidad de vida.....	40
Tabla 6: Correlación entre meses de diagnóstico y calidad de vida.....	41
Tabla 7: Correlación entre calidad de vida y percepción de enfermedad.....	45

Introducción

Esta investigación se sitúa en el ámbito de la Psicología de la Salud y tiene como objetivo ofrecer una comprensión más profunda sobre la calidad de vida y la percepción de la enfermedad en adultos que conviven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA) Colombia. El estudio utiliza un enfoque cuantitativo para examinar la relación entre estas dos variables clave, buscando establecer cómo se conectan y de qué manera diferentes factores influyen en la experiencia de las personas que conviven con el VIH/SIDA.

Convivir con esta enfermedad tiene un impacto profundo y complejo en la vida de las personas, y va más allá de lo meramente biológico, tocando aspectos psicológicos, sociales y emocionales. El Ministerio de Salud (2023) reportó más de 19,183 nuevos casos de VIH/SIDA en Colombia durante 2022, señalando que las relaciones sexuales sin protección son la principal vía de contagio y que la población más afectada se encuentra entre los 25 y 29 años, lo que resalta la importancia de abordar esta problemática desde diferentes perspectivas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), el VIH/SIDA ataca el sistema inmunitario de las personas, enfocándose en los glóbulos blancos, específicamente los linfocitos CD4, que son esenciales para luchar contra enfermedades e infecciones. Cuando el virus entra al cuerpo a través de contacto con fluidos corporales específicos, como la sangre, el semen, el líquido preseminal, las secreciones rectales, las secreciones vaginales y la leche materna (HIV, 2023), va debilitando poco a poco las defensas, lo que permite que surjan infecciones oportunistas y ciertos tipos de cáncer.

Desde que se recibe el diagnóstico, muchas de las personas enfrentan un impacto negativo significativo. Los mitos profundamente arraigados en nuestra sociedad llevan a muchos a ocultar su diagnóstico, temerosos de la discriminación y el estigma social. Esta

situación puede llevar al aislamiento social, a la desesperanza y a empeorar problemas preexistentes como la depresión y la ansiedad (Campillay y Monárdez, 2019).

Además, el debilitamiento del sistema inmunitario, especialmente en las etapas avanzadas de la enfermedad, como el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), aumenta la vulnerabilidad a infecciones oportunistas como la tuberculosis, lo que deteriora aún más la calidad de vida física (OMS, 2023). Más allá de la salud física y mental, el aspecto económico también se ve gravemente afectado; la discriminación en el trabajo puede resultar en la pérdida del empleo, lo que limita el acceso a servicios de salud de calidad, incluyendo medicamentos esenciales y, especialmente, el apoyo psicológico, que es aún más difícil de conseguir.

Asimismo, convivir con VIH/SIDA transforma drásticamente varios aspectos de la vida de la persona diagnosticada, afectando su entorno familiar, social, mental y económico. Estas modificaciones, a su vez, tienen un impacto directo en su calidad de vida relacionada con la salud, un concepto que abarca múltiples dimensiones (Ramírez et al., 2010).

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multidimensional que se enfoca cómo la percepción de la salud y la enfermedad influye en el bienestar de una persona. Este concepto no se limita únicamente a la ausencia de la enfermedad, sino que abarca el impacto de la condición de la salud en las dimensiones físicas, psicológicas, emocionales y sociales de la vida diaria. Por lo tanto, se trata de una medida subjetiva que evalúa cómo la enfermedad y su tratamiento afectan el funcionamiento general y el bienestar del individuo.

Varios estudios han puesto de manifiesto lo fundamental que es el apoyo social y el acompañamiento psicológico para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Villa y Vinaccia, 2006). Sin embargo, al investigar en la literatura académica en español sobre la relación entre la percepción de la enfermedad y la calidad de vida de las personas que conviven con VIH/SIDA, se nota una falta de investigación en este ámbito.



A pesar de que no hay muchos estudios directos, la lógica indica que hay una conexión fuerte: si las personas diagnosticadas con VIH/SIDA tienen una percepción negativa de su enfermedad, es muy probable que esto afecte de manera adversa su calidad de vida en general, así como su adherencia al tratamiento y su bienestar en conjunto. La percepción de la enfermedad, que se refiere a cómo los pacientes interpretan su condición médica, tiene un impacto directo en sus actitudes hacia las causas y consecuencias de la enfermedad, así como en su confianza y compromiso con el tratamiento (Valencia et al., 2014).

Teniendo en cuenta esto, en este trabajo se propuso abordar la relación entre la percepción de la enfermedad y la calidad de vida en los adultos con una edad promedio de 35.81 años, que conviven con VIH/SIDA.

Para dar respuesta a esto, este documento se organiza en varias secciones clave. Primero, se presenta la Justificación, donde se explica la importancia de la investigación y cómo el VIH/SIDA afecta la vida de las personas. Luego, el Planteamiento del Problema ofrece un contexto sobre la situación actual y plantea la pregunta central de la investigación. A continuación, se establecen los Objetivos generales y específicos que guiarán el estudio. El Marco Teórico y Empírico aborda los conceptos esenciales relacionados con el VIH/SIDA, su historia y fases, además de profundizar en teorías y estudios previos sobre la calidad de vida y la percepción de la enfermedad en personas que viven con VIH/SIDA.

Por último, se presentarán los resultados obtenidos a través del análisis de datos. Luego, la discusión de los hallazgos interpreta estos resultados en el contexto de la literatura existente y aborda las implicaciones del estudio. Las conclusiones sintetizan los aportes principales de la investigación y, por último, se ofrecen recomendaciones para futuras líneas de estudio.

Justificación

La presente investigación se centra en comprender cuál es la relación entre la percepción de enfermedad y la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, ya que esto tiene un impacto profundo en su vida personal. Para esto, se analizarán aspectos psicológicos, sociales, y emocionales, identificando las necesidades y desafíos que deben enfrentar.

La enfermedad se ha venido propagando tras la revolución sexual de Norteamérica, que tuvo lugar entre los años 1960 y 1970. Las personas diagnosticadas con VIH/SIDA sufren desde diferentes ámbitos de su vida, como el económico, laboral, familiar, incluyendo la estigma y discriminación, además, experimentan mayor nivel de estrés, incluso pueden llegar a padecer de depresión y/o ansiedad, lo que claramente afecta su salud, según Peñarrieta et al. (2006), uno de los mayores impactos en las personas que conviven con VIH es la estigma y discriminación, lo cual origina sentimientos de temor, soledad y depresión.

Aunque existen avances en el tratamiento, siguen existiendo mitos basados en el desconocimiento a nivel de la enfermedad y sus tratamientos, algunas personas aún en pleno siglo XXI conservan creencias erradas, miedo irracional y no se atreven a investigar o consultar al médico por temas relacionados al VIH/SIDA, según Cejudo- Cortés et al. (2018), uno de los resultados que obtuvieron en su estudio arrojo que, a pesar de que la relación entre el conocimiento y actitudes discriminatorias hacia las personas que tiene VIH/SIDA está muy probada, la investigación subraya que se trata de una relación indirecta, en otras palabras, que las actitudes de discriminación pueden disminuir si aumenta el conocimiento sobre el VIH/SIDA, porque esto ocasiona una reducción de información errada.

Esta investigación permite ampliar el conocimiento que poseemos acerca de la enfermedad y las afectaciones que se derivan en la salud mental, lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con VIH/SIDA en cuanto al estigma social, ya que si se educa a la población sobre el virus los sesgos reducen y a su vez disminuye la

discriminación. Por otra parte, esta investigación contribuye a evidenciar las diferentes carencias que sufren estas personas en cuanto a la atención médica, traslado a sitios de atención y acceso a medicamentos.

La enfermedad se sigue propagando entre la población. Al respecto, en un estudio realizado y publicado en diciembre de 2023 por el Ministerio de Salud, indicó que en lo transcurrido del año 2022 se reportaron más de 19.183 nuevos casos de infección por VIH/SIDA en Colombia de los cuales el 80.9% correspondía al sexo masculino y el 19.1% al sexo femenino, las personas más afectadas se encuentran en un rango de edad entre los 25 a los 29 años, además, las relaciones sexuales sin protección siguen siendo una de las formas más frecuentes de adquirir dicho virus, arrojando un resultado de 98.6% de contagio por este medio. Las ciudades con mayor índice de contagio son: Bogotá con 3.915, Medellín con 1.649, Cali con 1.483, Barranquilla con 912, Cartagena con 536 y Pereira con 353 nuevos casos (Ministerio de salud, 2023).



Planteamiento del problema

Son millones de personas quienes han sido afectadas a causa del virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) y el contagio de este se puede presentar mediante el contacto con fluidos como lo son: la sangre, el semen o el líquido preseminal, secreciones rectales, secreciones vaginales, leche materna, entre otros (HIV, 2023). Asimismo, se conoce que el virus modifica diferentes aspectos en la vida de la persona que es diagnosticada con este, como aspectos familiares, sociales, mentales, económicos y esto puede conllevar a un impacto en su calidad de vida respecto al factor físico, psicológico y social (Ramírez et al., 2010). Diversos estudios han demostrado la importancia del apoyo social e incluso el acompañamiento psicológico para lograr un impacto positivo en la calidad de vida del paciente (Villa y Vinaccia, 2006).

Complementando lo anterior, desde el momento que se diagnostica a una persona con VIH/SIDA, se evidencia que, en la mayoría de los casos, si tiene un impacto negativo; ya que estas personas se ven afectadas por los diferentes mitos que existen alrededor de la enfermedad, por ende, muchas veces intentan mantener su diagnóstico en secreto ya que al momento de compartirlo con otras personas pueden llegar a ser víctimas de discriminación y estigma social, lo cual puede producir aislamiento social, desesperanza y como se ha mencionado anteriormente, hasta depresión y/o ansiedad (Campillay y Monárdez, 2019).

Por otra parte, no solo se ve afectada la salud física, mental, aspectos sociales, etc., sino también el factor económico, debido a que en diferentes sitios de trabajo si se conoce que alguna persona es diagnosticada con VIH/SIDA puede ser retirada de su labor, lo que tiene como resultado que disminuya la posibilidad de acceder a servicios de salud, generando en muchos casos acceso limitado a medicamentos y la limitación es aún mayor en cuanto a respaldo o acompañamiento psicológico (Parco, 2023).

Con relación a la percepción de la enfermedad por parte de las personas que conviven con VIH/SIDA, al realizar la consulta en Google académico en septiembre del año 2024, sobre

artículos en castellano, no se encuentran investigaciones que aborden la relación entre estas dos variables, no obstante, partiendo de lo argumentado sobre la calidad de vida, se puede suponer que la percepción probablemente si está ligada con esta, debido a que, si la percepción de enfermedad que mantienen las personas diagnosticadas con VIH/SIDA no es favorable, también impacta de manera negativa la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, etc. (Valencia et al.,2014).

A pesar de la relevancia del apoyo social y la atención psicológica, y de la intuición que sugiere un vínculo entre la percepción de la enfermedad y la calidad de vida, existe un vacío en la literatura académica en español sobre esta relación directa. Esta brecha de conocimiento resulta crucial, ya que la percepción que un individuo tiene de su enfermedad puede ser un factor determinante en su bienestar general y en su capacidad para afrontar la condición. Por lo tanto, se hace necesario un estudio que explore esta conexión de manera empírica, centrándose en las experiencias específicas de una población afectada.

¿Qué tipo de relación existe entre la calidad de vida y la percepción de enfermedad en adultos que conviven con VIH/SIDA en Colombia?

Objetivos

Objetivo general

Establecer el tipo de relación existente entre la calidad de vida y percepción de enfermedad en adultos que conviven con VIH/SIDA en Colombia.

Objetivos específicos

Describir la calidad de vida y la percepción de la enfermedad en adultos que conviven con VIH/SIDA en Colombia.

Verificar qué características sociodemográficas influyen en la calidad de vida y la percepción de enfermedad en adultos que conviven con VIH/SIDA en Colombia.

Analizar la relación entre calidad de vida y percepción de enfermedad en adultos que conviven con VIH/SIDA en Colombia.



Marco teórico y empírico

Marco teórico y conceptual

Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) el virus de inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) ataca el sistema inmunitario del individuo cuando este entra en contacto por medio de fluidos corporales como sangre y líquido preseminal. Una vez ingresa al organismo, el VIH/SIDA ataca los glóbulos blancos, los cuales hacen parte del sistema inmunitario del organismo y tienen como función ayudar a combatir enfermedades e infecciones, por ende, se debilita el sistema inmunitario y esto hace que sea más fácil contraer enfermedades como la tuberculosis, algunos tipos de cáncer, entre otras infecciones.

Luego del contraer el VIH, las personas pueden desarrollar una o varias de las siguientes fases de la enfermedad, la primera es la fase aguda, la segunda es la fase crónica, las cuales se diferencian por la sintomatología y por el tiempo de cada etapa. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida o fase tres, conocida como SIDA, es la etapa más avanzada de la enfermedad; cuando la persona recibe el diagnóstico de SIDA puede llegar a tener una carga viral muy alta y contagiar a otras personas fácilmente, adicionalmente, si la persona no se somete al tratamiento y está en la fase tres, por lo general, el tiempo de vida es de aproximadamente tres años (NIH, 2025).

La infección por VIH se divide comúnmente en tres etapas, cada una con sus propios síntomas y duración: Fase 1: Infección aguda por VIH, Fase 2: Infección crónica por VIH, y Fase 3: SIDA (NIH, 2025).

Los aspectos históricos del VIH/SIDA nos muestran que los primeros casos aparecieron entre 1960 y 1970, justo en el contexto de la revolución sexual en Norteamérica (Villasís, 2004).



El famoso "paciente 0", Gaetan Dugas, un auxiliar de vuelo canadiense que fue denominado de esta manera por más de 30 años, no obstante, según Gallagher (2016) en el reportaje de BBC News indicó que con base en un estudio realizado de la revista Nature se demostró que Gaetan era solo uno más de los miles de infectados en la década de 1970. Por otro lado, en 1981, un brote de enfermedades poco comunes, como la neumonía y el sarcoma de Kaposi, en hombres homosexuales jóvenes, llamó la atención de la comunidad médica. En 1983, el equipo de Luc Montagnier en Francia logró vincular la enfermedad a un retrovirus, que más tarde se conocería como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA; Villasís, 2004). La llegada de la primera droga antirretroviral en 1987, que interrumpe la replicación del virus y reduce la carga viral, fue un hito crucial en el tratamiento y la prevención de la transmisión (Márquez, 2023). A pesar de estos avances, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022) continúa promoviendo estrategias hasta 2030, enfocándose en las poblaciones más vulnerables.

Aspectos históricos

Para conocer la historia del virus es necesario remitirse entre 1960 y 1970 que a la par de la revolución sexual en Norteamérica, también surgieron los primeros casos de VIH/SIDA. En 1969, ocurrió el movimiento de liberación gay que desencadenó el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo este virus (Villasís, 2004).

De acuerdo con García (2010), el primer caso reportado con VIH/SIDA (paciente 0) fue Gaetan Dugas, de nacionalidad canadiense, quien era auxiliar de vuelo. Una vez que se identificó el virus los médicos continuaron con la investigación y mediante el virus aislado en su sangre se identificaron más de cuarenta (40) casos de personas que eran portadores de VIH/SIDA, quienes residían en distintos países y habían tenido relaciones sexuales con Dugas, a partir de esto se logró conocer que el virus era de fácil contagio, sin embargo, según fuentes como BBC News en 2016, publicaron un reportaje donde indicaban que Dugas fue etiquetado de manera errada como "Paciente cero" debido a unos estudios realizados. Por otra parte, a partir de investigaciones posteriores lograron establecer que mediante el contacto con ciertos fluidos



del cuerpo como lo son: la sangre, semen, líquido preseminal, secreciones rectales, secreciones vaginales y leche materna. Cuando la persona se contagia del virus, estos líquidos ingresan por el torrente sanguíneo por medio de una membrana mucosa, las cuales se encuentran en el recto, la vagina, la boca y la punta del pene, o por medio de cortaduras abiertas, llagas, úlceras o inyecciones con agujas o jeringas (HIV, 2023).

En 1981 empezó a ocurrir un brote de enfermedades poco frecuentes como la neumonía y el sarcoma de Kaposi, persistente en hombres jóvenes homosexuales (Villasís, 2004). De acuerdo con esto, en 1983, el grupo de Luc Montagnier en Francia realizó la publicación de los resultados de estudios experimentales en los que asociaban esta nueva enfermedad a un retrovirus que inicialmente se nombró HTLVIII, no obstante, después se definió como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA; Villasís, 2004).

En 1987 se desarrolló la primera droga antirretroviral cuya composición incluye una combinación de tres fármacos que tienen la función interrumpir la propagación del virus, es decir, inhibe su replicación (Márquez, 2023). Asimismo, este tratamiento contribuye a reducir la cantidad de virus en el organismo (carga viral) y previene su transmisión. La dosificación del medicamento depende de la indicación médica, por lo tanto, es importante que los pacientes no omitan dichas indicaciones, ya que si no se cumple con la dosis establecida el virus podrá volverse resistente al medicamento (Cigna Healthcare, 2023).

Aunque se han logrado grandes avances derivados de la investigación de los últimos años, actualmente se manejan estrategias recomendadas por la OMS, las cuales indican que se debe centrar la atención en las personas más afectadas o que presentan un mayor riesgo frente a estas enfermedades, estas estrategias se llevan a cabo desde el año 2022 y se mantendrán hasta el año 2030. En América Latina, entre 2010 y 2021 las infecciones por VIH/SIDA aumentaron en un 47%. Sin embargo, según informe de evento elaborado por Sepúlveda (2023), el número de personas que han fallecido por esta enfermedad ha disminuido pasando de cuarenta mil (40.000) en 2010 a veintinueve mil (29.000) en el año 2021.

Fases del VIH/SIDA

Según Lamotte (2014), las personas que contraen VIH/SIDA pueden experimentar 3 fases de acuerdo con la gravedad de los síntomas, estas son: infección aguda, infección crónica y SIDA.

Fase 1: infección aguda por el VIH/SIDA

Esta fase inicia con el contagio del virus, las personas que lo padecen pueden presentar dos tipos de situaciones: asintomáticos o sintomáticos en este segundo escenario las personas experimentan síntomas variados, algunos de estos se presentan en la tabla 1:

Tabla 1

Síntomas fase 1

Clasificación	Síntomas
Generales	Fiebre, faringitis, linfadenopatías, artralgias, mialgias, pérdida de peso, etc.
Dermatológicos	Erupciones, alopecia, urticaria.
Gastrointestinales	Náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones.
Neurológicos	Cefalea, meningoencefalitis, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré.

Como la mayoría de los síntomas son inespecíficos, es frecuente que médicos y pacientes presten poca importancia y no los vinculen al VIH/SIDA. Generalmente, los síntomas tienen un período de 6 a 8 semanas, aproximadamente, y no requieren tratamiento específico, solo sintomático. Durante esta fase, existe el inconveniente de que la serología del VIH/SIDA es negativa, aunque los antígenos virales sean positivos (Lamotte, 2014). En otras palabras, los anticuerpos empiezan a aparecer 28 días luego del contagio, por lo que, durante las primeras 8

semanas no se han generado los anticuerpos suficientes para ser detectados en las pruebas de serología (OMS, 2023).

Fase 2: infección crónica por el VIH/SIDA

También conocida como infección asintomática por el VIH/SIDA o latencia clínica. Esta se considera la fase más larga de la enfermedad, en dicha etapa el virus continúa propagándose en el organismo, pero en concentraciones bajas; las personas con infección crónica pueden llegar a no presentar ningún síntoma relacionado al VIH/SIDA. Si la persona no recibe tratamiento antirretroviral (TAR), dicha infección puede pasar a la etapa más avanzada en el transcurso de 10 o más años; no obstante, la infección puede avanzar más rápido en algunos casos. Por el contrario, si la persona recibe tratamiento TAR puede permanecer en esta etapa por décadas, aunque es posible que se pueda transmitir el virus. Si el paciente sigue el tratamiento según la prescripción médica y mantiene una carga viral indetectable, esto mitiga el riesgo de contagio a otras personas (NIH, 2025).

Fase 3: SIDA

Esta es la etapa avanzada o final por infección del VIH/SIDA. En esta fase el virus ha impactado gravemente el sistema inmunitario y, por ende, el organismo no puede luchar contra el cáncer o infecciones oportunistas, es decir, las infecciones que se presentan con mayor frecuencia o que resultan más graves en personas con inmunodeficiencia, como personas con VIH/SIDA o que reciben quimioterapia (NIH, 2025). De acuerdo con lo anterior, en esta etapa la persona presenta síntomas que son asociados a una inmunodepresión, es decir, cuando las defensas están bajas debido a la destrucción de glóbulos blancos por el VIH/SIDA. Al paciente se le diagnostica con SIDA cuando los linfocitos TCD4 bajen a menos de 200 por microlitro o en los casos que se presente con alguna enfermedad que está asociada al VIH/SIDA y la cual se considera como indicativa de una inmunosupresión baja (Fernández, 2015).

Calidad de vida de personas con VIH/SIDA

El virus impacta de manera negativa la calidad de vida de las personas que conviven con VIH/SIDA porque implica cuatro tipos de afectaciones. *Biológicos*, ya que se deteriora la salud de la persona, se presentan infecciones oportunistas, neoplasia, que es el crecimiento descontrolado de células o tejidos anormales. *Económicos*, ya que incrementan los gastos en cuanto a servicios de salud, puede generar un abandono de la actividad económica debido a la afectación de la salud. *Socioculturales*, esto debido a que muchos de los contextos donde se desarrolla esta infección tiene una connotación mortal o religiosa que genera discriminación, rechazo, estigmatización, y alteración en cuanto a la funcionalidad familiar de la persona portadora. *Psicológicos*, la infección genera en las personas reacciones negativas, sentimiento de culpa, miedo, ansiedad, tristeza, ira, desesperanza, ideas suicidas y pueden ser estigmatizados por parte de sus familiares o amigos. (Cardona, 2010).

El área de la salud colectiva busca mejorar la calidad de vida mediante evaluaciones, las cuales intentan buscar estrategias de intervención o programas terapéuticos que sean funcionales. La calidad de vida al ser un concepto multidimensional representado por la autopercepción considera características inherentes a la persona como la salud mental, social y física, que pueden ser afectadas por factores como la cultura, el desenvolvimiento del individuo, entre otros (Ramírez et al.,2010). Estas características se presentan en la tabla 2:

Tabla 2

Salud mental, social y física

Características	Definición
Mental	Estado de bienestar mental fundamental de la salud, esencial en el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.
Social	Bienestar en cuanto a la relación con los demás; habilidad para adaptarse ante cambios del entorno y capacidad para mantener relaciones sanas con otros individuos.

Física

Bienestar del organismo del individuo y óptimo funcionamiento a nivel fisiológico.

En sus inicios, el VIH/SIDA se asoció a una muerte trágica y dolorosa, generando una percepción negativa a quienes padecían del virus. Entidades como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconocen que existe discriminación y estigmatización, lo cual actúa como una de las barreras principales que limitan el acceso a los servicios de salud, el apoyo social, rechazo por parte de familiares, esto provoca en las personas que padecen del virus pensamientos negativos, sentimientos de desesperanza, baja autoestima, falta de interés hacia la prevención (Campillay y Monárdez, 2019).

Percepción de la enfermedad

La percepción de la enfermedad es la manera en que los pacientes interpretan su condición médica. Esta influye en las actitudes que asumen las personas ante las causas y consecuencias de la enfermedad, la confianza y la adherencia al tratamiento (Valencia et al., 2014).

Según Pacheco–Huerdo et al., (2010) controlar una enfermedad crónica requiere tanto conocer como adaptarse a esta, por lo que, al explorar sobre la percepción que las personas poseen de su enfermedad se pueden desarrollar intervenciones que contemplen su perspectiva y de esta manera, lograr disminuir dificultades que se puedan presentar en su tratamiento. Ya que se resalta la importancia de conocer la percepción de las personas en cuanto a su enfermedad, el instrumento cuestionario de percepción de la enfermedad (IPQ) evalúa 5 dimensiones las cuales están interrelacionadas y estas son: identidad, causa, duración, consecuencias y control/curación.

Ahora bien, la percepción de la enfermedad se puede ver influenciada por distintos aspectos, tanto positivos como negativos, por lo tanto, resulta importante hablar sobre estos debido a que pueden influir en la adhesión al tratamiento, afrontamiento y aceptación del paciente, entre otros factores relevantes.



Con relación a lo anterior, unos de los aspectos negativos son la discriminación y estigmatización que reciben las personas con VIH/SIDA. Según Campillay y Monárdez (2019), la Organización de Naciones Unidas (ONU) admite que el estigma y la discriminación hacia los portadores termina siendo una gran barrera, esto reduce en una gran medida el acceso al servicio de salud y al apoyo social. El rechazo por parte de los familiares, las personas cercanas y en general el entorno social, ocasiona que las personas que padecen VIH/SIDA tengan pensamientos negativos lo cual afecta dichas relaciones, además, en la mayoría de los casos presentan sentimientos de desesperanza, baja autoestima, aislamiento social, entre otros. Este rechazo se evidencia a partir del maltrato psicológico y hasta físico.

No obstante, también hay aspectos positivos que influyen de manera significativa y favorable en la vida de los pacientes con VIH/SIDA y uno de estos y de los más relevantes es el apoyo social, cuando las personas que padecen este virus reciben apoyo y acompañamiento de su entorno social, familia, pareja, amigos, etc., tienen mayor adherencia al tratamiento y adaptación, ya que, de cierto modo, no se sienten solos enfrentando el proceso de la enfermedad.

Complementando lo anterior, existe otro factor importante y es el apoyo espiritual, explica Campillay y Monárdez (2019), que este aspecto se ha convertido en un aporte esencial para algunas personas, principalmente cuando estas se encuentran en la fase de infección crónica o en la etapa de SIDA; para la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo "espiritual" hace referencia a ciertos aspectos de la vida donde las personas tienen experiencias que pueden trascender los fenómenos sensoriales y esto tiene como resultado obtener un equilibrio emocional, en otras palabras, una clase de alivio para ellos. En conclusión, Villa y Vinaccia (2006) afirman que el apoyo social les aporta a las personas que padecen VIH/SIDA un sentido de estabilidad y control que les permite sentirse mejor y poder percibir su situación y ambiente de una manera más positiva, dichos sentimientos pueden aumentar la motivación de cuidarse a

sí mismo y también, usar más recursos personales y sociales para afrontar distintos aspectos que conlleva la enfermedad.

Por otra parte, las personas que poseen una condición económica favorable tienen la oportunidad de poder acceder con mayor facilidad a los servicios de salud de calidad, como tratamientos, medicación, entre otros, mientras que, según explica Campillay y Monárdez (2019), las personas que mantienen recursos económicos más bajos tienen menor acceso a estos servicios.

Por último, se evidencia otro aspecto fundamental y es el acompañamiento psicológico; este es de suma importancia para el abordaje, aceptación y adaptación de la nueva realidad, según Villa y Vinaccia (2006), incluso desde la toma de muestras para los exámenes y el diagnóstico de VIH/SIDA, las personas empiezan a tener alteraciones emocionales, unas en menor o mayor grado, y algunas alteraciones son la baja autoestima, sentimientos de pérdida de identidad, aislamiento social, pérdida de la pareja sentimental y hasta en ocasiones el empleo, sentimiento de culpa por la vida sexual, cambios en la imagen corporal, preocupación excesiva por los síntomas o manifestaciones físicas, inquietud sobre el futuro, indefensión, frustración y percepción de pérdida de control sobre sus vidas, sin dejar de lado casos de ansiedad, depresión, etc.

En la tabla 3 se pueden encontrar de manera resumida los aspectos mencionados anteriormente:

Tabla 3

Aspectos que influyen en la percepción de enfermedad

Influencia	Aspectos
Positivos	Apoyo social o espiritual. Economía. Acompañamiento psicológico.
Negativos	Rechazo. Maltrato. Estigmatización.



Discriminación.

Adherencia terapéutica

Los factores que influyen en la adhesión terapéutica se asocian al paciente, al profesional sanitario, la relación entre estos y la enfermedad. Pero para los pacientes con VIH/SIDA influye el estigma social, el número de fármacos necesarios para este tratamiento, los efectos secundarios, las circunstancias de los pacientes, factores económicos, entre otros.

Se han creado diferentes programas, uno de estos se centró en habilidades de comunicación tomando acciones importantes como clarificar los diferentes beneficios que recibirán los pacientes al tomar el tratamiento, también, los incluyeron de forma activa en la toma de decisiones relevantes al tratamiento, asimismo, se creó un seguimiento cercano de apoyo entre pacientes y profesionales, se proporcionaba información de manera verbal y escrita con la retroalimentación de las condiciones, exigencias y avances del tratamiento, lo cual garantizaba la comprensión de los pacientes. De igual manera, se entrenó a los pacientes en solución de problemas, en superar barreras potenciales para seguir el tratamiento y entrenamiento de habilidades asociadas con la adhesión.

En el año 2000 se concluyó que las perturbaciones emocionales constituyen un factor de riesgo que influye en la adhesión, por lo tanto, es importante la detección y tratamiento de los problemas psicopatológicos e implementar técnicas de intervención que contribuyen a reducir la ansiedad, malestares emocionales, sensación de indefensión y percepción de falta de control, también se incluyeron técnicas para la relajación, terapia cognitiva, entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Marco empírico

Parco (2023) realizó un estudio sobre las investigaciones realizadas en los años 2018 a 2022 sobre la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, los países de donde se obtuvo la información fueron Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Nicaragua, Perú y Uruguay,

para un total de 1.488 personas con diagnóstico de VIH/SIDA, los instrumentos más usados fueron el WHOQOL-HIV BREF y el cuestionario MOS-SF 30 y 36 el cual mide la salud en general, el dolor físico, la función social, el rol emocional, vitalidad, función física y salud mental. Como resultado, se evidenció que aún existe un gran desconocimiento sobre la enfermedad, lo que conlleva a diversas conductas antes de poder realizar un diagnóstico certero, esto genera riesgos epidemiológicos a corto y mediano plazo. Sin embargo, algunos países han implementado políticas de salud, prevención y tratamiento del VIH/SIDA, garantizando acceso a atención médica como a medicamentos; algunas personas se ven afectadas por barreras económicas, falta de empleo y discriminación laboral, generando dificultad para acceder a alimentación adecuada, vivienda segura y otros servicios. Por último, se evidencia que es de suma importancia el apoyo emocional y social lo cual es un factor clave para que no disminuya la percepción de calidad de vida.

Leite et al., (2017) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la calidad de vida de personas con VIH/SIDA / SIDA, su relación con variables sociodemográficas y la satisfacción con la salud, así como con el tiempo de diagnóstico. Participaron 100 personas seropositivas donde 50 de estas eran mujeres, con una edad promedio de 37 años, cada uno de ellos tenía entre 2 a 3 hijos, diagnóstico no mayor a 4 años, uso del tratamiento TARV (74%) y (52%) con tratamiento menor a 4 años. A quienes se les aplicó el instrumento abreviado de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-HIV). Resultados: puntuaciones altas con relación a espiritualidad y relaciones sociales, puntuaciones bajas relacionadas a independencia y dominio del medio ambiente; las personas con mayor ingreso económico perciben una mejor CV y respecto al diagnóstico las puntuaciones más bajas la obtuvieron personas con diagnóstico entre 5 a 8 años.

Gervacio et al., (2024) por medio de la revista Ciencia y Futuro de la Universidad Nacional Autónoma de México realizaron un estudio sobre los trastornos cognitivos asociados al VIH/SIDA, el cual menciona las graves consecuencias que se tiene en la salud mental, física y



en las funciones cognitivas. En este se encontró que la fisiopatología por la que se producen citocinas en el sistema nervioso central (SNC) genera acciones importantes en funciones como la regulación emocional y mental; cuando se generan infecciones en el SNC asociadas al VIH/SIDA se denomina trastorno neurocognitivo HAND, que genera disfunciones cognitivas, comportamentales y motoras, los pacientes más afectados son los que sufren de deterioro en sus dominios cognitivo lo cual genera una disminución en su calidad de vida.

Aguirre et al., (2018) realizaron un análisis de la percepción que tienen diferentes líderes vinculados al programa de prevención y control del VIH/SIDA sobre la influencia de factores comunitarios en la calidad de vida de personas con este diagnóstico. La categoría fue atención médica en el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), la cual hace referencia a accesibilidad, atención integral, prevención y usuarios. Este análisis arrojó que existen obstáculos como el temor de descubrir diagnóstico positivo, al conocimiento de la enfermedad por parte de terceros, económicos (gastos de transporte) y el limitado número de centros de atención, por su parte el centro capacita constantemente al personal médico garantizando atención por personal calificado, pero se evidencia falta de sensibilización en los mismos, existen pocas campañas focalizadas en cuanto a prevención, se evidencia violación de los derechos al realizar pruebas sin consentimiento, negación de servicios y falta de suministro de medicamentos.

García et al., (2021) Desarrollaron un estudio donde se analizaron las determinantes que influyen en la calidad de vida en relación con la salud de personas que conviven con VIH/SIDA en España. La muestra fue de 214 personas, todos mayores de 18 años, los cuales eran atendidos en la Unidad de Enfermedades Infecciosas de un hospital de Alicante. Se usó como instrumento el cuestionario Short-Form-36 (SF-36v2), el cual determinó que el 70% de los participantes eran varones, el 20% de la muestra se encontraba coinfectado por el virus de la hepatitis C (VHC), los hombres presentaron puntuaciones más altas a comparación de las mujeres en todas las dimensiones menos en salud general, las personas con el virus de hepatitis



y escasez laboral puntuaron bajo en CV en el componente físico, y el estar casado o tener pareja contribuía a una mayor puntuación en el componente mental.

Gutiérrez et al., (2019) se propusieron determinar la calidad de vida, las variables psicológicas y la adherencia al TAR en pacientes con VIH/SIDA/SIDA. Se incluyeron 160 participantes, a los que se les aplicó una encuesta sociodemográfica y las evaluaciones MOS SF-16, el cual mide el estado de salud percibido y la calidad de vida y el VPAD-24 para medir variables psicológicas y adhesión al tratamiento de personas seropositivas. Los resultados indicaron que el 85,6% de los participantes eran de sexo masculino, el 65% tuvo adherencia al TAR, el 61,1% tenía conocimiento de la enfermedad, el 56,3% tenían tendencia a comportamientos depresivos, y el 30,6% eran adictos al alcohol o las drogas. En la calidad de vida, el 97,2% percibe una mejor CV en cuanto a función y desempeño físico, función social y salud mental, mientras que el 7,5% percibe una peor CV en cuanto a vitalidad y dolor corporal. Las variables asociadas a tener adherencia son el evitar comportamientos depresivos y la ausencia de adicciones.

Lombó (2021) buscó definir la existencia y las repercusiones que generaba el estigma en la calidad de vida de los adultos con la enfermedad de VIH/SIDA. Para esto se analizaron 34 artículos de manera sistemática, de los cuales se pudo concluir la siguiente información: Variables sociodemográficas 18.267 personas africanas o asiáticas, de las cuales 11.957 eran mujeres, 6.278 hombres y 32 de otro género o no aportaron esta información. El instrumento más usado para medir el estigma fue la Escala de Estigma para VIH/SIDA de Berger, el cual mide el estigma promulgado, preocupaciones de divulgación, autoimagen negativa y preocupación hacia las actitudes públicas. Para medir la CV se usó la escala de calidad de vida de la OMS (WHO-QoL), dentro de las repercusiones, se encontraron temas relacionados a pérdida de peso, fatiga, náuseas, vómitos, disminución de energía, problemas para conciliar el sueño, alcoholismo, tabaquismo, presencia de estrés, angustia, ansiedad, pero el que más se repite es



la depresión. Estas se asocian negativamente a la salud física, por tanto, a la calidad de vida de las personas.

Arrivillaga et al., (2006) realizaron una investigación con el fin de describir variables como ansiedad, depresión y percepción de control, las cuales intervienen en el proceso de infección por VIH/SIDA. Participaron 48 mujeres diagnosticadas de la ciudad de Cali. Se usó como instrumento la Batería de Evaluación de Variables Psicológicas en Mujeres Diagnosticadas con VIH/SIDA y la entrevista de Datos Sociodemográficos con características biomédicas y psico-sociales; las dos fueron adaptadas por el Grupo de Investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida. En esta investigación se concluyó que el 23.4% de las personas presentó niveles altos de ansiedad, el 10.63% presentó altos niveles de depresión y el 6.38% tiene bajos niveles de percepción de control respecto al TAR, 57.4% toma medicamento antirretroviral, 54.8% considera que la medicación produce efectos físicos como mareos, somnolencia, cefalea, diarrea, amenorrea, vómito, náuseas, entre otros. El 28.6% indicó percibir efectos psicológicos como tristeza y depresión, el 14.3% ansiedad e irritabilidad, 7.5% deseo de morir y pensamientos negativos; para finalizar, se confirmó que cuando se tienen percepciones positivas, se conforma un perfil psicológico adaptativo y que la percepción de control es un predictor de la salud tanto mental como física.

Sousa y Fleury (2016) investigaron la asociación entre la percepción de enfermedad con la ansiedad, depresión y la autoeficacia en personas que viven con VIH/SIDA/Sida, la muestra fue de 28 personas, y los instrumentos usados fueron el cuestionario sociodemográfico y médico/clínico, el cuestionario breve de percepción de enfermedad (IPQ), la escala de autoeficacia para el seguimiento de percepciones de antirretrovirales, y la escala de ansiedad y depresión (HADS), como resultados se evidencio que el 40.3% tiene una percepción de amenaza relevante la cual es derivada de la enfermedad, existe asociación entre la percepción de enfermedad y las variables sociodemográficas. El 39.3% percibe que la enfermedad durara toda la vida, el 28.6% indica que la duración depende de Dios, la medicina y el descubrimiento de una

cura, 14.4% perciben que la enfermedad durara poco ya que pronto se descubrirá una cura, y el 17.8% indicaron que ya están curados por medio de intervenciones divinas. El 46.4% de las personas presentó indicativas de depresión y ansiedad, evidenciando que entre mayor sea la percepción de amenaza impuesta por la enfermedad mayor será la percepción de síntomas de depresión o ansiedad, en cuanto a la autoeficacia se evidenció una percepción positiva respecto a la toma de medicamentos antirretrovirales, por tanto, entre mayor sea la percepción de autoeficacia para la toma de medicamentos, mayor será la percepción de control de enfermedad y aumenta la percepción de eficacia de la medicación.

Para este apartado se revisaron distintos estudios, lo que permitió evidenciar que hay más investigaciones sobre la calidad de vida en personas portadores de VIH/SIDA, donde están relacionados aspectos físicos, mentales, sociales y económicos, etc., no obstante, existen pocos estudios acerca de la percepción de enfermedad de los portadores del virus; los recursos que reposan en las diferentes bases de datos se enfocan en la percepción que mantiene la sociedad en cuanto al riesgo de contraer VIH/SIDA/Sida, percepción de apoyo social, económico, así mismo la percepción que poseen sobre los servicios de salud.

La infección por el VIH/SIDA ha evolucionado de ser una sentencia de muerte a una condición de salud que, aunque es crónica, se puede tratar gracias a los avances en el tratamiento antirretroviral. Sin embargo, vivir con VIH/SIDA sigue siendo un desafío que trasciende lo biológico, físico, mental, emocional, impactando significativamente la calidad de vida de las personas afectadas, los aspectos externos que influyen en las personas que conviven con este virus son los económicos, sociales, familiares o de apoyo, siendo estos fundamentales en la percepción y calidad de vida.

Hipótesis

Hipótesis de investigación

A partir de la revisión de la literatura que explora la calidad de vida relacionada con la salud y la percepción de enfermedad en personas con enfermedades crónicas, la hipótesis planteada contempla que: Existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida relacionada con la salud y la percepción de enfermedad en personas que viven con VIH/SIDA/SIDA en Colombia.

Hipótesis de trabajo

En correspondencia con la hipótesis de investigación y teniendo en cuenta que se emplearán instrumentos psicométricos validados para realizar la medición de las variables de interés de la investigación, consideramos que las hipótesis estadísticas que se emplearán en el análisis inferencial planeado tendrán la siguiente estructura general:

Hipótesis nula (H_0):

No existe una relación estadísticamente significativa entre los puntajes de las dimensiones de la escala de percepción de enfermedad y los puntajes de las dimensiones de la escala de calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA/SIDA.

Hipótesis alternativa (H_1):

Existe una relación estadísticamente significativa entre los puntajes de las dimensiones de la escala de percepción de enfermedad y los puntajes de las dimensiones de la escala de calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA.

Marco Metodológico

Línea de investigación

Este estudio se enmarca en la línea institucional educación, transformación social e innovación, y dentro de la sub-línea del programa contexto, acción y transformación social. Asimismo, esta es una investigación de carácter aplicado que aborda una problemática de salud mental en población colombiana.

Diseño

Este estudio empleó un diseño no experimental, de tipo transversal y alcance correlacional, pues se propuso analizar la relación existente entre la percepción de la enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA, sin manipular las variables y recolectando los datos en un solo momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Participantes

Para este estudio participaron 221 personas entre hombres y mujeres, los cuales fueron diagnosticados con VIH/SIDA con un promedio de 4.49 y 3.11 años. La edad promedio fue de 35.81 años (DE=9.87%) y todos los participantes residían en Colombia y participaron de forma voluntaria en la investigación.

Tabla 4

Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Valoración en %
Femenino	27.6%
Masculino	72.4%
Estado civil	
Soltero	44.3%



Casado	13.1%
Unión libre	32.6%
Divorciado/viudo	10.0%
<hr/>	
Estrato	
<hr/>	
1	30.3%
2	34.8%
3	29.0%
4	5,4%
6	.5%
<hr/>	
Nivel educativo	
<hr/>	
Primaria incompleta	6.3%
Primaria	19.0%
Secundaria	25.8%
Técnico	25.3%
Tecnológico	6.8%
Universitario	16.7%

Instrumentos

Para esta investigación se utilizaron dos instrumentos para medir las variables de calidad de vida y percepción de la enfermedad de los adultos de conviven con VIH/SIDA, de los cuales se hablará a continuación:

Cuestionario de Salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey; Ramírez-Vélez, Agredo-Zuñiga, Jerez-Valderrama, 2010). Este instrumento tiene como fin medir la calidad de vida con relación a la salud. Está conformado por un subconjunto de 12 ítems del SF-36, seleccionados a través de regresión múltiple y cuenta con opción de respuesta tipo Likert lo cual evalúa la intensidad o frecuencia, cuyo número de opciones oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Con la versión 2 del SF-12 se puede calcular el perfil de las ocho dimensiones originales del SF-36, las cuales son: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Mediante un estudio realizado entre enero de 2007

y enero de 2009 el cual tenía como objetivo estimar la confiabilidad y valores normativos del instrumento SF-12 v2, se aplicó entrevista auto-diligenciada a un grupo de 527 adultos colombianos, ubicados en el departamento del Valle del Cauca, dentro de la misma se realizó un estudio piloto logrando saber que el tiempo promedio del auto-diligenciamiento, era de 6 minutos, adicionalmente, se identificó una confiabilidad estimada con el estadístico alfa de Cronbach respecto a los dominios SF-12 por grupos de elevada consistencia, el resultado superó el estándar de 0.70 en todos los dominios, llegando a 0.80 en valores cercanos componente físico (SCF) y 0.82 en el coeficiente alfa de cronbach del componente mental (SCM).

Cuestionario de percepción de enfermedad (IPQ; Pacheco-Huergo, et al., 2012). Este cuestionario fue desarrollado con el objetivo de medir 5 dimensiones (identidad, causa, duración, consecuencias y control/curación), no obstante, se realizó una revisión de la versión (IPQ-R) donde las diferencias principales es la división de las dimensiones de duración (duración aguda/crónica y duración cíclica) y de control (control personal y control atribuible al tratamiento), asimismo, fueron añadidas 2 subescalas con relación a representaciones emocionales y coherencia. Este cuestionario cuenta con determinados ítems en cada uno de los tres apartados y está dividido de la siguiente manera:

- 1) Identidad, posee 14 ítems y 2 subescalas (síntomas experimentados y relación con la enfermedad) los cuales tienen opción de respuesta de SI/NO.
- 2) IPQ-R general, posee 38 ítems y 7 subescalas (duración aguda/crónica, duración cíclica, control personal, control del tratamiento, consecuencias, respuesta emocional y coherencia).
- 3) IPQ-R causas, posee 18 ítems y 4 subescalas.

Los apartados 2 y 3 tienen escala tipo Likert y mantiene 5 puntos de anclaje los cuales van desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”. Por otra parte, se identificó una confiabilidad estimada con el estadístico alfa de Cronbach del 0.96% (Bernal et al., 2014).



Procedimiento

Inicialmente se realizó la socialización de la investigación con las directivas de la IPS, quienes dieron su aprobación, solicitando una socialización de los resultados luego de la finalización de la investigación. Posteriormente, el proyecto fue socializado de manera individual con cada uno de los consultantes que asisten de manera periódica en la IPS. Esta actividad tuvo una duración de un mes. A todos aquellos que aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación se les presentaron los objetivos, se aclararon sus dudas e inquietudes sobre la naturaleza del estudio, su alcance y las condiciones de participación. Una vez se aclaró que no se iba a generar ningún pago y que podían retirarse en cualquier momento sin perjuicio alguno, se procedió a firmar el documento de consentimiento informado. La aplicación de los instrumentos se realizó de manera individual durante las sesiones de seguimiento psicológico que se realizan de manera semanal o quincenal con los participantes, en las instalaciones de la IPS, proceso que duró tres meses. Todos los datos se recolectaron usando formularios físicos (anexos 1 y 2) que fueron consignados en la historia clínica de los participantes y reposaron en las instalaciones de la IPS.

Plan de análisis

Se calcularon estadísticos descriptivos (media, desviación estándar, valor mínimo y máximo, frecuencias y porcentajes) para las variables sociodemográficas y clínicas, cabe señalar que no se contó con datos perdidos en ninguna variable. Los datos fueron sometidos a prueba de normalidad, y se encontró que no cumplen con los criterios de distribución normal, siendo necesario la utilización de pruebas no paramétricas. El análisis correlacional se obtuvo a través del coeficiente de correlación de rangos de Spearman. El grado p de significancia establecido fue de 0.05. Se realizaron comparaciones entre dos grupos mediante la prueba estadística U de Mann Whitney y comparaciones entre más de dos grupos por medio del estadístico Kruskal-Wallis, en este último caso se ajustaron los niveles de significancia mediante el test de



Bonferroni. Finalmente, el análisis de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico JASP 0.19.1.

Consideraciones éticas

Para poder iniciar una investigación, es de suma importancia tener presente las consideraciones éticas; en este caso, dentro de los aspectos o ítems principales y más relevantes está el consentimiento informado, mediante el cual se garantiza a los participantes la confidencialidad de la información proporcionada. Teniendo en cuenta esto, se aclaró a los participantes el propósito de la investigación, limitaciones y alcances, además de que los resultados obtenidos se usarán con fines académicos. De igual modo, se les informó que la participación es voluntaria y en el momento que lo consideren pertinente pueden desistir o abandonar la misma sin acarrear ningún perjuicio.

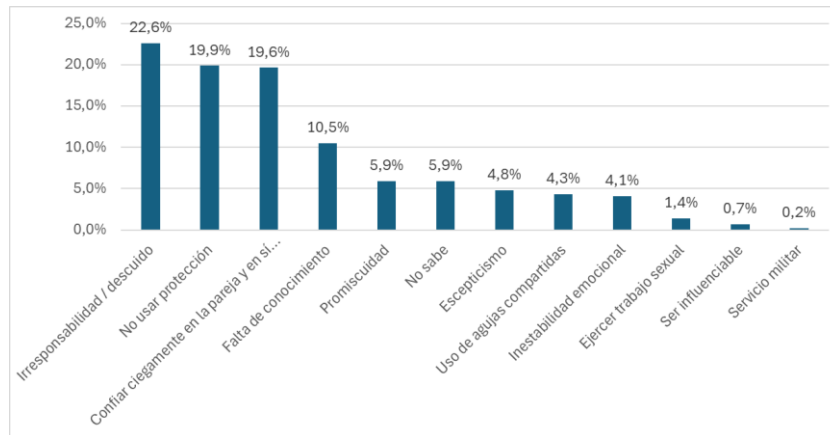
Según la ley 1090 del 2006, esta investigación se preocupó por garantizar la dignidad, respeto, autonomía y el bienestar de los participantes. Con base en el artículo 17 del capítulo I del código Deontológico y Bioético, se actuó con prudencia para mitigar mediante la investigación etiquetas, discriminación, revictimización, entre otras. Finalmente, en coherencia con el artículo 30, se garantizó el almacenamiento adecuado de la información impidiendo que terceros accedan a esta.

Resultados

En el cuestionario de percepción de enfermedad se realizó una pregunta abierta donde se le solicitó a los participantes contestar con tres posibles opciones como consideran que adquirieron o se contagiaron del virus/enfermedad, con base a estos resultados se realizó una codificación abierta y axial donde en primer lugar se organizaron por categorías cada respuesta y luego se agruparon las categorías que tenían relación, lo cual permitió una mayor eficiencia para analizar dicha información. Se obtuvo un total de 438 respuestas de 221 participantes agrupado en 12 categorías de las cuales las causas principales de contagio son: irresponsabilidad o descuido (22,6%), no usar protección (19,9%) y confiar ciegamente en la pareja o en sí mismo (19,6%). En la figura 1 se puede ver representado las causas que manifestaron los participantes.

Figura 1

Presuntas causas de la enfermedad

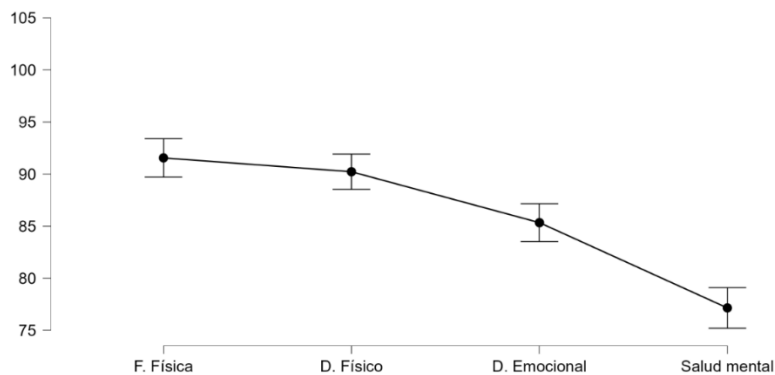


Con relación al cuestionario de salud se evaluaron cuatro dimensiones los cuales son: función física, desempeño físico, desempeño emocional y salud mental general. Se puede interpretar que a mayor puntuación los participantes consideran que tienen mejor calidad de

vida. Al realizar el análisis estadístico descriptivo se puede evidenciar que los participantes evaluaron con una menor puntuación la salud mental general con relación a las demás dimensiones ya que obtuvo como resultado una media (M) =77.149 y desviación estándar (DE) =17.017, posterior a esta se encuentra el desempeño emocional con M=85.339 y DE = 20.192, luego el desempeño físico con M =90.226 y DE =7.823 y por último la función física con el puntaje más alto con M= 91.154 y DE =16.789. En la figura 2 se evidencian los resultados mediante representación gráfica.

Figura 2

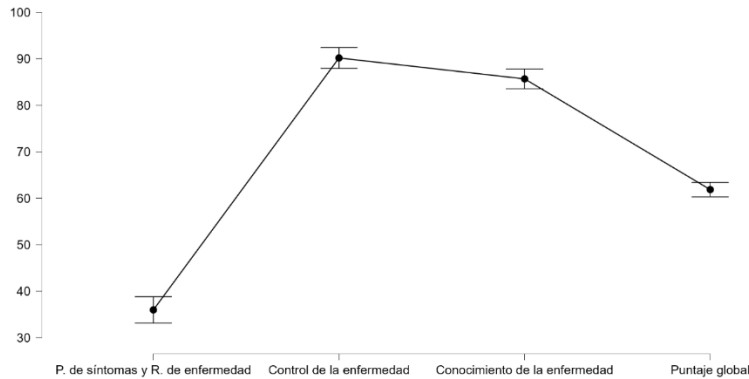
Dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud



Con base en el cuestionario de percepción de enfermedad se evaluaron la percepción de síntomas y representación de la enfermedad, el control y el conocimiento de la enfermedad, asimismo, se obtuvo puntaje global. En el análisis arrojó que respecto a la R. de enfermedad y P. síntomas se obtuvo M=35.984 y DE=26.621, conocimiento sobre la enfermedad con M=85.679 y DE=18.209, posteriormente el control de la enfermedad con M= 90.181 y DE= 16.610, por último, el puntaje global con M=61.861 y DE= 14.432. Esto permite interpretar que una calificación alta refleja una visión potencialmente más dañina de la enfermedad. En la figura 3 se puede ver representado los resultados mencionados.

Figura 3

Dimensiones de la percepción de la enfermedad



Se investigó la posible relación entre edad y la calidad de vida relacionada con la salud mediante análisis de correlación; sin embargo, no se encontró una relación significativa. A continuación, se pueden detallar los resultados en la tabla 5.

Tabla 5

Resultados entre edad y calidad de vida

	Dimensiones cuestionario SF-12	Shapiro – Wilk	<i>p</i> valor
Edad	Función física	0.778	<.001
	Desempeño físico	0.803	<.001
	Desempeño emocional	0.866	<.001
	Salud mental general	0.947	<.001

Se realizaron correlaciones con el objetivo de identificar la relación entre los meses de diagnóstico y la calidad de vida relacionada con la salud, sin embargo, no se encontró una relación significativa; estos resultados se pueden apreciar en la tabla 6.

Tabla 6

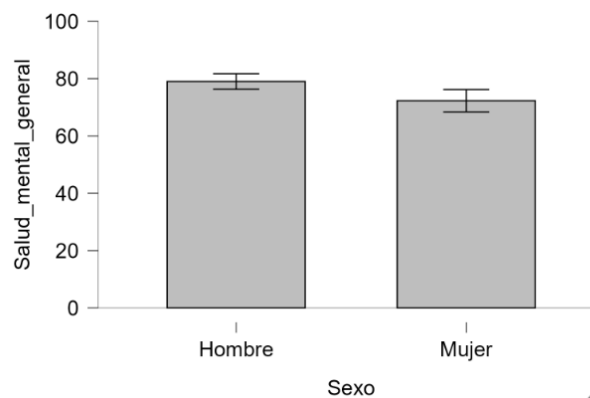
Correlación entre meses de diagnóstico y calidad de vida

	Dimensiones cuestionario SF-12	Shapiro – Wilk	p valor
Meses	Función física	0.701	<.001
	Desempeño físico	0.724	<.001
	Desempeño emocional	0.799	<.001
	Salud mental general	0.870	<.001

Se realizó una prueba U de Mann–Whitney para determinar si existían diferencias significativas entre el sexo y la función física, el desempeño físico, desempeño emocional y salud mental general. En la única dimensión que se evidenció una diferencia significativa fue entre el sexo y la salud mental general, esto debido a que los hombres reportan una mejor salud que las mujeres. La diferencia entre hombres ($Mdn = 118.031$) y mujeres ($Mdn = 92.557$) fue estadísticamente significativa ($U = 6005$, $p = <.001$). Los resultados se pueden apreciar en la figura 4.

Figura 4

Diferencias entre el sexo y calidad de vida





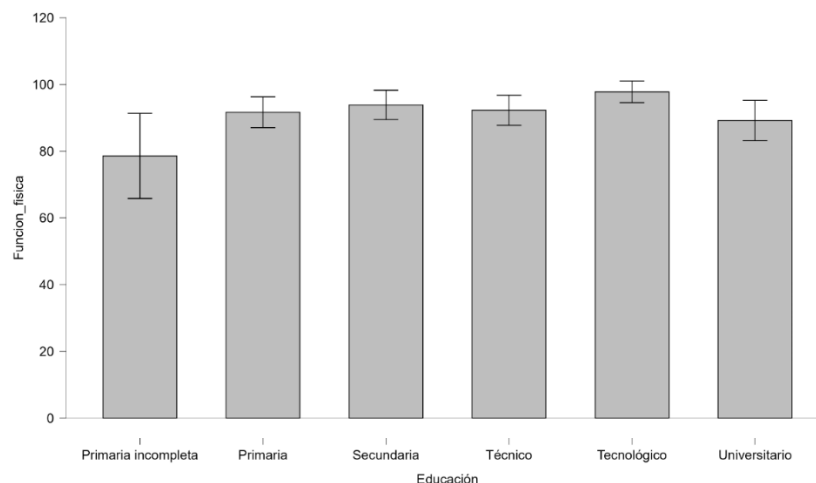
Posteriormente se validó la posible correlación entre el estado civil, la función física, el desempeño físico, desempeño emocional y la salud mental general, sin encontrar asociaciones significativas dentro de estos.

Para identificar la existencia de diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud en función del estrato se realizó una ANOVA de una vía. Como una sola persona reportó pertenecer al estrato 6, se recodificó como estrato 4. La ANOVA no reportó diferencias significativas entre los estratos $F(3, 217) = 2.473, p = .063$.

Por otra parte, se realizó una ANOVA de una vía para identificar las diferencias entre la función física con el nivel educativo. La ANOVA reportó diferencias significativas entre los niveles educativos $F(5, 215) = 2.556, p = .029$. Los análisis Post Hoc con corrección de Tukey señalaron diferencias significativas entre los participantes con primaria incompleta ($M= 78.571, DE = 22.100$) y los participantes con secundaria ($M= 93.860, DE = 16.557$), $p = .026$ y estudios tecnológicos ($M= 97.778, DE = 5.864$) $p = .024$. En la Figura 5 se pueden observar los resultados anteriormente mencionados.

Figura 5

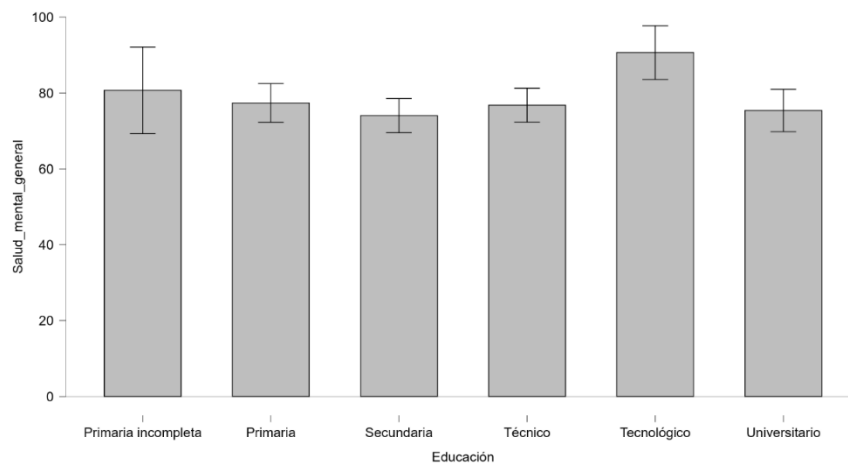
Diferencias entre el nivel educativo y función física



Asimismo, se realizó una ANOVA de una vía para identificar las diferencias entre la salud mental general con el nivel educativo. La ANOVA reportó diferencias significativas entre los niveles educativos $F(5, 215) = 2.571, p = .028$. Los análisis Post Hoc con corrección de Tukey señalaron diferencias significativas entre los participantes con estudios tecnológicos ($M=90.667, DE = 12.799$), los participantes con secundaria ($M= 74.035, DE = 16.994$), $p = .009$ y estudios universitarios ($M= 75.405, DE = 16.765$) $p = .037$. Se pueden evidenciar los resultados en la figura 6.

Figura 6

Diferencias entre el nivel educativo y salud mental general



Finalmente, para analizar la relación entre la calidad de vida y la percepción de la enfermedad, se realizaron correlaciones de Rho de Spearman entre las dimensiones de los dos instrumentos, como resultado se obtuvieron un total de 48 correlaciones, de las cuales 25 fueron no significativas y 23 significativas. La tabla 7 presenta las dimensiones de la calidad de vida y la percepción de enfermedad, que se correlacionaron. Para cada una de las dimensiones de la calidad de vida se identificaron las correlaciones teniendo en cuenta dos criterios: primero

su fuerza, es decir, correlación pequeña ($0,1 < |r| < .3$), correlación moderada ($0,3 < |r| < .5$) y correlación fuerte ($|r| > .5$); y segundo, su dirección positiva (>0) y negativo (<0).

Tabla 7

Correlación entre calidad de vida y percepción de enfermedad

Calidad de vida	Percepción de enfermedad	Fuerza asociación	Rho Spearman	<i>p</i>
Función física	Conocimiento sobre la enfermedad	Pequeña	0.149	0.027
	Comprensión	Pequeña	0.194	0.004
	Respuesta emocional	Pequeña	-0.163	0.015
	Consecuencias	Pequeña	-0.230	< .001
	Identidad	Pequeña	-0.258	< .001
	Control tratamiento	Pequeña	0.150	0.025
	Control personal	Pequeña	0.172	0.010
Desempeño físico	Comprensión	Pequeña	0.186	0.006
	Control de la enfermedad	Pequeña	0.187	0.005
	Preocupación	Pequeña	-0.176	0.009
	Respuesta emocional	Pequeña	-0.239	< .001
	Consecuencias	Pequeña	-0.274	< .001
	Identidad	Moderada	-0.388	< .001
	Control personal	Pequeña	0.133	0.049
Desempeño emocional	Identidad	Pequeña	-0.203	0.002
	Preocupación	Pequeña	-0.246	< .001
	Consecuencias	Pequeña	-0.257	< .001
	Respuesta emocional	Moderada	-0.498	< .001
	Comprensión	Pequeña	0.158	0.019
Salud mental general	Identidad	Pequeña	-0.215	0.001
	Preocupación	Pequeña	-0.289	< .001
	Consecuencias	Moderada	-0.320	< .001
	Respuesta emocional	Fuertes	-0.523	< .001

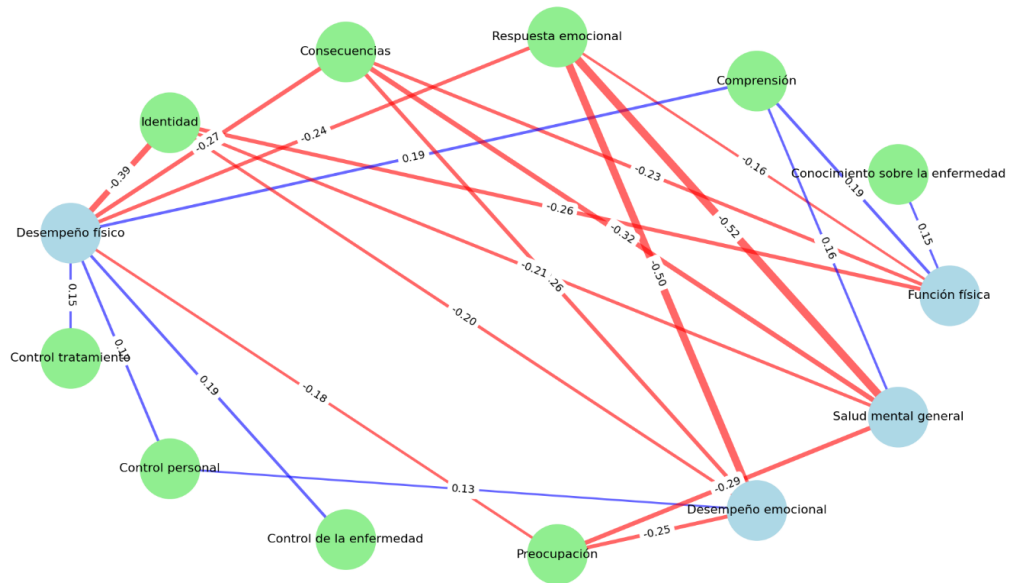
Posteriormente, se realizó un diagrama de red el cual nos ayuda a identificar con mayor facilidad el patrón de relaciones entre la variable de calidad de vida y percepción de enfermedad de la tabla 7. Los círculos azules representan las dimensiones de la calidad de vida y los verdes

las dimensiones de la percepción de enfermedad. Cada línea permite interpretar una correlación entre las variables. El color simboliza la dirección de la correlación, el rojo indica una correlación negativa y el azul una correlación positiva; mientras que el grosor de la línea muestra la fuerza de la correlación.

La mayoría de las correlaciones fueron negativas, se puede evidenciar que las dimensiones emocionales de la percepción de enfermedad que obtuvieron un mayor volumen de estas fueron: respuesta emocional, consecuencias e identidad, seguidas de preocupación. Además, estas correlaciones fueron las más intensas, lo cual sugiere un impacto significativo, principalmente sobre el desempeño emocional y la salud mental general. Por otro lado, se presentaron menos correlaciones positivas y tuvieron una menor fuerza, esto específicamente entre las dimensiones cognitivas y de control de la percepción de enfermedad como comprensión, conocimiento sobre la enfermedad, control de tratamiento, control personal y control de la enfermedad y las dimensiones función y desempeño físicos de la calidad de vida. En la figura 7 se puede evidenciar los resultados.

Figura 7

Diagrama de red circular



Discusión

Este trabajo de grado se propuso teniendo en cuenta el objetivo principal de establecer el tipo de relación existente entre la calidad de vida y percepción de enfermedad en adultos que conviven con VIH/SIDA en Colombia. Asimismo, se plantearon tres objetivos específicos; el No. 1 buscaba describir la calidad de vida y la percepción de la enfermedad, en adultos que conviven con VIH/SIDA en dicha ciudad. Dentro de los resultados, se evidenció que la mayoría de los participantes respecto a las áreas de salud mental y social indicó tener una calidad de vida de moderada a baja, y respecto a la percepción de la enfermedad los participantes la perciben como crónica y con consecuencias significativas en sus vidas. Dentro de los síntomas iniciales, Lamotte (2014) refiere que estos pueden ser fiebre, faringitis, pérdida de peso, entre otras. Al ser síntomas inespecíficos, se presta poca importancia a la enfermedad y tiende a no relacionarse con VIH/SIDA; por el contrario, en las fases crónicas y de sida se genera una percepción de mayor impacto, afectando en gran manera la calidad de vida de la persona afectada, refiriendo así una dinámica compleja en la que la percepción evoluciona con la progresión de la enfermedad y lo que el paciente conoce de la misma.

Con relación al objetivo específico No. 2, consistió en verificar qué características sociodemográficas influyen en la calidad de vida la percepción de enfermedad en adultos que conviven con VIH/SIDA, dentro de los resultados se procedió a realizar diferentes correlaciones, como meses de diagnóstico y calidad de vida relacionada con la salud, estado civil y función física, el desempeño físico, emocional y la salud mental general, donde no se encontraron asociaciones; de igual manera, se realizó un ANOVA relacionando la salud en función del estrato donde tampoco se reportaron diferencias significativas, posterior a esto se realizó un segundo ANOVA buscando diferencias entre la función física con el nivel educativo donde por el contrario a las otras si se reportaron diferencias significativas en los participantes. Por otra parte, se realizaron correlaciones entre la calidad de vida y la percepción de la enfermedad, donde se

evidenció un total de 48 correlaciones, donde 25 de éstas fueron no significativas y 23 significativas. Estos resultados no concuerdan con lo investigado, ya que según Leite et al. (2017) las personas con mayores ingresos económicos se asocian con una mejor percepción de la calidad de vida, esto debido a que, si el individuo cuenta con un ingreso mayor, es más fácil poder acceder a ciertos servicios médicos, medicinas, tratamientos, terapias, etc. Por otro lado, García et al (2021) afirma en estudio realizado que estar casado o tener una pareja contribuye a una mayor puntuación en la calidad de vida; si una persona cuenta con una pareja que le brinda una red de apoyo sólida, donde le proporciona apoyo emocional, fortalece la motivación, brinda cuidados, entre otros factores, la calidad de vida probablemente es mejor en comparación a una persona que no cuente con esto.

Para finalizar, el objetivo específico No. 3 se basó en analizar la relación entre calidad de vida y percepción de enfermedad en adultos que conviven con VIH/SIDA. En las diferentes búsquedas realizadas no se encuentran investigaciones que aborden la relación entre estas dos variables; sin embargo, dentro de la investigación se analizó la siguiente información.

Según Villa y Vinaccia (2006), indican que el apoyo social aporta sentido de estabilidad y control, lo que les permite a las personas que padecen VIH/SIDA sentir estabilidad y control, llegando a sentirse mejor y percibiendo una situación y ambiente de manera positiva, llegando a aumentar la motivación de cuidarse. Esto refiere que diferentes factores influyen en la percepción de la enfermedad; por ejemplo, el acompañamiento es favorable, reflejándose en la mejora de la calidad de vida de las personas. Esto lo confirma el estudio realizado por Parco (2023), donde se evidencia por parte de diferentes países la implementación de políticas de salud, prevención y tratamiento del VIH/SIDA, llegando a garantizar el acceso atención médica, apoyo emocional y social, lo cual fue un factor clave para que no disminuyera la percepción de la calidad de vida.



Por otra parte, Campillay y Monárdez (2019) indican que el VIH/SIDA se asoció a una muerte trágica y dolorosa, generando una percepción negativa a quienes padecían del virus. Este estudio demostró que entidades como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconocieron que existe discriminación y estigmatización, actuando como una de las barreras principales que limitan el acceso a los servicios de salud, el apoyo social, rechazo por parte de familiares, provocando en las personas pensamientos negativos, sentimientos de desesperanza, baja autoestima y falta de interés hacia la prevención.

Durante esta investigación se evidenció la existencia de diversa literatura sobre el VIH/SIDA, sin embargo, existe un vacío respecto a la falta de información de la relación directa entre la calidad de vida y la percepción de la enfermedad.

Ahora bien, con relación a las limitaciones de este trabajo, los instrumentos y el estudio realizado se enfocó principalmente en adultos que conviven con VIH/SIDA en Colombia, por lo que los resultados no se podrían generalizar con otra población que conviva con el virus en diferentes regiones, ciudades e incluso otros países, esto debido a que tanto las condiciones socioeconómicas, culturales y de acceso a la salud pueden llegar a variar de manera significativa; de tal manera, el poder replicar este estudio en otros lugares sería beneficioso para comparar y establecer si los resultados son replicables.

Por otra parte, las variables de calidad de vida y la percepción de la enfermedad pueden llegar a ser subjetivas ya que estas están basadas en la experiencia de los participantes. Aunque este estudio permite conocer la experiencia de manera individual de cada participante, esto podría estar sujeto a diversos sesgos, deseabilidad social o diferencias al momento de interpretar las preguntas de los instrumentos, por lo tanto, de ser posible una triangulación con otras fuentes de información, ya sean registros médicos o evaluaciones clínicas, es probable que pueda robustecer los datos obtenidos.

De la misma forma, uno de los aportes de este estudio fue la identificación de vacíos en la literatura, ya que a pesar de que se utilizaban criterios de inclusión y exclusión, y que se

realizó una amplia búsqueda, no se encontró estudios previos acerca de la relación directa entre la calidad de vida y la percepción de la enfermedad en personas que conviven con VIH/SIDA. Como contribución, esto resalta la relevancia del estudio y permite abrir otras líneas de investigación con el objetivo de explorar esta interconexión. Igualmente, aunque no se encontraron muchas correlaciones sociodemográficas, la investigación destaca la importancia de aspectos psicosociales como el apoyo social en pro de la calidad de vida y la percepción positiva de la enfermedad, lo que permite comprender que aún persiste la necesidad de lograr integrar estrategias de apoyo emocional y social en los programas de atención a personas con VIH/SIDA.

Conclusiones

Los hallazgos confirman que la salud mental y el desempeño emocional son las dimensiones más afectadas de la calidad de vida en adultos con VIH/SIDA. Esto subraya la importancia de considerar el bienestar psicológico como un componente fundamental en el tratamiento, más allá de la salud física. De igual manera, la investigación reveló una clara conexión entre la forma en que las personas perciben su enfermedad y su calidad de vida. Específicamente, se encontró una correlación negativa y fuerte entre una percepción más dañina de la enfermedad (identidad, consecuencias y respuesta emocional) y una peor salud mental y desempeño emocional. Por el contrario, una mayor comprensión y control percibido de la enfermedad se asociaron con una mejor función física. Aunque no se encontraron correlaciones significativas en variables como el estado civil o el estrato socioeconómico, el estudio destaca diferencias importantes. Los hombres reportaron una mejor salud mental general que las mujeres, y el nivel educativo influyó significativamente en la función física y la salud mental, lo que sugiere que las condiciones socioeconómicas y educativas siguen siendo factores relevantes para la calidad de vida.

Para este apartado, la investigación sobre la calidad de vida y la percepción de la enfermedad en adultos que conviven con VIH/SIDA en Colombia, ha permitido obtener resultados relevantes que aportan positivamente a la comprensión de esta difícil realidad. Este estudio aborda aspectos cruciales que contribuyen a la disciplina psicológica.

Dentro de los resultados de la percepción de las posibles causas de contagio, se puede evidenciar que los porcentajes más elevados se encuentran en la irresponsabilidad o descuido con un porcentaje del 22.6, no usar protección 19.9% y confiar ciegamente en la pareja o en sí mismo 19.6%. Si bien los dos primeros resultados son una conducta de riesgo, el tercer resultado nos introduce a un componente psicosocial y relacional que va más allá de la información que pueden poseer las personas sobre cómo prevenir la enfermedad. Pudiendo

relacionarse esta con una complejidad aún mayor al momento de tomar la decisión de no usar protección o de percibir un riesgo bajo.

Uno de los aportes importantes del estudio está relacionado con la identificación de las percepciones sobre las causas del contagio. Si bien se logran conocer factores como irresponsabilidad, falta de protección y confianza excesiva, el análisis de 438 respuestas de 221 participantes permite evidenciar una mirada que va más allá de una conducta de riesgo. Esta perspectiva es fundamental para la psicología de la salud, debido a que destaca la necesidad de abordar creencias y atribuciones personales en intervenciones o programas preventivos y de acompañamiento. Esto no solo tiene como objetivo el informar sobre las medidas de protección, sino de comprender las narrativas o experiencias tanto individuales como colectivas que surgieron a partir de determinadas decisiones y comportamientos, lo cual puede permitir un desarrollo de estrategias más efectivas al igual que empáticas.

Respecto a los resultados de calidad de vida, la dimensión con puntuación más baja es la de salud mental general, lo que hace referencia a que los participantes perciben su bienestar mental como el más afectado. Comparando los resultados de desempeño emocional, función y desempeño físicos se evidencia que la puntuación más baja es para la dimensión de desempeño emocional, donde se hace evidente la falta de acompañamiento o tratamiento psicológicos y emocionales a las personas que conviven con esta enfermedad.

Otro hallazgo clave de los instrumentos es la diferencia en los resultados de la salud mental general según cada género, específicamente, los hombres reportaron mejores niveles de salud mental que las mujeres. Esto sugiere una probable existencia de factores psicosociales que pueden afectar la salud mental de las mujeres que conviven VIH/SIDA. Podría implicar una mayor carga de estigma, discriminación, acceso diferencial a redes de apoyo, influencia de normas culturales de género, etc., (Campillay y Monárdez, 2019). Este resultado puede sugerir la importancia de ampliar el estudio en otras regiones, ciudades, etc., para obtener una muestra más amplia y comparar si en efecto hay una diferencia significativa entre estos géneros y como



plan de acción, se puedan diseñar intervenciones psicológicas con perspectiva de género donde se aborden necesidades específicas, asimismo, se promueva el bienestar mental de las mujeres que viven con el virus.

Por otra parte, la relación entre el nivel educativo y la función física es un aporte relevante. Las diferencias significativas en la función física entre participantes con primaria incompleta y aquellos con secundaria y estudios tecnológicos permiten entender la influencia de los determinantes sociales en la calidad de vida. Desde una perspectiva psicológica, esto no solo señala la importancia del acceso a la educación, sino que también invita a explorar cómo las limitaciones educativas pueden afectar la adherencia al tratamiento, la comprensión de la enfermedad y el acceso a recursos que impactan la función física; este resultado promueve el papel de la psicología en el desarrollo de estrategias psicoeducativas accesibles e inclusivas, las cuales puedan ser adaptadas a diversos niveles de alfabetización con el fin de mejorar la gestión autónoma de la enfermedad y la calidad de vida en poblaciones vulnerables.

Esta investigación no solo aporta datos valiosos, sino que también abre nuevas líneas de trabajo. Sería de gran utilidad realizar una investigación cualitativa para profundizar en las narrativas y experiencias personales de los participantes. Un estudio longitudinal podría explorar cómo la percepción de la enfermedad y la calidad de vida evolucionan a lo largo del tiempo, especialmente después de intervenciones psicológicas. De igual manera, esta investigación se podría replicar en otras ciudades de Colombia o en diferentes contextos socioeconómicos y culturales para verificar la generalización de los resultados.

Dado que los resultados muestran una visión dañina sobre la dimensión de salud mental y desempeño emocional, una futura investigación podría centrarse en el diseño y la evaluación de programas de intervención psicológica dirigidos a fortalecer la salud mental y a modificar la percepción negativa de la enfermedad, midiendo su impacto en la calidad de vida.

Referencias

- Aguirre, P., Fernández, R., & Jalomo, M. (2018). Influencia de factores comunitarios en la calidad de vida de personas que viven con VIH/sida. Percepción de líderes de opinión. WAXAPA Año 10, no. 18. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2018/wax1818c.pdf>
- Arrivillaga, M., López, J., & Ossa, A. (2006). Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/Sida. *Pensamiento Psicológico*, Vol.2, N°7, 2006, pp. 55-71. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/801/80120705.pdf>
- Bernal, L., Riveros, F., Bohórquez, D., & Vinaccia, S. (2014). Validación con estudiantes universitarios y pacientes con enfermedad crónica en Colombia en proceso de publicación en revista de enfermería. Colombia. Universidad de la Sabana.
- Campillay, M., & Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de bioética y derecho*, 47, 93-107. <https://doi.org/10.1344/rbd2019.0.26805>
- Cardona, A. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2010.v12n5/765-776>
- Cejudo-Cortés, C., Corchuelo-Fernández, C., & Tirado-Morueta, R. (2018). *Uso de la teoría de las representaciones sociales para comprender las actitudes discriminatorias hacia el VIH/SIDA*. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201809048/>
- Cigna Healthcare. (2023). *Medicamentos antirretrovirales para el VIH*.
- Fernández, Á. (2015). VIH-sida: revisión bibliográfica. *Acta Académica*, 57, 221-246. <http://revista.uaca.ac.cr/index.php/actas/article/view/111>
- Gallagher, J. (2016). Gaetan Dugas, el denominado el “Paciente Cero” del sida durante más de 30 años, pero todo fue un error. *BBC*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-37784012>
- García, A., Feraud, M., & Díaz, G. (2010). Repercusión social de la epidemia causada por el virus de inmunodeficiencia humana en el 2009. *Medisan*, 14(2), 0-0. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192010000200015&script=sci_arttext&lng=en
- García-López, Y, Bernal-Soriano, M., Torrús-Tendero, D., Delgado de Los Reyes, J., & Castejón-Bolea, R. (2021). Factores relacionados con la calidad de vida en personas que viven con el VIH en Alicante, España. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (English Ed)*, 39(3), 127-133. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2020.03.005>
- Gervacio, K., López, E., & Orozco, G. (2024). Trastornos cognitivos asociados al VIH. *Ciencia & Futuro V.14 No.2. junio-agosto 2024 p. 267-280*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Orozco-Calderon-Gabriela/publication/382881419_Trastornos_cognitivos_asociados_al_VIH_Cognitive_disorders_associated_with_HIV_Esau_Job_Lopez_Oropeza_esauoropezapsicgmailcom_1/links/66b12180299c327096b37c41/Trastornos-cognitivos-asociados-al-VIH-Cognitive-disorders-associated-with-HIV-Esau-Job-Lopez-Oropeza-esauoropezapsicgmailcom-1.pdf



- Gutiérrez, I., Godoy, J., Lucas, H., Pineda, B., Vázquez, E., Hernández, M., & Sosa, F. (2019). Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Revista chilena de infectología*, 36(3), 331-339. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000300331>
- Hernández, S., Fernández, C., & Baptista L. (2014). Metodología de la investigación (6.ª ed.). McGraw-Hill Education. https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- HIV. (2023). *¿Cómo se transmite el VIH?* Hiv.gov. Recuperado de: <https://www.hiv.gov/es/informacion-basica/descripcion-general/acerca-del-vih-y-sida/como-se-transmite-el-vih>
- Lamotte, J. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual Infection due to VIH/aids in the current world. In *MEDISAN* (Vol. 18, Issue 7)
- Leite, H., Oliveira, D., Costa, T., Marques, S., Pereira, E., & Tosoli, A. (2017). Calidad de vida de personas conviviendo con HIV/SIDA: relación temporal, sociodemográfica y perceptiva de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2874. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/TjDqBC9QxtgbcFHHdTh3FxF/?format=pdf&lang=es>
- Ley 1090 de 2006 - Gestor Normativo. (s. f.). Función Pública. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>
- Lombó, C. (2021). Repercusiones del estigma en la calidad de vida de los adultos con VIH/SIDA: Una revisión sistemática. *MLS Psychology Research* 4 (1), 23-38. doi: 10.33000/mlspr.v4i1.606
- Márquez, R. (2023). Reconfigurando el Tratamiento del VIH: los Antirretrovirales y el Dogma Biológico para Combatir el Estigma en la Salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 2617-2634. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i6.8879
- Medicamentos antirretrovirales para el VIH.* (2024). Cigna.com. Recuperado de: <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/medicamentos-antirretrovirales-para-el-vih-pl1019>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, (2023). *El liderazgo comunitario es la clave en la respuesta nacional al VIH/SIDA.* Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/el-liderazgo-comunitario-clave-en-la-respuesta-nacional-al-vih-sida.aspx>
- NIH. (2025). *Las fases de la infección por el VIH.* Nih.gov. Recuperado de: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. Who.int; World Health Organization. Recuperado de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240053779>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2023). VIH y sida. Who.int. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>



- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., Amado-Guirado, E., Núñez, E., Del Val, J. L., & en representación del Grupo IPQ-R (2012). Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española [Perception in chronic illnesses: linguistic validation of the revised Illness Perception Questionnaire and the Brief Illness Perception Questionnaire for a Spanish population]. *Atención primaria*, 44(5), 280–287.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.022>
- Parco, M. (2023). Calidad de vida de los pacientes VIH positivo. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 1732–1746. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i4.7006
- Ramírez, R., Agredo, R., & Jerez, A. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health Survey) en adultos Colombianos. *Rev. salud pública*. 12 (5): 807-819. Recuperado de:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33328/33310>
- Sepúlveda, H. Informe de evento, VIH, SIDA y muerte por SIDA 2022. Instituto Nacional de Salud. Colombia Potencia de la Vida. Recuperado de: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH%20INFORME%202022.pdf>
- Sousa, G., & Fleury, E. (2016). Asociación entre la percepción de la enfermedad y la ansiedad, la depresión y la auto-eficacia en las personas con VIH/SIDA. *Temas em Psicologia*, 24(2), 595–608.
<https://doi.org/10.9788/tp2016.2-12>
- Valencia-Toro, P., Mora, C., Arbeláez, A., Jaimés, D., Gúzman, Y., Plazas, M., Romero-Sánchez, M., Valle-Oñate, R., & Londoño, J. (2014). ¿Cuál es la percepción de enfermedad de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico? Aplicación del Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R). *Revista Colombiana de Reumatología*, 21(1), 4–9. [https://doi.org/10.1016/s0121-8123\(14\)70141-0](https://doi.org/10.1016/s0121-8123(14)70141-0)
- Villa, I. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*, Vol. 16, Núm. 1: 51-62. Recuperado de:
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/792/1436>
- Villasís, A. (2004). A 20 años del descubrimiento del VIH. *Revista de investigación clínica*, 56(2), 122-123. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200001&lng=es&tlng=es