
ARTÍCULO DE REVISIÓN

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y ENFERMEDAD CRÓNICA: ESTUDIOS COLOMBIANOS

QUALITY OF LIFE RELATED TO HEALTH AND CHRONIC DISEASE: COLOMBIAN STUDIES

STEFANO VINACCIA ALPI* & JAPCY MARGARITA QUICENO**
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA, SEDE BOGOTÁ - COLOMBIA

FECHA DE RECEPCIÓN: 06/09/2011 • FECHA DE ACEPTACIÓN: 17/12/2011

Resumen

El objetivo de la siguiente revisión es presentar el desarrollo histórico de la evolución del constructo “calidad de vida relacionada con la salud”, con especial énfasis en las investigaciones con muestras de enfermos crónicos en Colombia. Se describen los antecedentes históricos que llevaron al surgimiento de los estudios de calidad de vida relacionada con la salud en Colombia, los principales grupos de investigación y algunos estudios publicados en el área. Por último, se hace un análisis de los resultados encontrados en las investigaciones colombianas.

Palabras clave: calidad de vida relacionada con la salud, enfermedad crónica.

Abstracts

The aim of the next review is to present the development of research on health-related quality of life, with special emphasis on research with chronically ill samples in Colombia. It describes the historical background that led to the emergence of studies of quality of life related to health in Colombia, the main research groups and some published studies in the area. Finally, an analysis of the results found in studies in Colombia.

Keywords: Health-related quality of life, chronic disease.

Introducción

Históricamente, para algunos especialistas en la materia, la primera persona que utilizó el término calidad de vida (CV) fue el economista norteamericano Galbraith a finales de los años 50 del pasado

siglo, para otros, fue en 1964 el entonces presidente norteamericano Lyndon B. Jonson, y es en la década de 1970 que este término adquiere una connotación semántica. Inicialmente este concepto consistía en el cuidado de la salud personal, luego se convirtió en la preocupación por la salud e higiene públicas, se

* Doctor en Psicología clínica y de la Salud. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá. Carrera 8 H # 172-20. Correspondencia correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com

** Doctor en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá. Carrera 8 H # 172-20. Correspondencia correo electrónico: japcyps@hotmail.com

extendió después a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se transformó en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, la actividad cotidiana y la propia salud (Badía y Lizán, 2006; Schalock & Verdugo, 2003; Schwartzmann, 2003).

En 1945 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad. A partir de esta definición, por un sinnúmero de autores se da auge al desarrollo y evolución del concepto de CV (ver tabla 1) y más tarde Kaplan y Bush (1982) propusieron el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), para distin-

guir el amplio concepto de CV de aquellos aspectos de calidad específicamente relevantes para el estado de salud y los cuidados sanitarios, a la par que se dieron distintos modelos teóricos de CVRS (ver tabla 2).

La diferencia entre ambos conceptos es relativamente sutil, mientras que en la CV hace énfasis sobre los aspectos psicosociales sean estos cuantitativos y/o cualitativos del bienestar social (*Welfare*) y del bienestar subjetivo general (*Wellbeing*), en la CVRS se da mayor énfasis a la evaluación de parte del individuo de las limitaciones que en diferentes áreas biológicas, psicológicas y sociales le ha procurado el desarrollo de una determinada enfermedad y/o accidente (Goldwurm, Baruffi y Colombo, 2004; Quiceno y Vinaccia, 2008).

Tabla 1. Definiciones de calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud

	Calidad de vida (CV)
Andrews y Withey (1976)	La CV no es solo el reflejo pasivo de las condiciones objetivas, sino es la evaluación de estas por parte del individuo.
Lewton, Moss, Fulcomer y Kleban (1982)	La CV se puede comprender mejor en el conjunto de evaluaciones que el sujeto realiza sobre su vida actual.
Brengelmann (1986)	CV son las cosas para disfrutar la libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar satisfecho, presentar escasas molestias psicosomáticas, ingerir poca medicación, no estar enfermo, poseer una buena profesión, tener un buen empleo y encontrar un sentido a la vida.
Abbey y Andrews (1986)	Modelaron los determinantes psicológicos de la calidad de vida. Propusieron que las variables social-psicológicas como el estrés, el control sobre la propia vida, el control por otro, el apoyo social y el desempeño personal influyen las variables psicológicas de la ansiedad y la depresión, que entonces determinan los resultados de la CV, tales como el disfrute, la irritación emocional, el éxito en la vida y la evaluación del yo.
OMS (1993)	La CV hace alusión a los aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores y la cultura del individuo, y abarcando las metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona.
Veenhoven (1998)	Plantea la clasificación de CV considerando la habilidad como calidad del entorno, la aptitud o capacidad para la vida como calidad de acción y la plenitud como calidad de resultado. La calidad del entorno está relacionada con las condiciones externas necesarias para una buena vida; la calidad del resultado se centra en y describe los productos de la vida como disfrute de esta. Estos dos significados de CV se refieren respectivamente al objetivo y lo subjetivo de esta. El tercer significado referido a la calidad de la acción permite la integración de los significados anteriores con la capacidad que tiene la gente para enfrentarse a la vida.

Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	
Ware (1984)	En su conceptualización de CVRS las dimensiones podrían situarse en círculos concéntricos, comenzando con los parámetros fisiológicos de la enfermedad y circundados progresivamente por la función personal, la función psicológica, la percepción global de salud y la función social.
Patrick y Erickson (1988)	CVRS es el valor asignado a la duración de la vida modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y el deterioro provocado por una enfermedad, accidente, tratamiento o política de salud.
Shumaker y Naughton (1995)	CVRS se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.
Testa y Simonson (1996)	La CVRS consiste en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud, en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y que se refleje en un bienestar general. Las dimensiones fundamentales son: el funcionamiento físico, psicológico, cognitivo y social.
Schwartzmann (2003)	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 del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: fisiológico (sintomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).

Tabla 2. Modelos de calidad de vida relacionada con la salud

Autores	Modelos
Ware (1984)	Propuso un modelo de relación progresiva entre la enfermedad y los campos de CV, en el que la enfermedad se encuentra en el centro de círculos concéntricos donde la influencia en los resultados de la CVRS es más fuerte en aquellos resultados más próximos a la enfermedad, tales como el funcionamiento personal. El impacto de la enfermedad se extendería a otros resultados de la CVRS tales como la incomodidad psicológica y el bienestar, luego a las percepciones sobre salud en general y finalmente al funcionamiento del rol social.
Wilson y Cleary (1995)	Este modelo lineal de CVRS integra aspectos del modelo biomédico y del paradigma de las ciencias sociales y clasifica las variables de resultado de los pacientes en cinco niveles: 1. factores biológicos y fisiológicos (nivel más aproximado); 2. síntomas; 3. estado funcional; 4. salud general percibida; y 5. CV global (nivel más distal). Proponiendo una relación causal lineal entre los cinco niveles en la cual las variables de un nivel predicen las del siguiente.

Autores	Modelos
Brenner, Curbow y Legro (1995)	Proponen un modelo lineal continuo que va desde los síntomas y señales de la enfermedad hasta el bienestar general, pasando por niveles intermedios: funcionamiento relacionado con la enfermedad y funcionamiento general.
Sprangers y Schwartz (1999)	Incorporan la noción de “cambio de respuesta” que es un catalizador que desencadena un proceso de acomodación en la CV, predicen que un deterioro del estado de salud conduciría a una disminución en la CV. Si ocurre una acomodación como un afrontamiento exitoso, entonces la CVRS mejorará. Sin embargo, si la acomodación conduce a un cambio de respuesta la CVRS puede permanecer igual.

A pesar de las diferencias, se puede encontrar desde la visión bio-psico-social un punto de convergencia en todas las definiciones que se le han dado en el tiempo. En el contexto más específico de la salud, la CVRS se hizo popular a partir de los años 80 del siglo pasado, posiblemente asociado a los cambios de los perfiles epidemiológicos de morbilidad que empezaron a notarse dramáticamente en algunos países desarrollados con el incremento cada vez más grande de la esperanza de vida y, contemporáneamente, de enfermedades crónicas en porcentajes cada vez mayores de sus habitantes dándose un fuerte desarrollo hasta nuestros días de investigaciones con muestras poblacionales con algún nivel de minusvalía resultado de la cronificación de diferentes enfermedades y/o accidentes (Padilla, 2005; Permanyer & Ribera, 2006).

De otro lado, desde hace treinta años el constructo CVRS ha evolucionado significativamente, lo que ha generado el desarrollo, diseño y validación en distintos idiomas de un sinnúmero de instrumentos generales como específicos (Badía, Salamero & Alonso, 2002). En sus principios este constructo hacía énfasis solo en la función física y el tratamiento de la enfermedad (Padilla, 2005; Taylor, 2007). Desde entonces este constructo se ha expandido para incluir múltiples dimensiones de función física y bienestar. El *Medical Outcomes Study* definió la salud física como el funcionamiento físico, limitaciones de rol debidas a la salud física, dolor corporal y salud general. Posteriormente, la salud mental se empieza a medir a través de dimensiones denominadas: energía, fatiga, funcionamiento social, limitaciones de rol debidas a problemas emocionales y bienestar emocional (Oliveros-Cid, Oliveros-Juste & Cid, 2005; Padilla, 2005).

Más adelante se comenzaron a considerar otros factores asociados con religiosidad, trascendencia y dimensiones espirituales en general (Giovagnoli, Meneses & Da Silva, 2006; Morales, 2002; Padilla, 2005). En relación con lo anterior, Shumaker y Naughton (1995) plantearon que:

las dimensiones utilizadas con más frecuencia para evaluar CVRS son: 1. *Estado funcional*: consiste en el grado de realización de las actividades cotidianas (tanto de autocuidado como instrumentales) relacionadas con la propia autonomía, independencia y competencia. 2. *Funcionamiento psicológico*: hace referencia a la presencia de malestar o bienestar vinculados a la experiencia y vivencia del problema de salud, su diagnóstico o tratamiento particular o ante la vida en general. 3. *Funcionamiento social*: hace énfasis en la presencia de problemas en la ejecución de las actividades sociales cotidianas y deseadas, así como los efectos en la limitación de realización de los roles sociales de cada uno. 4. *Sintomatología asociada al problema de salud y su tratamiento*: hace alusión a los signos y síntomas de la enfermedad (dolor) y/o efectos secundarios o colaterales de la terapia (sedación, náuseas, irritabilidad, etc.). Otros aspectos que se han considerado son: cuestiones económicas relacionadas a la salud, preocupaciones de tipo espiritual o existenciales, funcionamiento sexual, imagen corporal, preocupaciones excesivas por la salud, efectos del diagnóstico, capacidad de superación de la enfermedad y el tratamiento, perspectivas de futuro en relación con la salud y el tratamiento y grado de satisfacción con la atención y los cuidados médicos-hospitalarios recibidos (p. 8).

Enfermedad crónica

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de la vida de esta. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan inicio a la enfermedad, entre estos factores está el ambiente, estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida entre otros, y la presencia de una enfermedad persistente que pueda pasar a ser crónica. Hay muchos tipos de enfermedades crónicas, desde la hipertensión a la diabetes, hasta la artritis reumatoide y el cansancio crónico (Centers for Disease Control and Prevention, 2009).

Las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte en casi todos los países. De los 58 millones de muertes que se presentaron en el mundo en el año 2005, 35 millones fueron atribuibles a enfermedades crónicas como cardiopatías, cánceres, enfermedades pulmonares, osteomusculares y genito-urinarias, prácticamente el doble de las enfermedades infecciosas como el VIH/sida, la malaria, las enfermedades materno infantiles y las carencias nutritivas múltiples. Solamente un 20% de las muertes causadas por enfermedades crónicas se presentan en países desarrollados, mientras el 80% se registran en países con niveles de ingreso medio bajo, en el cual vive la mayoría de la población mundial (Strong, Mathers, Leader & Beaglehole, 2005; WHO, 2005).

A nivel psicosocial, la enfermedades crónicas producen altos niveles de estrés teniendo un efecto negativo sobre el ajuste psicológico de las personas que las padecen y requieren un periodo de adaptación de parte del individuo y de la familia (Dobbie y Mellor, 2008). Stanton, Reversion y Tennen (2007) identificaron cinco procesos relacionados con el ajuste a las enfermedades crónicas: como la adaptación a sus actividades diarias, la conservación del estado funcional, la percepción de la calidad de vida en sus diferentes dimensiones, y la ausencia de trastornos psicológicos y emociones negativas.

El impacto de la enfermedad crónica según Hwu (1995) produce estrés a nivel financiero, sensación negativa hacia sí mismo y las propias capacidades, como cambios en la filosofía de vida y problemas de conducta y emocionales. Por otro lado el impacto de la enfermedad crónica sobre las familias y cuidadores produce según Northam (1997) alteraciones a nivel de comunicación e

interacciones, como también coaliciones y alianzas familiares, además de altos niveles de incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad.

Investigaciones sobre calidad de vida relacionada con la salud en Colombia

A principios de la década de los 80, en Colombia se comenzó a hacer investigación en psicología de la salud de manera aislada, en áreas tan diversas como enfermedades coronarias, hipertensión esencial, dolor, psicología oncológica, biorretroalimentación aplicada a la rehabilitación neuromuscular y a las cefaleas tensionales, dismenorrea y torticolis espasmódica, insuficiencia renal y asma, entre otros. Las primeras investigaciones desarrolladas fueron en el Hospital Regional Simón Bolívar de Bogotá por la psicóloga María Inés Menotti, autora de numerosos estudios sobre factores psicosociales asociados a la hipertensión en los años 1984 a 1987. También hubo estudios en el Hospital Militar Central de Bogotá, por los psicólogos Enrique González y Gloria María Berrío en rehabilitación de pacientes con hipertensión esencial e infarto al miocardio en los años de 1985 a 1988. A partir del año 2000 con el surgimiento de los sistemas de clasificación de COLCIENCIAS sobre grupos de investigación en Colombia, se posibilitó un importante desarrollo de investigaciones en el campo de la psicología de la salud, dándose un auge creciente en Colombia de estudios en el área de CVRS con enfermos crónicos, fruto de los trabajos desarrollados fundamentalmente por los grupos de investigación “Psicología, Salud y Calidad de Vida” de la Universidad Santo Tomás de Bogotá (exlíder Francoise Contreras), “Psicología y Salud” de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá (líder actual Mónica María Novoa Gómez); “Psicología, Salud y Calidad de Vida” de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali (exlíder Delcy Elena Cáceres de Rodríguez), y “Salud Comportamental” de la Universidad de San Buenaventura de Medellín (exlíder Stefano Vinaccia Alpi) (Contreras, Londoño, Vinaccia & Quiceno, 2006). Por otro lado, en otras áreas de conocimiento como medicina, se cuenta con investigadores que han trabajado sobre CVRS como Luz Helena Lugo de la Universidad de Antioquia, Juan Manuel Anaya de la Universidad del Rosario y Ricardo Sánchez del Instituto Nacional de Cancerología y la Universidad Nacional de Colombia, y Carlos Gómez de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá.

Ahora bien, en la tabla 3, se presentan algunos de los estudios de CVRS y enfermedad crónica que se han desarrollado de manera sistemática en Colombia publicados en los últimos diez años.

Los estudios antes mencionados se han centrado en evaluar la CVRS asociados con diferentes variables psicosociales como impacto a la enfermedad, percepción de enfermedad ajuste marital, optimismo disposicional, resiliencia, personalidad resistente, espiritualidad, estrategias de afrontamiento, conducta de enfermedad, estilos de vida, cognición hacia la enfermedad, adhesión al tratamiento, intervención grupal, apoyo social, salud mental, depresión y ansiedad.

Instrumentos de calidad de vida validados en Colombia

En Colombia no son muchos los instrumentos de CVRS validados. Actualmente se cuenta con la confiabilidad del cuestionario de Salud MOS SF-36 desarrollado en la ciudad de Medellín con pacientes de dolor musculoesquelético, depresión mayor, diabetes mellitus tipo II y personas sanas (Lugo, García & Gómez, 2006), con la evaluación del cuestionario

de calidad de vida en asma AQLQ (Serrano, Martínez, Hincapié & Garrido, 2000), con la evaluación del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ C-30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá (Portillo & Restrepo, 2004), con la validación de los cuestionarios FACT-G para evaluar calidad de vida en cáncer (Sánchez, Ballesteros & Arnold, 2010) y EORTC QLQ CR-29 sobre calidad de vida en cáncer de recto (Calvo, Oliveros & Sánchez, 2010), con la validación del índice de calidad de sueño de Pittsburg (Escobar-Córdoba & Eslava-Schmalbach, 2005), con la validación de la Escala de Somnolencia de Epworth (Chica-Urzola, Escobar-Córdoba & Eslava-Schmalbach, 2007), con la construcción y validación de un inventario para evaluar calidad de vida en adultos con Epilepsia (INCAVI-72) (Berrío, 2002), y con la validez lingüística de los cuestionarios de calidad de vida para adolescentes VSP-A (Jaimes-Valencia, Richart-Martínez, Cabrero-García, Palacio & Flórez-Alarcón, 2007), Kidscreen-27 (Sánchez-Ávila, García, Lugo & Quintero, 2008) y Kidscreen-52 (Jaimes-Valencia, 2008).

Tabla 3. Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos

Categoría de enfermedad	Tipo de enfermedad	Variables relacionadas con CVRS	Instrumentos de CVRS	Autores
Reumáticas	Artritis reumatoide	Autoeficacia, dolor, depresión, ansiedad, apoyo social	MOS SF-36 QOL-RA	Cadena, Vinaccia, Rico, Hinojosa y Anaya (2003)
	Artritis reumatoide	CVRS	MOS SF-36	Vinaccia, Fernández, Moreno-San Pedro y Padilla (2006)
	Artritis reumatoide	CVRS	MOS SF-36	Vinaccia, Tobón, Moreno-San Pedro, Cadena y Anaya (2005)
	Artritis reumatoide	Percepción enfermedad, autotrascendencia, resiliencia, apoyo social, estado emocional	MOS SF-36	Quiceno, Vinaccia y Remor (2011)
	Lupus eritematoso Sistémico -LES	Ansiedad, depresión, optimismo disposicional	MOS SF-36	Vinaccia et ál. (2006)
Lupus eritematoso Sistémico -LES	Fibromialgia	Ansiedad, depresión, apoyo social	MOS SF-36	Ariza et ál. (2010)
	Fibromialgia	CVRS	MOS SF-36	Rojas, Zapata, Anaya y Pineda (2005)

Categoría de enfermedad	Tipo de enfermedad	VARIABLES relacionadas con CVRS	Instrumentos de CVRS	Autores
Oncológicas	Cáncer colo-rectal	Cognición hacia la enfermedad	MOS SF-36	Vinaccia y Arango (2003)
	Cáncer de próstata	Ajuste diádico	QLQ-C30 QLQ-PR25	Novoa, Wilde, Rojas y Cruz (2003)
	Cáncer de pulmón	Apoyo social, personalidad resistente	QLQ-C30	Vinaccia et ál. (2005)
	Cáncer en tratamiento quimioterapéutico	Apoyo social, ansiedad, depresión, bienestar psicológico	MOS SF-36	Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007)
	Cáncer de tiroides	CVRS	MOS SF-36	Novoa, Vargas, Obispo, Pertuz y Rivera (2010)
	Cáncer terminal	CVRS	MOS SF-36	Novoa, Caycedo, Aguillon y Suárez (2008)
	Cáncer de mama Cáncer terminal	WHO-QOL Espiritualidad, cognición hacia la enfermedad	WHO-QOL MQOL	Salas y Grisales (2010) Payán, Vinaccia y Quiceno (en prensa)
Gastro-intestinales	Síndrome de colon irritable -SCI	Ansiedad, depresión	MOS SF-36	Vinaccia et ál. (2005)
	Dispepsia funcional	CVRS	QLQ-C30	Cano et ál. (2006)
	Dispepsia	CVRS	PAGI-SYM	Tobón, Vinaccia y Sandín (2006)
Endocrinas	Diabetes Mellitus Tipo II	Ansiedad, depresión, apoyo social	MOS SF-36	Vinaccia et ál. (2006)
Cardio-vasculares	Presión arterial e hipertensión	CVRS	MOS SF-36	Varela, Arrivillaga, Cáceres, Correa y Holguín (2005)
	Hipertensión arterial leve	CVRS	CHALL	Vinaccia, Quiceno, Gómez y Montoya (2007)
	Evento cerebrovascular isquémico	CVRS	MOS SF-36	Silva, Tamara, Álvarez, Londoño y Alonso (2009)
Urológicas	Hiperplasia prostática	Cognición hacia la enfermedad, depresión, ansiedad	MOS SF-36	Vinaccia, Quiceno, Fonseca, Fernández y Tobón (2006)
	Insuficiencia renal crónica -IRC	Afrontamiento, ansiedad, depresión	MOS SF-36	Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2006)
	Insuficiencia renal crónica -IRC	Afrontamiento, ansiedad, depresión	MOS SF-36	Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez (2007)
	Insuficiencia renal crónica -IRC	Resiliencia, creencias y afrontamiento espiritual-religioso, percepción enfermedad	MOS SF-36	Vinaccia y Quiceno (2011a)
	Insuficiencia renal crónica -IRC	Ansiedad, depresión	MOS SF-36	Millán, Gómez, Gil, Oviedo y Oviedo (2009)

Categoría de enfermedad	Tipo de enfermedad	Variables relacionadas con CVRS	Instrumentos de CVRS	Autores
Neuro-lógicas	Trauma craneoencefálico	Salud mental, ansiedad, depresión	Cuestionario de calidad de vida para TCE	Cáceres, Montoya y Ruiz (2003)
	Esclerosis múltiple	Apoyo social, depresión, ansiedad	MOS SF-36	Vinaccia, Quiceno, Zapata, González y Villegas (2006)
	Esclerosis múltiple y enfermedades crónicas autoinmunes y no autoinmunes	CVRS	MOS SF-36	Hincapié, Suarez, Pineda y Anaya (2009)
	Epilepsia	CVRS	INCAVI-72	Vinaccia, Quiceno, Gaviria y Garzón (2008)
Respiratorias	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC	Apoyo social, ansiedad, depresión	MOS-SF36	Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obesso y Quintero (2006)
	Tuberculosis pulmonar	Apoyo social		Vinaccia et ál. (2007)
	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica -EPOC	Resiliencia, creencias y afrontamiento espiritual-religioso, percepción enfermedad	MOS SF-36	Vinaccia y Quiceno (2011b)
Dermato-lógicas	Psoriasis vulgar	Apoyo social, depresión, ansiedad	DLQI	Vinaccia, Quiceno, Martínez y Arbeláez (2008)
	Hiperhidrosis	CVRS	MOS SF-36	Rúa e Hinestroza (2008)
Inmuno-lógicas	VIH	CVRS	MQOL	Uribe (2005)
	VIH	CVRS	MOS SF-36 WHO-QOL	Cardona, Pelaéz, López, Duque y Leal (2011)
Trasplantes de órganos	Trasplante de hígado	CVRS	Escala semi-estructurada	Burgos, Amador y Ballesteros (2007)
	Riñón, hígado y médula ósea	CVRS	WHO-QOL-100	Otálvaro, Villa, Zapata y Vinaccia (2007)

Discusión y conclusiones

En los últimos 10 años hay un aumento paulatino y progresivo de investigaciones en el área de la CVRS en Colombia. Sin embargo, siguen siendo relativamente pocos los instrumentos de CVRS validados para la población colombiana con algún grado de cronicidad y/o discapacidad.

Por otro lado, esta revisión de antecedentes con la descripción de más de 50 investigaciones publicadas entre artículos empíricos con muestras de pacientes enfermos crónicos o para la validación de instrumentos de CVRS, a pesar de no pretender ser un estado del arte completo y exhaustivo de todas las investigaciones desarrolladas sobre este tema en Colombia puede brindar elementos para reflexionar.

En primera instancia el instrumento de medición de CVRS más empleado es el cuestionario de Salud MOS SF-36. Aunque sería importante seguir desarrollando estudios de validación de instrumentos generales de CVRS.

La segunda reflexión hace alusión a los investigadores que trabajan en el área. La CVRS es sin duda un constructo interdisciplinario viéndose reflejado en la profesión de los investigadores, donde la gran mayoría son psicólogos y médicos, siendo menor el grupo de enfermeros/as y fisioterapeutas. Cabe anotar que la mayoría de los instrumentos de CVRS validados en Colombia fueron desarrollados por grupos de investigación interdisciplinarios.

La tercera reflexión tiene que ver con el tipo de enfermedad estudiada, ya que no hay estudios consistentes sobre una patología específica, sino más bien aislados que estudian la CVRS en diversas patologías.

La cuarta reflexión hace relevancia a la escasez de investigaciones desarrolladas en el área de la CVRS infantil asociadas con la enfermedad crónica, la mayoría de estudios están focalizados en muestras poblacionales de adultos.

La quinta reflexión hace alusión a que son más los estudios que pretenden relacionar variables psicoemocionales patogénicas (depresión, ansiedad, estrés, etc.) con la CVRS que salutogenicas como por ejemplo resiliencia y/o optimismo. Por tanto, se hace necesario explorar variables positivas ya que recientes investigaciones han planteado que la población colombiana tiene índices muy altos de optimismo independientemente de los acontecimientos negativos y/o positivos que les acontezcan (Cruz & Torres, 2006; Sinisterra, 2007).

La sexta reflexión pretende mostrar que en los estudios colombianos de CVRS en enfermos crónicos se aprecia a nivel general que las emociones negativas (depresión, ansiedad, estrés, etc.) tienen niveles bajos en comparación con los estudios epidemiológicos recientes sobre salud mental con población general colombiana donde sí se han hallado altos niveles de emociones negativas (Gómez et ál., 2004; Ministerio de Protección Social, 2003). Sobre este tema sería pertinente seguir desarrollando investigaciones para estudiar más detalladamente este comportamiento que puede tener matices culturales y de sexo.

Es de resaltar, como séptima reflexión que hay un rápido y paulatino envejecimiento de la población

colombiana asociada a rápidos cambios en los estilos de vida, una alta incidencia de la pobreza, una baja cobertura de seguridad social y un alto nivel de descomposición familiar, véase Gómez, Curcio y Duque (2009). Al respecto, se hace necesario realizar más estudios para conocer la CVRS de las personas mayores con diagnóstico de enfermedad crónica. Es de anotar que diferentes estudios a nivel internacional han planteado que las personas en la etapa adulta y en etapas posteriores alcanzan mayor bienestar y satisfacción con la vida, manejan mejor la enfermedad crónica a nivel emocional ya que han adquirido mayor experiencia en el afrontamiento de eventos estresantes a través de los años y los problemas de salud constituyen un tipo de situación estresante habitual y, por tanto, esperable o predecible por la persona, por lo que la adaptación resulta más fácil (Yanguas, 2006). Por tanto, con personas de la tercera edad colombianos poco se sabe de su percepción de salud general de la CVRS.

La octava reflexión tiene que ver con la variable apoyo social, ampliamente estudiada en muchos de los estudios reseñados donde se encontró que el apoyo social percibido en el ámbito emocional por parte del personal asistencial, amigos, compañeros de trabajo y familiares, podían servir de amortiguadores de los efectos de las emociones negativas creados por las enfermedades y el tratamiento. El hecho de que la gran mayoría de las muestras de los estudios planteados sobre CVRS colombianos prevalece el sexo femenino, en poblaciones antioqueñas que se caracterizan por el alto estatus matriarcal dentro de las redes familiares conformadas por grupos humanos numerosos donde se recibe un amplio apoyo social y emocional en el transcurso de la vida (Gutiérrez de Pineda, 1999), lleva a inferir que posiblemente en zonas distintas de la geografía colombiana los resultados podrían variar a nivel de género, estrato y grupo étnico.

Para finalizar, se sugiere una relación más estrecha entre los diferentes grupos de investigación e investigadores que trabajan sobre el tema de CVRS en la enfermedad crónica sobre todo con lo relacionado al diseño y validación instrumentos psicométricos. Además, sería pertinente se desarrolle un proceso de internacionalización de la investigación colombiana con el Capítulo Iberoamericano International Society for Quality of Life Research.

Referencias

- Abbey, A. & Andrews, F.M. (1986). Modeling the psychological determinants of life quality. In F.M. Andrews (Ed.). *Research on the quality of life* (pp. 85-116). Ann Arbor, MI: Survey Research Center Institute for the Social Sciences.
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social indicator of well being: Americans perception of life quality*. New York: Plenum Press.
- Ariza, K., Isaza, P., Gaviria, A. M., Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Alvarán, L., et ál. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud, factores psicológicos y fisiopatológicos en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico –LES–. *Terapia Psicológica*, 28(1), 27-36.
- Badía X. & Lizán L. (2004). Calidad de vida: definiciones y conceptos. En Martínez, P. (Ed.). *Calidad de vida en neurología* (pp. 3-18). Barcelona, España: ARS Medica Editor.
- Badía, X., Salamero, M. & Alonso, J. (2002). *La medida de la salud*. Barcelona, España: Edimac.
- Berrío, G. M. (2002). Diseño, construcción y validación de un Inventario para evaluar Calidad de Vida en adultos con Epilepsia. *Acta Colombiana de Psicología*, 7, 7-19.
- Brenner, M. H., Curbow, B., & Legro, M. W. (1995). The proximal–distal continuum of multiple health outcome measures: the case of cataract surgery, *Medical Care*, 33, 236-244.
- Brengelmann, J. C. (1986). Estrés, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas. *Evaluación psicológica*, 2, 47-77.
- Burgos, V. A., Amador, A. & Ballesteros, B. P. (2007). Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado. *Universitas Psychologica*, 6, 383-397.
- Cadena, J., Vinaccia, S., Rico, M. I., Hinojosa, R. & Anaya, J. M. (2003). The impact of disease activity on quality of life and mental health status in Colombian patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal Clinical Rheumatology*, 9, 142-150.
- Cáceres, D. E., Montoya, Z. & Ruiz, A. M. (2003). Intervención psicosocial para el incremento de la calidad de vida en pacientes con trauma craneoencefálico moderado a severo. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 60-76.
- Cano, E, Quiceno, J. M., Vinaccia, S., Gaviria, A. M., Tobón, S. & Sandín, B. (2006). Calidad de vida y factores psicológicos asociados en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. *Universitas Psychologica*, 5, 511-520.
- Calvo, O., Oliveros, R. & Sánchez, R. (2010). Adaptación cultural del formulario EORTC QLQ CR-29 para su aplicación en pacientes con cáncer de recto en el Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología*, 14, 189-198.
- Cardona, J., Peláez, L., López., Duque, M. & Leal, O. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida. *Biomédica*, 31, 532-544.
- Centers for Disease Control and Prevention, U.S. (2009). *Chronic diseases: The power to prevent, the call to control*. Recuperado de: www.cdc.gov/nccdphp/publications/AAG/chronic.htm .
- Chica-Urzola, H. L., Escobar-Cordoba, F. & Eslava-Schmalbach, J. (2007). Validación de la Escala de Somnolencia de Epworth. *Revista de Salud Pública*, 9, 558-567.
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C. & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 169-179.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., Gutiérrez, C. & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5, 487-499.
- Contreras, F., Londoño, C., Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 24, 120-129.
- Cruz, J. & Torres, J. (2006). ¿De qué depende la satisfacción subjetiva de los colombianos? *Cuadernos de Economía*, 45, 131-154.
- Dobbie, M. & Mellor, D. (2008). Chronic illness and its impact: Considerations for Psychologists. *Psychology, Health & Medicine*, 13(5), 583-590.
- Escobar-Córdoba, F. & Eslava-Schmalbach, J. (2005). Validación colombiana del índice de calidad de sueño de Pittsburg. *Revista de Neurología*, 40, 150-155.

- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento al estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Giovagnoli, A. R., Meneses, R. F. & Da Silva, A. M. (2006). The contribution of spirituality to quality of life in focal epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 9(1), 133-139.
- Goldwurm, G. F., Baruffi, M., & Colombo, F. (2004). *Qualità della vita e benessere psicologico: Aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felice*. Milano, Italia: McGraw-Hill.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Pinto, D., Gil, J., Rondón, M. & Díaz-Granados, N. (2004). Prevalencia de depresión y factores asociados con ella en la población colombiana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16, 378-386.
- Gómez, F., Curcio, C. L. & Duque, G. (2009). Health Care for Older Persons in Colombia: A Country Profile. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 1692-1696.
- Gutiérrez de Pineda, V. (1999). *Estructura, función y cambio de la familia colombiana*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia
- Hincapié, M., Suárez, J., Pineda, R. & Anaya, J. M. (2009). Calidad de vida en esclerosis múltiple y otras enfermedades crónicas autoinmunes y no autoinmunes, *Revista de Neurología*, 48, 225-230.
- Hwu, Y. (1995). The impact of chronic illness on patients. *Rehabilitation Nursing*, 20, 221-225.
- Jaimes-Valencia, M. L. (2008). *Adaptación cultural a la población escolar colombiana del kidscreen y del VSP-A, instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para niños(as) y adolescentes*. Disertación Doctoral no publicada. Alicante, España: Universidad de Alicante.
- Jaimes-Valencia, M. L., Richart-Martínez, M., Cabrero-García, J., Palacio, J. & Flórez-Alarcón L. (2007). Validez lingüística del cuestionario Vecu et Santé Percue de L'adolescent (VSP-A) en población adolescente colombiana. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 33, 103-133.
- Kaplan, R. & Bush, J. W. (1982). Health related quality of life measurements for evaluation research and policy analysis. *Health Psychology*, 1, 61-80.
- Lewton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M. & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multinivel assessment instrument. *Journal Gerontology*, 37, 91-99.
- Lugo, L. H., García, H. I. & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 24, 37-50.
- Millán, R., Gómez, C., Gil, F., Oviedo, G. & Villegas, F. (2009). Calidad de vida relacionada con la salud y prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes en hemodiálisis, en seis unidades renales de Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 38, 623-635.
- Ministerio de Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. (Publicación periódica en línea) 2008: [2 pantallas]. Obtenido de: Dirección URL. www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15417Document-No2663.PDF. [citada 2008 agosto 11].
- Morales, L. M. (2002). Cirugía de la epilepsia: consideraciones éticas acerca del consentimiento informado y la calidad de vida. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 3(2), 109-115.
- Northam, E. (1997). Psychosocial impact of chronic illness on children. *Journal of Paediatric Child Health*, 33, 369-372.
- Novoa, M. M., Caycedo, C., Aguillon, M. & Suárez, R. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado Paliativo. *Pensamiento Psicológico*, 4, 177-192.
- Novoa, M. M., Vargas, R., Obispo, S., Pertuz, M. & Rivera, Y. (2010). Relación entre bienestar psicológico y calidad de vida en pacientes con tratamiento para el cáncer de tiroides con condición postquirúrgica. *Terapia Psicológica*, 28, 69-84.
- Novoa, M. M., Wilde, K., Rojas, L. & Cruz, C. A. (2003). Efectos secundarios de los tratamientos de cáncer de próstata localizado en la calidad de vida y el ajuste marital. *Universitas Psychologica*, 2, 169-186.
- Oliveros-Cid, A., Oliveros-Juste, A. & Cid, M. A. (2005). Calidad de vida y discapacidad del anciano epiléptico. En F. J. Vadillo-Olmo & J. A. Mauri-Llerda (Eds.). *Crisis y epilepsia en el anciano* (pp. 169-196). Barcelona, España: Viguera Editores.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1993). *WHOQOL- Study Protocol: the development of World*

- Health Organization Quality of Life assessment instrument* (Publication MNH/PSF/93.9). Ginebra, Suiza: División de Salud Mental.
- Otálvaro, L. H., Villa, A., Zapata, C. & Vinaccia, S. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes trasplantados de riñón, hígado y médula ósea. *Psicología y Salud*, 17, 125-131.
- Padilla, G. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 80-88.
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1988). What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 4(3), 103-126.
- Payán, C., Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (en prensa). Cognición hacia la enfermedad, espiritualidad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en estado terminal. *Acta Colombiana de Psicología*.
- Permanyer, G. & Ribera, A. (2006). Medidas de calidad de vida en investigación. En P. Martínez (Ed). *Calidad de vida en neurología* (pp. 63-75). Barcelona, España: Ars Médica.
- Portillo, C. & Restrepo, M. (2004). Evaluación del Cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ C-30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá. *Avances en Medicina*, 2, 51-61.
- Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud infantil: una aproximación conceptual. *Psicología y Salud*, 18(1), 37-44.
- Quiceno, J. M., Vinaccia, S. & Remor, E. (2011). Programa de potenciación de la resiliencia para pacientes con artritis reumatoide. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 27-47.
- Rojas, A., Zapata, A. L., Anaya, J. M. & Pineda, R. (2005). Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 12, 295-300.
- Rúa, N. & Hinestroza, J. (2008). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con hiperhidrosis sometidos a simpaticectomía por toracoscopia. *Medicina UPB*, 27, 96-100.
- Salas, C. & Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de la Salud*, 28, 9-18.
- Sánchez, R., Ballesteros, M. & Arnold, A. (2010). Validación of the FACT-G scale for evaluating quality of life in cancer patients in Colombia. *Quality of Life Research*, 20(1), 19-29.
- Sánchez-Ávila, A., García, H., Agudelo, L. & Quintero, C. (2008). Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud para niños Kid-screen, versión 27, en una población de Medellín, Colombia. *Iatreia*, 21(4), 21.
- Schalock, R. L. & Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, España: Alianza.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia Enfermería*, 2, 9-21.
- Serrano, F., Martínez, C., Hincapié, C. & Garrido, G. (2000). Validación de una versión para Colombia del cuestionario de calidad de vida en asma AQLQ. *Revista Colombiana de Neumología*, 12, 72-79.
- Shumaker, S. A., & Naughton, M. J. (1995). The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. In S. A. Shumaker & R. Berzon (Eds). *Quality of life: theory translation measurement and analysis* (pp. 3-10). Oxford, England: Rapid Communication of Oxford.
- Stanton, A., Reverson, T. & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Silva, A., Tamara, C., Álvarez, A., Londoño, M. & Alonso, L. M. (2009). Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 25, 73-79.
- Sinisterra, D. (2007) *Colombian happiness: A look at life satisfaction and explanatory style*. Disertación Doctoral no publicada. Florida, EE.UU, Atlantic University.
- Sprangers, M. A. & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related-quality of life: A theoretical model. *Social Science and Medicine*, 48(11), 1507-1515.
- Strong, K., Mathers, C., Leeder, S. & Beaglehole, R. (2005). Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*, 336, 1578-1582.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6.ª Ed.). México: McGraw-Hill Testa, M. A., & Simonson, D.C. (1996). Assessment of quality of life of outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.

- Tobón, S., Vinaccia, S. & Sandín, B. (2006). Estudio preliminar de validez y confiabilidad del cuestionario PAGI-SYM para determinar síntomas de dispepsia acorde con la calidad de vida. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 21, 268-274.
- Uribe, A. F. (2005). Intervención grupal y calidad de vida en personas diagnosticadas de VIH. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 28-33.
- Varela, M.T., Arrivillaga, M., Cáceres, D. E., Correa, D. E. & Holguín, L. E. (2005). Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta Colombiana de Psicología*, 14, 69-85.
- Veenhoven, R. (1998). *Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo*. Recuperado el 13 de febrero de 2012, del sitio Web de la Fundación Humanismo y Ciencia: www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/sociedad/sociedad10.htm
- Vinaccia, S. & Arango, S. C. (2003). Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer colo-rectal. *Suma Psicológica*, 10, 43-65.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Amador, O., Tamayo, R.E., Vásquez, A., Contreras, F., et ál. (2005). Calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de síndrome de colon irritable. *Terapia Psicológica*, 23, 65-74.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I.C., Contreras, F., et ál. (2006). Conducta de enfermedad y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II. *Suma Psicológica*, 13, 15-31.
- Vinaccia, S., Fernández, F., Moreno-San Pedro, E. & Padilla, G. (2006). Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis QOL-RA en Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 13, 284-270.
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2011a). Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica -IRC. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 201-211.
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2011b). Calidad de vida relacionada con la salud y factores psicológicos: un estudio desde la enfermedad pulmonar obstructiva crónica -EPOC. *Terapia Psicológica*, 29, 65-75.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Contreras, F., Zapata, M., Fernández, H., Bedoya, M., et ál. (2005). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón. *Psicología y Salud*, 15, 207-220.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Pérez, B. E., Sánchez, M. O. & Londoño, A. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de Psicología*, 23, 245-252.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fonseca, P., Fernández, H. & Tobón S. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. *Acta Colombiana de Psicología*, 9, 47-56.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A. M. & Garzón, M. L. D. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos diagnosticados con epilepsia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(2), 85-96.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gómez, A. & Montoya, L. M. (2007) Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3, 203-211.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, A. M. & Arbeláez, C. P. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar. *Psicología y Salud*, 18, 17-25.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., Abad, L., Pineda, R. & Anaya, J. M. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con lupus eritematoso sistémico y su relación con depresión, ansiedad y optimismo disposicional. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 57-65.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., González, A. C. & Villegas, J. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 15, 125-134.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., Obesso, S. & Quintero, D. C. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, 18, 89-108.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno-San Pedro, E., Cadena, J. & Anaya, J. M. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 5, 45-60.

- Ware, J. E. (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53(10), 2316-2323.
- WHO (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Wilson, I. B. & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality-of-life – a conceptual-model of patient outcomes. *JAMA*, 273, 59-65.
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, España: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).