

Capítulo 4

Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica de una institución de salud*

Carmen Sierra Llamas¹
Orlando González-Gutiérrez²
Gladys Gaviria García³
Gustavo Aroca Martínez⁴

*Este documento hace parte del proyecto denominado: "Calidad de vida en pacientes con enfermedad crónica".

1. Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Magíster en Psicología. Docente-Investigadora, Grupo de Investigación de Nefrología.

csierra@unisimonbolivar.edu.co

2. Psicólogo, Especialista en Psicología de la Salud, Magíster en Psicología Clínica y de Familia, Especialista en Teorías y Métodos de Investigación Social. Docente-Investigador, Grupo de Investigación Desarrollo Humano, Educación y Procesos Sociales.

ogonzalez@unisimonbolivar.edu.co

3. Enfermera, Especialista en Gerencia en Salud, Magíster en Educación. Docente-Investigadora, Grupo Nefrología y Grupo Cuidados de Enfermería.

ggaviria1@unisimonbolivar.edu.co

4. Médico, Especialista en Nefrología y Medicina Interna. Docente-Investigador, Grupo de Nefrología, garoca1@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La indagación central del presente estudio está dirigida a la identificación de la Calidad de Vida (en adelante CV) en pacientes adultos diagnosticados con Enfermedad Renal Crónica (en adelante ERC), en razón de que esta condición por sus características y demandas sobre la vida del paciente y sus familiares, reta a los profesionales y sistemas de salud a ahondar en los factores que pueden contribuir a mantener un mejor bienestar de estas personas, así como a favorecer su involucración positiva en los tratamientos médicos y psicosociales del estado de salud y, de esta manera, favorecer el logro de resultados deseables y esperados. Mantener una buena CV es importante para todos los seres humanos, y, en particular, para las personas diagnosticadas con alguna enfermedad crónica (Medellín y Carrillo, 2014; Utrillas y Vidal, 2002). La salud en los estudios de CV se ha tornado una variable que afecta y aglutina a otros componentes como trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc., por lo que ocupa un lugar clave del estudio, que tiene como objetivo principal evaluar los efectos de intervenciones en el cuidado de la salud, con el fin de mejorar las decisiones clínicas y profundizar en el conocimiento de sus causas y consecuencias (Fernández, 1998; Moreno y Ximénez, 1996). La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (en adelante CVRS) resulta un buen predictor de los niveles de estrés que experimenta una persona al momento de enfrentar una enfermedad que incide y desequilibra el ciclo normal de la vida. Es decir, que una buena CVRS se asocia con menores niveles de estrés dañino entre las personas con problemas de salud (Medellín y Carrillo, 2014; Pérez y Otero, 2014; Schwartzmann, 2003).

La ERC actualmente afecta a parte de la población de todas las edades, por lo cual se ha considerado como un problema de salud pública. En Colombia ha crecido la prevalencia e incidencia de la ERC de manera progresiva, al igual que en la mayoría de los países del mundo (Sánchez, Rodríguez y Medina, 2012). Según el informe de Enfermedades de Alto Costo (Fondo Inter-EPS del Sistema de Salud de Colombia [FI-EPS], 2014) había aproximadamente 20.000 personas en el 2013 para terapia de reemplazo renal en Colombia, lo que equivale a una prevalencia de 450 pacientes por millón de habitantes, con una incidencia del 5 %. Esta población podría duplicarse en los próximos diez años alcanzando una prevalencia superior a 800 pacientes por millón de habitantes. En muchos países del

mundo la prevalencia es superior a los 1.000 pacientes por millón de habitantes. Según este mismo informe, en Colombia 770.428 personas padecen una ERC en alguno de sus estadios (1-5). La tasa de mortalidad por ERC fue de 28,19 por cada 100 mil afiliados, la cual aumentó con respecto a la del año anterior que fue de 26,90 (FI-EPS, 2014). Lo anterior implica no solo altísimos costos económicos, actuales y futuros, para la atención de estas personas en el sistema de salud, teniendo en cuenta que, además, la ERC puede conllevar complicaciones biomédicas progresivas; implica también que la ERC tiene “grandes costos” psicosociales para la calidad integral de vida del paciente.

La ERC es una enfermedad crónica que se define como un daño renal que persiste por más de tres meses y que se manifiesta por una excreción anormal de albúmina o función renal disminuida, cuantificada mediante una tasa de filtración glomerular medida (Cassaretto y Paredes, 2006). Los principales tratamientos de la ERC son la hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal (DP) y el trasplante renal (TR); este último es el que se asocia con un mejor pronóstico funcional y calidad de vida del paciente. Las metas de la terapia de reemplazo renal son: disminuir la mortalidad, controlar los síntomas de la uremia y regresar al paciente a su funcionamiento premórbido, con un adecuado desempeño en las actividades de la vida diaria. La elección del tipo de diálisis se da con base en las sugerencias del médico nefrólogo y la preferencia del paciente, en lo cual intervienen factores psicológicos, familiares, socioeconómicos y culturales (Millán, Gómez, Gil, Oviedo y Villegas, 2009). Por otra parte, estos pacientes, frecuentemente se ven afectados por otras enfermedades como la diabetes (tipo 1 o 2), el lupus, problemas de corazón, hipertensión, entre otras, que comprometen aún más la probabilidad de ocasionar un problema renal grave.

Es conocido que el impacto de la enfermedad crónica se asocia con estrés a nivel financiero, sensación negativa hacia sí mismo y hacia las propias capacidades, así como cambios en la filosofía de vida y problemas de conducta y emocionales en la persona enferma. Por otro lado, el impacto de la enfermedad crónica sobre las familias y cuidadores comúnmente conlleva alteraciones a nivel de comunicación e interacciones, como también coaliciones y alianzas familiares, además de altos niveles de incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad (Hwu, 1995; Northam, 1997; Vinaccia y Quinceno, 2012). Además cau-

sa desgaste físico, emocional, estrés constante, cuidados familiares y dependencia a algún familiar, lo cual dificulta en gran medida CV de los pacientes (Utrillas y Vidal, 2002). Los cuidados y tratamientos del paciente demandan gastos económicos, y, frecuentemente, cambios en su estilo de vida (Victoria y Rodríguez, 2007; Utrillas y Vidal, 2002) debido a que esta condición, comúnmente, tiene un desarrollo progresivo, y que sin los tratamientos oportunos va empeorando el diagnóstico y pronóstico.

Actualmente, el aumento de enfermedades crónicas, y particularmente la ERC, hace que exista la posibilidad de un crecimiento de la dependencia, la fragilidad y necesidad de cuidados de larga duración, donde la familia juega un papel determinante, siendo la encargada por excelencia de preservar y mantener la salud y la estabilidad emocional del enfermo, aunque ello implique sacrificios y esfuerzos innumerables (Velázquez y Espin, 2014).

Desde una perspectiva histórica del desarrollo del concepto de CV, el mismo empieza a desarrollarse con base en aportes con vocación interdisciplinaria provenientes de la Sociología y la Economía en los años 70, y como una reacción a los criterios economicistas en los estudios de nivel de vida (Núñez, *et al.*, 2010). De esta manera, comprender y analizar la CV de una sociedad significa tener en cuenta las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen de su existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones tienen, así como evaluar el grado de satisfacción que consiguen (Castro, 2001). Sin embargo, no existe una teoría única sobre la CV. Fernández-Mayoralas y Rojo (2005) exponen un concepto general de CV que resulta ilustrativo de asunciones compartidas al respecto, entendiéndola como la posibilidad que tiene una persona, una familia o una comunidad, de alcanzar el bienestar y la satisfacción de todas sus necesidades. Esta comprensión esencial de CV describe a grandes rasgos su carácter cotidiano, sin especificarla en relación con algún tipo de enfermedad, padecimiento o tratamiento generado para su solución. Como se observa, la CV remite a una evaluación de la experiencia que de la propia vida tienen los sujetos, y que más que una actividad racional, se realiza a partir de los propios sentimientos. De esta manera, como refieren González y Padilla (2006), la CV se compone de variables objetivas (condiciones de vida como educación, salud, am-

biente, ingresos económicos, etc.); subjetivas (actitudes, necesidades, expectativas y valores personales), y otras derivadas de la interacción entre ambas a partir de la evaluación hecha por el individuo con base en criterios socioculturales de sus grupos de referencia (por ejemplo, satisfacción con las condiciones y estilos de vida preferidos). Es importante el rol de la familia, ya que es fundamental el apoyo que le pueda dar a estos pacientes para que vivan su cotidianidad lo mejor posible (Padilla, 2005; Utrillas y Vidal, 2002).

Retornando al campo psicológico de la salud, la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) refiere a un *constructo* complejo o multidimensional. La mayoría de los autores conciben la CVRS como un proceso dinámico, personal y circunstanciado, relativo a las personas que tienen problemas de salud (Padilla, 2005; Pérez y Otero, 2014). Asimismo, es un concepto que se refiere a la forma en que el sujeto responde ante situaciones cotidianas vinculadas con su salud. Incluye variables psicológicas o internas del individuo que modulan su percepción de bienestar en la situación de enfermedad, tales como: salud percibida, satisfacción en la vida y habilidades funcionales, entre otras variables del contexto de vida de las personas con problemas de salud, que condicionan dicho bienestar o malestar percibido, por ejemplo, el estatus socioeconómico, el estado de salud, el acceso y calidad de los servicios de salud, el trabajo, las oportunidades disponibles de desarrollo personal y el uso efectivo del tiempo libre (Urzúa, 2010).

Según Vinaccia y Orozco (2005), la CVRS abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social tiene que ver con las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.

En diversos estudios la ERC se asocia invariablemente con disminución de la CVRS y distrés psicológico, aunque también muestran que un alto porcentaje

de los pacientes perciben su calidad de vida en el rango que puede ir de Regular a Buena y Excelente (Acosta, Chaparro y Rey, 2008; González y Lobo, 2001; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España [MSS-SIGE], 2015). Dentro de los factores sociodemográficos y biomédicos que se han reportado que correlacionan con la calidad de vida de estos pacientes, están: El sexo (mayor incidencia en hombres), el tiempo de enfermedad y tratamiento, la co-morbilidad, la edad de los enfermos (es creciente la tasa de ERC en adultos de mayor edad), y el nivel socioeconómico y educativo (Castro, 2001; Pabón-Varela *et al.*, 2015; Rodríguez, Castro y Merino, 2005).

Entre los factores que influyen en la calidad de vida de estos pacientes, como de otros enfermos crónicos severos, se pueden mencionar: el grado de funcionalidad física y la independencia funcional (Barros, Beltrán y Aroca, 2014), psíquica y económica (González y Padilla, 2006). La persona independiente en estos aspectos tiene mayor calidad de vida, que aquella que depende de su familia y/o de la sociedad (Pabón-Varela, *et al.*, 2015; Sierra y Julio, 2010). Igualmente favorece una mejor CVRS, la vida en el propio hogar, el apoyo familiar en general, y de la pareja en particular, así como contar con recursos de apoyo en la comunidad (Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007; Medellín y Carrillo, 2014; Pabón-Varela, *et al.*, 2015; Utrillas y Vidal, 2002). La pérdida de un miembro de la pareja, así como la soledad objetiva o subjetiva se identifica como un factor negativo en la calidad de vida (Barros, *et al.*, 2014; González y Lobo, 2001; Mera, 2007; Pérez, 2001). Por otra parte, una buena calidad de vida y mejor adherencia a los tratamientos se encuentran recíproca y positivamente asociados (La Rosa, Martín y Bayarre, 2007; Malheiro y Arruda, 2012).

En consecuencia, es importante ampliar la base de nuestro conocimiento actual sobre la CV en personas con ERC en nuestro medio, ya que las informaciones disponibles sobre la CVRS proviene de estudios realizados en estas y otras poblaciones de contextos sociales ajenos al nuestro. Es fundamental que la intervención socio-médico-psicológica con personas con ERC y sus familiares, pueda reconocer y orientarse a diferentes dimensiones o factores involucrados en la configuración de la CV de estos pacientes, con el fin de promover o mantener mejores estados de bienestar a lo largo de su experiencia vital con la enfermedad. Como

beneficio último de los resultados obtenidos por este tipo de estudios se pretende que los sistemas de salud tengan una perspectiva multidimensional de la calidad de vida de las personas con ERC, y con base en ello derivar decisiones y acciones en el abordaje de estos pacientes; de igual manera que los pacientes conozcan la importancia de la CV en el afrontamiento y cuidado de su salud. Concretamente, para este estudio se formuló el siguiente interrogante: ¿Cómo es la Calidad de Vida de los pacientes diagnosticados con ERC que son atendidos en una IPS de la ciudad de Barranquilla?

MÉTODO

Para alcanzar el objetivo propuesto, se desarrolla un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) y un diseño de medición única o transversal de la calidad de vida de pacientes con ERC, quienes reciben tratamiento en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Barranquilla.

Participantes

La población contemplada para el estudio fue de 50 pacientes diagnosticados con ERC asistentes a la Unidad de Nefrología de la institución; la muestra fue de 30 pacientes de ambos sexos, la cual se constituyó de modo intencionado y no probabilístico a partir de los criterios de inclusión y exclusión que se definieron para tal fin. Los *criterios de inclusión* considerados fueron: personas diagnosticadas con ERC, en tratamiento en la Unidad Renal de la IPS en el momento del estudio, con edades entre 18-80 años, con capacidades de lecto-escritura y que autorizaran su participación consentida en la investigación. Como *criterio de exclusión* se consideró que el paciente presentara un diagnóstico concomitante de trastorno mental.

Instrumento

El instrumento utilizado fue el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) de Riveros, Sánchez y Del Águila (2009). Este permite evaluar la percepción de satisfacción del sujeto que atraviesa o ha atravesado una experiencia clínica, tal como una enfermedad crónica, en 12 áreas, cada una con cuatro reactivos. Dichas áreas son: 1- *Preocupaciones*. Esta área se refiere a los cambios

en la percepción de la interacción con otros derivados del proceso de la enfermedad; incluye ítems como: “Me preocupa que alguien se sienta incómodo cuando está conmigo, por mi enfermedad”. 2- *Desempeño físico*. Se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo; contiene reactivos como: “Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos”. 3- *Aislamiento*. Esta área explora los sentimientos de soledad o de separación del grupo habitual, por ejemplo, “Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes”. 4- *Percepción corporal*. Esta área se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente, e incluye ítems como: “Me da pena mi cuerpo”. 5- *Funciones cognitivas*. Esta área revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración, como “Se me olvida dónde puse las cosas”. 6- *Actitud ante el tratamiento*. Esta área revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico, por ejemplo, “Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad”. 7- *Tiempo libre*. Esta área explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas; contiene reactivos como: “Desde que enfermé dejé de pasar el rato con mis amigos”. 8- *Vida cotidiana*. Esta área revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad, por ejemplo, “Ahora que estoy enfermo la vida me parece aburrida”. 9- *Familia*. Esta área explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia; contiene reactivos como “Mi familia cuida mis sentimientos”. 10- *Redes sociales*. Esta área explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas; contiene reactivos como “Cuando las cosas me salen mal hay alguien que me puede ayudar”. 11- *Dependencia médica*. Esta área se refiere al grado en el que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, por ejemplo: “No me importa qué tengo, solo quiero que el médico me cure”. 12- *Relación con el médico*. Esta área se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante, por ejemplo: “Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad”.

Procedimiento

A los sujetos identificados para participar en el estudio con base en los criterios de inclusión y exclusión, se les invitó y solicitó su consentimiento in-

formado. La aplicación del instrumento fue individual en una sola jornada. Los puntajes de cada una de las escalas o áreas de la prueba y las mediciones de las variables sociodemográficas fueron organizados en una matriz de datos y procesados estadísticamente (frecuencias y porcentajes) con el soporte de SPSS 19. Se realizó el análisis de fiabilidad del instrumento con base en el Alpha de Cronbach, el cual indicó un nivel satisfactorio de cada una de las áreas del instrumento, con una consistencia interna global de $\alpha = 0,76$, lo cual es concordante con otros estudios de validación con población mexicana (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2003; Rodríguez, 2002).

RESULTADOS

Características sociodemográficas del paciente

La composición de la muestra por sexos fue de 12 hombres (40 %) y 18 mujeres (60 %). En cuanto a la conformación por edad, se encuentra una mayor representación del grupo de Menor o Igual a 50 años (31 %), seguido por los grupos etáreos de 51 a 58 años (24 %), entre 59 y 68 años (24 %) y, por último, el de 69 y más años (21 %). La mayoría de los sujetos (43,3 %) presenta un nivel de escolaridad de básica secundaria, seguido por un 33 % que solo cuenta con la básica primaria, el 20 % con estudios técnicos y solo un 3,3 % con estudios profesionales. En cuanto a ocupación actual, en concordancia con la mayor prevalencia de mujeres en la muestra, predomina la ocupación de ama de casa (53,3 %); en segundo lugar, con un 16,7 %, están los pensionados; el 30 % restante se distribuye en diversas ocupaciones como tenderos, comerciantes, mecánicos, estilistas y otros oficios técnicos.

Tabla 1

Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Preocupaciones

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(<=0) MUY ALTA	3	10,0
(2-8) NORMAL	8	26,7
(9-14) BAJA	17	56,7
(>=15) MUY BAJA	2	6,7
Total	30	100,0

Áreas o dimensiones de la Calidad de Vida del paciente

Las respuestas para el área de *Preocupaciones* se categorizaron en cuatro niveles (Tabla 1) de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta (≤ 0), Normal (2-8), Baja (9-14) y Muy Baja (≥ 15). El nivel Bajo de preocupación por cambios en la interacción con otros derivados del proceso de la enfermedad se observa que predomina entre los sujetos (56,7 %), seguido por un 26 % que consideraron un nivel de preocupación Normal al respecto. No obstante, vale señalar que el 10 % de la muestra sí manifestaba tener preocupaciones Muy Altas en torno a la interacción con otros debido a su enfermedad.

Tabla 2
Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Desempeño Físico

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(≤ 8) MUY BAJO	12	40,0
(9-11) BAJO	4	13,3
(12-17) NORMAL	7	23,3
(≥ 18) ALTO	1	3,3
(≥ 19) MUY ALTO	6	20,1
Total	30	100,0

Como se observa en la Tabla 2, las respuestas de los sujetos en el área de *Desempeño físico* se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alto (≥ 19), Alto (≥ 18), Normal (12-17), Bajo (9-11) y Muy Bajo (≤ 8). El 56,6 % calificó que su nivel de desempeño físico es Muy Bajo (40 %) o Bajo (13 %), es decir, que se ha visto disminuida su capacidad física para realizar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, mientras que el 46,7 % de los sujetos refiere que su desempeño físico habitual es Normal o no se ha afectado significativamente por la enfermedad.

Tabla 3
Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Aislamiento

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(≤ 0) MUY ALTO	5	16,7
(2-6) NORMAL	6	20,0
(=7) BAJO	4	13,3
(≥ 12) MUY BAJO	15	50,0
Total	30	100,0

Las puntuaciones obtenidas en el área de *Aislamiento* (Tabla 3) se categorizaron en cuatro niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alto (≤ 0), Normal (2-6), Bajo (7) y Muy Bajo (≥ 12). Así, el 63,3 % de los sujetos manifestaron niveles Bajos a Muy Bajos de aislamiento social de su grupo habitual debido a su condición de salud, el 20 % consideraba que el nivel de aislamiento producido era Normal, aunque el 16,7 % sí consideró que se había producido a raíz de su enfermedad dicho aislamiento en un nivel Muy Alto.

Tabla 4

Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Percepción corporal

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(≤ 0) MUY ALTA	3	10,0
(1) ALTA	1	3,3
(2-7) NORMAL	12	40,0
(8) BAJA	1	3,3
(≥ 12) MUY BAJA	13	43,3
Total	30	100,0

Los puntajes obtenidos en el área de *Percepción Corporal* (Tabla 4) se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta (≤ 0), Alta (1), Normal (2-7), Baja (8) y Muy Baja (≥ 12). Con base en ello, los resultados indican que el 46,6 % de la muestra tiene una percepción de Baja o Muy Baja satisfacción con su aspecto o atractivo físico afectado por su enfermedad; sin embargo, el 53,3 % presenta una puntuación que va de Normal (40 %) a Alta (3,3 %) y Muy Alta satisfacción (10 %), es decir, que su percepción corporal no aparece afectada por su problema de salud.

Tabla 5

Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Funciones Cognitivas

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(≤ 2) MUY ALTA	4	13,3
(3-4) ALTA	5	16,7
(5-9) NORMAL	15	50,0
(10-12) BAJA	2	6,7
(≥ 13) MUY BAJA	4	13,3
Total	30	100,0

Como se observa en la Tabla 5, los puntajes del área de *Funciones cognitivas* se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta (≤ 2), Alta (3-4), Normal (5-9), Baja (10-12) y Muy Baja (≥ 13), los cuales indican que la mayoría de los sujetos perciben que mantienen su funcionamiento en niveles Normales (50 %), Altos (16,7 %) o Muy Altos (13,3 %); mientras que el 20 % observa que sus funciones cognitivas (memoria, concentración) se han visto afectadas (nivel Bajo y Muy Bajo).

Tabla 6
Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Actitud ante el tratamiento

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(≤ 0) MUY ALTA	6	20,0
(1-2) ALTA	2	6,7
(3-7) NORMAL	14	46,7
(8-11) BAJA	6	20,0
(≥ 12) MUY BAJA	2	6,7
Total	30	100,0

Los puntajes de los sujetos en el área de *Actitud ante el tratamiento* (Tabla 6), se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta (0), Alta (1-2), Normal (3-7), Baja (8-11) y Muy Baja (≥ 12). Estos indican que la mayor parte de los sujetos, el 73,4 %, presenta una actitud de nivel Normal a Muy Alta favorable a los tratamientos recibidos, mientras que el 26,7 % presenta una actitud desfavorable (niveles Bajo y Muy Bajo).

Tabla 7
Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Tiempo libre

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(< 0) MUY ALTA	3	10,0
(=0) ALTA	1	3,3
(1-7) NORMAL	9	30,0
(8-12) BAJA	9	30,0
(13+) MUY BAJA	8	26,7
Total	30	100,0

En la Tabla 7 se categorizan en cinco niveles los puntajes obtenidos para el área de **Tiempo libre** de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta (<0), Alta (=0), Normal (1-7), Baja (8-12) y Muy Baja (>=13). Los puntajes en esta área muestran que el 30 % de la muestra considera que ha podido continuar haciendo un uso del tiempo libre dentro de rangos Normales, junto con el 13,3 % quienes consideran que los procesos de la enfermedad no han obstaculizado sus actividades recreativas (niveles Alto y Muy Alto); sin embargo, el 56,7 % considera tener limitaciones para el disfrute de las actividades de tiempo libre debido a la enfermedad y los tratamientos.

Tabla 8

Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Vida cotidiana

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(<=0) MUY ALTA	4	13,3
(1-5) NORMAL	8	26,7
(6-12) BAJA	15	50,0
(>=13) MUY BAJA	3	10,0
Total	30	100,0

La Tabla 8 presenta los puntajes obtenidos para el área de **Vida Cotidiana**, los cuales se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta (<=0), Normal (1-5), Baja (6-12) y Muy Baja (>=13). Los resultados indican que el 60 % de los sujetos presentan insatisfacción con su cotidianidad producto de cambios derivados de su enfermedad (niveles Bajo y Muy Bajo), aunque el 40 % considera estar conforme con los cambios en las rutinas de su vida cotidiana a partir de la enfermedad (niveles Normal y Muy Alto).

Tabla 9

Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Familia

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(<=12) MUY BAJA	5	16,7
(13-16) BAJA	9	30,0
(17-19) NORMAL	6	20,0
(>=20) MUY ALTA	10	33,3
Total	30	100,0

Como se observa en la Tabla 9, los puntajes obtenidos en el área de *Familia* se categorizaron en cuatro niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta (≥ 20), Normal (17-19), Baja (13-16) y Muy Baja (≤ 12). Se encontró que el 53,3 % de los sujetos percibe apoyo emocional de su familia dentro de niveles que van de Normales a Muy Altos, mientras que el 46,7 % considera que dicho apoyo iba de Bajo (20 %) a Muy Bajo (16,7 %).

Tabla 10

Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Redes Sociales

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(≤ 6) MUY ALTA	2	6,7
(7-10) ALTA	4	13,3
(11-18) NORMAL	19	63,3
(19) BAJA	2	6,7
(≥ 20) MUY BAJA	3	10,0
Total	30	100,0

Los puntajes del área de *Redes sociales* se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario (Tabla 10): Muy Alta (≤ 6), Alta (7-10), Normal (11-18), Baja (19) y Muy Baja (≥ 20). La mayor parte de la población (63,3 %) percibe que cuenta con recursos para resolver problemas en sus redes sociales en un nivel Normal, y el 20 % percibe que los dispone en niveles Altos y Muy Altos. Es decir, el 83,3 % asignó puntuaciones dentro de los rangos Normal, Alto y Muy Alto. Sin embargo, no así el 16,7 %, quienes al respecto percibirían que su disposición de recursos en sus Redes sociales era Bajo o Muy Bajo.

Tabla 11

Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Dependencia hacia el médico

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(4-6) ALTA	4	13,3
(7-13) NORMAL	15	50,0
(14-17) BAJA	6	20,0
(≥ 18) MUY BAJA	5	16,7
Total	30	100,0

Las respuestas al área de *Dependencia hacia el médico* se categorizaron en cuatro niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Alta (4-6), Normal (7-13), Baja (14-17) y Muy Baja (≥ 18) (Tabla 11). La mayor proporción de los sujetos (50 %) consideró que su dependencia hacia el médico estaba en niveles Normales, y el 36,7 % en niveles Bajos o Muy Bajos. En suma, el 86,7 % respecto de esta área, presentaba puntuaciones dentro del rango de los niveles Normal y Muy Bajo, y solo el 13,3 % en niveles Altos.

Tabla 12

Distribución de puntajes de las respuestas en el área de Relación con el médico

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
(≤ 3) MUY BAJA	1	3,3
(4-7) BAJA	3	10,0
(8-14) NORMAL	18	60,0
(15) ALTA	1	3,3
(≥ 17) MUY ALTA	7	23,3
Total	30	100,0

Como se observa en la Tabla 12, los puntajes en el área de *Relación con el médico* se categorizaron en cinco niveles de acuerdo con los puntos de corte del Inventario: Muy Alta (≥ 17), Alta (15), Normal (8-14), Baja (4-7) y Muy Baja (≤ 3). La mayor parte de los sujetos (60 %) reportó satisfacción en un nivel Normal con su relación con el médico, y el 26,6 % estaba satisfecho de forma Alta o Muy Alta. Es decir, el 86,6 % de la muestra valoró dentro de los rangos de Normal a Muy Alta la satisfacción con la relación con su médico. No obstante, para el 13,3 % de los sujetos la satisfacción con esta relación es Muy Baja o Baja.

DISCUSIÓN

Como síntesis de los resultados se encuentra que hay una mayor proporción de mujeres en la muestra (60 %); que el 60 % de los participantes estaba por encima de los 50 años, y que el 76,3 % de estos tenían niveles educativos de básica primaria o secundaria; adicionalmente, las áreas que en primer lugar apoyan una CVRS positiva en una mayoría de los sujetos con ERC del estudio, y en una secuencia de mayor a menor proporción en la muestra, son: Un bajo nivel de dependencia médica, la relación positiva con el médico, la percepción de contar

con apoyos de las redes sociales y un bajo nivel de sentimientos de aislamiento social y de preocupaciones vinculadas a cambios en la interacción con otras personas debido a la enfermedad; en segundo lugar, también tienden a favorecer la CVRS, el mantenimiento de las funciones cognitivas, una buena actitud hacia los tratamientos y contar con el apoyo emocional de la familia. Por el contrario, las principales áreas que impactan negativamente la CVRS de los sujetos con ERC del estudio son las afectaciones negativas de la vida cotidiana, del uso del tiempo libre, del desempeño físico y de la percepción corporal.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se evidencia que las áreas o dimensiones que más intervienen en el deterioro de la CVRS en estos pacientes del estudio son *Vida cotidiana* y el *uso del Tiempo libre*, con un 60 % y 56,7 % respectivamente; lo cual indica que las pérdidas de salud y limitaciones que la ERC conlleva al propio estilo y rutinas de vida (Cassaretto y Paredes, 2006), y que comúnmente se asocian a sentimientos de dolor, enojo, depresión y ansiedad (Sierra y Benítez, 2014) les obstaculiza realizar actividades cotidianas o recreativas valoradas, tal como se ha documentado ampliamente en la literatura (Fernández, 1998). Esto a su vez parece estar relacionado de manera particular, como lo sugieren los resultados de este estudio, con la afectación negativa del *Desempeño físico* propio; el 56,6 % de los sujetos calificaban como disminuida su capacidad para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, lo cual es consistente con las observaciones clínicas sobre los efectos negativos de la ERC en la capacidad de esfuerzo físico de estos pacientes, en particular en aquellos en fases avanzadas de la enfermedad (Barros, *et al.*, 2014). Por supuesto, adicionalmente, como es de esperar, toda esta afectación negativa de la capacidad física, es probable que para algunas personas incida deteriorando su *Percepción corporal*, como así parece apoyarlo los resultados de este estudio, en la medida que un 46,6 % de los sujetos manifestó experimentar insatisfacción con su aspecto o atractivo físico, observación recurrentemente reportada en la literatura (Barros, *et al.*, 2014). Sin embargo, vale decir que una proporción solo un poco mayor a la anterior (53,3 % de los sujetos de la muestra), no ha visto afectada su percepción corporal por su condición médica. Junto a las variables físicas que aparecen afectando de manera negativa y central la CVRS de los sujetos (el desempeño físico y la percepción corporal deterioradas, que a su vez parecen limitar la cotidianidad y el uso del tiempo de ocio), aparece el

área de las *Funciones cognitivas* (memoria y concentración), aunque en una proporción baja (solo en el 20 % de los casos).

Por otra parte, cabe destacar entre las dimensiones o áreas que más aportan positivamente a la CVRS de los pacientes de este estudio, está la percepción de satisfacción con la *Relación con el médico* (en el 86,6 % de los sujetos), lo cual complementariamente es confirmado por una valoración de Normal a Muy Baja, *Dependencia médica* en el 86,7 % de los casos. Es decir, la mayoría no consideraba estar depositando la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, aunque se sentía satisfecha con la atención y le gusta hablar con él sobre su enfermedad. La calidad percibida de la relación con el médico, con el equipo e institución de salud en general, se sabe que cumple importantes funciones del apoyo social, por ejemplo, de acción y orientación profesional o experta y emocional, y se vincula con mejores estatus de salud, adherencia a los tratamientos y bienestar psicosocial de las personas con problemas crónicos de salud (Núñez, Castaño & Aristizábal, 2006; Núñez, *et al.*, 2010). En particular, es frecuente que personas con ERC busquen y establezcan relaciones a largo plazo asegurantes –cognitiva, emocional y pragmáticamente– con el equipo médico, que, por otra parte, contribuye a sostener y desarrollar la autonomía del paciente para cuidar activamente la propia salud. Aspecto este que, por lo demás, podría estar favoreciendo una positiva *Actitud ante el tratamiento* en los sujetos de la muestra en un alto porcentaje: el 73,4 % de los sujetos mostraron una disposición positiva para adherirse al tratamiento médico. Como es sabido, uno de los factores que mejor contribuye a la adherencia a los tratamientos, y por ende a la CVRS, son las Relaciones positivas con la Red profesional de salud (Medellín y Carrillo, 2014).

El área de *Preocupaciones* se mostró en la mayoría de los sujetos (83 %) como no afectando negativamente su CVRS. Es decir, las preocupaciones de los sujetos no se referían centralmente a que la interacción con otros hubiera sido “lastimada” de alguna forma por cambios derivados de la enfermedad, por lo cual tampoco, en la mayoría de los sujetos, aparecían sentimientos de *Aislamiento social* del grupo habitual debido a la enfermedad (solo aparecía la percepción de aislamiento en el 16,7 % de las personas). Por el contrario, el área de *Redes sociales* aparece en los participantes del estudio fuertemente sosteniendo su CVRS (83,3 % de los casos),

en concordancia con bajo nivel de preocupaciones de afectación de las relaciones sociales y de sentimientos de aislamiento social, ya señalados. Esto quiere decir que una mayoría de los sujetos percibe contar con los recursos humanos en su red social para resolver problemas vinculados con la atención de su salud u otros. En esta misma dirección, a favor de la CVRS de los participantes, está la percepción de contar con el apoyo emocional de la *Familia* en el 53 % de los casos, aunque vale hacer notar que una proporción un poco menor de los sujetos, mas sin embargo alta (46,6 %), considera que ese apoyo es Bajo o Muy Bajo, afectando la dimensión del apoyo social (el familiar) de la CVRS de los pacientes. Como destacan Loraine (2011) y Utrillas y Vidal (2002) la familia es la principal red de apoyo del individuo, ya que el acompañamiento que le brindan en este proceso al paciente, lo estimula a realizar conductas positivas para el manejo de su enfermedad como es la adherencia al tratamiento. Complementariamente, contar con redes sociales activas (familiares, de amistad, profesionales y comunitarias en general) ayuda a los pacientes no solo a resolver problemas, inesperados o no, sino que les permite controlar mejor el nivel de estrés, logrando un efecto saludable a nivel físico y psicológico en ellos, además de favorecer la adherencia al tratamiento como se ha dicho, por lo cual es central para la CVRS (Sánchez, *et al.*, 2012). Como se puede observar, lo común a todas estas áreas que sostienen una buena CVRS entre los sujetos, es que se refieren al dominio de la interacción social positiva y de apoyo, los cual no es sorprendente dada la reconocida importancia que tienen, más allá de las situaciones de enfermedad, en el desarrollo humano saludable y adaptativo en general.

Por último, es importante reconocer las limitaciones en la capacidad de generalización de estos hallazgos dada por restricciones metodológicas del estudio: insuficiencia en las condiciones de representación de la muestra por su tamaño y no aleatorización en su composición, así como porque el nivel descriptivo del análisis presentado no avanza a especificar los hallazgos reportados sobre la CVRS en relación con variables sociodemográficas y biomédicas importantes, que en el caso de estas últimas, están el efecto del tiempo que lleva el paciente con la enfermedad y en los tratamientos, el tipo de los mismos, así como la fase en que se halla la enfermedad.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados de la evaluación de la CVRS de los sujetos estudiados, esta aparece más afectada en relación con las dificultades que acarrea la enfermedad para desempeñar las rutinas de la vida cotidiana y mantener las pautas habituales en el uso del tiempo libre, en la medida que se puede ver afectada la capacidad de esfuerzo físico que estas actividades pueden requerir, pudiendo comprometer en consecuencia la propia percepción corporal positiva. Sin embargo, en general puede decirse que son más las áreas evaluadas en los sujetos con ERC del estudio que sostienen una buena CVRS (niveles de satisfacción que van de Normal a Muy Alto). En particular, las principales áreas que apoyan una CVRS positiva entre los sujetos fueron: Bajo nivel de dependencia médica, relación positiva con el médico, contar con redes sociales y un bajo aislamiento social y sin mayores preocupaciones por el deterioro en la interacción con otras personas debido a la enfermedad; adicionalmente contribuye a su CVRS, una buena actitud hacia los tratamientos y contar con el apoyo emocional de la familia. Desde una perspectiva de promoción de la salud y del bienestar en estos pacientes, estas áreas de fortaleza actual de la CVRS, que primordialmente apuntan a una gran área que tiene en común la interacción y apoyo social positivos, deberían y podrían ser consideradas como recursos para seguir apuntalando el bienestar de estos pacientes, en la misma medida que contribuyen a paliar y ser más llevaderas las limitaciones, si no cambios, en la funcionalidad y percepción de la capacidad física, en la afectación de la vida cotidiana y del ocio, que la enfermedad tiende a conllevar, por encima incluso, de los fundamentales aportes de la terapéutica biomédica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, P., Chaparro, L. y Rey, C. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 9-26.
- Barros, L., Beltrán, Y. y Aroca, G. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica hemodializados y no hemodializados. *Revista Colombiana de Nefrología*, 1. [En línea]. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/154>
- Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento de la enfermedad crónica: Estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología*, 24(1), 109-40.
- Castro, M. L. (2001). Calidad de vida y promoción de la salud. En H. Restrepo y H. Málaga (Ed.), *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable* (pp.56-64). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169-79.
- Fernández, R. (1998). Calidad de vida: Las condiciones diferenciales. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.
- Fernández-Mayoralas, G. y Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5, 117-35.
- Fondo Inter-EPS del Sistema de Salud de Colombia FI-EPS (2014). Informe de enfermedades de Alto Costo en Colombia. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. [En línea]. Disponible en: <http://www.cuentadealtocosto.org/#>>
- González, A. y Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-09.
- González, V. y Lobo, N. (2001). Calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Aproximación a un proyecto integral de apoyo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería*, 4(2), 6-12.

- González-Celis, A.L., y Sánchez-Sosa, J.J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(1), 43-58.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2014). *Metología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hwu, Y. (1995). The impact of chronic illness on patients. *Rehabilitation Nursing*, 20, 221-25.
- La Rosa, Y., Martín, L. y Bayarre, H. (2007). Adherencia terapéutica y factores psicosociales en pacientes hipertensos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1), 89-99.
- Loraine, L. (2011). Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 488-99.
- Malheiro, P. y Arruda, D. (2012). Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. *Revista Enfermería Global*, 11(4), 276-94.
- Medellín, J. y Carrillo, G. (2014). Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Avances en Enfermería*, 32(2), 206-16.
- Mera, M.L. (2007). *Calidad de vida de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en tratamiento sustitutivo con Hemodiálisis*. (Tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- Millán, R., Gómez, C., Gil, F. A., Oviedo, G. F. y Villegas, F. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis en seis unidades renales en Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 622-36.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, Subdirección General de Calidad y Cohesión, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación y Consejerías de Sanidad de las CCAA (2015). *Documento marco sobre enfermedad renal crónica (ERC) dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS*. España: MSSSI-GE. [Recuperado el 18 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Enfermedad_Renal_Cronica_2015.pdf
- Moreno, B. y Ximénez, C. (1996). *Evaluación de la calidad de vida*. En G. Bue-

- la-Casal, V. Caballo, y J. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la salud* (pp.1045-1070). Madrid, España: Siglo XXI.
- Northam, E. (1997). Psychosocial impact of chronic illness on children. *Journal of Pediatric Child Health*, 33(5), 369-72.
- Núñez, A. C., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C. A., Santoyo, F. y San Martín, A. H. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en Psicología*, 13, 11-32. [Recuperado el 18 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/sociales/perspectivas_psicologia/html/revistas_contenido/revista13/Calidad_de%20vida_salud_y_factores_psicologicos_asociados.pdf
- Núñez, R. A., Castaño, G. R. y Aristizábal, O. (2006). Factores biológicos y psicosociales relacionados con las condiciones de salud: una aproximación al perfil de salud de jóvenes estudiantes universitarios. *Revista Proyecciones*, 8, 51-71.
- Pabón-Varela, Y., Páez-Hernández, K., Rodríguez-Daza, K., Medina-Atencia, C., López-Tavera, M. y Salcedo-Quintero, L. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Duazary*, 12(2), 157-63. [Recuperado el 18 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1473/861>
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: Panorámica de Investigaciones Clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-8.
- Pérez, M. (2001). *Medición de la calidad de vida percibida en pacientes con IRCT en terapia de HDC*. (Tesis de pregrado). Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- Pérez, Y. y Otero, I. (2014). Calidad de vida, ansiedad, depresión y optimismo disposicional en pacientes con lupus eritematoso sistémico. *Revista Psicogente*, 17(31), 107-19.
- Riveros R., Sánchez, J. y Del Águila, M. (2009). *Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa)*. México: El Manual Moderno S.A.
- Rodríguez, O. (2002). *Mejoramiento de la calidad de vida en pacientes crónicos* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de México, México.
- Rodríguez, V., Castro, S. y Merino, E. (2005). Calidad de vida en pacientes renales hemodializados. *Ciencia y Enfermería*, 11(2), 47-57.

- Sánchez, A., Rodríguez, R. y Medina, A. (2012). Aspectos psicosociales de la enfermedad renal crónica. *Enfermería nefrológica*, 15, 166-7.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.
- Sierra, C. y Benítez, J. (2014). Perfil cognitivo psicopatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 24(1), 37-54.
- Sierra, C. y Julio, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal en fase dialítica. *Revista Psicogente*, 13(23), 27-41.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-65.
- Utrillas, M. y Vidal, E.M. (2002). El apoyo psicosocial al paciente renal. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 18, 65-7.
- Velázquez, Y. y Espin, A. M. (2014). Repercusión psicosocial y carga en el cuidador informal de personas con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 3-17.
- Victoria, C. y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista de La Habana de Ciencias Médicas*, 6(4), 1-9. [Recuperado el 18 de marzo de 2015]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002&lng=es&tlng=es.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectiva en Psicología*, 1(2), 125-37.
- Vinaccia, S. y Quinceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: Estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 6(1), 123-36. [Recuperado el febrero 17 del 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S190023862012000100010&lng=en&tlng=es.d