



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**VARIABLES ASOCIADAS A LA CALIDAD DE VIDA  
EN PACIENTES ADULTOS EN TRATAMIENTO  
DE HEMODIÁLISIS EN CLÍNICA RENAL DEL CANTÓN  
SUCÚA-MORONA SANTIAGO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN  
CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**AUTORA: JOSSELIN CRISTINA ASTUDILLO LEÓN**

**DIRECTORA: MGS. ANA CARIDAD SERRANO PATTEN**

**CUENCA-ECUADOR**

**2021**

*Yo me gradué en  
los 50 años de La Cato!  
... y sostuve la Universidad*



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**VARIABLES ASOCIADAS A LA CALIDAD DE VIDA  
EN PACIENTES ADULTOS EN TRATAMIENTO  
DE HEMODIÁLISIS EN CLÍNICA RENAL DEL CANTÓN  
SUCÚA-MORONA SANTIAGO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN  
CURRICULAR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO**

**AUTORA: JOSSELIN CRISTINA ASTUDILLO LEÓN**

**DIRECTORA: MGS. ANA CARIDAD SERRANO PATTEN**

**CUENCA-ECUADOR**

**2021**

*Yo me gradué en  
los 50 años de La Cato!  
... y sostuve la Universidad*

## RESUMEN

El siglo XXI se ha caracterizado por el envejecimiento demográfico y el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles que anualmente provocan la muerte de 15 millones de personas en todo el mundo. Una de ellas es la enfermedad renal crónica (ERC), con una prevalencia en América Latina de 650 pacientes por cada millón de habitantes, que ven afectada su calidad de vida a causa del cuadro clínico y el tratamiento. El presente trabajo se orientó a analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y su asociación con variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas, evaluadas en pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis de la clínica renal “Franklin Mora” del cantón Sucúa- Morona Santiago. Es una investigación cuantitativa, correlacional, de corte transversal. Se trabajó con 23 pacientes; la obtención de información se realizó a través de una ficha de datos generales, el *Kidney Disease Quality of Life (KDQOL- 36)*, el Cuestionario de Identidad de Enfermedad (CIE-E) y la Escala de adherencia terapéutica (EAT). Como resultado destaca que los pacientes tienen una percepción de deterioro de la CVRS, la adherencia terapéutica del 69.5% es moderada y la regularidad con que la enfermedad se ha integrado a la identidad personal de dichos pacientes es de forma desadaptativa. Existe correlación negativa entre la CVRS la edad  $\rho$  (rho) =  $-.288^{**}$ ; el tiempo de diagnóstico con  $\rho$  (rho) =  $-.114^*$  y la dimensión absorción  $\rho$  (rho) =  $-.62^*$ . Hay correlaciones positivas estadísticamente significativas con la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de IE.

**Palabras claves:** insuficiencia renal, calidad de vida, variables de enfermedad, variables psicológicas.

## ABSTRACT

The 21st century has been characterized by demographic aging and an increase in chronic non-communicable diseases that annually cause the death of 15 million people worldwide. One of these is chronic kidney disease (CKD), with a prevalence in Latin America of 650 patients per million inhabitants, whose quality of life is affected by the clinical picture and treatment. This study aimed to analyze health-related quality of life (HRQOL) and its association with sociodemographic, clinical and psychological variables, evaluated in patients with renal failure undergoing hemodialysis treatment at the "Franklin Mora" renal clinic in the canton of Sucúa, Morona Santiago. It is a quantitative, correlational, cross-sectional research. We worked with 23 patients; information was obtained through a general data sheet, the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36), the Disease Identity Questionnaire (CIE-E) and the Therapeutic Adherence Scale (EAT). As a result, the patients have a perception of deterioration of HRQOL, the therapeutic adherence of 69.5% is moderate and the regularity with which the disease has been integrated into the personal identity of these patients is maladaptive. There is negative correlation between HRQoL the age  $\rho$  (rho) =  $-.288^{**}$ ; the time of diagnosis with  $\rho$  (rho) =  $-.114^*$  and the involvement dimension  $\rho$  (rho) =  $-.62^*$ . There are statistically significant positive correlations with therapeutic adherence and the EI acceptance dimension.

**Key words:** renal failure, quality of life, disease variables, psychological variables.

## INTRODUCCIÓN

El siglo XXI se ha caracterizado por el envejecimiento demográfico y consecuentemente se ha producido un incremento considerable de enfermedades crónicas no transmisibles que anualmente provocan la muerte de 15 millones de personas entre 30 y 70 años de edad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2017). Una de ellas es la enfermedad renal crónica (ERC), la cual tiene una prevalencia en América Latina de 650 pacientes por cada millón de habitantes, con un incremento estimado del 10% anual (Pecoits-Filho et al., 2015; Gonzalez-Bedat, Rosa-Diez, & Ferreiro, 2017).

La ERC se caracteriza por la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar los residuos de la metabolización que se encuentran en la sangre y la imposibilidad de los mismos de regular el equilibrio hidroelectrolítico del organismo. Es una enfermedad progresiva que destaca por no presentar síntomas evidentes hasta etapas avanzadas, en que se torna irreversible. Habitualmente requiere de tratamientos sustitutivos de la función renal como la diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante de riñón, los cuales son altamente invasivos y costosos (Pruijm, 2014).

En Ecuador, en el año 2016 se contabilizaron cerca de 10.000 personas diagnosticadas con enfermedad renal terminal o avanzada, que necesitan tratamiento dialítico en instituciones públicas de salud (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2016). Se espera que para los próximos años exista un incremento progresivo de esta cifra, debido a que la ERC se asocia causalmente en un 43% de los casos con la diabetes mellitus y en un 50% con hipertensión arterial. Estas enfermedades crónicas tienen una alta prevalencia de morbilidad dentro de la población ecuatoriana, estando entre las diez causas fundamentales de mortalidad general a nivel de país, con efectos negativos a escala social, familiar e individual (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2017).

En correspondencia al incremento de pacientes con ERC, en el tiempo, también crecerá la cantidad de enfermos que necesiten acceder a tratamiento renal sustitutivo (TRS), ya sea mediante hemodiálisis, diálisis o trasplante renal. Según expresan Contreras, Espinosa & Esguerra (2007), la ERC ha sido reconocida como una condición médica extraordinaria, debido a que resulta difícil encontrar otro trastorno que requiera de tan alto grado de dependencia a

medios artificiales y que tenga demandas de conducta tan estrictas para la supervivencia de quienes la padecen.

Al respecto, se han desarrollado investigaciones en las últimas décadas que han demostrado que, estos pacientes ven afectada su cotidianidad debido al fuerte impacto que provocan en su vida, las alteraciones fisiológicas, psicológicas y sociales, producidas por la sintomatología de la enfermedad y las consecuencias de los tratamientos de sustitución de la función renal (Perales et al., 2016; Kostro, 2016; Mendoza, 2016; Hamilton, 2019).

Relacionado a tales efectos, se han identificado diferencias en el comportamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica, encontrándose que algunos muestran un funcionamiento adaptativo ante su condición de salud, mientras que otros experimentan dificultades para adaptarse a convivir con la enfermedad y al estilo de vida que le impone el estar sujetos a tratamientos de larga duración para garantizar su supervivencia (Perales-Montilla, 2012; Belayev, 2015; Narva, Norton & Boulware, 2016; Goh, 2018).

Existen diversas maneras de explicar las diferencias de comportamientos en este tipo de paciente crónico, en cuya explicación intervienen desde variables sociodemográficas como la situación económica, el sexo, la edad, el nivel de instrucción, entre otras (Levey et al., 2003); variables relacionadas con la enfermedad como las complicaciones, la comorbilidad, el deterioro progresivo de la función renal, etc. (Guzmán-Guillén, 2014; Pruijm, 2014); variables personales o intrasujeto como el autocuidado, la personalidad, los estados emocionales y otras (Gómez, 2014; Montes, 2014; Buades, 2015; Ibrahim, 2015; Havas, 2016; Moya, 2017; Arana, 2018); así como extrasujeto (Jiménez, 2017; Rosales Origuela, 2016; Bylsma, 2017).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una de las variables que ha sido evaluada de manera sistemática en pacientes con ERC. Se trata de un constructo multidimensional que está asociado a la percepción de bienestar en situación de enfermedad; su medición ayuda a determinar los efectos que produce la enfermedad en el paciente, la forma en la que ésta afecta todos los aspectos de la vida que están determinados por el proceso salud-enfermedad, así como para medir y predecir el impacto de la terapéutica en el enfermo (Vazquez et al., 2006; Lopes et al., 2007; Maglakelidze et al., 2011; Rebollo-Rubio, 2015; Gomes Neto et al., 2018; Wong et al., 2019). La CVRS se construye a partir de diversas facetas de la vida y situaciones del paciente que influyen en el funcionamiento físico, bienestar psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social, percepción general de la salud y otros factores (Ruiz & Pardo, 2005).

En estudios realizados sobre el impacto de determinadas variables sobre la CVRS en pacientes con ERC, destacan los resultados que hacen mención de las variables asociadas a la enfermedad, como son el tiempo de diagnóstico y el tipo de tratamiento de sustitución de la función renal, diálisis peritoneal y hemodiálisis (Davison & Jhangri 2010; (Jesky et al; 2016; Varela, 2015; Barbero, 2016), así como las variables psicológicas, entre las que destaca la adherencia terapéutica (Huertas-Vieco, 2014; Cukor, 2015; Cockerham, 2017).

Una revisión sistemática realizada por Rebollo et al., (2015) revela que el tiempo de padecimiento de la enfermedad renal crónica y el tipo de tratamiento de sustitución de la función renal que posee el paciente, están asociados negativamente con la percepción de CVRS. Adicionalmente, según señalan Ocampo (2017) y Jiménez (2019), de las modalidades de tratamiento para la ERC, la que presenta una mayor afectación de la calidad de vida en el paciente es la hemodiálisis, ya que ésta requiere del traslado de tres o más veces por semana a la unidad renal, viéndose así perjudicados los aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales que conforman al individuo (Iyasere, 2016; Jardine et al., 2017).

Pérez y Colman (2015) señalan que los pacientes con insuficiencia renal crónica presentan durante el proceso de su enfermedad, una vivencia única de la misma, la cual depende mucho de su entorno familiar y social. Así mismo, mencionan que a lo largo de su tratamiento manifiestan percepciones subjetivas vinculadas con sentimientos de minusvalía, desesperanza, problemas de autoestima e imagen corporal, inseguridad, invalidez, ansiedad y angustia, las cuales surgen y son comunes en la mayoría de los pacientes.

Cabe mencionar en este contexto que también existe evidencia empírica que destaca un aspecto de singular importancia en el análisis de la CVRS en los pacientes renales, y el comportamiento de la variable adherencia terapéutica y los móviles que llevan a los enfermos a cumplimentar o no el tratamiento indicado (Pabst, Bertram, Zimmermann, Schiffer & de Zwaan, 2015). Adicionalmente en Europa y Estados Unidos, se han desarrollado investigaciones sobre identidad de enfermedad (IE) y su efecto en el comportamiento de pacientes con diversas enfermedades crónicas; este es un constructo que ofrece una explicación respecto a las diferentes maneras en que el paciente puede integrar la enfermedad a su identidad personal (Yanos, Roe, Lysarker, 2010; Oris et, al, 2016; Oris et, al, 2018; Luyckx et al., 2018).

Tales elementos señalados constituyen antecedentes de importancia para la realización del presente estudio, que se orientó a analizar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y variables psicológicas seleccionadas como son la identidad de enfermedad y la adherencia terapéutica. Para ello, durante el desarrollo de la investigación se caracterizaron a los pacientes según variables sociodemográficas y clínicas; se evaluó la CVRS general y por dimensiones; se determinaron los niveles de adherencia terapéutica y la forma de integración de la enfermedad en la identidad personal de los pacientes. El estudio se realizó en la clínica renal Franklin Mora del cantón Sucúa de Morona Santiago.

## **FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **Enfermedad renal crónica**

La ERC se caracteriza por la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar los residuos de la metabolización que se encuentran en la sangre y la imposibilidad de los mismos de regular el equilibrio hidroelectrolítico del organismo. Es una enfermedad progresiva que destaca por no presentar síntomas evidentes hasta etapas avanzadas, en que se torna irreversible. Habitualmente requiere de tratamientos sustitutivos de la función renal como la diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante de riñón, los cuales son altamente invasivos y costosos (Merk Sharp & Dohme, 2015).

Según expresan Contreras, Espinosa & Esguerra (2013), la ERC ha sido reconocida como una condición médica extraordinaria, debido a que resulta difícil encontrar otro trastorno que requiera de tan alto grado de dependencia a medios artificiales y que tenga demandas de conducta tan estrictas para la sobrevivencia de quienes la padecen.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador reconoce a la Insuficiencia Renal dentro de las enfermedades crónicas. Esta es una enfermedad que no solo conlleva una afectación al sistema orgánico sino también genera problemas a nivel emocional, conflictos en el área familiar y social, provocando un deterioro más grave en la salud del paciente (MSP, 2015). En el país se contabilizan cerca de 10.000 personas diagnosticadas con insuficiencia renal y que necesitan diálisis (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), 2016). Ha sido notable el aumento de la prevalencia de la enfermedad en el territorio, y a pesar de que en los últimos años ha existido una mayor organización y acceso a los servicios de salud, aún es insuficiente la cobertura para ofrecer una atención integral a esta población de forma contextualizada.

## **Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicológicas asociada en el estudio de a ERC**

El concepto de calidad de vida ha sido definido en reiteradas ocasiones como la evaluación subjetiva de la vida en su conjunto y cuando se analiza en condición del proceso salud enfermedad, es vista como la aceptación y grado de satisfacción de los pacientes acerca de su capacidad funcional en relación con la que perciben como posible o ideal. Ambas definiciones hacen énfasis en la naturaleza subjetiva del constructo (Dehesa-López, 2017).

La OMS define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se centra en la percepción que tiene el individuo de su propia salud y de sus capacidades, sin desconocer que puede haber diferencia entre la autopercepción y el criterio del profesional de salud, sobre lo que se considera una vida buena y, que su vez, puede haber interdependencia entre las dos apreciaciones. Así se ha incorporado el concepto al argot sanitario, para ser usado como medida de los cambios de salud que experimentan las personas cuando sufren alguna enfermedad, o cuando se someten a cierto tratamiento (Oblitas et al., (2017)

La evaluación de la calidad de vida es multidimensional, y debe incluir diferentes aspectos, entre los que pueden mencionarse, el funcionamiento físico: capacidad para el aseo, movilidad, actividad física, desempeño del trabajo, entre otros; síntomas en relación con la enfermedad y su tratamiento; repercusión psicológica de la enfermedad que puede generar ansiedad, depresión, distrés emocional, etc.; así como el funcionamiento social que incluya elementos de la relación familiar, amistad y tiempo de ocio (Buades, 2015).

## **Adherencia terapéutica**

La adherencia terapéutica es un constructo que hace referencia al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de la salud y en sus características psicológicas y sociales (Martín, Sairo y Bayarre, 2008; Matos, 2019).

También se ha definido como un proceso conductual complejo determinado por varios factores en interacción: atributos del paciente, medio ambiente del paciente, el cual comprende apoyos sociales, características del sistema de salud, funcionamiento del equipo de salud, y disponibilidad y accesibilidad de los recursos de salud y características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento (Martín, 2015).

Relacionado con la ERC, la no adherencia en este tipo de pacientes constituye una barrera importante para su manejo efectivo; según señalan Chironda & Bhengo (2016) en una revisión sistemática realizada, se obtuvo como resultado la identificación de seis categorías de factores que contribuyen a la no adherencia en estos pacientes. Estos fueron factores relacionados con el paciente, factores socioeconómicos, psicológicos, factores relacionados con la terapia, relacionados con la fisiopatología y factores asociados al sistema de salud.

Otra investigación que incluyó el estudio de variables psicológicas que median en el comportamiento de adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, con énfasis en calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento; obtuvo como resultado que la calidad de vida fue la más adecuada para ser denominada como variable predictora para la adhesión (Contreras, Espinosa, & Esguerra, 2013).

## **Identidad de enfermedad**

En Europa y Estados Unidos se han desarrollado investigaciones sobre identidad de enfermedad (IE) y su efecto en el comportamiento de pacientes con diversas enfermedades crónicas. Inicialmente debe partirse de la comprensión de que la identidad personal es el conjunto de atributos a través de los cuales se distingue un individuo como único y diferente del resto y que la IE está relacionada con el impacto de la enfermedad crónica en la identidad personal del paciente. Los estudios realizados han estado orientados mayoritariamente a

conocer cómo se modifica la identidad personal como resultado del padecimiento de una enfermedad, que, debido a su cronicidad, debe integrarse como parte de la individualidad del sujeto (Yanos, Roe, Lysarker, 2010; Ytre-Arne, 2016; Oris, 2016; Hine, 2018).

El postulado teórico sobre dicho constructo ofrece una explicación respecto a las diferentes maneras en que el paciente puede integrar la enfermedad a su identidad personal, señala como la enfermedad crónica impacta en la vida del individuo y en la visión que éste posee sobre sí mismo (Oris, et al., 2016). Se distinguen cuatro estados o dimensiones de IE: el rechazo, la absorción, la aceptación y el enriquecimiento. El rechazo se refiere a que la enfermedad crónica no es aceptada como parte de la identidad propia del paciente y es interpretada por éste como una amenaza o como algo inaceptable para sí (Oris, 2016; 2018).

La absorción, en cambio, describe la manera en que la enfermedad domina la identidad de una persona; en este estado los individuos se definen completamente a sí mismos en términos de su enfermedad, demostrando que ésta invade todos los dominios de su vida (Morea, Friend & Bennett, 2008, Luyckx et al., 2018). La aceptación, hace referencia a cómo los sujetos aceptan su nueva condición como parte de sí, sin ser abrumados y finalmente se le denomina enriquecimiento, a la generación de cambios positivos que le permiten al paciente crecer como persona, lo cual deviene en beneficio para su identidad (Oris, 2016; Luyckx et al., 2018).

Se ha identificado que los estados de identidad de enfermedad como el rechazo y la absorción, se relacionan con una mala adaptación psicológica y un mal funcionamiento físico en el paciente, mientras que la aceptación y el enriquecimiento están asociados con un buen funcionamiento adaptativo desde el punto de vista tanto psicológico como físico (Morea et al., 2008; Luyckx, 2018; Oris, 2016; 2018).

## **METODOLOGÍA**

Se presenta una investigación con enfoque de tipo cuantitativo y correlacional, de corte transversal. Se trabajó con 23 pacientes que representan el 100% de la población diagnosticada con insuficiencia renal crónica que se realiza tratamiento de hemodiálisis en la clínica renal “Franklin Mora” cantón Sucúa, en la provincia de Morona Santiago.

### **Procedimiento de obtención de datos**

Para la recolección de información general de los pacientes con insuficiencia renal crónica se elaboró una ficha de datos con las siguientes variables:

- **Variables sociodemográficas:** edad, sexo, estado civil escolaridad, situación económica percibida, ocupación
- **Variables clínicas:** tiempo de tratamiento dialítico, duración de la enfermedad, comorbilidad.
- **Variables psicológicas seleccionadas:** calidad de vida relacionada con la salud, identidad de enfermedad, adherencia terapéutica, apoyo social percibido y afrontamiento. Para su medición se aplicaron los siguientes instrumentos:

**Calidad de vida relacionada con la salud en enfermedad renal:** se evaluó con el *Kidney Disease Quality of Life KDQOL- 36*, la versión del cuestionario para el español validado en Colombia (Chavez, Duarte & Vesga, 2013). Este es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en los pacientes con enfermedad renal crónica con tratamiento sustitutivo de la función renal. Es un instrumento mixto que consta de 36 ítems que indagan sobre la salud general y específica a partir de la exploración de: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Adicionalmente explora sobre la enfermedad del riñón síntomas, efectos y carga de la enfermedad renal. Cada ítem es codificado y transformados en una escala que tiene un recorrido de (0 -100) donde cero se corresponde el peor estado de salud y valores superiores hasta 100, con mejor estado de salud. El instrumento en la presente investigación mostró una confiabilidad con valor de Alfa de Cronbach  $\alpha = 0.89$

**Identidad de enfermedad:** se evaluó mediante la aplicación del *Illness Identity Questionnaire (IIQ)*. (Oris, et al., 2018) en la versión ecuatoriana a (Cuestionario de Identidad de enfermedad (CIE-E) obtenida de un proceso de adaptación lingüística/ cultural y validado en el Ecuador (Serrano, 2019). La identidad de enfermedad es una categoría psicológica que se emplea para determinar el impacto de la enfermedad en la vida del individuo y la manera en que integra la misma en su identidad personal.

El CIE-E, es una medida de auto informe que mide cuatro dimensiones diferentes de identidad de enfermedad en adultos con una enfermedad crónica: rechazo, absorción, aceptación y enriquecimiento. De ellos dos están relacionadas con un funcionamiento psicológico adaptativo y dos de tipo desadaptativo. El instrumento cuenta con 25 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo). El Alpha de Cronbach obtenido en este estudio es de  $\alpha = 0.90$ , lo que indica que los datos son altamente confiables.

**Adherencia terapéutica:** se evaluó mediante la aplicación de la Escala de adherencia terapéutica (EAT) basada en conductas y comportamientos explícitos del paciente. Consta el mismo de 21 preguntas distribuidas en 3 dimensiones (autoeficacia, control de ingesta de medicamentos y alimentos y seguimiento médico-conductual) con 7 ítems cada una. Como resultado global y por dimensiones se obtienen niveles alto, medio o bajo de adherencia terapéutica. El índice de fiabilidad es de  $\alpha = .91$ .

### **Procedimiento de análisis de datos**

Los datos recolectados fueron almacenados en una base de datos a través del programa estadístico SPSS versión 24. Se realizaron cálculos de estadística descriptiva de frecuencias absolutas, relativas, media y desviación estándar. Adicionalmente se realizaron asociaciones entre variables mediante el cálculo del coeficiente de correlación Rho de Spearman para variables ordinales. Se trabajó con niveles de significación estadística de  $p \leq 0.01$  y  $p \leq 0.05$ .

Se tomó en consideración el cumplimiento de aspectos éticos de la investigación con seres humanos: Se entregó en primer lugar, el consentimiento informado; se hizo énfasis en el objetivo del estudio, los beneficios, el carácter voluntario de la participación; la aplicación de los instrumentos se realizó de manera individual; no se ejecutaron prácticas injustas que perjudiquen en algún sentido a los participantes; se garantizó el anonimato de la información recolectada; dado que la investigación se realizó con sujetos humanos cabe señalar que la presente investigación forma parte de un Proyecto institucional de la UCACUE, por lo que cuenta con Aval de la Dirección de investigación. Se contó con el Consentimiento Informado de la institución, que autorizó la realización del estudio.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos en la investigación son presentados a continuación mediante tablas y gráficos que ilustren el cumplimiento de cada objetivo propuesto. En la tabla 1 se presenta la distribución de pacientes renales según las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas. Como se puede observar de los 23 pacientes participantes en el estudio 16 pertenecen al sexo femenino que representan al 69.6% y 7 corresponden al sexo masculino con un porcentaje del 30.4%. Respecto a la edad sobresale el 39,1% con una edad mayor a 60 años.

En la distribución porcentual por estado civil destaca que el 52.2 % son casados, hay una misma cantidad de personas solteras y divorciadas que representan el 17.4% del total. Respecto al nivel de escolaridad de los pacientes, la tabla indica un predominio del 39.1% de

personas con nivel de secundaria terminada y de 30.4% con estudios primarios, el resto de participantes son bachiller y universitarios. En cuanto a la ocupación sobresale que el mayor porcentaje son mujeres ama de casas para un 47.8%, hay ocho pacientes que trabajan, ya sea en empleo público, privado o negocio propio, lo que representa el 34.7%. Los participantes en la investigación tienen una percepción de su situación económica, entre buena y regular, sin embargo, un 30.4% la percibe como mala.

Igualmente, en la tabla 1 se presenta la distribución de los pacientes según variables clínicas, nótese que el mayor número de ellos tiene entre 1 y 5 años de diagnosticada la insuficiencia renal para un 65.2% y al observarse los datos del tiempo que llevan en hemodiálisis se puede ver que hay un 39.1% que está hace menos de un año, un 47.8% entre 1 y 5 años y que solo tres pacientes llevan más de cinco años de sobrevida después de iniciado este tipo de tratamiento.

**Tabla 1.** Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según variables sociodemográficas y clínicas

<b>Variables sociodemográficas y clínicas (N=23)</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	16	69.6
Masculino	7	30.4
<b>Edad</b>		
18 a 40 años	7	30,4
41 a 60 años	7	30,4
Mayor de 60 años	9	39,1
<b>Estado Civil</b>		
Soltera/o	4	17.4
Casada/o	12	52.2
Divorciada/o	4	17.4
Unión Libre	1	4.3
Viuda/o	2	8.7
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	7	30.4
Secundaria terminada	9	39.1
Bachillerato terminado	5	21.7
Universitario	2	8.7
<b>Situación económica percibida</b>		
Buena	8	34.8
Regular	8	34.8
Mala	7	30.4
<b>Ocupación</b>		
Empleo público	4	17.4
Empleo privado	1	4.3
Negocio propio	3	13.0

En la tabla 2 se pueden observar los resultados de los valores medios de las

Ama de casa	11	47.8	respuestas reportadas por los pacientes, para las distintas
Desempleado	2	8.7	
Jubilado	1	4.3	
Estudiante	1	4.3	
<b>Tiempo de diagnosticada/o</b>			
Menos de un año	3	13.0	
Entre 1 y 5 años	15	65.2	
Entre 5 y 10 años	1	4.3	
Entre 10 y 15 años	3	13.0	
Más de 15 años	1	4.3	
<b>Tiempo de tratamiento/hemodiálisis</b>			
Menos de un año	9	39.1	
1 a 5 años	11	47.8	
5 a 10 años	1	4.3	
10 a 15 años	2	8.7	

dimensiones evaluadas por el KDQOL- 36. En cuanto a la salud en general, el valor más alto lo presenta la dimensión que explora la función social con  $M= 84.2$ , este resultado es indicativo de que este aspecto es el que más aporta a la percepción de calidad vida de los pacientes, quienes sienten que la enfermedad no les limita del todo la realización de esta función.

Seguido de este valor medio, se aprecian cifras de  $M= 74.7$ ,  $M=73.7$  y  $M=73.2$  en las dimensiones, rol emocional, dolor corporal y salud mental respectivamente; lo cual es muestra de cierta afeción de la calidad vida percibida por los pacientes en estas áreas, ya que dichos valores al alejarse de 100, se corresponde con peor estado de salud. Dicha percepción de bienestar es más negativa en las dimensiones con valores inferiores a 70 como son: vitalidad  $M=68.3$ ; función física  $M=66.6$  y rol físico  $M=63.1$ .

Adicionalmente, al analizarse los valores de las dimensiones específicas de la enfermedad del riñón, se observan que son los más bajos a los anteriores y, por tanto, indican percepción de un peor estado de salud en lo referente a los síntomas de la enfermedad del riñón con  $M=62.8$ ; la carga de la enfermedad con  $M=57$  y los efectos de la enfermedad  $M=50.7$ . Con tales resultados, resulta coherente el valor que alcanza la percepción de salud en general que tienen los pacientes cuya media de respuesta a este ítem fue de  $M=64.7$

**Tabla 2.** Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según la media de respuestas en las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

<b>Dimensiones de CVRS</b> <b>N=23</b>	Media	Desviación estándar
Función Física	66.6	27.2
Rol Físico	63.1	29.7
Dolor Corporal	73.7	26.2
Vitalidad	68.3	19.9
Función Social	84.2	21.7
Rol Emocional	74.7	28.9
Salud Mental	73.2	18.6
Síntomas de la enfermedad del riñón	62.8	17.3
Efectos de la enfermedad del riñón	50.7	23.4
Carga de la enfermedad del riñón	57.7	18.7
Salud General	64.7	22.4

La tabla 3 que se muestra a continuación presenta la manera en que la insuficiencia renal, se ha integrado a la identidad personal de los pacientes investigados. Si se toma en cuenta que cada ítem del instrumento empleado es evaluado en una escala de 1 a 5 puntos, los valores registrados dan cuenta de que dicha enfermedad se ha integrado con más regularidad, mediante las formas desadaptativa de absorción y rechazo, es decir, la enfermedad domina la vida del paciente; los valores de  $M=3.8$  con  $DE=.8$  y  $M=3.1$  con  $DE=1,0$  de cada una de estas evidencian lo anterior. Tal resultado se refuerza al ver las cifras de la disensión enriquecimiento  $M=2.1$  y aceptación con  $M= 2.9$ .

**Tabla 3** Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según la media de respuestas en las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

<b>Identidad de enfermedad</b> <b>N=23</b>	Media aritmética	DE
Rechazo	3.1	1.0
Absorción	3.8	.8
Aceptación	2.9	1.1
Enriquecimiento	2.1	.9

La tabla 4 ofrece información respecto a los niveles de adherencia terapéutica identificados en los pacientes participantes en el estudio, donde el 69.5% de ellos son modernamente adheridos, seguidos de aquellos con adherencia alta, que representan el 21.8% y el 8.7% de pacientes que posee niveles bajos en el cumplimiento de las indicaciones médicas.

**Tabla 4** Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según niveles de adherencia terapéutica general

Niveles de adherencia terapéutica general	Frecuencia	Porcentaje
Alto	5	21.8
Moderado	16	69.5
Bajo	2	8.7
Total	23	100

La tabla 5 muestra el comportamiento de las dimensiones de adherencia terapéutica, los cuales esclarecen los motivos por los cuales se alcanzaron los datos anteriormente presentados de adherencia global. Como puede observarse, en las tres dimensiones los niveles moderados de adherencia son representados con los valores más elevados. Se puede ver que existen algunas dificultades en el *control de ingesta de alimentos y medicamentos* en el 93,7%, de los casos; similar resultado se presenta en la dimensión *seguimiento médico conductual*, donde el 83,7% de los pacientes presenta niveles moderados de adherencia y hay un 16% de ellos que tienen nivel alto. Con mejores resultados se muestra la dimensión autoeficacia.

**Tabla 5** Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según niveles de adherencia terapéutica por dimensiones. N=23

Dimensiones de adherencia terapéutica	Niveles (%)
Control de Ingesta de alimentos y medicamentos	Bajo (6,3%)
	Moderado (93,7%)
	Alto (0)
Seguimiento médico conductual	Bajo (0,3%)
	Moderado (83,7)
	Alto (16 %)
Autoeficacia	Bajo (0,7%)
	Moderado (61,3%)
	Alto (38%)

Para dar salida al objetivo del estudio orientado a identificar asociaciones entre variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas, con la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis, se presentan a continuación los siguientes resultados. Cabe señalar que en la tabla solo se incorporaron las variables que obtuvieron correlación estadísticamente significativa.

Como puede observarse en la tabla 5 se presentan las asociaciones entre las variables ordinales, edad, tiempo de diagnóstico, dimensiones de identidad de enfermedad, adherencia terapéutica identificada con la CVRS, para lo cual se realizó el cálculo del coeficiente correlación Rho de Spearman. En un análisis pormenorizado de los resultados destaca que existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable demográfica edad  $\rho$  (rho) =  $-.288^{**}$ ; la variable clínica tiempo de diagnóstico con  $\rho$  (rho) =  $-.114^*$  y la dimensión absorción de la variable psicológica identidad de enfermedad  $\rho$  (rho) =  $-.62^*$ .

Con correlaciones positivas estadísticamente significativas con la CVRS, sobresalen los valores de  $\rho$  (rho) =  $.453^{**}$  y  $\rho$  (rho) =  $.318^{**}$  de la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de IE, ambas variables relacionadas con comportamientos adaptativos. Con correlación positiva más bajas, pero igualmente significativa está la dimensión enriquecimiento de la identidad de enfermedad.

**Tabla 6** Correlaciones de las variables tiempo de diagnóstico, dimensiones de identidad de enfermedad y adherencia terapéutica con la CVRS identificada en pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis. Cálculo de Rho de Spearman

<b>Variables</b>	<b>CVRS</b>
Edad	$-.288^{**}$
Tiempo de Diagnóstico	$-.114^*$
Absorción	$-.62^*$
Aceptación	$.318^{**}$
Enriquecimiento	$.162^{**}$
Adherencia terapéutica	$.453^{**}$

N=23

\*\* . Correlación muy significativa  $p \leq 0.01$ ;

\* . Correlación muy significativa  $p \leq 0.05$

## DISCUSIÓN

Con el desarrollo de la presente investigación se logró dar cumplimiento al objetivo general planteado cuya finalidad fue la de analizar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y variables psicológicas. Cabe señalar que los resultados obtenidos constituyen de gran utilidad para ser empleados como insumos para el desarrollo de estrategias de atención integral a este tipo de pacientes.

Cuando fue evaluada la CVRS en los participantes del estudio, se obtuvo que los mismos tienen una percepción de deterioro de la CVRS general y por dimensiones, expresado a través de las limitaciones en el rol emocional, la sensación de dolor corporal y los problemas en salud mental. Otro aspecto relevante a señalar que aporta a la percepción de falta de bienestar subjetivo identificada, está relacionado con las dimensiones específicas de la CVRS en pacientes renales, como la expresión de los síntomas, la carga y los efectos de la enfermedad; estas dimensiones son las que presentaron peor estado de salud en los pacientes.

Al compararse estos resultados con los obtenidos por otros investigadores, se pueden apreciar similitudes. Se ha identificado que tanto los síntomas de enfermedad renal crónica como el tipo de tratamiento de sustitución de la función renal impactan de manera negativa en la percepción de CVRS (Rebollo et al., 2015). Por otro lado, un estudio realizado por Ocampo (2017) al comparar la CVRS en pacientes con ERC con diferentes tipos de tratamientos llegó a la conclusión de que la hemodiálisis es la modalidad que genera mayor afectación de la calidad de vida. Iyasere et al., (2016), documentaron que las limitaciones a las que se ven sometidos los pacientes, por la dinámica del tratamiento de hemodiálisis que implica el traslado de tres o más veces por semana a la unidad renal, constituyen factores de riesgo para la baja percepción de estado de salud.

Otro hallazgo obtenido en este estudio y que llama a la atención por la implicación que tiene el comportamiento de esta variable en la sobrevida de los pacientes, es el relacionado con los niveles de adherencia terapéutica identificados, donde el 69.5% de enfermos son modernamente adheridos y el 8.7% de pacientes que posee niveles bajos en el cumplimiento de las indicaciones médicas.

Matos (2019), en una investigación donde exploró factores condicionantes de la adherencia al tratamiento en paciente con ERC, encontró que el 56 % de los investigados se

adhieren parcialmente al tratamiento. Se ha documentado que alrededor del 50% de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis no se adhieren al menos a una parte de su régimen de terapéutico. La prevalencia de no adhesión al tratamiento, ocurre a expensas del incumplimiento en los factores de dieta, cantidad de líquidos y medicamentos (Rojas-Villegas, 2017).

Adicionalmente se ha identificado que el tiempo de permanencia en este tipo de tratamiento, está asociado con el comportamiento de adherencia del paciente. Así por ejemplo Costa-Requena, Cantarell, Moreso, Parramon & Seron, (2017), señalan que el indicador de adherencia, asistencia y puntualidad al tratamiento, tiene un mejor comportamiento en los pacientes con menor tiempo de permanencia en hemodiálisis que en aquellos que tenían mayor tiempo. En relación con lo anterior puede hacerse referencia a que la adherencia terapéutica ha resultado ser una variable adecuada para la predicción de la calidad de vida en pacientes renales crónicos (Monsalve Méndez, 2017; Alonso et al., 2017).

Otra variable evaluada en esta investigación fue la identidad de enfermedad, encontrándose que en estos pacientes la ERC se ha integrado a su identidad personal en formas desadaptativas, como son la absorción y el rechazo. Hasta donde se ha podido revisar, no existen reportes de investigaciones similares que hayan sido desarrolladas en pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis, sin embargo, al ser una enfermedad crónica, comparte similares características con otras patologías que permiten la comparación.

Diversos estudios han constatado, que la mayoría de personas con enfermedades crónicas cuyas manifestaciones clínicas poseen una alta intensidad, como son los defectos cardíacos complejos y la esclerosis sistémica, han desarrollado los estados mal adaptativos de identidad de enfermedad, es decir, el rechazo y la absorción, y en menor medida se ha presentado el estado de aceptación a la enfermedad (Oris et al., 2016, 2018).

Finalmente, al analizarse los resultados de la correlación de la CVRS en estos pacientes con el resto de las variables evaluadas, se encontró asociación negativa estadísticamente significativa con la variable sociodemográfica *edad*, la variable clínica *tiempo de diagnóstico* y la dimensión *absorción* de la variable psicológica *identidad de enfermedad*. Adicionalmente fueron identificadas correlaciones positivas de la CVRS, con la adherencia terapéutica y la dimensión *aceptación* de IE.

La evidencia teórica y empírica, explica las diferencias en cuanto a la percepción de CVRS en pacientes renales crónicos, en virtud de variables que, de manera sistemática, han mostrado tener correlaciones significativas con ella. Jesky et al., (2016) y Barbero (2016) obtuvieron que variables clínicas asociadas a la ERC, como el tiempo de diagnóstico y el tipo de tratamiento de sustitución de la función renal, diálisis peritoneal y hemodiálisis están correlacionados con la CVRS. McAdams-DeMarco (2018) señalan que en los enfermos renales el apoyo social y la adherencia terapéutica son las variables con mayor nivel de relación positiva significativa con la CVRS percibida en los pacientes con ERC.

## CONCLUSIONES

- Fueron evaluado 23 pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis, en cuyas características demográficas destacan el número de mujeres por encima de los varones; la mayoría con estado civil casados; con nivel educativo entre primaria y secundaria; la ocupación de la mayoría de las mujeres es como ama de casa y la economía familia es percibida entre buena y regular.
- Desde el punto de vista clínico entre los pacientes prevalecen aquellos que tiene entre 1 y 5 años de diagnóstico de la enfermedad y casi la mitad tiene menos de un año en tratamiento de hemodiálisis.
- Los pacientes evaluados en su mayoría tienen problemas de adherencia al tratamiento sobre todo en lo referente al control de ingesta de alimentos y medicamentos.
- La ERC se ha incorporado en la identidad personas de la mayoría de los pacientes de forma desadaptativa. Se identificó que la absorción y el rechazo son las dimensiones de la identidad de enfermedad más integradas.
- Existe correlación negativa entre la CVRS las variables: edad, tiempo de diagnóstico y la dimensión absorción de la identidad de enfermedad. Hay correlaciones positivas estadísticamente significativas de la CVRS con la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de IE.

## Referencias bibliográficas

### 1 Bibliografía

---

- Alonso, M. R. (2017). Evaluación de un programa de actividad física intradialítica en pacientes con hemodiálisis. . *Nefrología Latinoamericana*, 14(1), 4-11.
- Arana, R. A.-L. (2018). Relación entre el optimismo disposicional y los síntomas somáticos en pacientes en hemodiálisis crónica. . *Enfermería Nefrológica*, 21(3), 255-262.
- Barbero Narbona, E. T. (2016). Estudio comparativo del estado físico, mental y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. *Enfermería Nefrológica*, 19(1), 29-35.
- Belayev, L. Y. (2015). Longitudinal associations of depressive symptoms and pain with quality of life in patients receiving chronic hemodialysis. *Hemodialysis International*, 19(2), 216-224.
- Buades, N. v.-d.-M. (2015). Variables emocionales y calidad de vida en pacientes en tratamiento de hemodiálisis Emotional variables and Quality of Life in patients with hemodialysis treatment.
- Bylsma, L. C. (2017). Arteriovenous fistulae for haemodialysis: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety outcomes. . *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 54(4), , 513-522.
- Chavez, K. D. (2013). Adaptación transcultural del cuestionario KDQOL SF 36 para evaluar calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en Colombia. . *Revista Med*, 21(2), , 12-17.
- Cockerham, W. C. (2017). The social determinants of chronic disease.
- Contreras, F. E. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. . *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 10, no. 2 (jul.-dic), 169-179.
- Costa-Requena, G. C. (2017). Adherencia al tratamiento tras trasplante renal como indicador de calidad de la información recibida: estudio longitudinal con un seguimiento de 2 años. . *Revista de Calidad Asistencial*, 32(1), , 33-39.
- Cukor, D. V. (2015). Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 25(1), , 196-206.
- Davison, S. N. (2010). Impact of pain and symptom burden on the health-related quality of life of hemodialysis patients. . *Journal of pain and symptom management*, 39(3), , 477-485.
- Dehesa-López, E. C.-R.-C.-P.-O.-V. (2017). Transcultural adaptation and validation of the Mexican version of the kidney disease questionnaire KDQOL-SF36 version 1.3. . *Quality of Life Research*, 26(1), , 193-198.

- Esguerra, G. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Redalyc*, 23.
- Goh, Z. S. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges—a narrative review. . *International journal of nephrology and renovascular disease*, 11, 93.
- Gomes Neto, M. d. (2018). Intradialytic exercise training modalities on physical functioning and health-related quality of life in patients undergoing maintenance hemodialysis: systematic review and meta-analysis. . *Clinical rehabilitation*, 32(9), , 1189-1202.
- Gonzalez-Bedat, M. C.-D. (2017). El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. . *Nefrología Latinoamericana*, 14(1),, 12-21.
- González-Bueno, J. C.-C.-S.-P.-J.-R. (2017). Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. . *Atención Primaria*, 49(8), , 459-464.
- Guzmán-Guillén, K. A.-A.-B.-M. (2014). Prevalencia y factores asociados a enfermedad renal crónica. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 77(3), 108-113.
- Hamilton, A. J.-S. (2019). Psychosocial Health and Lifestyle Behaviors in Young Adults Receiving Renal Replacement Therapy Compared to the General Population: Findings From the SPEAK Study. . *American Journal of Kidney Diseases*, 73(2), , 194-205.
- Havas, K. B. (2016). Self management support for people with chronic kidney disease: Patient perspectives. . *Journal of renal care*, 42(1), 7-14.
- Hine, R. H. (2018). (2018). Identity in recovery for mothers with a mental illness: A literature review. . *Psychiatric rehabilitation journal*, 41(1), 16.
- Huertas-Vieco, M. P.-G. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. . *Nefrología (Madrid)*, 34(6), 737-.
- Ibrahim, N. T. (2015). The role of personality and social support in health-related quality of life in chronic kidney disease patients. *PloS one*, 10(7), , 0129015.
- Instituto nacional de estadísticas y censos. (2017). *EN CIFRAS*. Ecuador.
- Iyasere, O. U. (2016). Quality of life and physical function in older patients on dialysis: a comparison of assisted peritoneal dialysis with hemodialysis. . *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(3), 423-430.
- Jardine, M. J. (2017). A trial of extending hemodialysis hours and quality of life. , . *Journal of the American Society of Nephrology*, 28(6), 1898-1911.
- Jesky, M. D. (2016). Health-related quality of life impacts mortality but not progression to end-stage renal disease in pre-dialysis chronic kidney disease: a prospective observational study. . *PloS one*, 11(11), , e0165675.

- Jiménez, M. D.-U. (2017). Estrategias para aumentar la seguridad del paciente en hemodiálisis: Aplicación del sistema de análisis modal de fallos y efectos (sistema AMFE). . *Nefrología*, 37(6), 608-621.
- Jiménez, M. D.-U. (2019). Dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria en pacientes en hemodiálisis: influencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud. . *Revista de la sociedad española de Nefrología.*, 8.
- Kostro, J. Z.-N.-Š. (2016). Quality of life after kidney transplantation: a prospective study. . *Transplantation proceedings (Vol. 48, No. 1)*, pp. 50-54). Elsevier.
- Levey, A. S. (2003). National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Annals of internal medicine*, 139(2), 137-147.
- Li, C. H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. . *Behavior research methods*, 48(3), 936-949.
- Lopes, A. A.-G. (2007). Factors associated with health-related quality of life among hemodialysis patients in the DOPPS. . *Quality of life research*, 16(4), 545.
- Luyckx, K. B. (2019). Illness identity: Capturing the influence of illness on the person's sense of self. *European Journal of Cardiovascular Nursing 2019*, Vol. 18(1), 4–6.
- Luyckx, K. O. (2018). Illness identity in young adults with refractory epilepsy. . *Epilepsy & Behavior*, 80, 48-55.
- Maglakelidze, N. P. (2011). Assessment of health-related quality of life in renal transplant recipients and dialysis patients. . *Transplantation proceedings (Vol. 43, No. 1)*, 376.
- Martín Alfonso, L. B. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. . *Revista Cubana de Salud Pública* 41(1), 33-45.
- Matos, T. G. (2019). 2019). Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. . *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(4), 666-677.
- McAdams-DeMarco, M. A. (2018). Frailty and postkidney transplant health-related quality of life. . *Transplantation*, 102(2), 291.
- Mendoza, H. M. (2016). Impacto de la atención psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), 972.
- Monsalve Méndez, M. M. (2017). *Calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal*. Caracas: Doctoral dissertation, Universidad Central de Venezuela.
- Montes, J. M. (2014). Enfermedad crónica: satisfacción vital y estilos de personalidad adaptativos. *Clínica y Salud*, 25(2), 85-93.

- Morea, J. M. (2008). Conceptualizing and measuring illness self concept: a comparison with self esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. . *Research in nursing & health*, 31(6), 563-575.
- Moreno Juste, A. M.-S. (2019). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes en población anciana de una cohorte española. . *Medicina Clínica*, 153(1), 1-5.
- Moya, R. M. (2017). Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis, . *Enfermería Nefrológica*, 20(1), 48-56.
- Narva, A. S. (2016). . Educating patients about CKD: the path to self-management and patient-centered care. . *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(4), 694-703.
- Oblitas, G. L. (2017). Incidencia de mindfulness y qi gong sobre el estado de salud, bienestar psicológico, satisfacción vital y estrés labor. *Universidad Nacional Colombia*.
- Ocampo, V. F. (2017). Perspectiva espiritual y calidad de vida concerniente a la salud de personas en diálisis. . *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante*, 36(2), 91-98.
- Oris, L. L. (2018). Illness identity in adults with a chronic illness. . *Journal of clinical psychology in medical settings*, 1-12.
- Oris, L. R. (2016). Illness identity in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: introducing the illness identity questionnaire. *Diabetes Care*, 39(5), 757-763.
- Ortiz, P. M. (2011). Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. . *Universitas Psychologica*, 10(1), 49-55.
- Pabst, S. B. (2015). Physician reported adherence to immunosuppressants in renal transplant patients: prevalence, agreement, and correlates. *Journal of psychosomatic research*, 79(5), 364-371.
- Pecoits-Filho, R. F.-G. (2015). Gonzalez-Bedat, M., Rosa-Diez, G., Burden of disease: prevalence and incidence of ESRD in Latin America. *Clin Nephrol*, 83(7 Suppl 1), 3-6.
- Perales, C. M. (2016). (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología*, 36(3), *Revista de la Sociedad Española de Nefrología*, 275-282.
- Perales-Montilla, B. N. (2018). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología (Madrid)*, 32(5), 622-630.
- Pérez Acuña, C. R. (2015). Relación entre calidad de vida y representación de enfermedad en personas con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento con hemodiálisis. . *Enfermería Nefrológica* 18 (2), 89-96.

- Pinto, S. C. (2014). Propiedades psicométricas de la escala de apoyo social percibido de Zimet en personas mayores de Atención Primaria de Salud. . *Index de Enfermería*, 23(1-2), 85-89.
- Prujm, M. H. (2014). Determinants of renal tissue oxygenation as measured with BOLD-MRI in chronic kidney disease and hypertension in humans. *PloS one*, 9(4), 95895.
- Ramada-Rodilla, J. M.-P.-C. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. . *Salud pública de México*, 55, 57-66.
- Ramirez, A. (2017). Apoyo familiar y calidad de vida en pacientes hemodializados en la clínica médica nefrológica. *Redalyc*, 21.
- Rebollo-Rubio, A. M.-A.-R.-F. (2015). Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. . *Nefrología (Madrid)*, 35(1), 92-109.
- Renz, C. (2020). Calidad de vida de pacientes renales crónicos en hemodiálisis y factores relacionados. *Redalyc*, 26.
- Reyes, F. M. (2016). Calidad de vida en los pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica terminal en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo. *UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS* .
- Rogers, H. J. (1993). A comparison of logistic regression and Mantel-Haenszel procedures for detecting differential item functioning. . *Applied psychological measurement*, 17(2), 105-116.
- Rojas-Villegas, Y. R.-M.-S. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. . *Revista de psicología (Santiago)*, 26(1), 65-77.
- Rosales Origuela, J. D. (2016). Ética en los cuidados de enfermería a pacientes en tratamiento con hemodiálisis. . *MediSur*, 14(5), 512-515.
- Ruiz, M. A. (2005). (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. . *PharmacoEconomics Spanish Research Articles*, 2(1), 31-43.
- Saad, M. M. (2015). Predictors of quality of life in patients with end-stage renal disease on hemodialysis. . *International journal of nephrology and renovascular disease*, 8, 119.
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill Education.
- Schick-Makaroff, K. M. (2018). Symptoms, Coping, and Quality of Life of People with Chronic Kidney Disease. . *Nephrology Nursing Journal*, 45(4), 339-355.
- Serrano, A. C. (2019). Adaptación y propiedades psicométricas del Cuestionario de Identidad de Enfermedad en adultos ecuatorianos con enfermedades crónicas. *Revista Latinoamericana de Psicología (en prensa)*.
- Spiegel, M. R. (2013). *Probabilidad y estadística*. McGraw-Hill.

- Streiner, D. L. (2015). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. USA: Oxford University Press.
- Van Bulck, L. G. (2018). Illness identity: A novel predictor for healthcare use in adults with congenital heart disease. . *Journal of the American Heart Association*, 7(11), , e008723.
- Varela, Y. P. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. . *Duazary*, 12(2), , 157-163.
- Vazquez, I. J. (2006). Calidad de vida en pacientes en hemodiálisis. En I. J. Vazquez, *Tratado de hemodiálisis*. (págs. 797-815.). 2da. ed. Barcelona: JIMS Editorial Médica, .
- Vélez Vélez, E. &. (2016). Illness perception, coping and adherence to treatment among patients with chronic kidney disease.. *Journal of advanced nursing*, 72(4),, 849-863.
- Villegas, J. (2016). El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública. *Redalyc*, 26.
- Wong, C. K. (2019). Health-related quality of life and health utility of Chinese patients undergoing nocturnal home haemodialysis in comparison with other modes of dialysis. . *Nephrology*, 24(6), , 630-637.
- Yanos, P. T. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American journal of psychiatric rehabilitation*, 13(2), 73-93.
- Yodchai, K. D. (2017). The role of religion and spirituality in coping with kidney disease and haemodialysis in Thaila. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(2), 359-367.
- Yodchai, K. D. (2017). The role of religion and spirituality in coping with kidney disease and haemodialysis in Thailand. . *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(2), 359-367.
- Ytre-Arne, B. (2016). The social media experiences of long-term patients: illness, identity, and participation. *Nordicom Review*, 37(1), 57-70.
- Zúñiga, S. M. (2009). Evaluación de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis crónica mediante el cuestionario " Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36)". . *Revista médica de Chile*, 137(2),.