

**Convivencia con un Proceso Crónico: estudio de validación y factores asociados en Colombia (Sabana Centro)**

**Autores:**

María Camila Acevedo Vargas  
Camila Andrea Gahona Castaño  
Wilson Arley Gómez Cuervo  
Karol Viviana Velázquez Castillo  
Angie Natalia Vivas Valero

Producto de semillero de investigación para optar al título de Enfermeros

Con asesoría de:

Gloria Carvajal Carrascal  
Alejandra Fuentes Ramírez

**Universidad de la sabana**  
**Facultad de enfermería y rehabilitación**  
**Enfermería**  
**Chía**  
**2020**

## Convivencia con un Proceso Crónico: estudio de validación y factores asociados en Colombia (Sabana Centro)

### Autores

M. Acevedo, C. Gahona, W. Gómez, K. Velázquez, A. Vivas, G. Carvajal, A. Fuentes

### Resumen

Las enfermedades no transmisibles son un problema de salud actualmente, que ocasionan cientos de muertes anuales y pérdidas económicas de millones de pesos. **Objetivo:** Describir el nivel de convivencia con un proceso crónico y analizar la asociación del nivel de convivencia con variables de salud, aspectos psicosociales y calidad de vida en la región Sabana Centro. **Metodología:** Se realizó una investigación con diseño transversal, en la que se incluyó 569 personas con alguna de estas enfermedades: diabetes, hipertensión, EPOC e insuficiencia cardiaca, la medición se realizó por medio de los siguientes instrumentos de Escala de Convivencia con un Proceso Crónico (EC-PC), el Duke UNC Functional Social Support Quest (DUFSS), la escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF) y la escala de satisfacción. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva y correlación de Spearman con el software estadístico SPSS versión 22- IBM **Resultados:** La población mostró buena convivencia con el proceso crónico con media de 70,15, los dominios con mejor convivencia fueron el dominio de aceptación seguido por el dominio de integración. La mayor asociación se dio entre calidad de vida e integración.

**Discusión:** se encuentran similitudes en los datos encontrados en la literatura con los encontrados dentro de la investigación. **Conclusiones:** En conclusión se demuestra que la convivencia con un proceso crónico se desarrolla de manera subjetiva en cada paciente según condiciones o factores propios de la persona como su contexto social, sus datos demográficos, sus redes de apoyo y capacidad de aceptación, afrontamiento, automanejo, integración y adaptación frente a la enfermedad, sin embargo se destaca la relevancia de la aceptación y apoyo social como factores de influencia positiva para la convivencia con el PC , y la adaptación como el dominio más complejo.

**Palabras clave:** Enfermedad Crónica, Diabetes Mellitus, Hipertensión, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Insuficiencia Cardiaca, convivencia

**Key words:** Chronic Disease, Diabetes Mellitus, Hypertension, Pulmonary Disease, Chronic Obstructive, Heart Failure, coexistence

### Introducción

En el mundo las enfermedades no transmisibles son la principal causa de muerte, siendo las enfermedades cardiovasculares las que puntúan la lista (1). En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por enfermedades no transmisibles antes de cumplir 70 años (2). De la misma forma, en Colombia en el 2017 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad tanto para hombres como para mujeres, dentro de este grupo se destacan las enfermedades isquémicas del corazón como la primera causa, aportando un 53.3%, seguido de las enfermedades cerebrovasculares con un 21.1% y en tercer lugar las enfermedades hipertensivas con un 12.2 %. (3) Para el año 2018, en la

región sabana centro, del total de muertes registradas el 29.5% corresponde a enfermedades no transmisibles como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la Hipertensión arterial (HTA), la Diabetes Mellitus (DM) y la Insuficiencia cardiaca (IC). (4)

Este aspecto impacta en la economía de manera significativa, ya que, las enfermedades no transmisibles generan pérdidas económicas en promedio de US \$500.000 millones por año en países de ingresos bajos y medianos, datos estimados por la OPS para el periodo correspondiente al 2011-2025. (5)

Un proceso crónico se define como una afección de larga duración superior a 6 meses y con lenta progresión (6), sabiendo esto es importante tener en cuenta que el proceso salud-enfermedad se puede medir de manera subjetiva a través de 5 dimensiones: la aceptación, el afrontamiento, el control y el manejo, la adaptación y la integración, que impacta en aspectos psicosociales de la persona, dependiendo del modo en que operan se determinan diferentes formas de vida que pueden resultar del proceso de vivir con una enfermedad crónica, tales como la desautorización, la falsa normalidad, la nueva normalidad o la interrupción (7).

Aunque ya está establecida la convivencia con el proceso crónico en países como España y Argentina, en el caso de Colombia se desconocía dicho proceso en la población antes del desarrollo de este estudio. Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo describir el nivel de convivencia con un proceso crónico y analizar la asociación del nivel de convivencia con variables de salud, aspectos psicosociales y calidad de vida en la región Sabana Centro.

### **Metodología:**

La investigación tuvo un diseño transversal, la población objetivo fueron pacientes con ENT (Diabetes mellitus tipo II, Insuficiencia cardíaca crónica, EPOC e Hipertensión arterial).

Durante la selección de la población se incluyeron 569 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardiaca crónica, Hipertensión arterial y EPOC de la región Sabana Centro, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión, haber sido diagnosticado por un médico de atención primaria o especialista con alguna de las cuatro enfermedades mencionadas anteriormente.

Adicionalmente, debían cumplir con criterios como, ser mayor de 18 años, tener nacionalidad y residencia colombiana, suficiente manejo del idioma español y un nivel educativo mínimo que garantice la lectoescritura. Los pacientes que cumplieran con estos criterios pero que se encontraban en proceso de hospitalización no fueron incluidos en el estudio.

Se excluyeron las personas que presentaban un deterioro cognitivo diagnosticado por un neurólogo, trastornos psiquiátricos, secuelas o cualquier comorbilidad que pudiera interferir con los objetivos de este estudio. Así como, los pacientes que no cumplan algún criterio de inclusión.

El primer instrumento usado fue la Escala de Convivencia con un Proceso Crónico (EC-PC), la cual es una escala de medición genérica dirigida a una población de pacientes con alguna enfermedad crónica, con el objetivo de evaluar el grado de convivencia del paciente con la enfermedad (8). Inicialmente, esta medida se ha validado en una población de pacientes con Enfermedad de Parkinson de habla hispana, mostrando buenas propiedades métricas para

evaluar el grado de convivencia con la EP (9). Consta de 26 ítems, agrupados en cinco dominios: aceptación, afrontamiento, automanejo, integración y adaptación con la enfermedad. Los siete primeros ítems puntúan de 4 (nada/nunca) a 0 (mucho/siempre) y los 23 restantes de 0 (nada/nunca) a 4 (mucho/siempre). La puntuación total de la EC-PC oscila entre 0 (indica una mala convivencia con la EP) y 108 (buena convivencia con la EP). La EC-PC permite ser auto diligenciada por el propio paciente (8).

Se utilizaron los siguientes instrumentos: Duke UNC Functional Social Support Quest (DUFSS), caracterizada por ser una medida genérica auto diligenciada cuyo fin es evaluar el apoyo social percibido (10). Consta de once ítems relacionados con la disponibilidad de otras personas para ofrecer ayuda al paciente, habilidades en las relaciones sociales y comunicación empática y emotiva. Los ítems puntúan del 1 (mucho menos apoyo social de lo que deseo) al 5 (todo el apoyo como deseo). De acuerdo con el estudio de validación al castellano (11) es una escala válida y fiable para evaluar el apoyo social percibido.

Con el fin de evaluar la calidad de vida percibida en su día a día (12) se aplicó la escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF), la cual es una medida genérica y auto diligenciada que consta de 26 ítems agrupados en cuatro dimensiones, que abordan áreas tales como la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente. De esta manera, se obtuvo un perfil del paciente y una puntuación global sobre la percepción de calidad de vida y salud general. A mayor puntuación mayor calidad de vida del paciente. A diferencia de otros instrumentos genéricos de medición de calidad de vida empleados en investigación, el WHOQOL-BREF no se centra en aspectos funcionales sino en el grado de satisfacción que el individuo tiene frente a diversas situaciones de su cotidianidad, por lo que es la escala de mayor solidez conceptual y metodológica.

La escala de Satisfacción, fue un instrumento con una medida genérica sencilla y fácil de diligenciar por el sujeto. Consta de un total de seis ítems que evalúan el grado de satisfacción de la persona con la vida en general (ítem 1) y en lo referente a cinco áreas (ítems 2-6): ámbito físico, bienestar psicológico, relaciones sociales, tiempo libre y situación económica (13). Todos los ítems puntúan de la misma forma, del 0 (nada satisfecho) al 10 (totalmente satisfecho) (13). Al igual que en el primer estudio de validación de la EC-PC en pacientes con EP, se empleó la versión modificada de la Escala de Satisfacción (14).

Finalmente, se implementó la escala Impresión Global de Gravedad de la Enfermedad, por el Paciente (IGGE), esta escala genérica y cumplimentada por el paciente, tiene como fin conocer el estado de salud percibido por el paciente. Consta de una pregunta general sobre la percepción de gravedad de la enfermedad y seis posibles respuestas, que van del 0 (normal) al 5 (muy grave). Ha sido empleada en diversos estudios y poblaciones del ámbito de la psiquiatría, tales como demencia, esquizofrenia o síndrome obsesivo compulsivo.

El estudio se desarrolló teniendo en cuenta puntos importantes, inició con la identificación de pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Recordar que no se pueden repetir pacientes en dos patologías, si un paciente tiene más de una patología, se le pide que responda la patología que le genere mayor molestia. Los pacientes fueron informados sobre el objetivo del estudio y a todos se les pidió que firmen el consentimiento informado de manera individual, cada paciente respondió la EC-PC correspondiente a su enfermedad crónica (EC-DM 2; EC-ICC; EC-EPOC; EC-HTA) y, a continuación, completó el cuestionario sobre ésta. Luego completó la ficha de datos sociodemográficos.

Los datos extraídos de la Escala de convivencia y del cuestionario fueron analizados mediante la herramienta licenciada SPSS en donde se emplearon medidas de asociación y correlación entre diferentes variables, como variables demográficas, dimensión de aceptación, dimensión de afrontamiento, dimensión control y manejo, dimensión integración y dimensión aceptación y las escalas aplicadas, mencionadas anteriormente, el estudio contó con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación pertinente, esta es una investigación de riesgo mínimo que cuenta con los requisitos necesarios para hacer uso del manejo de datos de cada paciente.

## Resultados

Los resultados fueron agrupados según variables, comportamiento de convivencia y correlaciones.

**Tabla 1: Datos sociodemográficos y clínicos**

Variable	Categorías	N	%
<b>Variables categóricas</b>			
<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	241	42,4
	<b>Mujer</b>	328	57,6
<b>Condición crónica</b>	<b>HTA</b>	191	33,6
	<b>DM II</b>	178	31,3
	<b>EPOC</b>	114	20,0
	<b>ICC</b>	86	15,1
<b>Estado civil</b>	<b>Soltero</b>	89	15,6
	<b>Casado</b>	301	52,9
	<b>Viudo</b>	138	24,3
	<b>Otro</b>	41	7,2
<b>Situación laboral</b>	<b>Trabaja</b>	172	30,3

	<b>Ama de casa</b>	189	33,2
	<b>Jubilado</b>	142	25,0
	<b>Otro</b>	11	1,9
<b>Nivel de estudios</b>	<b>Sabe leer y escribir</b>	76	13,4
	<b>Primaria</b>	259	45,5
	<b>Secundaria</b>	127	22,3
	<b>Universidad y otros</b>	107	18,9
<b>Tratamiento farmacológico</b>	<b>No</b>	65	11,4
	<b>Si</b>	504	88,6
<b>Tratamiento con insulina</b>	<b>Si</b>	78	13,7
	<b>No</b>	100	17,6
<b>Variables continuas</b>			
		<b>Media (DE)</b>	<b>Min-máx.</b>
<b>Edad en años</b>	569	63,9	21 - 95
<b>Edad de diagnóstico de la condición crónica</b>	569	53,67	16 - 87
<b>Meses o años con condición crónica</b>	569	10,060	,1 - 50,0
<b>Meses o años con tratamiento farmacológico</b>	569	8,295	,0 - 55,0
<b>Duración del tratamiento con insulina*</b>	78*	3,087	,0 - 38,0

\*población con diabetes: 178

Fuente los autores, 2020.

En la población estudiada se identificó que el sexo predominante corresponde al femenino (57.6%), la mayoría de esta población se dedica al hogar, se encontraban en unión marital, la media de la edad fue de 64 años, el diagnóstico de la condición crónica en promedio estuvo sobre de los 50 años. Ver el detalle en la tabla 1.

**Tabla 2. Comportamiento de la convivencia con un proceso crónico y variables asociadas**

	Válidos	Media	DS	Min	Max
<b>EC-PC total</b>	569	70,15	17,153	0	104
Dimensión Aceptación	569	11,65	3,577	0	16
Dimensión Afrontamiento	569	18,34	5,396	0	28
Dimensión Control y Manejo	569	10,80	3,357	0	16
Dimensión Integración	569	13,93	3,841	0	20
Dimensión Adaptación	569	15,42	5,371	0	24
<b>Calidad de vida global (Ítem 1 _ Escala de calidad de vida)</b>	569	2,28	,981	0	4
<b>Percepción de salud (Ítem 2 _ Escala de calidad de vida)</b>	569	1,95	,948	0	4
<b>WHOQOL-bref total</b>	569	57,83	13,829	12	97
<b>Satisfacción</b>	569	42,46	9,937	15	60
<b>DUFSS</b>	569	40,19	9,257	13	55

Fuente los autores, 2020.

La población mostró buena convivencia con el proceso crónico con media de 70,15, los dominios con mejor convivencia fueron el dominio de aceptación, seguido por el dominio de integración. En contraste, la dimensión más afectada es la de adaptación.

Por otro lado, el nivel de satisfacción con la salud en general de los participantes es muy bajo encontrándose una desviación estándar muy alejada de la media. Ver detalle tabla 2

**Tabla 3. Correlaciones entre EC – PC y variables asociadas**

	Aceptación	Afrontamiento	Control y Manejo	Integración	Adaptación	ECPC
Calidad de vida global (Ítem 1 _ Escala de calidad de vida)	,369**	,313**	332**	,458**	,362**	,437**
Percepción de salud (Ítem 2 _ Escala de calidad de vida)	,352**	,328**	,334**	,424**	,358**	,430**
WHOQOL-bref total	,386**	,474**	,470**	<u>,593**</u>	,518**	<u>,594**</u>
Satisfacción	,376**	,341**	,316**	,458**	,400**	,457**
DUFSS	<u>,306**</u>	,480**	,445**	,505**	,438**	,536**

Fuente los autores, 2020.

\*\*Correlación significativa a nivel 0,01

\* Correlación significativa a nivel de 0,05

Hay una significancia alta en relación a todas las correlaciones entre EC–PC y variables asociadas. Además, teniendo en cuenta el coeficiente de correlación de Pearson, se encuentra una correlación fuerte y verdadera entre: integración y WHOQOL-bref total con 0,593, ECPC y WHOQOL-bref total con 0,594. En contra punto, se evidencia disminución en la correlación entre la dimensión de Aceptación y la escala DUFSS.



**Tabla 4. Correlación entre ECPC y las escalas**

	ECPC	Calidad de vida global (ítem 1 _ Escala de calidad de vida)	Percepción de salud (ítem 2 _ Escala de calidad de vida)	WHOQOL -bref total	Satisfacción	DUFSS	IGGE
Calidad de vida global (Ítem 1 _ Escala de calidad de vida)	,437**	1	,661**	672**	,544**	,469**	-,376**
Percepción de salud (ítem 2 _ Escala de calidad de vida)	,430**	,661**	1	,627**	,523**	384**	-,390
WHOQOL-bref total	,594**	,672**	,627**	1	656**	,610**	-,387**
Satisfacción	,457**	544**	,523**	,656**	1	598**	-,419**
DUFSS	,536**	,469**	,384**	610**	,598**	1	-,225**
IGGE	-,192**	-,376**	-,390**	-,387**	-,419**	-,225**	1

Fuente los autores, 2020.

\*\*Correlación significativa a nivel 0,01

\* Correlación significativa a nivel de 0,05

Existe alta correlación significativa entre calidad de vida global y WHOQOL-bref total con 0,672, seguida de Percepción de salud con 0,661 entendiéndose que, a mayor percepción de la salud, mayor calidad de vida; y hay una baja correlación entre Calidad de vida global y IGGE con una puntuación de -0,370.

La Correlación significativa entre WHOQOL-bref y percepción de salud total es de 0,627 y una baja correlación entre WHOQOL-bref y IGGE con -0,387.

Entre satisfacción y WHOQOL-bref hay una correlación significativa de 0,65 y una baja correlación con IGGE con -0,419.

La Correlación entre DUFSS y Satisfacción es una alta correlación con un puntaje de 0,598 y una baja correlación entre DUFSS y IGGE con -0,225.

## **Discusión**

Esta investigación analizó el nivel de asociación entre la convivencia con una enfermedad crónica no transmisible y aspectos de la salud, incluidos en este término los aspectos psicosociales y calidad de vida en la región Sabana Centro, adicionalmente muestra cómo se encuentra el territorio en relación a esto.

En la revisión de la literatura se encontró que cuatro de cada diez adultos en el mundo padecen hipertensión arterial y que a medida que estos aumentan de edad también aumenta el riesgo de sufrir este tipo de enfermedades crónicas no transmisibles (15), como la diabetes tipo 2, insuficiencia cardíaca, EPOC e hipertensión arterial, dato con características similares al encontrado en el estudio realizado, puesto que gran parte de las personas encuestadas fueron adultos mayores. Adicional a esto, se observó que la proporcionalidad de la relación edad y riesgo de comorbilidad es directa.

Según los registros del ministerio de salud, dentro de las “primeras 20 causas de egreso hospitalario, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el tercer lugar, aportando un 3,5% del total, la insuficiencia cardíaca aporta el 2,0% y la diabetes mellitus, el 1,6%” (15), mostrando así que estas patologías son las más destacadas no solo en la región Sabana Centro sino a nivel Colombia.

A nivel internacional, esta investigación cuenta con un amplio soporte puesto que fue realizada previamente en España mediante un estudio observacional, transversal y multicéntrico, realizado en el año 2018 para mostrar la convivencia con una enfermedad crónica haciendo uso de la Escala de Convivencia con un proceso crónico (EC-PC), en donde se respalda la viabilidad y facilidad de manejo de la escala para medir convivencia (9).

Aun así, no se tenía información relacionada en Colombia, considerándose de gran importancia para el sector investigativo realizando aportes significativos a esta área de conocimiento y de esta manera mejorar y fortalecer el cuidado de enfermería en la población colombiana.

En relación con la consistencia de las escalas, Escala de Convivencia con un Proceso Crónico (EC-PC), el Duke UNC Functional Social Support Quest (DUFSS), la escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF) y la escala de satisfacción, presentó para la muestra total resultados estadísticos adecuados, dentro de las variables analizadas se observa que la variable que más se asocia con calidad de vida es la integración con total con 0,593 y ECPC y WHOQOL-bref total con 0,594. En cuanto a las variables que tienen menor correlación, se encuentra la dimensión de Aceptación y la escala DUFSS.

Las limitaciones de esta investigación están en que gran parte de la población encuestada presentaban más de una patología estudiada, dado que solo se toma una enfermedad crónica no transmisible por persona para este trabajo, puede que no se tenga con exactitud el valor real de personas con estas patologías en sabana centro.

## **Conclusiones**

En conclusión, se demuestra que la convivencia con un proceso crónico se desarrolla de manera subjetiva en cada paciente según condiciones o factores propios de la persona como

su contexto social, sus datos demográficos, sus redes de apoyo y capacidad de aceptación, afrontamiento, automanejo, integración y adaptación frente a la enfermedad, sin embargo se destaca la relevancia de la aceptación y apoyo social como factores de influencia positiva para la convivencia con el PC, y la adaptación como el dominio más complejo.

De igual importancia se concluyó que, la Escala de Convivencia con un Proceso Crónico (EC-PC) es un instrumento de fácil comprensión y análisis que permite cuantificar la relación de convivencia con la enfermedad en una muestra significativa de la población teniendo en cuenta 5 dominios principales de aceptación, afrontamiento, automanejo, integración y adaptación en relación al proceso crónico. Además de esto depende de varios factores demográficos, físicos y psicosociales de la persona como su percepción de la enfermedad, nivel de adaptación, satisfacción, afrontamiento y otras dimensiones mencionadas y evaluadas que impactan en su calidad de vida y finalmente en su convivencia con el proceso crónico.

Se encontró que a partir de la información de datos demográficos recolectados en el estudio existe una prevalencia de los procesos crónicos en el sexo femenino, dedicado al hogar, en unión marital con una edad media de 64 años.

Respecto a las dimensiones evaluadas en la Escala de Convivencia con un Proceso Crónico (EC-PC), la adaptación se encuentra como la más afectada en nuestra población de estudio y en contraste la aceptación y apoyo social son las de mejor convivencia. Respecto al nivel de satisfacción con la enfermedad se encontró con un nivel muy bajo siendo este un aspecto que impacta en la calidad de vida de los pacientes.

Otras correlaciones importantes se encontraron entre la integración y la calidad de vida percibida, la escala de convivencia con un proceso crónico y la calidad de vida percibida, basados en el coeficiente de Pearson utilizados en este estudio. Este coeficiente se utilizó para determinar correlaciones altas y bajas encontrándose resultados dispuestos de la siguiente manera:

Correlaciones altas:

- Percepción de la salud con la calidad de vida
- Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF) con percepción de salud total y con Dimensión de satisfacción
- Apoyo social percibido DUFSS con la dimensión de satisfacción.

Correlaciones bajas:

- Impresión Global de Gravedad de la Enfermedad IGGE con Calidad de vida global, Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF), dimensión de satisfacción y Apoyo social percibido DUFSS.

Teniendo en cuenta estas últimas correlaciones bajas se puede inferir que específicamente para el grupo de prevalencia detectado (Mujeres en unión marital entre los 64 años dedicadas al hogar) la satisfacción y el apoyo social percibido por ejemplo representa un problema social de posible intervención en próximos estudios que contextualmente afectan el estado de salud y su convivencia con el proceso.

## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Enfermedades no transmisibles. 2018, Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Enfermedades no transmisibles. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2018 Dirección de Epidemiología y Demografía Bogotá D.C, 2019 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
4. Sabana centro cómo vamos. Informe de calidad de vida 2018. Disponible en: [http://sabanacentrocomovamos.org/home/wp-content/uploads/2019/12/4to-Informe-de-Calidad-de-Vida-de-Sabana-Centro\\_2018.pdf](http://sabanacentrocomovamos.org/home/wp-content/uploads/2019/12/4to-Informe-de-Calidad-de-Vida-de-Sabana-Centro_2018.pdf)
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Washington. Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. PRIORIDADES PARA EL CONTROL DE ENFERMEDADES • TERCERA EDICIÓN Volumen complementario, 2017, Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33994/9789275319055-spa.pdf?sequence=1>
6. MSDSalud. El paciente crónico. 2019 disponible en: <https://www.msdsalud.es/informacion-practica/paciente-cronico.html>
7. Ambrosio L, Senosiain J, Fernández M, Anaut S, Díaz S, Ursúa M, Vivir con una enfermedad crónica en adultos: un análisis de concepto. Wiley online library. 2015; 24: 2357- 67 Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jocn.12827>
8. Ambrosio L, Portillo MC, Rodríguez-Blázquez C, Carvajal A, Martínez-Martín P. Estudio piloto sobre la Escala de Convivencia con un Proceso Crónico en pacientes con enfermedad de Parkinson. Rev Neurol. 2015; 61: 447-53.
9. Ambrosio L, Portillo MC, Rodríguez-Blázquez C, Carvajal A, Martínez-Martín P. Estudio piloto sobre la Escala de Convivencia con un Proceso Crónico en pacientes con enfermedad de Parkinson. Rev Neurol. 2015; 61: 447-53.
10. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire, Measurement of social support in family medicine patients. Med Care. 1988; 26(7), 709-23
11. Ayala, A., Rodríguez-Blázquez, C., Frades-Payo, B., Forjaz, M.J., Martínez-Martín, P., Fernández-Mayoralas, G., y Rojo-Pérez, F. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Apoyo Social Funcional y de la Escala de Soledad en adultos mayores no institucionalizados en España. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(4), 317-24.
12. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization 2004. Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/en/english\\_whoqol.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf)
13. Mazaheri M, Theuns P. A study of How Satisfaction and Dissatisfaction with Life Overall Relate to Satisfaction and Dissatisfaction in Specific Life Domains. PRO Newsl. 2006; 37, 24-27.
14. Ambrosio L, Portillo MC, Rodríguez-Blázquez C, Martínez-Castrillo JC, Rodríguez-Violante M, Serrano-Dueñas M, Martínez-Martín P. Satisfaction with Life Scale (SLS-

6): First validation study in Parkinson's disease population. *Parkinsonism Relat Disord.* 2016; 25: 52-57.

15. Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud. Día mundial de la hipertensión arterial. Colombia. Ficha técnica. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>