

CALIDAD DE VIDA Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

FRANCOISE CONTRERAS, GUSTAVO ESGUERRA, JUAN CARLOS ESPINOSA, CAROLINA
GUTIÉRREZ, LAURA FAJARDO*
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS, BOGOTÁ

Recibido: Marzo 30 de 2006

Revisado: Mayo 31 de 2006

Aceptado: Junio 12 de 2006

ABSTRACT

The purpose of this study was to describe the quality of life among 33 patients with chronic kidney disease in haemodialysis treatment and to establish whether there were differences features between them, due to adherence behavior. Health Survey SF-36 was used, biochemical and clinical data was registered, as medical support for the adherence criteria. Significant decline in quality of life was evidenced in these patients; nevertheless the social function was preserved. The results of the t-student for independent samples showed significant differences in physical function, between the groups of patients with and without adherence to treatment (n = 19 and n = 13 respectively). Likewise, the first group reveal better quality of life related with mental health while the another group was related with physical aspects. The implications of these results are discussed.

Keywords: Quality of life, treatment adherence, chronic disease, haemodialysis patients, end-stage renal disease, chronic kidney disease, health-related quality of life.

RESUMEN

El propósito de este estudio fue describir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si esta presentaba características distintas en función de la adhesión al tratamiento. Se utilizó el cuestionario de salud SF-36 y se registraron datos bioquímicos y clínicos con base en los cuales los especialistas reportaron su criterio médico de adhesión. Se observó un deterioro importante en las dimensiones evaluadas, no obstante la función social se encontró preservada. Los resultados de la prueba *t* de Student para grupos independientes mostró diferencias significativas en función física, entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento (n = 19 y n = 13 respectivamente). Así mismo, el primer grupo reportó mejor calidad de vida relacionada con salud mental, mientras que el segundo con aspectos físicos. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos.

Palabras clave: Calidad de vida, adhesión al tratamiento, enfermedad crónica, hemodiálisis, insuficiencia renal crónica, calidad de vida relacionada con la salud.

* Trabajo realizado por el grupo de investigación Psicología, Salud y Calidad de Vida, de la Facultad de Psicología Universidad Santo Tomás. Correspondencia: Carrera 9 # 51-11 Bogotá. Correo electrónico: francoisectorres@correo.usta.edu.co.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad que implica la pérdida gradual de la función de los riñones, esta es progresiva y puede llegar a ser terminal cuando la capacidad renal se reduce a un 10%. La IRC está asociada con factores infecciosos o fisiológicos tales como glomerulonefritis, enfermedades tubulares, infecciones renales, obstrucción por cálculos, anomalías congénitas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y lupus eritematoso sistémico y puede a su vez, ocasionar enfermedades cardiovasculares, neuropatías, descalcificación de los huesos, y anemia entre otros (Pérez, Lamas & Legido, 2005; Hersh-Rifkin & Stoner, 2005).

Los pacientes con IRC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico. Entre los tratamientos de sustitución renal están el trasplante de riñón y la diálisis (peritoneal y hemodiálisis), los cuales deben acompañarse de una dieta estricta, toma de medicamentos y restricción de líquidos (Barrios et al., 2004). En el primer caso existe la posibilidad de que el órgano trasplantado sea rechazado, por lo que el paciente debe tomar fármacos inmunosupresores. La diálisis peritoneal, es un tratamiento ambulatorio que se lleva a cabo mediante el intercambio de solutos y agua que fluye por los capilares y el líquido de diálisis que se encuentra en la cavidad peritoneal (Ruiz & Castelo, 2003), y la hemodiálisis que se realiza a través de una máquina que filtra la sangre del paciente para extraer los desechos urémicos de la insuficiencia renal crónica terminal (Borrero, Veá & Rubio, 2003; González & Lobo, 2001), en este último caso, el paciente debe asistir al menos tres veces por semana a la unidad renal y permanecer allí de tres a cuatro horas por sesión. Por otra parte, el tratamiento debe acompañarse de una estricta dieta alimenticia, para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio (Barrios et al., 2004), restricciones en la ingesta de líquidos y toma de medicamentos (García, Fajardo, Guevara, González & Hurtado, 2002).

Aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos, desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos (Barrios et al., 2004). Se ha observado que estos síntomas suelen agudizarse después de ocho años de tratamiento (González & Lobo, 2001).

Todo lo anterior puede tener serias implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos

y hábitos de vida. Álvarez et al (2001) sostienen que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud, aspecto importante que ha adquirido un interés relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo.

La percepción de calidad de vida relacionada con la salud, se expresa en términos de bienestar, como un proceso dinámico y cambiante (Porter, 1994), que varía según el sistema de valores de los individuos (González & Lobo, 2001). Hasta hace más de diez años, este concepto estuvo más centrado en las respuestas ante los efectos físicos, psicológicos y sociales que genera la enfermedad en la vida diaria del paciente y en la capacidad para recuperar el bienestar (Ruiz, Román, Martín, Alférez & Prieto, 2003), no obstante, actualmente el concepto es visto más como una evaluación que realiza el individuo respecto a su salud, relacionada con el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad y el cuidado personal para realizar las actividades cotidianas, así como el bienestar emocional y la percepción general de la salud (Alvarez-Ude, 2001; Badia & Lizán, 2003; Schwartzmann et al., 1999).

Dado que la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto en el que convergen múltiples factores, esta debe evaluarse a través de distintas áreas. Sanabria (2003), recomienda abordar los dominios físico, psicológico y social. En el primero, se evalúan atributos como los síntomas, el funcionamiento físico y la discapacidad; en el dominio psicológico se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión y la autoestima; y en el tercer dominio se valoran las relaciones interpersonales del paciente, la actividad diaria y la rehabilitación laboral, entre otros. Esta valoración de la calidad de vida relacionada con la salud incluye aspectos objetivos y subjetivos, con el fin de realizar una evaluación completa e integral del individuo (Velarde & Ávila, 2002).

Desde esta perspectiva, el concepto enfatiza en el bienestar y satisfacción del paciente, en la mejora de sus condiciones de vida, en la percepción que ellos tienen sobre su salud y en su recuperación integral, lo que es especialmente importante en los pacientes con enfermedades crónicas, quienes deben vivir con una condición médica permanente (Álvarez et al., 2001; Gómez-Vela & Sabeth, 2002), y deben aprender a convivir con las limitaciones que ocasiona la enfermedad y el tratamiento, además de modificar de manera importante el estilo de vida (Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001).

Por otra parte, evaluar la calidad de vida en salud permite también conocer cómo los individuos y grupos enfrentan los factores que amenazan su salud, y como responden a los tratamientos para restablecerla (Castillo & Arocha, 2001), e implica expectativas de éxito en las acciones emprendidas, las cuales difieren entre individuos así se encuentren bajo las mismas circunstancias (Badía & Lizán, 2003). En este sentido, la calidad de vida que percibe el individuo está en función de diversos factores, lo que supera la presencia misma de la enfermedad crónica y su tratamiento, y de lo que dependerá en cierta medida el bienestar del paciente, así como la adhesión y la respuesta al tratamiento de sustitución renal. No obstante, de acuerdo con las evidencias, se puede afirmar en términos generales que la IRC y las características del tratamiento alteran de manera notable la calidad de vida del paciente a nivel físico, psicológico y social (Cidoncha et al., 2003).

En estos pacientes, la calidad de vida suele verse afectada por el deterioro en las relaciones familiares, maritales, condición laboral/ocupacional, situación económica, estado de salud y aspectos sociales (Tovbin, Gidron, Granovsky & Schnieder, 2003; Kimmel, 2001; Hersh-Rifkin & Stoner, 2005).

Se ha demostrado que la dimensión física es una de la más afectadas, en cuanto es la que genera mayor insatisfacción en los pacientes hemodializados (Tovbin, Gidron, Granovsky & Schnieder, 2003). Entre las variables físicas más relevantes están el síndrome urémico, que se caracteriza por una sensación general de debilidad, náuseas, vómito, falta de apetito y percepción de mal sabor en la boca (Hailey & Moss, 2000), la hipoalbúmina, que constituye un predictor importante de la escasa calidad de vida percibida por los pacientes en tratamiento de sustitución renal (Tovbin, Gidron, Granovsky & Schnieder, 2003), la diabetes, que afecta negativamente la dimensión global y física de calidad de vida, el acceso vascular debido a las infecciones y el taponamiento (Fernández et al., 2005), la inactividad física que contribuye a la morbimortalidad en estos pacientes (Suh, Kim, Park & Yang, 2002) y la anemia, producida frecuentemente por los bajos niveles de hemoglobina ocasionados por la falta de producción de eritropoyetina (Chávez, 2001; Fernández et al., 2005).

A nivel sociodemográfico, algunas variables han mostrado relación con la percepción de calidad de vida, e incluso se ha identificado que tienen implicación importante en la rehabilitación, entre ellas, el nivel educativo (Nin Ferrari, 2001) y la edad (Álvarez-Ude, 2001; Martín et al., 2004), mediada principalmente por el área física (Arenas et al., 2004); en este sentido, Fernández et al. (2005) sostienen que la edad avanzada y la comorbilidad en los pacientes renales disminuyen la capacidad funcional de las personas, lo que

probablemente incide en el deterioro de la percepción de calidad de vida de los pacientes.

Con respecto al sexo, Vásquez et al. (2004) sostienen que no existe diferencia significativa en la percepción de calidad de vida entre hombres y mujeres hemodializados; no obstante, otros autores han evidenciado que las mujeres muestran mayor detrimento en la calidad de vida que los hombres en cuanto a la percepción del dolor y la interferencia con la realización de las actividades cotidianas (Arenas et al., 2004), las divergencias encontradas se atribuyen principalmente a la presencia de ansiedad y depresión observada con más frecuencia en las mujeres (Fernández et al., 2005).

A nivel familiar, las relaciones de pareja parecen tener una incidencia importante en la percepción de calidad de vida del paciente. Arenas et al., (2004) hallaron en sus estudios que las personas viudas, divorciadas y solteras muestran más baja percepción de calidad de vida con respecto al apoyo social percibido, y tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones psicosociales. Las relaciones de pareja suelen verse afectadas debido a la cantidad de tiempo que el paciente debe invertir en el tratamiento, por tener que dejar de trabajar, por el deterioro en las respuestas sexuales y por el cambio en los roles sociales que su condición produce (Alarcón, 2004; Hersh-Rifkin & Stoner, 2005; Suet-Ching, 2001). Otros aspectos como la infertilidad en las mujeres, la impotencia en los hombres y la disminución del deseo sexual se han encontrado vinculados con la uremia (Kimmel, 2001), las anomalías endocrinas, neurológicas, psicológicas bioquímicas y farmacológicas (Burgos et al., 1997).

De manera similar, los pacientes que se encuentran inactivos laboralmente muestran mayor deterioro en su calidad de vida (Arenas et al., 2004), lo que incide la mayoría de las veces en el tratamiento. Fernández et al., (2005) aseguran que el proceso de rehabilitación es mejor cuando los pacientes en edad activa se encuentran trabajando.

La calidad de vida también se relaciona con la autonomía e independencia del paciente y con la posibilidad de volver a realizar las actividades cotidianas. Prueba de ello es la mayor calidad de vida que refieren los pacientes trasplantados que pueden reincorporarse a sus actividades cotidianas (Arenas et al., 2004), los pacientes en diálisis ambulatoria, (Alarcón, Aguilar, Jiménez & Manrique, 2002; Lindqvist & Sjoden, 1998), y los pacientes en diálisis peritoneal a diferencia de los pacientes hemodializados (Sjoden & Lindqvist, 2000). Lo anterior sustenta la posibilidad de que la dependencia que tiene el paciente hacia la máquina de diálisis puede afectar su dependencia emocional y psicológica, e incidir en su calidad de vida (Ortega & Martínez, 2002).

Es importante también considerar que en la mayoría de los estudios publicados se halló que las mujeres (Mittal, Ahern, Flaster, Maesaka & Fishbane, 2001), los pacientes diabéticos (Gutman, Stead & Robinson, 1981) y aquellos con historia previa de un trasplante renal fallido (Johnson, McCauley & Copley, 1982; Bremer, McCauley, Wrona & Johnson, 1989) presentan puntuaciones inferiores en casi todas las dimensiones de calidad de vida.

En cuanto a las manifestaciones psicológicas que tienen mayor efecto sobre la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis, se encuentran la depresión y la ansiedad (Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003), y existe evidencia de que estos estados emocionales afectan de manera notable el bienestar de los pacientes, y repercuten en las tasas de mortalidad en esta población (Gil et al., 2003). Otras reacciones frecuentes en los pacientes renales son la hostilidad y la ira dirigidas al personal asistencial y al régimen terapéutico como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005).

La escasa adherencia al tratamiento, mejor llamada adhesión, en cuanto implica un papel activo del sujeto, (Amigo, Fernández & Pérez, 2003), constituye un problema ampliamente extendido en los pacientes con insuficiencia renal crónica (Cvengros, Christensen & Lawton, 2004), lo que puede generar graves consecuencias para el paciente, entre ellas, malnutrición, neuropatías, enfermedad en los huesos, falla cardíaca e incluso la muerte (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005). Por otra parte, la escasa adhesión al régimen terapéutico compromete gravemente su efectividad, disminuye la percepción de bienestar de los pacientes y puede generar costos adicionales al sistema de salud; por ello, las intervenciones deben ir encaminadas a mejorar esta situación y a hacer un importante aporte a nivel de prevención secundaria (modificación de conductas inapropiadas) y terciaria (disminuir las consecuencias de la enfermedad como la repercusión en otros órganos) de los pacientes renales (Organización Mundial de la Salud, 2004).

El comportamiento de no adhesión se manifiesta de diversas maneras: incumplimiento en la dieta, ingesta de medicamentos y restricción de líquidos y faltar o solicitar reducir el tiempo de las sesiones de diálisis. Estimar estos criterios de no adhesión implica ciertas dificultades metodológicas, no obstante, los más utilizados son la ganancia de peso inter diálisis (GPI), para evaluar el cumplimiento en la restricción de líquidos (Khechane & Mwaba, 2004), el cumplimiento con la dieta y la medicación es estimado por niveles de potasio y fosfato en suero en pre diálisis y el cumplimiento a las sesiones de diálisis. Se recomienda además como indicador de no cumplimiento, acortar las sesiones o faltar a alguna de ellas (Hailey & Moss, 2000).

El comportamiento de no adhesión es un fenómeno muy complejo, y no suficientemente estudiado. No obstante, existe suficiente evidencia con respecto a que el apoyo familiar y social es un determinante de la percepción de la calidad de vida que incide en la adhesión al tratamiento. (Kaveh & Kimmel, 2001; Kulik & Mahler, 1993; Christensen & Ehlers, 2002).

Las investigaciones realizadas han identificado algunas variables que se relacionan con escasa adhesión al tratamiento, estas son: la edad avanzada, el consumo de tabaco, bajo nivel educativo, depresión y baja percepción de daño, efectos secundarios de los medicamentos, creencias y actitudes del paciente con respecto a la salud, instrucciones poco claras, fallas en la comunicación médico-paciente, complejidad de los regímenes, escasa comprensión de la razón de las terapias y dificultades socioeconómicas (Kaveh & Kimmel, 2001).

Los aspectos cognitivos y emocionales también han demostrado cierta relación con el comportamiento de adhesión; percepción de éxito en el cumplimiento previo del tratamiento, atribución de éxito al esfuerzo, motivación hacia la adhesión, expectativas de eficacia, locus de control (Hailey & Moss, 2000) y estados emocionales como la ansiedad, el estrés y la depresión son factores que afectan la adhesión al tratamiento de hemodiálisis, esta última se ha asociado principalmente con la ganancia de peso interdiálisis (García, Fajardo, Guevara, González & Hurtado, 2002).

Las variables emocionales se encuentran estrechamente asociadas con la relación que se establece entre el personal asistencial y los pacientes sometidos a hemodiálisis, lo cual es un factor que puede afectar el cumplimiento a prescripciones médicas (Rorer, Tucker & Blake, 1988).

El estado actual del conocimiento sobre calidad de vida y comportamiento de adhesión permite comprender la necesidad de estudiar estos fenómenos desde dos perspectivas distintas pero estrechamente relacionadas: por un lado describir las dimensiones de la calidad de vida como consecuencia del padecimiento de la IRC, y por el otro examinar el papel que ejercen estas dimensiones sobre el comportamiento de adhesión. En el primer caso, la descripción de las condiciones de la calidad de vida del paciente permite identificar aquellas dimensiones que constituyen un recurso que debe ser intervenido a fin de fortalecer las áreas de funcionamiento que muestran un mayor detrimento. Esta manera de abordar el asunto, además de contribuir al conocimiento actual de la calidad de vida del paciente con IRC en tratamiento de sustitución renal, tiene un propósito eminentemente clínico, y pretende favorecer el bienestar del paciente.

En el segundo caso, determinar el papel que ejerce la percepción del individuo acerca de su funcionamiento físico, psicológico y social (a través de las dimensiones del SF36) sobre la adhesión al tratamiento, constituye un aporte hacia el conocimiento de este comportamiento, tan complejo como las variables psicológicas que lo median. Tal método investigativo de abordar el tema se hace decisivo en tanto la no adhesión al tratamiento constituye un importante problema relacionado con la morbilidad y mortalidad en esta población, la cual además de tener serias implicaciones sobre la calidad de vida del paciente y su bienestar, supone altos costos para el sistema sanitario.

Metodología

Previa descripción de la calidad de vida de un grupo de pacientes, se estableció, mediante un diseño de comparación entre grupos estáticos, si existían diferencias entre los pacientes con y sin adhesión al tratamiento, respecto a las dimensiones de la calidad de vida evaluadas.

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico de 33 pacientes (45% hombres y 55% mujeres), que se encontraban recibiendo tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de una institución hospitalaria en la ciudad de Bogotá, D.C. (Colombia). Los pacientes, con una edad promedio de 47 años y un tiempo mínimo de tres meses de tratamiento, decidieron participar voluntariamente en el estudio, bajo consentimiento informado.

Instrumentos

Inicialmente se diligenció un formato de registro de información en el que se identificaron entre otros, los criterios de inclusión en el estudio. Estos datos fueron extraídos de las historias clínicas; entre ellos están sexo, edad, estado civil, nivel educativo y tiempo de tratamiento de sustitución renal.

La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario de salud SF 36, diseñado por el *Health Institute, New England Medical Center* de Boston, Massachusetts, durante el *Medical Outcomes Study* (MOS). El SF36 es un instrumento psicométricamente sólido, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud en términos de funcionamiento físico y psicológico y sus 36 ítems detectan tanto estados positivos como negativos de salud. El SF36, ha sido traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto *International Quality of Life Assessment* (IQUOLA), su adaptación al español siguió un protocolo común a todos los países que participaron en el proyecto y se basó en la traducción y retrotraducción seguida de la realización de estudios piloto (Alonso, Prieto & Antó, 1995). En este estudio se utilizó la versión española (Alonso, 1999).

El SF 36 evalúa la calidad de vida a través de distintas dimensiones: *función física* (limitaciones físicas), *rol físico* (interferencia en el trabajo y actividades diarias), *dolor corporal* (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), *salud general* (valoración personal de la salud), *vitalidad* (sentimiento de energía), *función social* (interferencia en la vida social habitual), *rol emocional* (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), *salud mental* (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta) y *evolución declarada de la salud* (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás). El SF 36 puntúa en una escala de 0 a 100, las cifras más altas indican una mejor calidad de vida, por lo que en población general se esperan valores cercanos a 50 con desviación de 21 puntos. Adicionalmente este instrumento presenta dos índices sumarios (mental y físico) que tienen media poblacional de 50 y desviación de 10 puntos.

Dada la complejidad de evaluar esta variable, se debió recurrir a varios indicadores que permitieran estimar la adhesión al tratamiento. Se tomaron datos bioquímicos y clínicos, los cuales fueron registrados en una ficha diseñada para tal fin, la cual incluía indicadores de cumplimiento con la dieta e ingesta de medicamentos, restricción de líquidos y asistencia a las sesiones de hemodiálisis. Los indicadores clínicos y bioquímicos fueron registrados durante un período de tres meses, estos fueron: sobrecarga hídrica, tensión arterial pre y post diálisis, niveles de potasio, calcio, fósforo, PTH y asistencia cumplida y completa a las sesiones de tratamiento. Con base en esta información, un grupo interdisciplinario compuesto por el nefrólogo de la unidad y la nutricionista reportaron el criterio de adhesión de cada paciente.

Procedimiento

Una vez obtenido el permiso de la institución hospitalaria para realizar la investigación, se procedió a revisar las historias clínicas de los pacientes que recibían como terapia de sustitución renal la hemodiálisis, y se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión para participar en el estudio, entre ellos, llevar por lo menos tres meses en tratamiento, ser adulto y estar en condiciones físicas y psicológicas para responder al instrumento. Una vez seleccionados los pacientes, se les informó acerca del objetivo de la investigación y se les solicitó, por escrito, consentimiento informado para participar en el estudio. Se les aclaró el manejo ético de la información, y que no recibirían remuneración económica por su participación, así mismo, se les recordó que podrían retirarse de la investigación cuando ellos así lo consideraran.

Una vez obtenido el consentimiento, se diligenció la ficha de datos sociodemográficos con base en las

TABLA 1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS PARA EDAD Y TIEMPO DE HEMODIÁLISIS PARA LOS 33 PARTICIPANTES

		n	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	Todos	33	25	75	47,61	14,135
	Con adhesión	19	29	75	51,84	12,379
	Sin adhesión	13	25	70	43,15	14,508
Tiempo de Hemodiálisis (en meses)	Todos	33	4	164	41,33	34,084
	Con adhesión	15	12	72	30,93	23,557
	Sin adhesión	13	4	69	37,31	20,455

historias clínicas y se procedió a aplicar el instrumento. Debido a su nivel educativo o a su condición física, algunos pacientes requirieron asistencia para diligenciar el instrumento.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 33 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica que se encontraban en tratamiento de hemodiálisis (tiempo promedio de 41,33 meses), con edades comprendidas entre los 25 y 75 años (media de 47,6). En la Tabla 1 se puede observar la distribución de estas características tanto en todos los participantes, como entre los grupos que presentan o no adhesión.

Como puede observarse en la Tabla 2, el estado civil predominante fue casados y solteros, se trata además de un grupo de pacientes con bajo nivel educativo; más de la mitad de ellos (54,5%), sólo alcanzó a terminar su primaria y otra proporción menor (30,3%) la secundaria.

Con base en los criterios clínicos tomados durante tres meses, profesionales especializados señalaron la adhesión al tratamiento de los pacientes; como se dijo anteriormente, estos indicadores incluyeron sobrecarga hídrica, tensión arterial pre y post diálisis, niveles de potasio, calcio, fósforo, PTH e inasistencia a sesiones de tratamiento. Al respecto se encontró que 13 participantes no presentaron adhesión al tratamiento y 19 sí, para un total de 32 pacientes con información válida para los fines de este estudio (en el caso de un paciente, los indicadores fueron inconsistentes, y no se estableció con certeza un criterio de adhesión).

Por otra parte, estas personas respondieron al cuestionario SF-36, el cual como se ha mencionado examina ocho dimensiones cuyo puntaje se expresa en una escala de 0 a 100 puntos; con base en las dimensiones principales se obtiene la puntuación de dos índices: componente físico y componente mental, los cuales presentan a nivel poblacional una media de 50 y desviación típica de 10 puntos. Los cálculos para

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS 33 PARTICIPANTES

		Todos Frec. (%)	Adheridos Frec. (%)	No Adheridos Frec. (%)
Sexo	Mujer	18 (54,5)	10 (52,6)	7 (53,8)
	Hombre	15 (45,5)	9 (47,4)	6 (46,2)
Estado civil	Soltero	11 (33,3)	5 (26,3)	6 (46,2)
	Casado	11 (33,3)	7 (36,8)	4 (30,8)
	Separado	7 (21,2)	5 (26,3)	2 (15,4)
	Viudo	2 (6,1)	1 (5,3)	1 (7,7)
	No responde	2 (6,1)	1 (5,3)	0 (0,0)
Nivel educativo	Primaria	18 (54,5)	14 (73,7)	4 (30,8)
	Secundaria	10 (30,3)	5 (26,3)	5 (38,5)
	Técnica	2 (6,1)	0 (0,0)	2 (15,4)
	Profesional	1 (3,0)	0 (0,0)	1 (7,7)
	No responde	2 (6,1)	0 (0,0)	1 (7,7)

TABLA 3. PUNTUACIONES OBTENIDAS POR LA MUESTRA EN CADA UNA DE LAS DIMENSIONES Y ESCALAS EXAMINADAS POR EL SF36.

Dimensiones del SF-36	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Función física	5,00	100,00	61,21	27,87
Rol físico	0,00	100,00	46,21	38,81
Dolor corporal	0,00	100,00	54,24	34,34
Salud general	15,00	87,00	50,00	22,40
Vitalidad	6,67	90,00	58,44	24,25
Función social	0,00	100,00	81,06	28,66
Rol emocional	0,00	100,00	58,59	44,12
Salud mental	5,00	88,00	55,00	21,79
Índice Sumario físico	23,03	59,10	41,29	9,96
Índice Sumario mental	13,68	60,19	42,19	13,11

obtención del puntaje tanto de las ocho dimensiones como de las dos escalas se realizaron con el algoritmo (syntaxis para SPSS) presentado en el manual de uso.

Los resultados de las ocho dimensiones evaluadas así como de las dos escalas del instrumento se presentan en la Tabla 3. En ella se puede observar que en la escalas *función física*, *rol físico*, *dolor corporal*, *función social* y *rol emocional* se presentan los valores máximos de la escala, lo cual indica que algunas de estas personas perciben una excelente calidad de vida en dichas dimensiones; no ocurre lo mismo en las escalas *salud general*, *vitalidad* y *salud mental* en las que el puntaje máximo es menor a 90.

Como puede apreciarse en la Tabla 3, las medias más altas se encuentran en las escalas de función social y función física; las escalas de dolor corporal, salud general, vitalidad, rol emocional y salud mental se encuentran en niveles medios; la dimensión rol físico es la que presenta el nivel más bajo. En cuanto a los índices *componente físico* y *mental* se observa que se encuentran cerca de una desviación por debajo de la media de referencia, lo cual denota la deficiencia percibida en la calidad de vida de estas personas; al comparar las medias de esta muestra con las normas españolas se encontró que hay diferencias estadísticamente significativas tanto en el componente físico ($z = -4,61$ sig. 0,000) como en el componente mental ($z = -4,13$ sig. 0,000). Lo cual pone de manifiesto que las personas que presentan mejor calidad de vida en esta muestra no alcanzan a estar a una desviación por encima del promedio poblacional, pero sí presentan valores bajos tan extremos como 13,68 en el componente mental (este valor se encuentra a más de tres desviaciones típicas por debajo del promedio, es decir, representa una muy baja calidad de vida).

Posteriormente, se procedió a examinar si existían diferencias en la percepción de calidad de vida entre quienes

presentan adhesión al tratamiento y los que no; y de ser así, observar las características que adquiere en cada uno de los grupos. En la Tabla 4, se presenta la comparación entre los dos grupos, respecto a cada una de las dimensiones evaluadas. La prueba estadística utilizada fue la *t* de Student para grupos independientes, la cual se usa para muestras pequeñas siempre y cuando se cumplan los requisitos de tener una distribución normal de base, lo cual aquí es posible garantizar debido a la utilización de puntuaciones típicas; respecto a la otra exigencia para su uso (igualdad de varianzas), aunque la prueba *t* de Student es robusta a su violación es preferible utilizar una variación del estadístico para tales casos como se indica más adelante.

Tal como puede observarse en la Tabla 4, únicamente en la función física se presentan diferencias estadísticamente significativas; llama la atención que quienes no presentan adhesión tienen una media más alta, lo cual también ocurre en las dimensiones rol físico, salud general, vitalidad y componente físico, sólo que en estas dimensiones las diferencias no son estadísticamente significativas. Por el contrario, en las dimensiones dolor corporal, función social, rol emocional, salud mental y componente mental, las personas con adhesión al tratamiento presentan medias superiores, pero no son estadísticamente significativas.

Al examinar las características sociodemográficas de la muestra con base en el criterio de adhesión, se encontró que la edad no presentaba diferencias significativas entre los grupos ($t = 1,81$; sig. 0,079) aunque la media es mayor en el grupo que presenta adhesión, lo mismo ocurrió con el tiempo de hemodiálisis ($t = -0,75$; sig. 0,454). Para establecer las posibles diferencias entre el sexo y el estado civil (en este último caso, se tomaron sólo los datos de las personas solteras y casadas), se utilizó la prueba *t* de Student para grupos independientes y la prueba U de Mann-

TABLA 4. COMPARACIÓN ENTRE LAS PUNTUACIONES OBTENIDAS EN CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA POR LOS DOS GRUPOS DE PACIENTES

Criterio de de adhesión	N	Media	Desv. típica	t.	sig.	
Función física	Sí	19	51,84	27,45	-2,178	0,037
	No	13	72,31	23,95		
Rol físico	Sí	19	45,18	35,72	-0,292	0,772
	No	13	49,36	45,32		
Dolor corporal	Sí	19	55,42	30,76	0,197	0,846
	No	13	52,77	41,46		
Salud general	Sí	19	47,21	21,58	-0,913	0,369
	No	13	54,69	24,45		
Vitalidad	Sí	17	55,69	24,32	-0,478	0,636
	No	13	60,00	24,67		
Función social	Sí	19	84,87	20,23	0,933	0,364
	No	13	74,04	38,35		
Rol emocional	Sí	19	59,65	42,42	0,360	0,722
	No	13	53,85	48,19		
Salud mental	Sí	16	54,48	18,76	0,094	0,926
	No	11	53,67	26,43		
Índice Sumario Físico	Sí	16	39,23	8,81	-1,366	0,184
	No	11	44,57	11,49		
Índice Sumario Mental	Sí	16	43,79	11,44	1,107	0,279
	No	11	38,24	14,63		

NOTA: PARA LAS ESCALAS DE DOLOR CORPORAL Y FUNCIÓN SOCIAL SE REALIZARON PRUEBAS T PARA GRUPOS INDEPENDIENTES CON VARIANZAS DESIGUALES; EN EL RESTO DE LAS ESCALAS LAS VARIANZAS NO FUERON SIGNIFICATIVAMENTE DESIGUALES. AL EXAMINAR LOS DATOS CON LA PRUEBA U DE MANN-WHITNEY, SE CONFIRMA LA DECISIÓN TOMADA SOBRE LA HIPÓTESIS NULA EN TODOS LOS CASOS.

Whitney, para confirmar sus resultados. Aunque no se encontraron diferencias significativas por sexo ni por estado civil en ninguna de las dimensiones y componentes evaluados de la calidad de vida, a nivel descriptivo se puede observar que los hombres reportan, en términos generales, una mejor calidad de vida que las mujeres, caracterizada principalmente por una mejor función social, rol emocional y menor dolor corporal (Figura 1). Con respecto al estado civil, se observó que los solteros presentan niveles más altos de calidad de vida en las dimensiones función social, función física y salud mental en comparación con los casados, pero menor en las dimensiones rol físico, dolor corporal y salud general (Figura 2).

Estas diferencias, aunque no son estadísticamente significativas solo indican una tendencia a que la calidad de vida sea percibida de forma diferente por hombres y mujeres, y por solteros y casados, aspecto que debe ser estudiado con mayor profundidad, en términos de convivencia y apoyo social percibido.

Es importante destacar que sólo en algunas dimensiones se presentan medias por debajo de 50 (0-100), lo cual indica que la calidad de vida en estas personas no se percibe tan deteriorada, no obstante, al revisar las medias de los índices sumarios (físico y mental) se comprueba que la enfermedad crónica que padecen sí afecta de manera importante la calidad de vida de estos pacientes, independiente del sexo, de convivir en pareja o de su estado de adhesión al tratamiento. Lo anterior lleva a considerar la identificación de variables psicológicas que favorezcan la calidad de vida percibida e intervenir sobre ellas para contribuir en un área importante de bienestar.

Discusión

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad progresiva y altamente demandante de los recursos del individuo que la padece y de su familia, con serias consecuencias sobre su calidad de vida. Además de poseer

FIGURA 1. CALIDAD DE VIDA EN HOMBRES Y MUJERES DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

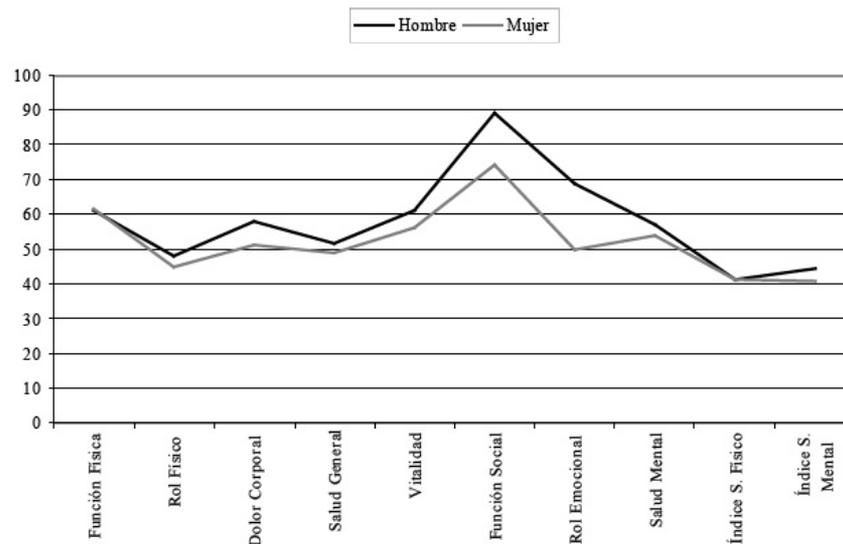
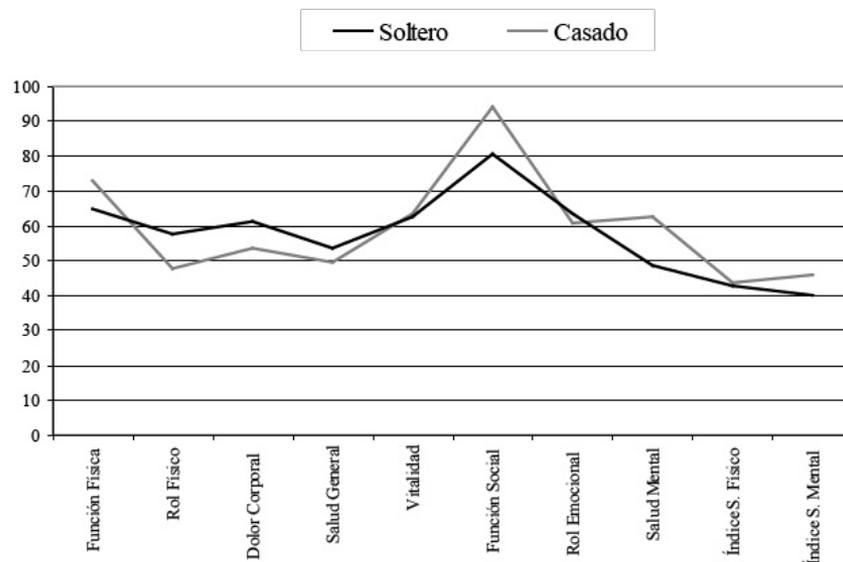


FIGURA 2. CALIDAD DE VIDA EN SOLTEROS Y CASADOS DE UNA MUESTRA DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.



las características de otras enfermedades crónicas, la IRC tiene factores que incrementan su severidad; suele asociarse a la presencia de otros trastornos, sus modalidades de tratamiento son invasivas y altamente exigentes en tiempo y esto lo que impide al paciente en muchas ocasiones conseguir o mantener un trabajo.

La anterior descripción haría suponer que la IRC afecta substancialmente la calidad de vida del paciente, especialmente en lo relacionado con su vida social, no obstante, en este estudio la función social se encontró en

buna medida preservada, obteniéndose una puntuación alta (81,1) es decir, estas personas perciben que sus problemas de salud física o emocional no interfieren de manera importante en su vida social habitual, aspecto que constituye un recurso que puede ser potenciado a fin de favorecer otros aspectos de la calidad de vida que se relacionan con esta dimensión.

La función social se encontró en mejores condiciones incluso que la obtenida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II no insulino dependientes, en la

que se obtuvo una puntuación de 71,4 (Vinaccia et al., 2006), aspecto interesante si se tiene en cuenta que, a diferencia de la IRC, el tratamiento intensivo de esta enfermedad crónica no deteriora y se asocia con el bienestar del paciente, producto de los cambios en el estilo de vida.

Lo anterior puede ser explicado por la complejidad misma del concepto de calidad de vida relacionada con la salud, que implica componentes objetivos y subjetivos de bienestar (Rodríguez-Marín, 1995) que no solo están vinculados estrechamente con indicadores biológicos puesto que su percepción es modulada de manera significativa por factores psicológicos y sociales. En este sentido, se confirma que la calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes no se relaciona únicamente con las molestias físicas que involucra la enfermedad y su tratamiento, lo que hace que esta se constituya en una variable potencialmente modificable, con importantes implicaciones, sobre el bienestar del paciente y su adhesión al tratamiento, aspecto especialmente relevante en los pacientes con IRC, que además de someterse a un tratamiento, deben modificar de forma substancial su estilo y hábitos de vida de manera permanente (Álvarez et al., 2001; Gómez-Vela & Sabeth, 2002; Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001).

Así mismo, la dimensión física se encontró menos deteriorada que las demás, obteniendo una puntuación de 61,2, lo cual rebate los resultados de algunos estudios que sostienen que esta área es la más afectada y genera mayor insatisfacción en los pacientes en hemodiálisis (Tovbin, Gidron, Granovsky & Schnieder, 2003). Aunque los participantes obtuvieron puntuaciones bajas en esta dimensión, ella supera el nivel medio de la escala (50), y es de las más preservadas; así, los participantes consideran que su condición de salud no limita substancialmente sus actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, o subir escaleras entre otras.

No obstante, la dimensión *rol físico* fue la más deteriorada de todas (46,2); ellos perciben que su salud física interfiere en su trabajo y demás actividades diarias, que su rendimiento es menor que el deseado, que se sienten limitados y presentan dificultades para realizar ciertas actividades; esta dimensión merece especial atención, en cuanto es en la que se percibe mayor detrimento. Probablemente el que ellos puedan realizar un oficio (perciben que su función física está en cierta medida preservada) o un trabajo, teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo que conlleva la hemodiálisis, favorecería su percepción de bienestar, aspecto que podría trabajarse con programas integrales que involucren la participación de otros profesionales, a nivel interdisciplinario.

De manera general se puede observar que los pacientes con diagnóstico de IRC presentan un menoscabo importante en la mayoría de las dimensiones

de la calidad de vida evaluada, lo cual coincide con otros estudios (Cidoncha et al., 2003). Al comparar estos resultados con los obtenidos con población colombiana sana (García & Lugo, 2002), se observan las siguientes relaciones respectivamente: función física, 61,2 - 93,9; rol físico 46,2 - 90,3; dolor corporal, 54,2 - 82; salud general, 50 - 84,4; vitalidad, 58,4 - 75,8; función social, 81,1 - 85,8; rol emocional, 58,6 - 86,3; y salud mental; 55 - 79,5. Así mismo, el índice sumario físico (41,29) y mental (42,19) obtenido estuvo por debajo de la media de referencia ofrecida en la escala, lo que pone de manifiesto, en términos generales el detrimento en la calidad de vida que presentan y cómo las dos dimensiones más altas, anteriormente comentadas, constituyen un recurso que debe ser potenciado.

Se encontró que de los 32 pacientes con información válida en esta variable, 13 (40,6%) no presentaban adhesión al tratamiento. Lo anterior corresponde con la escasa adhesión encontrada en otros estudios (Cvengros, Christensen & Lawton, 2004), lo cual puede tener relación con el bajo nivel educativo de los participantes, aspecto que ya ha sido evidenciado (Kaveh & Kimmel, 2001). Este alto índice de no adhesión pone de manifiesto la importancia de abordar este fenómeno, para evitar complicaciones para el paciente, su familia y el sistema sanitario.

No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto a la calidad de vida, aspecto encontrado en otros estudios (Vásquez et al., 2004), sin embargo, a nivel descriptivo se puede observar que los hombres reportaron mejor calidad de vida que las mujeres; conservan mejor su función social, rol emocional y menor dolor corporal, como ha sido documentado (Arenas et al., 2004; Fernández et al., 2005).

Al hacer la comparación entre los grupos, se observaron diferencias significativas en función física entre quienes presentan adhesión al tratamiento y los que no, denotando estos últimos mejor calidad de vida. Es decir, los pacientes que no presentan adhesión al tratamiento consideran que su condición de salud no limita substancialmente sus actividades físicas, acorde con ello, presentan a nivel descriptivo, mayores puntuaciones en las dimensiones rol físico, salud general, vitalidad y componente físico.

Los pacientes con adhesión al tratamiento por su parte, presentan medias superiores en dolor corporal (refieren menor dolor), función social, rol emocional, salud mental y componente mental. Tales diferencias, aunque no son significativas están indicando que la adhesión constituye una variable que diferencia el componente físico del mental entre los pacientes con y sin adhesión respectivamente, aspecto que debe estudiarse con mayor profundidad, probablemente con muestras más grandes.

Es probable que dichas diferencias obedezcan por una parte, a que los pacientes que presentan adhesión al tratamiento eviten experimentar los efectos físicos adversos que el proceso de sustitución renal conlleva y evitar los efectos secundarios de los medicamentos (Kaveh & Kimmel, 2001), aspecto que puede reforzar el comportamiento de no adhesión y generar graves consecuencias para el paciente, entre ellas, malnutrición, neuropatías, enfermedad en los huesos, falla cardíaca e incluso la muerte (Hersh-Rifkin & Stoner, 2005).

Por otra parte, la adhesión al tratamiento parece fortalecer la percepción de control que tiene el individuo sobre su enfermedad y tratamiento, lo que puede tener incidencia sobre los aspectos emocionales, en los que este grupo reporta mayores niveles, relacionados con puntuaciones más altas en salud mental y en el componente mental en general, aspectos que podrían relacionarse a su vez con el menor dolor percibido en este grupo de pacientes. Estos resultados son coherentes con los obtenidos en otros estudios (Hailey & Moss, 2000) en los que se destaca la importancia de los aspectos cognitivos y emocionales en el comportamiento de adhesión. Estos resultados denotan la importancia de estudiar factores psicológicos como la percepción de control, como mediador del comportamiento de adhesión y denota la necesidad de realizar análisis funcionales que se aproximen a la explicación de dicho comportamiento.

De acuerdo con los resultados de este estudio, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con respecto al sexo, edad, estado civil y nivel educativo, es decir, las variables sociodemográficas no discriminaron entre los grupos. Con respecto al estado civil, aunque no se encontraron diferencias significativas, se observó que los solteros presentan niveles más altos en algunas dimensiones de la calidad de vida, aspecto que debe ser estudiado con mayor detenimiento probablemente desde la variable cognitiva *percepción de apoyo social*. En este orden de ideas, brindaría mayor conocimiento al estudio del comportamiento de adhesión la variable cognitiva de percepción de apoyo social que la variable sociodemográfica *estado civil* (en este último caso sería más recomendable referirse a convivencia).

Dadas las diferencias (no significativas) encontradas en razón de características sociodemográficas y en ciertas dimensiones de la calidad de vida evaluadas, se sugiere continuar realizando estudios, con muestras más grandes y homogéneas a nivel correlacional, que permitan observar la posible asociación entre estas variables. De igual forma, se sugiere incluir en estos estudios variables psicológicas relacionadas con las dimensiones de calidad de vida, que han mostrado cierta relación con el

comportamiento de adhesión, tales como el apoyo social, afrontamiento, expectativas de eficacia, y estados emocionales como ansiedad y depresión entre otras (Christensen & Ehlers, 2002; Hailey & Moss, 2000; Kaveh & Kimmel, 2001; Kulik & Mahler, 1993; Oto, Muñoz, Barrio, Pérez, & Matad, 2003; Valderrabano, Jofre & López-Gómez, 2001), y someterlas a análisis multivariados que permitan predecir el comportamiento de adhesión.

Dada la complejidad del comportamiento de adhesión, se sugiere en futuros estudios discriminar entre cada uno de los indicadores que la sustentan, pues algunas investigaciones señalan diferencias al respecto. Probablemente el asumir esta variable en conjunto (sin discriminar entre las distintas conductas de adhesión), no permita observar las diferencias que puedan presentarse, las cuales pueden ser sutiles pero relevantes.

Referencias

- Alarcón, A. (2004). La personalidad del paciente y el apoyo psicosocial. En A. Alarcón (Ed.), *Aspectos psicosociales del paciente renal*. Bogotá: Clínica Marly.
- Alarcón, C., Aguilar, O., Jiménez, A. & Manrique, C. (2002). La calidad de vida en pacientes con trasplante renal, medida a través del índice de Karnofsky en un hospital general. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 16, 119-123.
- Alonso, J. (1999). *Cuestionario de salud SF-36: versión española 1.4*. Barcelona: I.M.I.M.
- Alonso, J., Prieto, L. & Antó, J. (1995). La versión española del SF-36. Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina clínica*, 104, 771-776.
- Álvarez, F., Fernández, M., Vázquez, A., Mon, C., Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21, 191-199.
- Alvarez-Ude, F. (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.
- Amigo, I., Fernández, C. & Pérez, M. (2003). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Arenas, M., Moreno, E., Reig, A., Millán, I., Egea, J., Amoedo, M., Gil, M. & Sirvent, A. (2004). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas Coop-Wonca en

- una población de hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 24, 470-479.
- Badía, X. & Lizán, L. (2003). Estudios de calidad de vida. En A. Martín & J. Cano (Eds.). *Atención primaria: Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Elsevier.
- Barrios, M., Cuenca, I., Devia, M., Franco, C., Guzman, O., Niño, A., Restrepo, G., Rodas, C. & Trujillo, L. (2004). *Manual de capacitación del paciente en diálisis peritoneal*. Bogotá: Often Gráfico.
- Borrero, J., Vea, M. & Rubio, L. (2003). Hemodiálisis. En J. Borrero, J. Restrepo, W. Rojas & H. Vélez (Eds.) *Nefrología*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Bremer, C., McCauley, C., Wrona, R. & Johnson, J. (1989). Quality of life in end-stage renal disease: a reexamination. *American Journal of Kidney Diseases*, 13(3), 200-209.
- Burgos, F., Pascual, J., Gómez, V., Orofino, L., Liaño, F. & Oruño, J. (1997). Effect of kidney transplantation and ciclosporine treatment on male sexual performance and hormonal profile: a prospective study. *Transplantation Proceedings*, 29, 227-228.
- Castillo, A. & Arocha, C. (2001). La calidad de vida en salud en el período revolucionario. *Revista cubana de salud pública*, 27, 45-49.
- Cidoncha, M., Estévez, I., Marín, J., Anduela, M., Subyaga, G. & Diez de Baldeón, S. (2003). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.
- Chávez R. (2001). Evaluación de la calidad de vida en los pacientes en hemodiálisis con el uso de eritropoyetina. Resumen recuperado el 12 de octubre de 2005, de <http://www.uninet.edu/cin2001/html/paper/chavez.html>.
- Christensen, A. & Ehlers, S. (2002). Psychological Factor in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-734.
- Cvengros, J., Christensen, A. & Lawton, W. (2004). The role of perceived control and preference for control in adherence to a chronic medical regimen. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(3), 155-161
- Fernández, S., Martín, A., Barbas, M., González, M., Alonso, M. & Ortega, M. (2005). Accesos vasculares y calidad de vida en la enfermedad crónica renal terminal. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 57, 185-198.
- García, F., Fajardo, C., Guevara, R., González, V. & Hurtado, A. (2002). Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*, 22, 245-252.
- García, H. & Lugo, L. (2002). *Adaptación cultural y fiabilidad del instrumento de calidad de vida SF-36 en instituciones de Medellín*. Tesis de Maestría: Facultad Nacional de Salud Pública.
- Gil, J., Cunqueiro, M., García, J., Foronda, J., Borrego, M., Sánchez Perales, P., Pérez del Barrio, J., Borrego, G., Viedma, A., Liébana, S., Ortega & Pérez V. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en hemodiálisis. *Nefrología*, 23, 528-537.
- Gómez-Vela, M. & Sabeth E. (2002). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Publicaciones del inicio*, 1-7.
- González, V. & 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 Nefrológica*, 4, 6-12.
- Gutman, R., Stead, W. & Robinson, R. (1981). Physical activity and employment status of patients on maintenance dialysis. *The New England Journal of Medicine*, 304, 309-313.
- Hailey, B. & Moss, S. (2000). Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature. *Psychology Health & Medicine*, 5, 395-406.
- Hersh-Rifkin, M. & Stoner, M. H. (2005). Psychosocial aspects of dialysis therapy. En J. Kallenbach, C. Gutch, M. Stoner & A. Corea. (Eds.) *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel*. St Louis, MO: Mosby Inc.
- Johnson, J., McCauley, C. & Copley, J. (1982). The quality of life of hemodialysis and transplant patients. *Kidney International*, 22(3), 286-291.
- Kaveh, K. & Kimmel, P. (2001). Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standar. *American Journal of Kidney Diseases*, 37(2), 244-266.
- Khechane, N. & Mwaba, K. (2004). Treatment adherence and coping with stress among Black South African Haemodialysis patients. *Social Behavior and Personality Journal*, 32(8), 777-782.
- Kimmel, P. (2001). Psychosocial factors in dialysis patients. *Kidney International*, 60(3), 1201-1202.
- Kulik, J., & Mahler, H. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after

- coronary bypass surgery: A longitudinal study. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 45-63.
- Lindqvist, R. & Sjoden, P. (1998). Coping strategies and quality of life among patient on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 312-319.
- Martín, F., Reig, A., Sarró, F., Ferrer, R., Arenas, D., González, F. & Gil, T. (2004). Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestionario Kidney Disease Quality of Life – Short Form (KDQOL-SF). *Revista diálisis y trasplante*, 25(2), 79-92.
- Mittal, S., Ahern, L., Flaster, E., Maesaka, J. & Fishbane, S. (2001). Self-assessed physical and mental function of haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16, 1387-1394.
- Nin Ferrari, J. (2001). Calidad de vida en hemodiálisis. *Salud militar*, 23(1).
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Washington, DC.
- Ortega, N. & Martínez, M. (2002). Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis. *Revista Enfermería*, 10, 17-20.
- Oto, A., Muñoz, R., Barrio, R., Pérez, M. & Matad, T. (2003). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: Influencia del estado de ansiedad-depresión y de otros factores de co-morbilidad. *Comunicaciones presentadas al XXVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. Barcelona: Hospal.
- Pérez, J., Llamas, F. & Legido, A. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. *Archivos de Medicina*, 1(3), 1-10.
- Porter, G. (1994). Assessing the outcome of rehabilitation in patients with end-stage renal disease. *American Journal of Kidney Diseases*, 24(1), supplement 1, 22-27.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Satisfacción del paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En J. Rodríguez-Marín (Ed.) *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rorer, B., Tucker, C. & Blake, H. (1988). Long term nurse-patient interactions: Factors in patient compliance or noncompliance to the dietary regimen. *Health Psychology*, 7, 35-46.
- Ruiz, M. & Castelo, S. (2003). Diálisis peritoneal. En J. Borrero, J. Restrepo, W. Rojas & H. Vélez. (Eds.) *Nefrología*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Ruiz, M., Román, M., Martín, G., Alférez, M. & Prieto, D. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud en las diferentes terapias sustitutivas de la insuficiencia renal crónica. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 6, 222-232.
- Sanabria, R., (2003) Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. En Borrero, Restrepo, Rojas & Vélez. (Eds.) *Nefrología*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Schneider, M., Friend, R., Whitaker, P. & Wadhwa, N. (1991). Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: cognitive and emotional variables. *Health Psychology*, 10(3), 209-215.
- Sjoden, P. & Lindqvist, R. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1389-1408.
- Suet-Ching L. (2001). The quality of life for Hong Kong dialysis patients. *Journal of advanced Nursing*, 35, 218-227.
- Suh, M., Kim, S., Park, J. & Yang, W. (2002). Effects of regular exercise on anxiety, depression, and quality of life in maintenance hemodialysis Patients, *Journal Renal Failure*, 24, 337-345.
- Schwartzmann, L., Olaizola, I., Guerra, A., Dergazarian, S., Francolino, C., Porley, G. & Ceretti, T. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista médica de Uruguay*, 15, 103-109.
- Tovbin, D., Gidron, Y., Granovsky, R. & Schnieder, A. (2003). Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Quality of Life Research*, 12, 709-717.
- Valderrabano F, Jofre, R. & López-Gómez, J. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38(3), 443-464.
- Vásquez, I., Valderrabano, F., Fort, J., Jofré, R., López, M., Gómez, J., Moreno, F. & Guajardo, D. (2004). Diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre hombres y mujeres en tratamiento en hemodiálisis. *Sociedad Española de Nefrología*, 24, 167-178.
- Velarde, E. & Avila, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44(4), 349-361.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I., Contreras, F. & Tobón, S. (2006). Calidad de vida y conducta de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13, 15-31.

