

# *Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica*

*Lic. Gina Cynthia Pérez*

## **RESUMEN**

El artículo trata sobre los factores psicosociales y calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica. Para comprender y efectuar una intervención adecuada de los pacientes con problemas de salud, se sugiere adoptar un modelo psicosocial de la salud. Finalmente, se señalan algunas estrategias de tratamiento.

## **PALABRAS CLAVE**

Insuficiencia renal crónica, Calidad de vida, Modelo psicosocial de intervención.

El presente trabajo se basa en la revisión de la literatura científica actual sobre estudios que den el marco referencial al tema de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) considerando que es uno de los problemas de salud de mayor impacto en el mundo. La IRC es una enfermedad progresiva y con riesgo vital, en la medida en que el paciente no se someta a trasplante en un futuro mediato. De allí que se la considere entre las enfermedades terminales.

Los pacientes con IRC deben estar permanentemente en tratamiento médico específico, y al mismo tiempo sometidos a una serie de problemas colaterales producto de la enfermedad.

El objetivo central de este trabajo es conocer la dimensión psicosocial de la IRC y su relación con la Calidad de Vida (CV) de estos pacientes; analizar la manera en que la IRC incide sobre la CV.

A partir de la revisión de estas problemáticas psicosociales que tendrán que ser analizadas y abordadas por el investigador, se podrá precisar el tipo de impacto que ejercen sobre la persona enferma y proyectar a través de los hallazgos encontrados programas de intervención en Psicología de la Salud para este tipo de pacientes.

## **I. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) Y SU TRATAMIENTO**

La IRC es una enfermedad silenciosa que afecta a personas de cualquier edad o condición, y se

caracteriza porque los riñones que son los órganos encargados de purificar y eliminar toxinas del cuerpo no pueden cumplir su función adecuadamente.

Generalmente, está asociada a la diabetes e hipertensión arterial.

De acuerdo con Valencia (2005), la insuficiencia renal crónica es la forma más grave y devastadora de enfermedad renal; puede llevar inexorablemente a la muerte del paciente si no se inicia un tratamiento oportuno y adecuado.

La IRC es abordada clínicamente a partir de tres tipos de intervención:

1. La diálisis, en la forma de diálisis peritoneal.
2. La hemodiálisis.
3. El trasplante renal, de donante vivo o de donante cadavérico.

En función de los objetivos de esta revisión, es importante describir al menos uno de los tratamientos a los que se ve expuesto el paciente con IRC, ya que las características de cada uno de ellos son variables importantes a considerar en la evaluación de la calidad de vida del paciente y los aspectos psicosociales.

## **II. HEMODIÁLISIS**

La hemodiálisis es un procedimiento que limpia y filtra la sangre; extrae del cuerpo desechos

---

nocivos y el exceso de sal y líquidos. También controla la presión arterial y ayuda al cuerpo a mantener un equilibrio adecuado de ciertas sustancias químicas, como el potasio, el sodio y el cloruro.

Para poder iniciar el tratamiento de hemodiálisis, el paciente debe ser sometido a una cirugía que permitirá la adecuación de una fístula permanente para la conexión con la máquina.

La hemodiálisis es un tratamiento que generalmente debe hacerse tres veces por semana. La duración de cada sesión fluctúa entre tres y cuatro horas.

### **III. IMPACTO COGNITIVO EMOCIONAL DE LA CONEXIÓN A LA MÁQUINA**

La conexión a la máquina tiene implicaciones cognitivas importantes en el paciente, ya que a partir de este tipo de tratamiento sabe que debe y puede extender su propia vida.

De acuerdo con Rudnicki (2006), la incertidumbre es una experiencia bastante difícil de enfrentar para la persona, aun cuando la conexión con la máquina es algo adecuado y protector para el paciente.

Trabajar la aceptación de la enfermedad y el tratamiento en este caso requiere de un proceso de luto. Para los pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis, esta capacidad de realizar el luto supone mucho más que tolerar ser conectados a la máquina como principal factor para aliviar sus dificultades. Según Rudnicki (2006), esto también supone trabajar con conflictos antiguos, comprometerse con su nueva imagen corporal, muchas veces alejarse de sus familiares y el hogar, de los amigos y del trabajo, para asumir una nueva identidad: la de enfermo renal crónico en tratamiento de hemodiálisis.

De acuerdo con Vinaccia y Orozco (2005: 127), “la respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica, siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas”.

### **IV. ETAPAS DE AJUSTE DEL PACIENTE RENAL EN CONTACTO CON LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS**

La primera etapa es la “luna de miel con la máquina”, momento en el cual la enfermedad renal está en un proceso avanzado y el paciente se encuentra severamente urémico y confuso (Rudnicki 2006).

Este es un periodo marcado por la mejoría física y emocional que viene acompañado por una positiva necesidad de vivir bien, de confianza en la vida y de felicidad. Esta fase comienza una o dos semanas después de haberse iniciado la primera sesión de hemodiálisis, y su duración varía de seis semanas a seis meses.

Al final de la luna de miel, le sigue un periodo de desencanto y desánimo. Los sentimientos de satisfacción, confianza y expectativas disminuyen o incluso desaparecen. Los sentimientos de desamparo y tristeza dominan los afectos durante este periodo.

Según Rudnicki (2006: 283), “la última etapa se denomina periodo de adaptación, y se caracteriza por el inicio de la aceptación de las limitaciones propias y de las complicaciones originadas en el tratamiento de hemodiálisis”.

Lazarus y Folkman (1986, en Vinaccia y Orozco 2005) se refieren a la negación que se presenta inmediatamente después del diagnóstico, la cual cumple para el paciente una función protectora al reducir los niveles de estrés. Así, la negación cumpliría un papel importante en el manejo de la enfermedad, pues disminuiría el nivel de estrés en el paciente y permitiría un manejo más adecuado de su proceso de adaptación posterior a la enfermedad.

Índice de Expectativa de Vida (IEV) en hemodiálisis

Duchase, Rolón, Grosso y Vacca (2004) realizaron un estudio que les permitió identificar los mayores factores de riesgo que inciden en la expectativa de vida de los pacientes renales, entre los que se encuentran la IRC severa con más de un año sin diálisis, la desnutrición, la edad del

---

paciente, la diabetes e hipertensión arterial no controlada, entre otros.

A pesar del gran aporte que supone el trabajo de Duchase y otros (2004) en cuanto a la especificación de los mayores factores de riesgo que inciden en la expectativa de vida de los pacientes renales, las conclusiones de su estudio muestran que no hay en la actualidad una pauta exacta que permita cuantificar la expectativa de vida con un margen de especificidad razonable.

## **V. DIMENSIÓN PSICOSOCIAL ASOCIADA A LA ENFERMEDAD**

El ser humano se concibe como un ser global, integrado por componentes biológicos y psicológicos en interacción constante con el entorno en el cual está inmerso. Esta concepción implica la existencia de una relación de dependencia e influencia entre los distintos componentes de la persona.

Vinaccia y Orozco (2005) efectuaron una investigación con el objetivo de estudiar el impacto de las variables psicosociales sobre la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Su trabajo evalúa el importante papel que juegan diferentes variables psicosociales en el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud en cinco enfermedades crónicas, entre ellas la insuficiencia renal.

Los resultados de esta revisión de literatura evidencian la importancia de la psicología de la salud en el abordaje de la enfermedad crónica, así como la necesidad de un trabajo ínter y transdisciplinario en su tratamiento. Estos autores destacan la necesidad de abordar este tipo de enfermedades desde una perspectiva psicosocial como un sistema en el cual la modificación de una dimensión puede producir alteraciones en la otra.

Un modelo bio-psico-socio-ambiental y cultural podría permitir entender más coherentemente la enfermedad crónica ubicándola dentro de un espacio dinámico que cambia a lo largo del tiempo, según se modifiquen las interacciones funcionales entre sus diferentes componentes.

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a la modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de la vida (Vinaccia y Orozco 2005).

Las enfermedades crónicas de tipo renal no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos (Brannon y Feisrt 2001). En esta situación de cambio, se ven implicados todos los componentes de la salud de la persona.

La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas renales surgen de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad frente al diagnóstico y al pronóstico.

De acuerdo con Nobe, Lluch y Rourera (2001), los problemas o necesidades de tipo psicosocial dependen evidentemente de factores como el tipo de enfermedad e implicaciones que suponga para cada individuo o familia la vivencia de la incapacidad, los recursos, creencias y valores personales o los sistemas de apoyo de los que dispone la persona y la familia.

En el caso específico de la IRC, los factores psicosociales tienen que ver con problemáticas familiares y económicas asociadas en la mayoría de los casos, ya que el enfermo portador de IRC debe dializarse hasta tres veces por semana con un costo alto para sí mismo y la familia. Y en la medida en que esta enfermedad avanza, el problema de la persona se complica mucho más tomando en cuenta el impacto que le genera desde el punto de vista laboral y de disponibilidad de recursos propios.

Nobe y otros (2001) definieron un conjunto de problemas en las áreas personal, familiar y social que se presentan de forma habitual cuando aparece un proceso crónico y los que distintos autores relacionan con un sentimiento de pérdida.

---

## A. ÁREA PERSONAL

En el área personal, se encuentra el malestar físico y emocional, el cambio en el estilo de vida, pérdida de la independencia y alteraciones en el autoconcepto y autoestima de la persona.

El diagnóstico de la presencia de la enfermedad en sí mismo es algo que impacta emocionalmente al paciente, y que de algún modo le obliga a realizar cambios en su estilo de vida.

El estilo de vida se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida "óptimo" al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida.

En cuanto a la pérdida de independencia, es importante señalar que este es un factor que crea uno de los mayores conflictos en el paciente renal. A partir del diagnóstico y primeras diálisis, el paciente se va a encontrar cada vez más en situación de dependencia de su entorno porque la enfermedad cada día va incrementando la intensidad de su postración, a menos que él mismo tenga la oportunidad de un trasplante de órgano exitoso que le permita volver a la normalidad y así asumir nuevamente su independencia.

Este aspecto va ligado a las alteraciones en el autoconcepto y autoestima de la persona a partir de la presencia de la enfermedad.

## B. ÁREA FAMILIAR

El entorno inmediato del paciente es la familia. Por lo tanto, en la medida en que la familia acompañe el proceso de enfermedad del paciente, éste tendrá mayores posibilidades de afrontarla de manera adecuada.

En el área familiar, los problemas más relevantes son los relativos a la pérdida del

equilibrio familiar. Tal como lo mencionan Nobe y otros (2001), los problemas se concretan en los cambios en la rutina familiar, en el rol social de la persona enferma y en los problemas de aceptación de la nueva situación de salud por parte del entorno.

## C. ÁREA SOCIAL

Por último, de acuerdo con Nobe y otros (2001), está el área social en el que los problemas se relacionan con la pérdida de las relaciones y lazos afectivos, empleo del tiempo y cambios a nivel laboral.

En este sentido, es preciso brindar al paciente posibilidades de apoyo que le permitan superar la situación a la que se ve expuesto con la presencia de su enfermedad y la pérdida de las relaciones sociales.

Un estudio realizado en Cuba y publicado por Reyes (2003) sobre el Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con IRC en hemodiálisis muestra la importancia de los aspectos psicosociales y coincide plenamente con los planteamientos expuestos ya por Nobe y otros (2001).

Entre los trastornos que pueden presentarse en estos pacientes se encuentran los de tipo emocional, ya que esta enfermedad los enfrenta con la necesidad de múltiples cambios en su estilo de vida. Además, tiene una evolución incierta, por lo que muchos pacientes ante el diagnóstico asumen una posición pesimista y fatalista hacia el futuro, se deprimen y no logran adaptarse a las nuevas exigencias; otros reflejan agresividad, ansiedad, comportamientos reactivos ante la enfermedad, intolerancia, egocentrismo, reacciones patológicas de temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares.

En la revisión bibliográfica efectuada, no ha sido posible precisar exactamente cuando comenzaron a tenerse en cuenta los aspectos sociopsicológicos en la valoración de la situación de salud de los pacientes portadores de IRC. Sin embargo, hay datos que muestran que en los últimos veinte años el modelo biomédico es sustituido paulatinamente por el enfoque

---

psicosocial en todos los ámbitos de la psicología de la salud.

El reconocimiento de los factores psicosociales asociados a la enfermedad permite el afianzamiento de un concepto muy actual que tiene que ver con el apoyo social.

La relación entre salud y apoyo social es bastante compleja y está influenciada por disímiles variables donde se destacan elementos personales de los pacientes. Hay consenso en el hecho de que la vivencia y percepción del apoyo social que reciben los individuos en los diferentes contextos en los que se desenvuelven está en correspondencia con la posibilidad de enfermar.

La Insuficiencia Renal Crónica como enfermedad crónica no transmisible no fue desarrollada con estudios científicos que aborden la influencia del apoyo social en el surgimiento y evolución de esta enfermedad, fundamentalmente porque el desarrollo de esta temática ha centrado su análisis en las enfermedades de orden mental y no física. Sin embargo, de manera general, se infiere que el apoyo social influye en la salud física de las personas y se ha planteado en el caso específico de los pacientes con IRC que la presencia de apoyo sociofamiliar facilita la adaptación al tratamiento dialítico.

De acuerdo con Aymara (2003), el apoyo social posee una estructura que está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, así como las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos, entre otras).

El apoyo social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan sus efectos o consecuencias sobre el sujeto, es decir, la calidad del apoyo social existente. En este sentido, se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo, así como al grado de satisfacción con éste (los cuales también son varios, según el autor que los clasifique).

Con relación a los aspectos de apoyo social del paciente renal crónico, en un artículo de Rudnicki (2006) se discuten las principales características emocionales asociadas a la forma en que los pacientes con IRC enfrentan el tratamiento de hemodiálisis.

Asimismo, este artículo se refiere al paciente y sus maneras particulares de defensa ante la enfermedad, así como el apoyo de los recursos médicos hospitalarios, el equipo humano que lo sostiene y la familia como aristas importantes para evitar problemas de aislamiento en el paciente.

Toda información recabada muestra el impacto de factores psicosociales asociados a la presencia de enfermedad renal crónica, y la manera en que ambos aspectos a su vez repercuten sobre la calidad de vida del portador de la IRC.

## **VI. CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE RENAL CRÓNICO**

Según Bayes (1994, en Vinaccia y Orozco 2005), evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite conocer el impacto de la enfermedad y/o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad, conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos y evaluar mejor la terapia paliativa.

La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual.

El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas.

El bienestar social tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar.

El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento.

---

Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior.

Machado (2004) aplicó un método de Valoración de Calidad de Vida en Mendoza, Argentina, y encontró que el estudio de la calidad de vida presenta implicancias clínicas, éticas y económicas. Los profesionales de la salud deben tomar conciencia de que no sólo es importante alargar el tiempo de sobrevida de los pacientes con enfermedad renal terminal, sino además mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

Kalker y Ross (1987, en Rodríguez 1995) definen la CV en los enfermos crónicos como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona teniendo en cuenta las afecciones producidas por su enfermedad, tratamiento y efectos colaterales.

Todos estos estudios muestran que la perspectiva de las personas con enfermedades crónicas es un constructo multidimensional que incluye: status funcional, síntomas relacionados con la enfermedad, funcionamiento psicológico y funcionamiento social.

El status funcional se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas; incluye el autocuidado, la movilidad y la actividad física.

Según la World Health Organización (2003), el funcionamiento social hace referencia al “trastorno de las actividades sociales normales y es el resultado de diferentes factores, como limitaciones funcionales, debidas al dolor y la fatiga, al miedo del paciente a ser una carga para los demás, el temor por los síntomas, o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, entre otros”.

En suma, cuando se habla de CV en el paciente crónico, se hace alusión a su propia valoración frente a la adaptación funcional, cognitiva, emocional, social y laboral.

Schwartzmann (2003) define la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida se

conceptúa como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se considera estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

Schwartzmann (2003) nos habla de calidad de vida, y una de las características que más emplea es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir. Puede decirse sin temor a equivocación que estas necesidades sólo se satisfacen por medio de la interacción con las demás personas y con el medio ambiente. De acuerdo con esta afirmación, los problemas humanos pueden contextualizarse en términos de falta de correspondencia entre las necesidades del individuo y el ambiente físico y social. Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, el estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. Tal definición implica considerar la calidad de vida como una valoración: una respuesta cognitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional. Estos dos elementos reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas iniciales.

## **VII. IMPORTANCIA DE LA PSICOLOGÍA APLICADA A LA NEFROLOGÍA**

De acuerdo con Rudnicki (2006), la psicología aplicada a la nefrología es la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, específicamente aquel bajo tratamiento de hemodiálisis que presenta en su diagnóstico y tratamiento factores emocionales que permean, agravan o causan mayores dificultades en su vida.

## **VIII. APOORTE DEL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL**

En un estudio realizado por González, Valencia y Bersch (2006) sobre Intervenciones Psicoterapéuticas en pacientes con enfermedad médica quirúrgica, se describe a la Terapia Cognitivo Conductual como una de las más

---

adecuadas dentro del área de Psicología de la Salud.

Esta terapia se basa en el modelo cognitivo de Beck, que considera que las experiencias previas y el aprendizaje social llevan a las personas a conformar una serie de significados y presunciones, o esquemas cognitivos acerca de sí mismo, del mundo y del futuro.

Estos esquemas influyen en las percepciones, interpretaciones y asociaciones que el paciente hace con respecto a su condición médica.

El modelo cognitivo-conductual resulta útil para explicar el fenómeno psicósomático presente en muchas situaciones médicas, aun en aquellas en que hay signos de patología orgánica. Este modelo propone que los síntomas, el malestar y la discapacidad se perpetúan por la interacción entre factores psicológicos y fisiológicos; considera fundamental el papel de lo que el paciente piensa acerca de sus síntomas. La activación emocional, la disfunción física menor y los cambios fisiológicos inocentes producen sensaciones corporales que el paciente interpreta como señales de enfermedad. Esta interpretación genera una respuesta de alarma con sus consiguientes cambios psicofisiológicos (por ejemplo, hiperactividad autonómica), lo que a su vez ocasiona más sensaciones corporales. Como resultado de esta interpretación, además de ansiedad y aprehensión, surge un exceso de atención a los estímulos somáticos, lo cual aumenta su registro y contribuye a reafirmar las explicaciones, a menudo catastróficas, que el paciente se ha dado acerca del origen de sus síntomas.

Por otra parte, el paciente incurre en conductas de autochequeo (en busca de síntomas físicos), búsqueda repetida de atención médica, lectura no orientada de literatura médica y evitación de

actividades que agravan el problema. La actitud y las creencias de las personas que rodean al paciente pueden o no reforzarla.

Basada en este modelo, la psicoterapia cognitiva-conductual pretende intervenir en los factores que mantienen el síntoma abordando las interacciones entre cognición, emociones, atención y comportamiento.

Algunas de las estrategias del tratamiento son: (a) comprender y explicar al paciente los efectos de la enfermedad y de las relaciones anotadas, e integrar explicaciones alternativas; (b) explorar los efectos del rol de enfermo y del estrés en la persistencia del síntoma; (c) enseñar técnicas para identificar y cuestionar las distorsiones cognitivas (pensamientos negativos automáticos), cómo detenerlas y cómo distraer la atención, y (d) enseñar técnicas de manejo de estrés y solución de problemas.

Una de las fortalezas de esta psicoterapia es que le proporciona al paciente herramientas para su autorregulación y le devuelve el control sobre su cuerpo y sus reacciones emocionales.

A lo largo de esta revisión, se percibe que los problemas psicosociales que surgen a raíz de la IRC del paciente tienen una relación directa con la calidad de vida de éste. Sin embargo, las investigaciones específicas en torno a la IRC y estas problemáticas aún son limitadas.

Por último, es importante señalar las propuestas de intervención y el aporte específico del enfoque cognitivo comportamental para la implementación de programas que ayuden al paciente renal crónico terminal a afrontar la problemática psicosocial asociada a su problema físico, y poder enfrentar la enfermedad con una mayor calidad de vida.

## **BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA**

GONZÁLEZ, C., VALENCIA, H., y BERSCH, S. (2006) "Intervenciones Psicoterapéuticas en los Pacientes con Enfermedad Médico Quirúrgica" [Versión electrónica]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 6, 72-88.

MACHADO, G. (2004). "Aplicación de un método de valoración de Calidad de Vida en un centro de Hemodiálisis en Mendoza" [Versión electrónica]. *Nefrología-Diálisis y Transplante*, 1, 181-184.

- 
- MARTORELLI, A., y MUSTACCA, A. (2004). "Psicología Positiva, Salud y Enfermos Renales Crónicos" [Versión electrónica] *Nefrología-Diálisis y Transplantes* 3, 99-104.
- Ministerio de Salud-Departamento de Medicina (2005). *Capacitación en Transplante Renal*: Brasilia: Valencia, J.
- NOVE, G., LLUCH, T., y ROURARE, A. (2001) *Aspectos Psicosociales del Paciente Crónico*. Barcelona: Salvat.
- REYES, A. (2003). *Apoyo Social y Funcionamiento Familiar en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis* [Memoria para optar al título de Master en Psicología de la Salud, Escuela Nacional de Salud Pública] La Habana, Cuba.
- RIELLA, M. (2003). *Principios de Nefrología e Disturbios Hidroelectrolíticos*. (4ª ed.). Sao Paulo: Guanabara Koogan.
- RUDNICKI, T. (2006). Aspectos Emocionales del Paciente Renal Crónico [Versión electrónica]. *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 2, 279-288.
- VINNACIA, S., y OROZCO, L. (2005). Aspectos Psicosociales asociados con la Calidad de Vida de personas con Enfermedades Crónicas [Versión electrónica]. *Perspectivas en Psicología*, 2, 125-137.