

Trabajos de Revisión

Calidad de vida y trasplante renal. Una necesidad a investigar

Lic. Keytel García Rodríguez
Licenciada en Psicología

Resumen

Aunque el trasplante trae consigo una serie transformaciones positivas en el funcionamiento de un órgano o sistema determinado, reduciendo al máximo los riesgos para la vida de ese individuo, así como la sintomatología que lo hacía sufrir, ello no implica ineludiblemente una mejoría en la calidad de vida, al menos como la percibe la persona. Más que una enfermedad, perfiles o patrones de comportamiento y valores definidos que nos engloben la calidad de vida de un grupo de personas con un mismo padecimiento, ignorando sus vivencias personales, debemos tener presente una perspectiva de análisis más psicosocial, más centrada en el ser humano como máximo protagonista de su propia vida. Es por ello que realizamos un análisis más individualizado de la calidad de vida en estas personas, específicamente en los pacientes trasplantados renales. Palabras clave: trasplante renal, calidad de vida, determinantes psicológicos.

Abstract

Although the transplant brings I get a series positive transformations in the operation of an organ or certain system, reducing to the maximum the risks for that individual's life, as well as the symptoms that he/she made it suffer, don't imply it unavoidably an improvement in the quality of life, at least as the person it perceives it. More than an illness, profiles or behavior patterns and defined values that include us the quality of life of a group of people with oneself suffering, ignoring their personal experiences, we should have present a perspective of more psychosocial analysis, more centered in the human being like maximum main character of their own life. It is hence that we carry out a more individualized analysis of the quality of life in these people, specifically in the transplanted renal patients. Key words: transplant renal, quality of life, decisive psychological.

Introducción

En las últimas décadas la evaluación de la calidad de vida ha adquirido cada vez más importancia en el ámbito de la salud y la enfermedad, observándose en este sentido un amplio campo de investigación. Si bien es cierto, que ha tomado gran auge el estudio de este constructo en el ámbito de la salud, aún nos encontramos al inicio de una intensa búsqueda, no existe un consenso con respecto a la conceptualización del término, persistiendo discrepancias en aspectos como la multidimensionalidad, el énfasis en la importancia de la subjetividad, la naturaleza dinámica o estable del constructo, entre otros.

Otra interrogante nos asalta en el instante de esta reflexión. Hasta qué punto resulta congruente con la definición de calidad de vida percibida vivenciada, la mera cuantificación del fenómeno, ignorando de esta manera la riqueza de su manifestación en el plano individual y en la rica interacción que surge en el marco grupal, contexto esencial de transformación en el individuo.

Si queremos medir los síntomas físicos o indicadores médico clínicos, las consecuencias o secuelas de una enfermedad, la comorbilidad, los factores de riesgo asociados, entonces no estaríamos hablando de calidad de vida, por lo contrario, estaríamos reduciendo su

naturaleza compleja en simples y «exactos» valores numéricos. Estaríamos valorando una enfermedad y en el mejor de los casos un grupo poblacional con un determinado padecimiento, pero no al enfermo en sí mismo, como conocedor y protagonista de su calidad de vida. Bien diferente sería, por tanto, explorar cómo vivencia esa persona la enfermedad o esos síntomas, cómo se siente, en qué medida lo afecta, qué significado adquiere para ella, sus mecanismos adaptativos, estilos de afrontamiento, la afectación en otras esferas de su vida, así como la influencia que la propia valoración de su calidad de vida ejerce en la evolución del proceso de enfermedad.

Sin embargo, muchos clínicos parecen estar más interesados en medir y controlar adecuadamente los parámetros fisiológicos y bioquímicos que en los aspectos subjetivos del paciente. Las medidas fisiológicas suministran información a los clínicos, pero tienen un interés limitado para los pacientes y a menudo se correlacionan pobremente con su bienestar y su capacidad funcional. Es un hecho comúnmente observado que dos pacientes con idénticos criterios clínicos a menudo presentan respuestas totalmente diferentes en lo que a capacidad funcional y bienestar emocional se refiere. Por otra parte diversos estudios han señalado una estrecha relación entre el estado de salud percibida y la mortalidad.¹

El ser humano es un ser biopsicosocial inserto en el tiempo y en la historia, lo que él piense, sienta, desee, tiene igual o mayor importancia que lo que presupone la evolución de una enfermedad. De ahí que enfatizamos, desde los fundamentos del modelo biopsicosocial, en la relevancia de la interacción sistémica de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad, así como el papel activo de la persona como hacedor de su propia salud.

La etapa del paciente ya trasplantado es la menos seguida terapéuticamente, pues pensamos que una vez realizado el procedimiento quirúrgico con éxito, su calidad de vida mejora inexorablemente, además de que se nos presenta la disyuntiva del paciente que evita a toda costa la interacción con el medio hospitalario y con todo aquello que implique atención médica. Sin embargo continúan los tratamientos medicamentosos, los chequeos médicos, restricciones que continúan afectando la vida de estas personas, en dependencia de cómo lo asuma cada individuo en particular, lo cual pensamos puede incidir en las valoraciones sobre su calidad de vida. ¿Hasta qué punto la disminución de los

síntomas, la reducción de los ingresos hospitalarios, la no dependencia de la hemodiálisis (HD), entre otros aspectos que supuestamente mejoran la calidad de vida del individuo, garantizan una satisfacción de estas personas con su vida? ¿De qué depende?

Definición de calidad de vida

Aunque parece un concepto fácil de comprender, no resulta fácil de definir, por su alto nivel de ambigüedad y complejidad.^{2,3,4,5,6} De hecho, la diversidad de definiciones es enorme, existiendo confusión fundamentalmente en la operacionalización del concepto, en cómo generalizar los resultados a diversas poblaciones e individuos, la disyuntiva entre su carácter estable o temporal, qué dimensiones determinar como relevantes para el análisis multidimensional del término o más bien volcarlo hacia una explicación más global del mismo, quién debe constituir el principal evaluador de la calidad de vida, cuáles son sus principales determinantes, entre otros. Por esta razón, no ha prevalecido una definición precisa y consensuada del término de calidad de vida, fundamentalmente en el área de las ciencias sociales y de la nuestra en particular.

Igualmente, en el transcurso investigativo este término se ha encontrado solapado con otros muy similares como felicidad, bienestar,⁵⁻⁷ salud, estado de salud, satisfacción, nivel de vida. Otros autores²⁻⁸⁻⁹ abogan por una diferenciación precisa de estos términos, pues si bien se pueden hallar puntos de encuentro e interacción entre los mismos, no constituyen sinónimos ni pueden ser sustituibles.

Siguiendo este análisis, Ruiz Ros y cols., 1998, plantean que en el macroconcepto calidad de vida (CV) se incorporan factores como estado de salud, bienestar subjetivo, satisfacción y felicidad que, aun formando parte de la misma, no deben confundirse con su propia definición. La salud se entiende, sobre todo, como la percepción de síntomas por parte de los pacientes y la identificación de los signos objetivos de enfermedad. El bienestar subjetivo describe la valoración global que el individuo hace de su propia vida, en términos de felicidad o satisfacción vital. La satisfacción implica una experiencia racional o cognitiva que puede definirse en términos de discrepancia percibido entre aspiraciones y logros. La felicidad sugiere una experiencia emocional positiva que incluye a la salud como su factor más importante.⁸ Por su parte, Moreno y Ximénez, precisan que la interdependencia no implica indistinción.

En Cuba, la autora Ileana Beatriz Díaz Corral ha estrechado aún más el término de calidad de vida ajustándolo para su estudio, puntualizando de esta forma su esencia valorativa, de donde emerge el término Calidad de Vida Percibida Vivenciada (CVPV). La CVPV constituye, entonces, «la expresión valorativa de un estado psicológico dinámico y relativamente estable, presente en el individuo, resultado y reflejo de la valoración sobre lo logrado, lo que se aspira y lo que se espera alcanzar, en correspondencia o no con los elementos importantes y jerarquizados de esa individualidad, que dan sentido a la vida, y permiten a la persona el ajuste al medio en que vive y se desarrolla».⁹

En una exhaustiva revisión bibliográfica encontramos importantes debates sobre la definición de la calidad de vida, que incluyen contradicciones o posibles puntos de desencuentro en la ciencia, definiendo no sólo el camino teórico del término sino su operacionalización y evaluación:

· **Objetivo vs subjetivo:** Por un lado, se encuentran los que postulan que la calidad de vida se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que los individuos tienen sobre ciertas condiciones, frente a los que consideran que la calidad de vida ha de comprender tanto condiciones subjetivas como objetivas.

· **Interno vs externo:** Se cuestiona si es el sujeto quien ha de establecer cuál/es son los ingredientes que intervienen en la «calidad de su vida», resaltando el valor del individuo como protagonista y hacedor de su calidad de vida, o más bien, si puede ser establecida una calidad de vida general para todos los sujetos, enfatizando en la valoración externa de la misma.

En este sentido hasta qué punto se pueden generalizar los resultados de estudios individuales de calidad de vida a poblaciones generales, dónde queda la individualidad, el sello personal, la subjetividad, y más aún la calidad misma. Incluso, en el marco clínico nos podemos cuestionar, hasta qué punto podríamos intervenir psicológicamente en un individuo si todo aquello con lo que contamos es una idea vaga y general de lo que caracteriza la calidad de vida de un grupo poblacional con determinada patología en la que se incluye este individuo, ¿y su respuesta individual, sus vivencias, acaso no pueden darle un vuelco completamente diferente a esa patología, y por ende, a nuestros objetivos de investigación e intervención?

· **Global vs multidimensional:** Se plantean serias divergencias en este aspecto, abogando algunos especialistas por una calidad de vida global, única, que nos hable de la satisfacción general en la vida, analizándolo algu-

nos como el componente subjetivo o bienestar psicológico; mientras que otros apuestan por el análisis ya sea generalizado o más particularizado al individuo, de las dimensiones que integran la calidad de vida, analizándolo en algunos casos como sistemas interdependientes.

· **La temporalidad del término:** Se encuentra el grupo que defiende la idea de la transitoriedad del constructo, en tanto es susceptible a cambios en relación a los factores internos de la calidad de vida. Otro grupo apoya el análisis desde una postura más conservada de la calidad de vida, donde los factores personales, le impregnan una estabilidad, una cierta tendencia, independientemente que no se deja de reconocer el papel que juega los factores circunstanciales.

Calidad de vida relacionada con la salud

En las investigaciones sobre calidad de vida en el ámbito de la salud, los especialistas suelen distinguir los términos de calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud, destacándose entre las controversias más frecuentes la relevancia de la determinación del estado de salud o de enfermedad de un individuo en su calidad de vida.

Efectivamente, de igual forma que con el concepto de calidad de vida no existe aún una definición operativa y universal, el término acuñado como calidad de vida relacionada con la salud, no escapa a esta realidad científica, por lo que a menudo los conceptos «salud», «estado funcional», «estado de salud» y «calidad de vida relacionada con la salud» se alternan como sinónimos, y aunque estos se interrelacionan, no son intercambiables.¹⁰

Más allá de la discusión de si existe una única calidad de vida o resulta oportuno realizar la distinción con la calidad de vida relacionada con la salud, sí es cierto que la salud constituye un factor de gran relevancia en la determinación de la misma para la vida de una persona, aunque no la única, aun cuando se encuentre seriamente afectada en todas sus áreas por una patología o enfermedad.

Durante la última década la calidad de vida relacionada con la salud se ha ido transformando en una importante medida del impacto de los cuidados médicos. La opinión cada vez más extendida y aceptada entre los profesionales de la salud de que las variables médicas tradicionales de resultado son insuficientes para mostrar una visión apropiada del efecto de la atención e intervención sanitarias, unido a las características de los problemas de salud y al espectacular desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecno-

logía sanitaria, ha propiciado el interés por el concepto y la medida de la calidad de vida en el área de la salud. Por lo tanto, se podría afirmar que la atención se ha centrado en la calidad o valor del tiempo de vida y no sólo en la cantidad de vida.¹⁻²

Nuestra atención no sólo radicaría en el proceder médico y quirúrgico que logre efectivamente la sobrevivencia de ese paciente, y el alivio a su sufrimiento, sino también su bienestar psicológico. Cómo se siente, cuáles son sus principales inquietudes, temores, pensamientos, emociones, de qué manera esta persona puede verse menos afectada socialmente, cómo reinsertarlo a la sociedad, a sus roles familiares previos, al ámbito laboral o escolar, en qué medida su situación económica, y aspectos tan puntuales y que quizás pensamos en ocasiones que se encuentran al margen de la responsabilidad o el quehacer médico, como la lejanía de su residencia de la institución médica, las posibilidades de transportación, las condiciones higiénico-sanitarias que lo rodean cotidianamente, pueden influir en su bienestar general. Estos son algunos de los elementos que integran, atendiendo a la individualidad característica de cada ser humano, la calidad de vida. Lo que importa en este nuevo siglo es cómo se siente el paciente, en lugar de cómo los médicos creen que debería sentirse en función de las medidas clínicas.

Calidad de vida y trasplante renal

Aunque el trasplante trae consigo una serie de transformaciones positivas en el funcionamiento de un órgano o sistema determinado, reduciendo al máximo los riesgos para la vida de ese individuo, así como la sintomatología que lo hacía sufrir, ello no implica ineludiblemente una mejoría en la calidad de vida, al menos como la percibe la persona, por dos razones fundamentales.

Una de ellas la hemos analizado en profundidad y apunta hacia la subjetivación del concepto, la otra se refiere a la permanencia de elementos propios de una enfermedad crónica no transmisible, como el seguimiento médico continuo, la exploración diagnóstica y la ingestión de medicamentos de forma vitalicia, efectos colaterales al tratamiento, la firmeza en el control de los factores de riesgo, así como la exposición a posibles rechazos agudos o crónicos del injerto, entre otros factores que se hacen sentir ante el individuo permanentemente como una situación de salud de cuidado, ya sea percibida por el mismo como un problema o no.

Algunos especialistas refieren que uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación vertiginoso para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad). Pueden incluso, producirse dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos, entre otros aspectos.¹¹

Un estudio arrojó que el grupo de pacientes portadores de un injerto renal funcionante presentó el doble de disfunción en el área psicosocial que en el físico. A mayor edad se asocia mejor CVRS en pacientes en hemodiálisis o trasplantados renales. Aunque en un buen número de estudios, se asocia el sexo femenino a una peor CVRS en los pacientes en terapia renal sustitutiva, el estudio realizado por Rebollo y colaboradores, demostró la inexactitud de esta conclusión, demostrando la necesidad de utilizar adecuados instrumentos de evaluación. La misma investigación halló la relación entre una mayor comorbilidad y una peor CVRS en estos pacientes.¹²

Otros autores, desde una posición más conservadora, creen que los resultados encontrados en las investigaciones actuales no pueden considerarse demasiado válidos en la actualidad, debido al hecho de haber considerado un escaso número de pacientes, no haber abarcado dimensiones relevantes de la CVRS, entre otros. El diferente concepto de CVRS, la utilización de distintos instrumentos de medida, la heterogeneidad de las muestras y las diferencias culturales entre pacientes son los principales factores que justifican la variabilidad de los resultados.¹³

Ahora bien, muchos de los elementos de afectación biopsicosocial analizados varían después del trasplante, ya que muchos pacientes reportan una mejoría, en los meses posteriores a la intervención, no así al inicio del mismo, incluidas las diversas dimensiones, la física, la funcional, la social y la psicológica, cuando se cumplen sus expectativas. Pero este proceso implica también algunos aspectos a los cuales deben adaptarse estos pacientes como la periódica revisión médica y el tratamiento con inmunosupresores de por vida, cuyos efectos secundarios son: hipertensión, hiperlipidemia, diabetes mellitus, osteoporosis o retraso del crecimiento (en niños), alteraciones metabólicas, procesos infecciosos y cambios en la apariencia física (acné, aumento de peso corporal, entre otras), incluyendo la reper-

cusión en la calidad de vida del paciente,¹⁴ así como el cuidado en el cumplimiento de algunas limitaciones (modificación de la dieta, la cantidad de actividad física, el consumo de bebidas alcohólicas, el cambio de los estilos de vida anteriores, entre otros), la innegable obligación de una estricta adherencia terapéutica, continuando expensas a la posibilidad continua de un rechazo del injerto.

La expectativa del paciente con insuficiencia renal crónica (IRC) hacia el trasplante no es la misma que la de un paciente que espera trasplante cardiaco o de médula ósea. En el paciente renal, la motivación durante un tiempo prolongado se centra en la posibilidad del trasplante, y llegan incluso a deformar su sistema de actitudes y valores hacia su vida personal y sus valores sociales. La ansiedad y las alteraciones emocionales durante la diálisis mejoran cuando llega el trasplante largamente deseado.¹⁵

Los pacientes trasplantados renales acumulan tras el proceder quirúrgico, no sólo todas aquellas reacciones asociadas a un proceso dificultoso y tenso para la persona y su familia, sino todo el sufrimiento y la espera, unido a esperanzas y desesperanzas del proceso de una enfermedad y tratamientos muy dolorosos e invasivos, ya sea desde el punto de vista psicológico, físico como social.

La dimensión social es la más preservada, mientras que las dimensiones salud general, dolor corporal, rol emocional y vitalidad, obtuvieron las puntuaciones medias más bajas, indicando que son las dimensiones de calidad de vida más afectadas, en un estudio realizado de calidad de vida en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis, a través de la aplicación del instrumento genérico SF-36. De acuerdo con los resultados de este estudio se aprecia un menoscabo importante en la calidad de vida de estos pacientes.¹⁶

De manera general, los pacientes trasplantados renales reportan mayores índices de CVRS con respecto a los que permanecen en HD,¹²⁻¹⁴ excepto en el índice de imagen corporal.¹⁷ Igualmente se reporta un deterioro importante de la calidad de vida de los pacientes con IRC cuando se les compara con la población general.¹³⁻¹⁵

Watanabe e Higara, 1999, en una muestra de 105 trasplantados renales, hallaron más trastornos psicológicos en aquellos pacientes que habían estado sometidos a diálisis más de dos años, en comparación con los que habían estado sometidos menos tiempo. Una de las razones es que la diálisis prolongada genera un importante deterioro cognitivo (por ejemplo, encefalopatía

por diálisis) que puede provocar diversos trastornos psicológicos.¹⁷

No obstante, puede que la mejoría esperada para la calidad de vida una vez que el paciente con IRC se trasplante, no sea total o que esté ausente en algunos pacientes. Tendríamos que tener en cuenta que todos estos datos son el resultado de investigaciones realizadas fuera del contexto cubano, con instrumentos validados en esos países, con la recogida de información cuantitativa, muy poco individualizada.

El periodo postrasplante trae consigo, ya sea durante el periodo inmediato al injerto en situación de mayor aislamiento, como en el periodo más mediato, determinadas reacciones emocionales como ansiedad, depresión, angustia, incertidumbre, irritabilidad, miedos, entre otros, siempre en dependencia de la historia de la enfermedad, los estilos de afrontamiento, las circunstancias que rodearon a la persona durante todo el proceso, el apoyo social, financiero, la personalidad, sus expectativas, entre otros.¹⁶ Como afirman Gullledge, Buszta y Montague, 1983, el post-trasplante es una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia.¹⁷

Dentro de las principales repercusiones psicológicas del trasplante de órganos se encuentran: el delirium, que aparece en el postoperatorio inmediato y está causado por los fármacos inmunosupresores; trastornos sexuales, que suelen aparecer en el 30% de los trasplantados y las causas pueden ser tanto físicas (consecuencia de la propia enfermedad o la medicación) como psicológicas por temor a dañar el órgano trasplantado en las relaciones sexuales o porque se sienten menos atractivos debido a los efectos secundarios; trastornos del estado de ánimo, entre los más frecuentes los trastornos depresivos con considerable riesgo para la adherencia terapéutica, los trastornos de ansiedad, sobre todo en el contexto del alta hospitalaria y ante el riesgo potencial de pérdida del injerto; fantasías sobre el donante en relación a sus características físicas y psicológicas pudiendo traer consigo sentimientos de culpa porque piensan que otra persona ha muerto para que ellos puedan vivir; insatisfacción con la imagen corporal, presentando dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante en su propio cuerpo.¹⁷

Según este mismo estudio, dentro de las variables psicosociales que influyen en las repercusiones psicológicas asociadas al trasplante de órganos se encuentran: el apoyo familiar, o los trastornos psicológicos en los familiares, el tiempo de hospitalización así como la cantidad de veces que requiera esta medida de acuer-

do a su evolución, las expectativas pre-trasplante y post-trasplante, las estrategias de afrontamiento, la duración de la enfermedad, su edad de comienzo, entre otros.¹⁷ Igualmente se encuentra como relevante la procedencia del órgano implantado, que ha sido estudiada sólo en los trasplantados renales, como donante vivo o donante cadáver, mostrando mayor existencia de trastornos psicológicos en el segundo caso, quizás debido a que estos pacientes han estado más tiempo en diálisis (más tiempo de espera) y, por lo tanto, están más deteriorados.¹⁷

Otro estudio, realizado por el Transplant Learning, analizó la satisfacción de los pacientes con su CVRS. Los factores que influyen de forma negativa tras un trasplante renal son la comorbilidad, la función renal per se, los rechazos agudos, los efectos secundarios de la medicación y las hospitalizaciones, la situación laboral, la imagen corporal, los asuntos relacionados con la sexualidad, el stress, la ansiedad e incluso la culpabilidad que pueden complicar los aspectos emocionales y psicológicos después del trasplante.¹⁴

La adaptación a un trasplante de órgano dependerá además de factores como la edad, el género, el modelo cultural y educativo, el apoyo social, las creencias relacionadas con la enfermedad, los autoesquemas, el locus de control externo e interno hacia la salud, los rasgos de personalidad, las habilidades sociales, los estilos de afrontamiento, las emociones negativas, las enfermedades crónicas asociadas y los efectos secundarios de los tratamientos médicos y farmacológicos utilizados, entre otros.¹⁸

A partir de todos estos estudios, podemos concluir que tras el trasplante renal la CVRS del paciente no se estabiliza, sino que se observan diferentes fases, unas mejores y otras peores, los cuales son diferentes en las diversas investigaciones. Nos queda concluir acerca del papel de la subjetivación de este proceso, más que una enfermedad, perfiles o patrones de comportamiento y valores definidos que nos engloben la calidad de vida de un grupo de personas con un mismo padecimiento, ignorando sus vivencias personales, debemos tener presente una perspectiva de análisis más psicosocial, más centrada en el ser humano como máximo protagonista de su propia vida.

Bibliografía

1. Badia X, Lizán L. Estudios de calidad de vida. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria, conceptos, organización y práctica clínica. Ma-

drid: Ediciones Elsevier; 2003. p. 250-61.

2. Moreno B, Ximénez C. Evaluación de la calidad de vida. En: Buena Casal G, editor. Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: Siglo XXI; 1996. p. 1045-70.

3. Grau J. Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. [Tesis de Especialista en Psicología de la Salud]. Facultad de Ciencias Médicas Calixto García, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 1997.

4. Padilla G. Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. Revista Colombiana de Psicología. 2005;13: 80-88.

5. Victoria C. Calidad de vida y salud en la tercera edad. Una actualización del tema. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2005; 8(3): 1-16. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num3/art1no2dic05.pdf>

6. Fernández-Ballesteros R. Quality of life: the differential conditions. Psychol. Spain. 1998;2 (1):57-85.

7. Grau J. Calidad de vida y salud: Problemas en su investigación. *Investigación en Detalle ALAPSA Colombia*, 3, 2003. <http://www.alapsa.org/v2/web/spip.php?article11>

8. Ruiz-Ros V, Peris A, Llácer A, Peris M. Bases conceptuales para el diseño de un instrumento de medida de calidad de vida en los afectados por problemas de salud: el Index de Qualitat de vida de l'escola Universitaria d'infermeria de la Universitat de València (IQV-EUIV-1). Med Clín (Barc). 1998; 98(17):663-70.

9. Díaz IB. Determinantes psicológicos de la calidad de vida [tesis doctoral]. La Habana: Universidad de la Habana, 2008.

10. Aparicio MC. Calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y repercusión psicológica en sus padres [tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2003.

11. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas Perspectiv. Psicol.* 2005; 1(2): 125-137.

12. Rebollo P. Health-related quality of life of kidney transplanted patients: Variables that influence it [Abstract]. Clin Transplant. 2000; 14(3):199-207.

13. Martín F, Reig A, Sarró F, Ferrer R, Arenas D, González F, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes de una unidad de hemodiálisis con el cuestio-

nario Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQOL-SF). D y T. 2004; 25(2):79-92.

14. Valdés C, Ortega F. Avances de la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal. *Nefrología*. 2006; 26(2):157-162.

15. Reyes A, Otero H, Duque AM. Psicología de la salud en la atención a enfermos renales. En: Hernández E, Grau J. *Psicología de la salud. Fundamentos y aplicaciones*, Eds. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. 2005, 507-537.

16. Contreras F. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, *Univ. Psychol.* 2006; 5(3): 487-500.

17. Pérez MA, Martín A, Galán A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Int J Clin Health Psicol.*, 2005; 5(1):99-114.

18. Ocampo LE. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes trasplantados de riñón, hígado y medula ósea. *Psicología y salud*. 2007; 17(1): 125-131.