

# CALIDAD DE VIDA EN SALUD, CALIDAD DE SUEÑO Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA.

## RESUMEN

Esta investigación estuvo dirigida a determinar la relación entre la calidad de vida en salud, la calidad de sueño y el apoyo social percibido en pacientes con fibromialgia que asisten al Centro Regional de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Salud Pública. Su metodología estuvo enmarcada en un paradigma cuantitativo, investigación de campo, estudio correlacional y un diseño no experimental transeccional. Se aplicaron tres test psicométricos: el Inventario de Calidad de Vida en Salud (InCaViSa), Cuestionario de Pittsburg de Calidad de Sueño y Estudio de Desenlaces Médicos de Apoyo Social (MOS); a una muestra de 30 personas. En cuanto a los resultados, se obtuvo mayor incidencia de puntuaciones bajas en las dimensiones de la variable calidad de vida en salud, evidenciándose un deterioro en la misma. Con respecto a la calidad de sueño se obtuvo una media de 14,70 calificando a la muestra como “malos dormidores” y en relación a la variable apoyo social percibido los resultados arrojaron una puntuación de 68,03 indicando que la muestra posee un apoyo social percibido medio. Por último, la correlación entre variables estuvo enmarcada por relaciones positivas moderadas y altas.

**Palabras Clave:** calidad de vida en salud, calidad de sueño, apoyo social percibido, fibromialgia.

## ABSTRACT

This research was aimed at determining the relationship between the quality of life in health, the quality of sleep and the social support perceived in patients with fibromyalgia attending the Regional Center for Physical Medicine and Rehabilitation of the Public Health Hospital. His methodology was framed in a quantitative paradigm, field research, correlational study and a non-experimental transeccional design. Three psychometric tests were applied: the Inventory of Quality of Life in Health (InCaViSa), the Pittsburg Quality of Sleep Questionnaire and the Study of Medical Social Support Disorders (MOS); to a sample of 30 people. As for the results, a higher incidence of low scores was obtained in the dimensions of the quality of life variable in health, evidencing a deterioration in it. With regard to the quality of sleep, an average of 14.70 was obtained, qualifying the sample as "bad sleepers" and in relation to the perceived social support variable, the results showed a score of 68.03, indicating that the sample has social support perceived medium. Finally, the correlation between variables was framed by moderate and high positive relationships.

**Keywords:** quality of life in health, quality of sleep, perceived social support, fibromyalgia.

Politi Brenda (1)  
Villalobos Juan (2)

1. Licenciada en Psicología.  
Universidad Yacambú.  
Diplomado En Psicología Laboral Y Competividad Organizacional (UJAP).
2. Licenciado En Psicología.  
Universidad Yacambú.  
Estudiante De Enfermería UCLA. Diplomado En Sexualidad Integral (UNY) Y En Psicología Laboral Y Competitividad Organizacional (UJAP).

## CONTACTO

[juanvillalobos33@hotmail.com](mailto:juanvillalobos33@hotmail.com)



## INTRODUCCIÓN

El ser humano se ha caracterizado a través de la historia por su integralidad, encontrándose dotado de conciencia, intencionalidad, voluntad, inteligencia y personalidad, las cuales han sido esenciales para demarcar cada cultura y momento histórico del hombre. En este sentido, el individuo es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en el que influyen un sin número de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. (Alonso y Escorcía, 2003)<sup>1</sup>. Esta integridad impide que el ser humano pueda ser definido por un solo factor, es por esto que cuando se habla del hombre se hace referencia a un ser biopsicosocial, el cual es un todo estructurado organizado por sistemas biopsicosociales, es decir, que su cuerpo (el continente de su ser), su psiquis (la que permite adaptarse al medio) y lo social (los contenidos culturales) son elementos interconectados y combinados que dan como resultado un ser único e irrepetible.

Un ejemplo de integralidad ha sido el estudio de la salud, siendo entendido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948)<sup>2</sup>, como "un estado de completo bienestar físico y social, y no solamente la ausencia de enfermedades". Por su parte la OMS, citado por Samano (2015)<sup>3</sup>, define la enfermedad como una "alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible". Existen muchos tipos de enfermedades, pero actualmente, son las enfermedades crónicas las que poseen mayor incidencia en la población, caracterizándose por ser de larga duración y por lo general de progresión lenta, además, de ser la principal causa de muerte a nivel mundial. Si bien, la ciencia médica ha logrado grandes avances en el desarrollo de tratamientos específicos para los efectos físicos de estas enfermedades, muchos pacientes siguen enfrentando un desafío asombroso para su salud mental y emocional,

al generar cambios en el estilo de vida de las personas que presentan el diagnóstico que pueden hacer de la rutina diaria una difícil tarea.

En la salud inciden entonces diversos elementos, (biológico, psicológico y sociales) dando pauta a las enfermedades crónicas. El incremento en la aparición de estas enfermedades es la razón para que actualmente se le preste especial atención a la calidad de vida dentro del campo de la salud. Numerosos trabajos de investigación emplean hoy el concepto como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social (Brannon y Feist, 2001)<sup>4</sup>. En efecto, muchas enfermedades crónicas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera diferentes esferas del área laboral y social. Es por esto, que esta variable se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud en estos pacientes, como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital.

Al mismo tiempo, Bayés (1994)<sup>5</sup>, expone que evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos; evaluar mejor las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad; ayudar en la toma de decisiones médicas; potenciar la comunicación médico-paciente; y facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Ahora bien, existe una larga lista de enfermedades crónicas, siendo una de ellas la fibromialgia, una enfermedad que afecta a los músculos y cuya causa es aún desconocida, además de ser la causa más frecuente de dolor

crónico generalizado de origen músculo-esquelético, debido a que la padece entre el 2 y el 3% de la población mundial, siendo un verdadero reto asistencial, que promueve el trabajo en equipo de diferentes especialistas y estamentos profesionales.

Cabe destacar, que los pacientes que padecen esta enfermedad presentan una serie de alteraciones funcionales que afectan su día a día, tal es el caso del sueño, función biológica fundamental para el ser humano. Siendo el mismo un proceso complejo que involucra múltiples sistemas. Está considerado como el mejor descanso que un organismo pueda tener, no solo por la recuperación energética que se realiza durante el mismo, sino por la cantidad de beneficios físicos y mentales que se desprenden de esta actividad, es por esto, que se considera que existe una estrecha interrelación entre los procesos de sueño y el estado de salud del individuo (Miró, Cano-Lozano y Buela-Casal, 2005)<sup>6</sup>.

En consonancia con lo mencionado anteriormente, Prieto (2006)<sup>7</sup> afirma que la calidad de sueño (CS) es considerada como un proceso complejo, difícil de definir y medir con objetividad en el que se integran aspectos cuantitativos como la duración del sueño, latencia del sueño y número de despertares; y subjetivos del sueño como la profundidad y reparabilidad del mismo. La importancia de una buena calidad de sueño no solamente es fundamental como factor determinante de la salud, sino como elemento propiciador de una buena calidad de vida. La CS no se refiere únicamente al hecho de dormir bien durante la noche, sino que también incluye un buen funcionamiento diurno (un adecuado nivel de atención para realizar diferentes tareas) (Sierra, Jiménez y Martín, 2002)<sup>8</sup>. Desde esta perspectiva, la atención de la fibromialgia se ha orientado hacia un abordaje integral, las alteraciones del sueño constituyen uno de los problemas de salud más relevantes en las sociedades occidentales.

En Venezuela, otro problema que afecta a estos pacientes con fibromialgia es la escasez de medicamentos, ya que, por su parte, han manifestado continuamente el

limitado acceso que existe a nivel nacional para conseguir los fármacos desde hipnóticos hasta analgésicos para los dolores propios de la enfermedad. Esta situación puede generar en el individuo repercusiones negativas sobre su estado psicológico y emocional, lo que puede agudizar el aislamiento y acentuar el deterioro en la calidad de vida, sin embargo, esta acción puede repercutir significativamente en la salud mental del sujeto, siendo el apoyo social una herramienta para asumir su situación.

En base a lo señalado, se debe acotar que, en investigaciones llevadas a cabo anteriormente, en población con enfermedad crónica, se aprecia el impacto que el apoyo social tiene y documentan resultados positivos con relación al desarrollo de mecanismos de afrontamiento, control de estrés, disminución de la ansiedad, depresión y aislamiento generados de la experiencia de cronicidad (Smith y Mackie, (1997)<sup>9</sup>. Según Khan y Antonucci (1980)<sup>10</sup>, el apoyo social es entendido como las transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación. Estas transacciones se concentran en cuatro categorías: Materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas.

Hay que hacer notar, que hoy en día, son evidentes los efectos positivos que reportan los apoyos sociales. Estos beneficios se traducen en bienestar para las personas y su entorno, aumentando las conductas saludables. Concretamente en el ámbito de la salud se refleja el apoyo para afrontar enfermedades o el estrés (Antonucci y Akiyama, 1987)<sup>11</sup>. A raíz de esto, es necesario acotar que muchos pacientes con fibromialgia manifiestan sentirse incomprendidos por sus familiares, compañeros de trabajo y amigos cercanos, generando en ellos sensación de soledad, depresión, ansiedad, estrés y en algunos casos el aislamiento; factores que pueden influir de manera negativa en el curso de la enfermedad.

Partiendo de lo expuesto, en Venezuela se identifican iniciativas de atención para esta condición ya que existe gran cantidad de pacientes con fibromialgia que deben luchar contra el dolor y el desconocimiento a diario,

debido a que en el país no está considerada como una enfermedad incapacitante. Junior Peñaloza, presidente de la Fundación de Fibromialgia Venezuela, a finales del 2016, señaló que la poca comprensión es lo que más afecta a estos pacientes. Así mismo, afirma que es una patología real pero que en muchos casos parece invisible por el escaso conocimiento que tienen las personas sobre la misma.

De esta forma, al ser denominada como una enfermedad incomprendida, existen muchas manifestaciones por parte de los pacientes sobre el poco apoyo social que perciben. La fundación Fibromialgia Venezuela se encuentra actualmente en una lucha por hacer consciencia en la población sobre la existencia de esta patología. A principios de septiembre del 2016 esta fundación hizo entrega de un anteproyecto a la Asamblea Nacional con el propósito de lograr el reconocimiento de la Fibromialgia como una enfermedad incapacitante y así lograr la debida atención medica multidisciplinaria que se requiere y que sea integrada en la lista de enfermedades discapacitantes del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), la cual no ha sido actualizada desde el 2002.

Por su parte, un escenario de atención concurrido en el estado Lara lo representa el Centro de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Salud Pública, donde se ofrecen los servicios de fisioterapia, gimnasio de rehabilitación y psicología, acentuando así la necesidad de un abordaje multidisciplinario para estos pacientes. Asimismo, dentro de este espacio es posible constatar a través de la inquietud del personal asistencial que allí labora, y de las verbalizaciones de los pacientes que asisten, su inquietud por la escasez de medicinas, el hecho de tener que vivir con dolor crónico, la dificultad de dormir, el no poder realizar las mismas actividades de antes, entre otros aspectos que pueden estar agravando su condición y con esto la calidad de vida de estos individuos. Ante la situación expuesta se realiza investigación cuyo objetivo es determinar la relación entre la calidad de vida en salud, la calidad de sueño y el apoyo social percibido

en pacientes con fibromialgia que asisten al Centro Regional de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Salud Pública

## METODOLOGIA

La presente investigación se encuentra enmarcada dentro del paradigma positivista, con un enfoque cuantitativo, el cual, tal como define Hernández, Fernández y Bautista(2003)<sup>12</sup> "... utiliza la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población" (p.5) Tiene un diseño no experimental puesto que, como señala Hernández, Fernández y Baptista (2006)<sup>13</sup> las variables independientes no se manipulan dado que ya han sucedido. El diseño de investigación se encuentra dentro de los diseños transeccionales o transversales ya que los datos se recolectan en un momento único con la finalidad de describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. De nivel correlacional, y el tipo de investigación es de campo. La investigación tomo como población a los pacientes diagnosticados con fibromialgia que asistieron durante los meses de mayo a agosto al Centro Regional de Medicina Física y Rehabilitación. La muestra estuvo conformada por 30 de estos pacientes, los individuos seleccionados para la aplicación de los instrumentos fueron tomados en cuenta bajo los siguientes criterios: a) pacientes diagnosticados con fibromialgia, b) usuarios del Centro Regional de Medicina Física y Rehabilitación y c) consentimiento informado. Siendo esta una muestra no probabilística.

Para evaluar la calidad de vida en salud fue utilizado Inventario de Calidad de Vida en Salud (InCaViSa), creado por Riveros, A., Sánchez-Sosa, J. y Del Águila, M. (2009)<sup>14</sup>. Este instrumento mide las dimensiones físicas, la psicológica y la social, las cuales a su vez están divididas en las siguientes dimensiones: Preocupaciones, desempeño

físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, tiempo libre, vida cotidiana, familia, redes sociales, dependencia médica, relación con el médico y que ubica la calidad de vida en muy alta, alta, normal, baja, muy baja. A su vez, está integrado por 53 reactivos divididos en 12 áreas, con 4 reactivos, sección de datos sociodemográficos y hoja de perfil, con una duración de aplicación entre 15 y 20 minutos. Además, tiene un formato de opción múltiple, en escala Likert con seis opciones de respuesta, que van de nunca a siempre y con un componente porcentual de 0 a 100. Con el objetivo de validar el Inventario de Calidad de Vida en Salud (InCaViSa), se aplicó el instrumento en tres grupos con tres condiciones relativas a la salud: un grupo de 172 enfermos con padecimientos crónicos, 129 con padecimientos agudos y un grupo de 114 controles de sanos que formaron un total de 435 sujetos. Para la consistencia interna del inventario se computaron coeficientes Alfa de Cronbach, al obtener coeficientes razonables siendo el más alto de 0.9337 para el área de vida cotidiana y el bajo de 0.6831 para el área de actitud ante el tratamiento. Se realizó un análisis factorial con rotación Varimax para comprobar la estructura de la escala y así poder extraer la composición factorial del instrumento, cada área quedó compuesta por cuatro reactivos y el total de doce áreas explicó el 68% de la varianza.

Con la finalidad de medir la calidad de sueño se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh diseñado por Daniel J. Buysse et al. (1989)<sup>15</sup>, con la intención de disponer de un instrumento que analizase la calidad del sueño y que pudiera ser utilizado en ensayos clínicos. El Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh, contiene un total de 19 cuestiones, agrupadas en 10 preguntas. Las 19 cuestiones se combinan para formar siete áreas (calidad del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones del sueño, uso de medicación para dormir y disfunción diurna) cada una con su puntuación correspondiente que oscilan en un rango comprendido entre cero (0) y tres (3) puntos. En todos los casos una puntuación de

cero (0) indica facilidad, mientras que una de tres (3) indica dificultad severa, dentro de su respectiva área. La puntuación de las siete áreas se suma finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre cero (0) y veintiún (21) puntos. Cero (0) indica facilidad para dormir y veintiuno (21) dificultad severa en todas las áreas. Buysse, propone un punto de corte de 5 ( $> 5$  malos dormidores y  $\leq 5$  buenos dormidores).

Con referencia al trabajo original de Buysse, se administró el cuestionario a 148 sujetos, divididos en 3 grupos: el primero lo formaban 52 individuos "buenos dormidores"; el segundo constaba de 34 pacientes con diagnóstico de depresión mayor; el tercero, estaba formado por 45 pacientes diagnosticados de trastorno de iniciación y/o mantenimiento del sueño (TIMS) y 17 con diagnóstico de trastorno de somnolencia excesiva (TSE). La fiabilidad medida como consistencia interna alfa de Cronbach, fue elevada tanto para los 19 ítems como para los 7 componentes, las puntuaciones de los ítems, los componentes y la global se mantuvieron estables a lo largo del tiempo test-retest. Por consiguiente, Buysse y cols., (op. cit), informan de una consistencia interna de 0,83 y una fiabilidad test-retest de 0,85 para la escala total. Los datos psicométricos del ICSP en muestras españolas aportados por Royuela y Macías (1997)<sup>16</sup> son satisfactorios; se informa de una consistencia interna que oscila entre 0,67 obtenida en una muestra de estudiantes y 0,81 de una muestra clínica, así como de una fiabilidad test-retest a los 3 meses entre 0,27 y 0,55, dependiendo del componente; en cuanto a la validez, la sensibilidad del cuestionario es del 88,63% y la especificidad del 74,19%.

Finalmente, para evaluar el apoyo social percibido, se usó el Cuestionario MOS de apoyo social de Sherbourne y Cols (1991)<sup>17</sup>. El instrumento está compuesto por 20 ítems. El primer ítem informa sobre el tamaño de la red, el resto de los 19 ítem conforma cuatro escalas que miden: apoyo emocional; con una puntuación máxima 40, media 24 y mínima 8. Ayuda material o instrumental, puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4. Relaciones

sociales de ocio y distracción, con una puntuación máxima de 20, media 12 y mínima 4. Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño; con una puntuación máxima 15, media 9 y mínima 3. Para obtener el índice de apoyo por escala, éstas se suman y para el índice global se suma el total de las mismas. El índice máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19. Fue validado en Argentina por Rodríguez y Enrique (2009)<sup>18</sup>, con una muestra de 375 sujetos, obteniendo como resultado comprobadas propiedades de confiabilidad y validez. El MOSS fue razonado por medio de un análisis factorial que reveló la existencia de tres factores que son capaces de explicar el 59,86% de la varianza global. Además, se ha usado el coeficiente Alfa de Cronbach para medir la consistencia interna de la escala, con un valor de alfa de 0.916 para la totalidad de la misma y 0.876 para el factor apoyo emocional, 0.843 para el factor apoyo afectivo y 0.802 para el factor apoyo instrumental. Debido a sus componentes psicométricos resulta un instrumento válido para la evaluación del apoyo social percibido.

## RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos por los pacientes que constituyen la muestra con respecto a las dimensiones del Inventario de Calidad de Vida en Salud. (Ver Cuadro 1). En el mismo, se aprecian valores donde predominan puntuaciones bajas dentro de las dimensiones: preocupaciones, desempeño físico, percepción corporal, funciones cognitivas, tiempo libre, vida cotidiana y familia, y normales en las dimensiones aislamiento, actitud ante el tratamiento, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico.

La incidencia de puntuaciones bajas indica que la muestra seleccionada posee una baja calidad de vida, es decir, presentan un deterioro de la misma destacando la presencia de preocupaciones, deterioro en el desempeño físico, una percepción corporal alterada, problemas de memoria y concentración, poco apoyo por parte de sus familiares, cambios en

su rutina diaria y limitaciones en las actividades realizadas en tiempo libre.

En relación con la calidad de sueño. Las puntuaciones reflejadas indican que la muestra de estudio presenta alteraciones que inciden en su calidad de sueño, calificando a los pacientes con fibromialgia como "malos dormidores" presentando síntomas asociados a la fatiga y disminución de la capacidad cognitiva y motora durante el día (Cuadro 2)

Con respecto al apoyo social percibido, las puntuaciones de los sujetos oscilaron entre 32 y 95 puntos, estableciéndose una media de 68,03 puntos con una desviación típica de 21,142, identificando puntuaciones diversas que contemplan una puntuación media que indica que los pacientes cuentan con personas que les brinden un apoyo emocional, muestras de cariño, ayuda material y personas con quien distraerse (Cuadro 3)

Al observar las puntuaciones obtenidas de la correlación de Pearson entre la variable calidad de vida en salud (Cuadro 4), calidad de sueño y apoyo social percibido, estableciéndose en primer lugar la relación que se observa entre las dimensiones de la variable calidad de vida en salud y la variable de calidad de sueño. En la misma, se observa una correlación positiva moderada, con nivel de significancia de 0.01, es decir de 99% de confianza, entre la calidad de sueño y las dimensiones de: tiempo libre  $r=0,572$ , actitud ante el tratamiento  $r=0,561$ , percepción corporal  $r=0,558$ , aislamiento  $r=-0,555$  y vida cotidiana  $r=0,552$ . Además de observarse una correlación positiva moderada, con nivel de significancia de 0.05 con la dimensión dependencia médica de  $r=-0,459$ . A raíz de estos resultados, se evidencia que existe una relación significativa entre la calidad de vida en salud y la calidad de sueño. Esta relación significativa entre ambas variables indica que en la medida que el paciente con fibromialgia considere la adaptación de su rutina diaria y oriente tiempo de su día para realizar actividades que le proporcionen descanso podrá lograr un sueño más reparador, aceptando las recomendaciones del médico en cuanto a diversos aspectos importantes que le ayuden a sobrellevar su enfermedad,

alcanzando una mejor percepción sobre sí mismo

En cuanto a la correlación entre las dimensiones de la variable calidad de vida en salud y la variable apoyo social percibido, se observa una correlación positiva alta, con nivel de significancia 0.01, de esta variable con las dimensiones redes sociales  $r=0,777$  y familia 0,603. Estos resultados indican que a mayor presencia, comprensión y aceptación por parte de la familia y allegados tenga el paciente, mayor será la calidad de vida en salud manifiesta, presentando capacidad para resolver los problemas que se le presenten.

## DISCUSIÓN

Al determinar la calidad de vida en salud y analizar los resultados obtenidos, se observa mayor presencia de puntuaciones bajas específicamente en las dimensiones preocupaciones, desempeño físico, percepción corporal, funciones cognitivas, tiempo libre, vida cotidiana y familia. Apreciándose además valores normales en las dimensiones aislamiento, actitud ante el tratamiento, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico. La incidencia de puntuaciones bajas indica que en la muestra seleccionada predomina una baja calidad de vida, presentando ciertas características como la presencia de preocupaciones asociadas a la patología, un deterioro en el desempeño físico y poca satisfacción en lo que respecta a su aspecto y atractivo. Además, estos pacientes presentan problemas de memoria, dificultades para pensar y concentrarse, al igual que poco apoyo y comprensión por parte de sus familiares. Del mismo modo su rutina diaria se ha visto comprometida por su enfermedad y sus implicaciones, limitando de esta forma las actividades que pueden realizar en su tiempo libre.

Al respecto, Badía y Lizán (2003)<sup>19</sup> consensuan una definición de calidad de vida al relacionarla con la salud, haciendo mención a la "percepción de bienestar que tiene la persona acerca de su propia salud física, social y psicológica. Es la valoración que cada persona realiza acerca de su vida y

su entorno". Además, mencionan que estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye un concepto fundamental para la atención integral del paciente con enfermedad crónica.

Con respecto a la variable calidad de sueño, el baremo de corrección del instrumento propone la sumatoria de puntuaciones que comprende de 0 a 21 puntos, donde al obtener una puntuación mayor a 5 puntos se cataloga como "malos dormidores". Las puntuaciones de los sujetos oscilaron entre 7 y 20 puntos, estableciéndose una media de 14,70 puntos. Esta puntuación indica que la muestra de estudio presenta alteraciones que inciden en su calidad de sueño, calificando a los pacientes con fibromialgia como "malos dormidores" presentando síntomas asociados a la fatiga y disminución de las capacidades cognitivas y motoras durante el día.

Las alteraciones y perturbaciones de sueño son muy comunes y tienen efectos significativos en la vida de los individuos afectados y se pueden detectar indicadores que denotaran si existe o no una baja calidad de sueño. Lo descrito anteriormente, evidencia que la muestra de estudio está afectada por un patrón de sueño no eficiente, resaltando alteraciones dentro de su calidad de sueño subjetiva, la latencia y la duración del sueño, presentando perturbaciones durante el mismo por el dolor crónico y otros aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento establecido, lo que puede repercutir en sus actividades diarias, en el ámbito social, laboral y familiar.

Al respecto, Cisneros (2011)<sup>20</sup>, hace referencia sobre personas con patrón de sueño eficiente y personas con un patrón de sueño no eficiente, la diferencia entre ambos grupos no está en la cantidad de tiempo dormido, sino en las perturbaciones en el sueño de ondas lentas durante la fase IV que caracteriza a las personas con una baja calidad de sueño.

Por otro lado, los resultados arrojados por los pacientes en relación con el apoyo social percibido puntuaciones que oscilaron entre 32 y 95 puntos, estableciéndose una media de 68,03 lo que indica que los pacientes que

conforman la muestra de estudio presentan un nivel medio en cuanto al apoyo social que perciben de sus familiares, amigos o allegados. Estas puntuaciones, a su vez, indican que los pacientes cuentan con personas que les brinden un apoyo emocional, muestras de cariño, ayuda material y personas con quien distraerse. Al respecto, Cassel (1976)<sup>21</sup>, afirma que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas de los sucesos vitales estresantes, a raíz de esto, se resalta la importancia de las relaciones sociales para el bienestar de los individuos

Por último, en cuanto a las correlaciones realizadas se obtuvo una correlación positiva moderada, con nivel de significancia de 0.01, es decir de 99% de confianza, entre la calidad de sueño y las dimensiones: tiempo libre  $r=0,572$ , actitud ante el tratamiento  $r=0,561$ , percepción corporal  $r=0,558$ , aislamiento  $r=-0,555$  y vida cotidiana  $r=0,552$ . Además de observarse una correlación positiva moderada, con nivel de significancia de 0.05 con la dimensión dependencia médica de  $r=-0,459$ . A raíz de estos resultados, se evidencia que existe una relación significativa entre la calidad de vida en salud y la calidad de sueño. Al respecto, Buysse, y colaboradores (op. cit), mencionan que la determinación de la calidad de sueño es importante en cada paciente debido a que confirma si se está ante un buen o mal dormidor, y así poder determinar un problema de sueño que pueda estar asociado o que sea causado por la patología en sí, comprometiendo así su calidad de vida. Al presentarse alteraciones del sueño ya sea por aumento en los despertares nocturnos, profundidad del sueño o la duración del adormecimiento, el individuo puede definir su sueño como no reparador.

En cuanto a la correlación entre las dimensiones de la variable calidad de vida en salud y la variable apoyo social percibido, se observa una correlación positiva alta, con nivel de significancia 0.01, de esta variable con las dimensiones redes sociales  $r=0,777$  y familia 0,603. Con relación a lo mencionado anteriormente, Palomar y Cienfuegos (2007)<sup>22</sup>, afirman que las personas que son

optimistas, asertivas, que poseen una alta autoestima, habilidades sociales adecuadas y que son extrovertidas, tendrán más probabilidad de percibir altos niveles de apoyo de diversos grupos sociales y lograrán sentirse más satisfechas con ello, logrando con esto sensación de bienestar y pertenencia, factores que podrán observarse en su calidad de vida.

## CONCLUSIONES

A través del estudio realizado sobre la relación entre las variables calidad de vida en salud, calidad de sueño y apoyo social percibido en pacientes con fibromialgia que asisten al Centro Regional de Medicina Física y Rehabilitación, se logró realizar la elaboración de conclusiones en base a lo planteado en los objetivos, las cuales se presentan a continuación:

En relación a describir la calidad de vida en salud en los pacientes con fibromialgia, se obtuvo una calidad de vida normal dentro de las dimensiones aislamiento, actitud ante el tratamiento, redes sociales, dependencia médica y relación con el médico. Así como también, se observa una calidad de vida baja en las dimensiones de preocupaciones, desempeño físico, percepción corporal, funciones cognitivas, tiempo libre, vida cotidiana y familia. Evidenciándose mayor incidencia en puntuaciones bajas, se puede afirmar la presencia de un deterioro en la calidad de vida de los pacientes que constituyen la muestra de estudio.

Con respecto a identificar la calidad de sueño en pacientes con fibromialgia, se puede concluir que los pacientes diagnosticados con esta patología y que asisten al Centro Regional de Medicina Física y Rehabilitación, presentan alteraciones o compromisos en la calidad de sueño, debido a que los resultados obtenidos arrojaron una media de 14,70, puntuación que califica a los pacientes que conforman la muestra de estudios como "malos dormidores".

En relación a identificar el apoyo social percibido en los pacientes con fibromialgia, se aprecia que los resultados arrojaron una

media de 68,03, concluyéndose que el apoyo social percibido por los pacientes con fibromialgia es medio, determinando que los pacientes si cuentan con un apoyo emocional, afectivo y material, además de contar con personas que los ayuden canalizar su situación.

Por último, con respecto al cuarto objetivo, el cual hace referencia a correlacionar la calidad de vida en salud, la calidad de sueño y el apoyo social percibido en pacientes con fibromialgia, se observa una correlación positiva significativa entre las dimensiones de la variable calidad de vida en salud: tiempo libre con  $r=0,572$ , actitud ante el tratamiento con  $r=0,561$ , percepción corporal con  $r=0,558$ , aislamiento con  $r=-0,555$ , vida cotidiana con  $r=0,552$  y dependencia médica con  $r=-0,459$  con la variable calidad de sueño.

Del mismo modo se obtuvo una alta correlación entre las dimensiones de la variable calidad de vida en salud: redes sociales con  $r=0,777$  y familia con  $0,603$  con la variable apoyo social percibido. Concluyendo que existe una correlación significativa entre las variables de estudio. Es decir, que la calidad de vida en salud repercute en la calidad de sueño y el apoyo social percibido por los pacientes que constituyen la muestra de estudio.

## REFERENCIAS

- Alonso, L.M. y Escorcía, I. (2003). El ser humano como una totalidad. Salud Uninorte, núm. 17, 2003, pp. 3-8. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. [Información en línea]. Disponible en: [http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=817017\\_01](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=817017_01) [Consultado: 2017, Julio, 06]
- Organización Mundial de la salud (OMS) (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf) [Consulta: 2017, Julio 06]
- Samano M. (2015). Concepto de salud y enfermedad según la OMS [Documento en línea]. Disponible: <https://prezi.com/mw-wieia3sev/concepto-de-salud-y-enfermedad-segun-la-oms/> [Consulta: 2017, marzo 26]
- Brannon y Feist (2001). Factores asociados al estado de salud percibido (calidad de vida relacionada con la salud) de los pacientes en hemodiálisis crónica. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, 14, 64-68.
- Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. Cuadernos de Medicina Psicosomática.
- Miró, E., Cano - Lozano, M. y Buena-Cazal, G. (2005). Sueño y Calidad de vida. Revista colombiana de psicología, 014, 11-25.
- Prieto, D. (2006). Investigación Clínica - Calidad del sueño en pacientes psiquiátricos hospitalizados.
- Sierra, J., Jiménez, C., Martín, O. y Domingo, J. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Distrito Federal, México.
- Smith, E., Mackie, D. (1997). La psicología social y sus aplicaciones a diversos contextos. Citado por: CARDENAS, D. et al. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. En: Aquichan. 2010, vol.10, n.3.,pp.207
- Khan, R.L. y Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: attachment, roles and social support.
- Antonucci, TC. y Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. Journal of Gerontology, 42(5), 519-527.
- Hernández, R. Fernández, G. y Baptista, P. (2003). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Hernández, R., Fernández, G. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. Segunda Edición, Editorial Mc Graw Hill, México.
- Riveros, R., Sánchez-Sosa, del Águila (2009). Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).

15. Buysse, D.J., Reynolds III, C.F., Monk, T., Berman, S.R. y Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for Psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*. 28 (2): 193-213.
16. Royuela A, Macías JA. Propiedades clínicas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*. 1997; 9 (2): 81-94.
17. Sherbourne, C. y Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714.
18. Rodríguez S. y Enrique H. (2009). *Validación argentina del cuestionario MOS de apoyo social percibido*. Artículo de investigación. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Psicología Matemática y Experimental (CIIPME). Argentina.
19. Badia, X. y Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En: A. Martín y J.F. Cano (Eds.). *Atención Primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid, España: Elsevier.
20. Cisneros, A. (2011). *Trastornos del Sueño*. [Información en línea] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos89/trastornos-del-sueno/trastornos-del-sueno.shtml#ixzz2tn5XHZZQ> [Consulta: 2017, marzo, 27]
21. Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol*. 1976; 104:107-23.
22. Palomar, J. y Cienfuegos, Y. (2007). Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 177-188.

## ANEXOS

**Cuadro 1. Estadística descriptiva de las dimensiones de Calidad de Vida en Salud.**

Calidad de Vida en Salud. Dimensiones	Media	Desviación típica	Baremo
Preocupaciones	8,63	4,874	Baja
Desempeño físico	10,43	4,703	Baja
Aislamiento	5,50	4,967	Normal
Percepción corporal	11,20	6,094	Baja
Funciones cognitivas	11,20	6,094	Baja
Actitud ante el tratamiento	6,67	3,977	Normal
Tiempo libre	8,57	6,361	Baja
Vida cotidiana	7,93	6,533	Baja
Familia	14,53	5,964	Baja
Redes Sociales	13,03	6,625	Normal
Dependencia Médica	7,20	6,172	Normal
Relación con el médico	9,83	5,522	Normal

**Cuadro 2. Estadística descriptiva de la calidad de sueño**

	N	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Calidad de Sueño					
N válido (según lista)	30	14,70	3,323	7	20

**Cuadro 3. Estadística descriptiva del apoyo social percibido**

	N	Media	Desv. típ.	Mínimo	Máximo
Apoyo Social Percibido					
N válido (según lista)	30	68,03	21,142	32	95

Cuadro 4. Resultados de la correlación entre las variables

Correlaciones		Calidad de Sueño	Apoyo Social Percibido
<b>Aislamiento</b>	Correlación de Pearson	,555**	,323
	Sig. (bilateral)	,001	,081
	N	30	30
<b>Percepción Corporal</b>	Correlación de Pearson	,558**	-,074
	Sig. (bilateral)	,001	,699
	N	30	30
<b>Actitud ante el tratamiento</b>	Correlación de Pearson	,561**	-,090
	Sig. (bilateral)	,001	,637
	N	30	30
<b>Tiempo Libre</b>	Correlación de Pearson	,571**	-,109
	Sig. (bilateral)	,001	,566
	N	30	30
<b>Vida Cotidiana</b>	Correlación de Pearson	,552**	-,332
	Sig. (bilateral)	,002	,073
	N	30	30
<b>Familia</b>	Correlación de Pearson	-,162	,603**
	Sig. (bilateral)	,392	,000
	N	30	30
<b>Redes Sociales</b>	Correlación de Pearson	-,173	,777**
	Sig. (bilateral)	,360	,000
	N	30	30
<b>Dependencia Médica</b>	Correlación de Pearson	,459*	,134
	Sig. (bilateral)	,011	,480
	N	30	30

\*La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral)  
\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)