

ARTÍCULO ORIGINAL

INFLUENCIA DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO SOBRE LA SATISFACCIÓN VITAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS Y CON TRASPLANTE RENAL

INFLUENCE OF COPING STYLES ON VITAL SATISFACTION OF PATIENTS ON HEMODIALYSIS TREATMENT AND RENAL TRANSPLANTATION

María José Sánchez Elena, Matías Valverde Romera, José Manuel García-Montes

Universidad de Almería, Almería, España

Rev Nefrol Dial Traspl. 2020; 40 (03):221-31

RESUMEN

Objetivo: Investigar la relación entre estilos de afrontamiento y niveles de satisfacción vital de pacientes en tratamiento con hemodiálisis y de pacientes con trasplante renal. **Material y métodos:** Treinta y cuatro pacientes en hemodiálisis tomaron parte del estudio, además de veintiuno en trasplante renal y cincuenta que no padecían ninguna enfermedad crónica. Se les administró la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAEPO). Se comprobó que existían diferencias significativas entre los grupos con las variables estudiadas y se examinó la capacidad predictiva de los estilos de afrontamiento sobre la satisfacción vital para cada uno de los grupos que tomaron parte en la investigación. **Resultados:** Los pacientes en hemodiálisis presentaron una satisfacción vital significativamente menor que los participantes del grupo control. No existió diferencia entre los grupos clínicos, ni entre el grupo de pacientes trasplantados, ni en el grupo control en lo que se refiere a la satisfacción vital. En términos generales, los estilos de afrontamiento activos evitativo. **Conclusiones:** La coexistencia de estilos de afrontamiento activos y evitativos, en los que un moderado nivel de negación es acompañado por actitudes predican positivamente el nivel de satisfacción

vital, pero la misma se incrementa en los pacientes con hemodiálisis si además existe algún tipo de estilo de afrontamiento optimistas, eleva el grado de satisfacción vital de los pacientes con injuria renal crónica en hemodiálisis.

PALABRAS CLAVE: insuficiencia renal crónica; trasplante renal; diálisis renal; hemodiálisis; estrategias de afrontamiento; satisfacción vital; calidad de vida; emociones; factores psicosociales; cuestionarios

ABSTRACT

Objective: To investigate the relationship between coping styles and levels of life satisfaction of patients undergoing hemodialysis and patients with renal transplantation. **Methods:** Thirty four patients on hemodialysis, twenty one patients with renal transplantation and fifty who did not suffer from any chronic disease took part in the study. They were administered a Life Satisfaction Scale and a Stress Coping Questionnaire. It was checked whether there were significant differences between the groups in the variables studied. Additionally, the predictive capacity of coping styles on life satisfaction for SV of each of the groups that participated in the research was examined. **Results:** Patients on the hemodialysis group have a significantly lower SV than the

participants in the control group, there being no difference between the clinical groups or between the group of transplanted patients and the control group as regards the SV. In general terms, active EAs predict positively the level of SV; but SV increases for hemodialysis patients if there is also some type of avoidant AD. **Conclusions:** The coexistence of active and avoidance coping styles, in which a moderate level of denial is accompanied by optimistic attitudes, raises the degree of vital satisfaction of hemodialysis patients.

KEYWORDS: chronic renal failure; renal transplant; renal dialysis; hemodialysis; coping styles; coping strategies; life satisfaction; quality of life; emotions; psychosocial factors; questionnaires

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) experimentan cambios vitales importantes: alteraciones físicas, funcionales, psicológicas y sociales, que suelen deteriorar la percepción de su satisfacción con la vida e impactar, indirectamente, en la evolución y tratamiento de la enfermedad.⁽¹⁻⁴⁾ De esta manera, no es extraño que la investigación se haya dirigido a conocer cómo el afrontamiento puede llegar a ser un importante factor que facilite o dificulte la adaptación a las situaciones médicas, personales y sociales derivadas de la IRC.⁽⁵⁻⁷⁾

Los estilos de afrontamiento (EA) hacen referencia a los esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como situaciones que agotan o sobrepasan los recursos personales.⁽⁸⁾ Si bien existen tantos EA como autores han abordado el tema, la literatura suele retomar el binomio de Lazarus y Folkman,⁽⁸⁾ quienes distinguen: (i) el afrontamiento conductual o centrado en el problema, enfocado en un abordaje directo de la situación, y (ii) el afrontamiento emocional, centrado en el restablecimiento del equilibrio emocional que la situación ha alterado

al paciente,⁽⁹⁾ generalmente mediante el cambio en las cogniciones. Como han señalado Lazarus y Folkman,⁽⁸⁾ los EA no son, en sí mismos, buenos o malos. En gran parte, se adoptan EA según lo controlable que sea la percepción de la persona sobre la situación. El afrontamiento centrado en el problema se suele adoptar cuando la persona percibe la situación como controlable, mientras que el centrado en la emoción, cuando el individuo cree que no se puede hacer nada para cambiar la situación.⁽¹⁰⁾ En términos generales, la literatura otorga al primero, mayor capacidad de adaptación de los pacientes con IRC a la enfermedad,⁽¹¹⁻¹³⁾ aunque algunas investigaciones no son concluyentes.⁽¹⁴⁾

Estudios descriptivos⁽⁶⁾ han puesto de manifiesto una prevalencia del afrontamiento emocional en pacientes con IRC. En la literatura más actualizada sobre el tema existe una mayor consideración sobre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ En pacientes turcos en hemodiálisis (HD) la estrategia de afrontamiento más usual es la religiosa y el uso del apoyo social, el humor y la reinterpretación de la situación, por lo que el nivel de depresión de los pacientes baja. De forma general, en dicho trabajo las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción guardaban una relación negativa con el padecimiento de un trastorno depresivo.⁽¹⁷⁾

Una segunda clasificación de afrontamiento es la que distingue entre afrontamiento activo, aproximativo y pasivo, o evitativo.⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ El afrontamiento activo se centra en el ajuste de las condiciones de vida haciendo uso de acciones de vigilancia, del enfoque de atención al problema y del manejo de las emociones negativas. Por el contrario, el afrontamiento evitativo se asocia con acciones pasivas, de abandono e incapacidad para el manejo de las emociones negativas.⁽²⁰⁾ En los pacientes en diálisis, el afrontamiento evitativo predijo una mayor afectividad negativa y un peor estado de salud mental al cabo de un año.⁽²¹⁾

La satisfacción vital (SV) puede definirse como la manera en que los individuos evalúan su vida en un determinado momento. Las personas reaccionan de forma diferente a las

mismas circunstancias, por lo tanto, pretender evaluar el grado de satisfacción con la vida basándose exclusivamente en indicadores sociales (como clase social, estado civil, etc.) no es la mejor opción.⁽²²⁾ El concepto “satisfacción vital” pretende captar el juicio global y subjetivo que cada persona tiene sobre su vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²³⁾ ha establecido que la SV es el principal indicador de bienestar subjetivo en el contexto de los “objetivos de salud para 2020”. Este componente del bienestar es el que ofrece mayor estabilidad temporal y resistencia a influencias externas,⁽²⁴⁻²⁵⁾ en este sentido la mayoría de las personas mantienen su nivel de bienestar subjetivo en un rango positivo y estable.⁽²⁶⁾ No obstante, ante la pérdida de salud la SV suele experimentar un descenso en sus niveles.⁽²⁷⁻²⁸⁾ Los datos longitudinales aportados han identificado tanto factores externos⁽²⁹⁾ como características del sujeto⁽³⁰⁾ que inciden en la velocidad y en la posibilidad de recuperar los niveles de SV previos a la pérdida de salud. En definitiva, la SV ofrece una visión general del juicio de una persona sobre su propia vida y sobre si esta es acorde con sus expectativas.

El objetivo principal de este estudio es comprobar la influencia de los EA sobre la SV de personas en tratamiento de HD y en personas que han recibido un trasplante renal. Se parte de las siguientes hipótesis:

- (i) La SV será más baja en los pacientes renales que en población general, habida cuenta de las complicadas circunstancias que conlleva la IRC.
- (ii) Los pacientes renales se diferenciarán del grupo control por un uso combinado de EA conductuales y emocionales, tal y como se ha visto en la revisión de la literatura.
- (iii) La SV podrá predecirse en todos los grupos a partir de los EA utilizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

La muestra estuvo formada por 105 participantes, de nacionalidad española, con una edad entre 18 y 65 años y con educación

obligatoria finalizada. Se distribuyeron en dos grupos clínicos –pacientes en tratamiento de HD y pacientes con trasplante renal– y un grupo control sin diagnóstico de enfermedad crónica, trastorno psicológico u otra condición clínica que pudiese alterar los resultados de las variables objeto de estudio, evaluados en un único momento. Se detallan a continuación las características de los grupos.

Grupo hemodiálisis (n= 34)

Formado por personas con IRC en tratamiento de HD. De acuerdo a las prescripciones de la National Kidney Foundation (NKF)⁽³¹⁾ ante el fallo renal, incluye 21 hombres y 13 mujeres, distribución coherente con la mayor incidencia de la enfermedad en el sexo masculino.⁽³²⁾ En cuanto a la edad, esta se extiende entre los 19 y los 62 años, con una media de 42,61 años. El tiempo que llevan en tratamiento oscila entre los 3 meses y los 20 años, siendo el tiempo promedio próximo a los 5 años. En relación a la presencia de antecedentes familiares con IRC, el 14,7% de los integrantes del grupo informaron afirmativamente. El 44,1% de la muestra reportó padecer otras enfermedades, además de la IRC. Sobre la posibilidad de recibir trasplante, el 82,35% indicó su inclusión en lista de espera, mientras que el resto no reunía, en el momento de la evaluación, las condiciones necesarias para optar al mismo. Dada la importancia que pudiera tener esta diferencia, en el grupo se ha considerado oportuno comprobar la posible existencia de diferencias significativas en SV en función de si los participantes tenían posibilidad o no de recibir un trasplante, ofreciendo los datos una respuesta negativa: $t(32) = 0,058$, $p = ,954$. Cabe mencionar que el 38,2% de las personas evaluadas en este grupo habían recibido un trasplante con anterioridad que no llegó a obtener el éxito terapéutico deseado. En relación a la situación familiar de los integrantes del grupo, destaca que la mitad indicó tener hijos y el resto no, conviviendo la mayoría de ellos con un familiar al menos (94%). La formación académica se limita a estudios obligatorios (47,1%), seguido por estudios medios (32,3%) y

estudios universitarios (20,6%). Por último, se señala que la situación laboral es inactiva en la mayoría de los integrantes del grupo (76,4%).

Grupo trasplante (n= 21)

Compuesto por personas que han recibido un trasplante renal, formado por 12 hombres y 9 mujeres. Sus edades oscilan entre los 29 y los 64 años, resultando un promedio de 39,8 años. El tiempo transcurrido en tratamiento, desde que recibieron el trasplante renal, varía entre los 4 meses y los 21 años, aproximándose en promedio a los 6 años. El 19% de los participantes de este grupo informaron contar con familiares con antecedentes de IRC. En cuanto a la situación familiar, la totalidad de la muestra vive acompañada por, al menos, una persona y, aproximadamente, la mitad de ellos tiene un hijo en promedio. En cuanto a la formación académica, la mayoría cursó estudios básicos (42,8%), seguido por estudios universitarios (33,3%) y medios (23,8%). En lo referente a la actividad laboral, la mayoría de la muestra se encuentra activa (61,9%).

Grupo control (n= 50)

Compuesto por personas que informaron no contar con diagnóstico de ninguna enfermedad crónica, ni trastorno psicológico. Su distribución en función al sexo es de 21 hombres y 29 mujeres. Sus edades varían entre los 23 y los 65 años, con un promedio de 42,14 años de edad. En el ámbito familiar, casi el 62% de los participantes tienen al menos un hijo y el 88% vive acompañado por, al menos, una persona. La formación académica de la mayoría (53%) corresponde a estudios universitarios, seguido por el 32% con estudios medios y el 15% con estudios básicos. En el ámbito laboral la mayor parte (76%) se encuentra activa.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Cuestionario para la recogida de datos sociodemográficos y clínicos

Elaborado para la ocasión, con este instrumento se ha recabado información relativa a edad, sexo, nivel educativo (estudios básicos,

medios o universitarios), situación laboral (activa o inactiva), situación familiar, número de hijos y convivencia. Con respecto a la enfermedad, se ha recogido información relativa al diagnóstico, tiempo transcurrido en tratamiento, posibilidad de recibir trasplante e historia previa de trasplantes (tratamiento actual con HD).

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos (CAEPO)⁽³³⁾

Consta de 40 ítems con alternativa de respuesta múltiple, entre 0 (nunca) y 3 (casi siempre). El instrumento es válido para otras enfermedades crónicas o agudas, que representen una amenaza o que incapaciten el normal desempeño de la persona,⁽³³⁾ como en el caso de la IRC. Los datos que recoge el CAEPO permiten obtener una puntuación general sobre el modo de afrontamiento que va desde -9 a 9, distinguiendo entre afrontamiento positivo (3 a 9), predominio de afrontamiento positivo (1 y 2), afrontamiento no definido (0), predominio de afrontamiento negativo (-1 y -2) y afrontamiento negativo (-9 a -3). Esta puntuación general se obtiene a partir de la valoración de las siguientes subescalas, las cuales varían en cuanto a su valor adaptativo:

Enfrentamiento y lucha activa (ela). Distingue personas que valoran la situación de enfermedad como grave y difícil, pero a su vez se sienten desafiados y pretenden responder con todos sus recursos. Son personas optimistas respecto a la enfermedad y activas, tanto conductual como cognitivamente.

Autocontrol y control emocional (ace). Al igual que en la escala anterior, las personas que puntúan alto en esta, evalúan la situación de enfermedad como grave y difícil. La diferencia es que quien puntúa alto en esta escala está preocupado en luchar contra los aspectos afectivos y emocionales negativos que le produce la enfermedad.

Búsqueda de apoyo social (bas). Quienes puntúan alto en esta escala, evalúan su situación de enfermedad como grave y difícil, pretenden responder con todos sus recursos para lograr una evolución favorable y, para ello, consideran importante contar con el apoyo afectivo, físico y

moral de sus allegados.

Ansiedad y preocupación ansiosa (apa). Indica que se valora la enfermedad como un factor altamente amenazante y que se duda de su evolución favorable. Por tanto, la persona muestra ansiedad y pesimismo en cuanto a su capacidad para controlar la situación, pronóstico y evolución final.

Pasividad y resignación pasiva (prp). Se evalúa la situación de forma grave y amenazante. La persona es pesimista respecto a sus posibilidades para superar la enfermedad, su evolución y pronóstico.

Huida y distanciamiento (hd). Valoración de la enfermedad con cierto determinismo fatal, el paciente reacciona evadiendo la realidad que debe atravesar. El sujeto no tiene control sobre su enfermedad y prefiere no afrontar la realidad, ni conductual ni cognitivamente. Conlleva altos niveles de ansiedad.

Negación (neg). Corresponde para aquellos sujetos que niegan la realidad y consideran que no cursan enfermedad, por lo tanto, no tendrán respuestas conductuales y se mantendrán emocionalmente serenos. El cuestionario incluye este factor entre los que no propician el afrontamiento ajustado, no obstante, existen otras aproximaciones y datos que reconocen el valor adaptativo de esta estrategia ante determinadas circunstancias.

Los índices de fiabilidad del CAEPO han demostrado ser elevados, con un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach promedio igual a ,88, lo que indica una fuerte consistencia interna.⁽³³⁾ La validez de constructo del CAEPO se realiza

mediante el análisis factorial, los valores de las saturaciones de cada uno de los siete factores o escalas se sitúan entre el 64 y el 87, datos que se consideran muy satisfactorios.

Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)⁽³⁴⁾

La SWLS consta de cinco ítems con alternativa de respuesta múltiple entre 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo). Ofrece una única puntuación que evalúa el juicio global sobre la satisfacción con la vida. La fiabilidad de esta escala es alta, tal como lo expresa el coeficiente alfa de Cronbach, 82 de la versión española utilizada en nuestro trabajo.⁽³⁵⁾

RESULTADOS

La **Tabla 1** muestra los resultados relativos a la SV de los tres grupos considerados en el estudio. Como se observa, los pacientes en HD son los que presentan un menor nivel de SV, seguidos por los pacientes que han recibido trasplante renal. La satisfacción más alta la registran los participantes del grupo control. Para verificar si las diferencias observadas pueden considerarse significativas, se comprobó en primer lugar el supuesto de homocedasticidad. Al analizar homocedasticidad en sus componentes, homo (igual) y cedasticidad (dispersión), veremos que de la unión de ambas tenemos una misma dispersión. Al no cumplirse, se aplicó la prueba de Tamhane, cuyos resultados indican diferencias significativas entre el grupo de HD y el grupo control. El resto de las diferencias no resultan significativas a nivel poblacional.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas y comparación de medias de los distintos grupos en la satisfacción con la vida (SWLS)

Grupo	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Hemodiálisis	13,79 ^a	5,80	5	25
Trasplante	15,14	4,99	7	23
Control	18,64 ^a	3,41	9	25

Nota: Los valores con la misma letra presentan diferencias estadísticamente significativas

Para comprobar la existencia de diferencias entre los grupos, en cuanto a las puntuaciones de los participantes en las distintas subescalas del CAEPO, se realizó un análisis multivariado de la

varianza (MANOVA) utilizando, posteriormente, el test de Bonferroni, al cumplir las puntuaciones el supuesto de igualdad de las varianzas error. Los resultados de este análisis se muestran en la **Tabla 2**

Tabla 2. Estadísticas descriptivas y MANOVA para las puntuaciones de los participantes en el CAEPO

Variable dependiente	Grupo	N	Media	Intervalo de confianza 95%	
				Límite inferior	Límite superior
CAEPO [ESTILOS]	Hemodiálisis	34	,676 ^a	-,174	1,52
	Trasplante	21	1,47	,394	2,55
	Control	50	2,88 ^a	2,17	3,58
ELA	Hemodiálisis	34	19,76	19,76	23,13
	Trasplante	21	19,53	19,53	21,96
	Control	50	22,72	21,55	3,58
ACE	Hemodiálisis	34	14,85	13,55	16,14
	Trasplante	21	14,71	13,06	16,36
	Control	50	16,80	15,73	17,86
BAS	Hemodiálisis	34	6,26	5,24	7,28
	Trasplante	21	7,57	6,28	8,86
	Control	50	7,74	6,90	8,57
APA	Hemodiálisis	34	5,32	4,14	6,50
	Trasplante	21	6,80 ^b	5,30	8,31
	Control	50	3,66 ^b	2,68	4,63
PRP	Hemodiálisis	34	10,20 ^a	9,01	11,40
	Trasplante	21	8,38	6,86	9,90
	Control	50	6,06 ^a	5,07	7,04
HD	Hemodiálisis	34	7,61	6,49	8,74
	Trasplante	21	6,66	5,23	8,09
	Control	50	6,00	5,07	6,92
NEG	Hemodiálisis	34	2,58 ^a	2,02	3,15
	Trasplante	21	2,42 ^b	1,71	3,14
	Control	50	4,18 ^{ab}	3,71	4,64

Los valores con la misma letra presentan diferencias estadísticamente significativas. **ELA:** enfrentamiento y lucha activa; **ACE:** autocontrol y control emocional; **BAS:** búsqueda de apoyo social; **APA:** ansiedad y preocupación ansiosa; **PRP:** pasividad y resignación pasiva; **HD:** huida y distanciamiento; **NEG:** negación

Con base en estos análisis se puede afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total de la escala de afrontamiento entre el grupo de HD y el grupo control. Estos dos grupos también se diferencian en el estilo de afrontamiento basado en la pasividad y resignación pasiva (PRP), siendo significativamente mayor para el grupo en HD. Por su parte, el grupo de pacientes con trasplante

renal se diferencia del grupo control por un mayor afrontamiento basado en la ansiedad y en la preocupación ansiosa (APA). Por último, los dos grupos de IRC se diferencian del control al utilizar estrategias de afrontamiento basadas en la negación (NEG) en menor medida que en la población normal.

Para determinar qué subescalas del CAEPO pudieran predecir la SV de los participantes, se

realizó un análisis de regresión lineal para cada uno de los grupos. Así, se introdujeron como variables predictoras en la ecuación de regresión todas las medidas de afrontamiento –CAEPO [ESTILO], ELA, ACE, BAS, PRP, APA, HD y NEG– y, como variable criterio, la puntuación de los participantes en la escala SWLS, controlando en los grupos clínicos las variables edad y tiempo de tratamiento. De esta manera, para las variables relativas al afrontamiento se optó por el método de pasos sucesivos con una probabilidad de F

para entrar de $< ,05$ y para salir de $F > ,100$. Todas las ecuaciones de regresión resultaron ser estadísticamente significativas. Se indican los datos para el grupo de HD [$F(4, 33) = 6,210$, $p = ,001$], para el grupo de trasplante [$F(3, 20) = 3,35$, $p = ,044$] y para el grupo control [$F(2, 49) = 6,683$, $p = ,003$]. El resumen de los parámetros más relevantes de estas ecuaciones de regresión se muestra en la **Tabla 3**. Como se observa, en todas las ecuaciones se han incorporado variables predictoras relativas al estilo de afrontamiento.

Tabla 3. Resumen de las ecuaciones de regresión realizadas para predecir, en los distintos grupos, los niveles de satisfacción vital (SWLS) a partir de los estilos de afrontamiento (CAEPO), controlando el efecto de la edad y del tiempo en tratamiento

Grupo	Paso	Factores	R2 corregida	β	t	p
Grupo Hemodiálisis	1	Edad	,011	-,139	-,793	,434
	2	Edad	,014	-,114	-,643	,525
		Tiempo en tratamiento		,169	,952	,349
	3	Edad	,387	-,142	-1,030	,312
		Tiempo en tratamiento		,140	1,013	,319
		ELA NEG		,592 ,290	4,329 2,115	,000 ,043
Grupo de Trasplante	1	Edad	,052	,023	,100	,921
	2	Edad	,095	,035	,147	,885
		Tiempo en tratamiento		,118	,500	,623
	3	Edad	,261	-,051	-,260	,798
		Tiempo en tratamiento		,042	,214	,833
		CAEPO ESTILO		,608	3,111	,006
Grupo control	1	Edad	,057	-,275	-1,986	,053
	2	Edad	,188	-,236	-1,820	,075
		ELA		,384	2,964	,005

ELA: enfrentamiento y lucha activa; **ACE:** autocontrol y control emocional; **BAS:** búsqueda de apoyo social; **APA:** ansiedad y preocupación ansiosa; **PRP:** pasividad y resignación pasiva; **HD:** huida y distanciamiento; **NEG:** negación

DISCUSIÓN

Partíamos de la hipótesis de que la SV sería más baja en los dos grupos de pacientes renales que en el grupo control. Los resultados obtenidos solo nos permiten confirmar parcialmente la hipótesis por cuanto el grupo de HD, aunque

no el grupo de pacientes trasplantados, muestra una menor SV que el grupo control. Por lo que se deduce que los pacientes en tratamiento de HD están menos satisfechos con su vida que los integrantes del grupo control, pero no es posible establecer ninguna conclusión en lo que respecta

a los pacientes con trasplante renal, ya que no se diferencian de forma clara de los pacientes en HD y de la población normal. Estos resultados coinciden con los hallados por Khodadadi, Niksima, Panahi y Farahan,⁽³⁶⁾ según los cuales, las puntuaciones medias en los niveles de depresión, excitación y estrés de los pacientes iraníes en HD son mayores que en aquellos que han recibido un trasplante. Así, la condición que más afecta a variables psicológicas es la situación de HD, mermando de forma significativa, según se ha visto en este trabajo, la satisfacción con la vida de las personas que reciben este tratamiento en relación con un grupo de población normal.

La segunda hipótesis proponía que los pacientes con IRC mostrarían un uso combinado de estrategias de afrontamiento conductuales y emocionales, y que este estilo los diferenciaría del grupo control. De nuevo encontramos que, a nivel general y por lo que respecta a la valoración global del estilo de afrontamiento, solo el grupo de pacientes en tratamiento de HD se diferencia del grupo control, mientras que el grupo de pacientes trasplantados no se diferencia del grupo control de manera significativa. Si se valoraran los distintos EA, encontramos que el único estilo que diferencia a los dos grupos de pacientes con IRC del grupo control es el de negación, siendo significativamente menor esta forma de abordar los problemas en los pacientes con IRC. Esto queda en evidencia si se tienen en cuenta las importantes demandas de adaptación que supone tanto el tratamiento mediante HD como el trasplante renal. Por su parte, los pacientes con un trasplante renal se diferencian del grupo control por una mayor ansiedad y preocupación ansiosa, mientras que los participantes del grupo de HD lo hacen por una mayor pasividad y resignación pasiva, realizando la evaluación de la enfermedad como una situación grave y amenazante, con un moderado grado de pesimismo, por lo que se refiere a las posibilidades de superación, evolución y diagnóstico.⁽³³⁾

Estos resultados muestran diferencias en los estilos con que los tres grupos, considerados

en este trabajo, afrontan los problemas. Los resultados indican que ambos grupos de pacientes renales perciben su situación vital como grave y amenazante, pero los pacientes en HD son los más fatalistas sobre su evolución. Los pacientes con trasplante renal se ven a sí mismos con mayor posibilidad de control sobre las fuentes de estrés que los pacientes en tratamiento de HD.

En lo que respecta a la tercera hipótesis, la SV se puede predecir en todos los grupos considerados en el diseño a partir de los EA. La mayor influencia de los EA sobre la SV la encontramos en el grupo de HD, donde las variables que han entrado en el tercer modelo llegan a predecir más de un 38% de la SV. Ello quiere decir que la SV de estos pacientes depende en gran medida de sus estilos para afrontar el estrés. Así, en este grupo llama especialmente la atención la relación positiva que mantienen con la SV, dos estilos en principio contradictorios, como son el enfrentamiento y la lucha activa por un lado y, por el otro, la negación. Estos resultados corroboran, desde un punto de vista cuantitativo, las conclusiones del estudio sobre estrategias de afrontamiento usadas por pacientes en HD realizado por Rosendo da Silva, Souza Neto, Oliveira, Silva, Rocha y Holanda⁽³⁷⁾ desde un punto de vista cualitativo.

En este trabajo algunos pacientes en HD comentaban cómo, una vez finalizado el tratamiento, procuraban comportarse como si no estuviera presente la enfermedad y se centraban en sus tareas cotidianas, en el mismo sentido, otros pacientes percibían la IRC como algo temporal. Ello no fue impedimento para que en diferentes momentos se adoptaran otras estrategias más resilientes (sociales o religiosas): cada persona atraviesa estos cambios de manera absolutamente subjetiva y según su propia secuencia.⁽³⁷⁾ Así pues, tal vez este estilo, llamado “negación”, muestre la esperanza necesaria para poder seguir lidiando, en la vida diaria y de cara al futuro, con la situación en que se encuentra el paciente. En relación con el grupo de pacientes con trasplante renal debe señalarse cómo la puntuación global en el estilo de afrontamiento

predice la SV, lo que, de nuevo, es acorde con la tercera hipótesis, es decir que, en general, un mejor estilo de afrontamiento del estrés predice la SV de las personas con trasplante renal.

CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación manifiestan la difícil situación que atraviesan los pacientes en tratamiento de HD y el complicado compromiso que deben realizar entre EA activos, enfocados a la situación objetiva que atraviesan, con otros evitativos, que les permitan hacer frente a las emociones como consecuencia de dicha situación.⁽³⁸⁾

En lo que refiere a las limitaciones de este trabajo, el tipo de diseño utilizado no permite establecer relaciones causales entre las variables consideradas. Así, el que se haya afirmado que los mecanismos de afrontamiento predicen la SV, no implica taxativamente que uno sea consecuencia del otro. Será necesario realizar estudios longitudinales con el objetivo de conocer de manera fehaciente si los cambios en la SV son consecuencia de los EA o, por el contrario, los EA cambian al modificar la persona su SV.

Otra posible limitación de la investigación es la utilización del instrumento CAEPO, dado que ha sido construido originalmente para evaluar el afrontamiento de pacientes oncológicos. Si bien, como su autora señala, puede ser igualmente válido para otras enfermedades, crónicas o agudas, que representen una amenaza o incapacite el funcionamiento normal de los sujetos afectados.⁽³³⁾

De cara a futuras investigaciones, sería conveniente combinar estrategias cuantitativas y cualitativas, tal vez reduciendo el número de participantes, pero permitiendo una indagación más profunda sobre los distintos EA y la valoración general que el paciente hace de su vida. De la misma manera, podría ser relevante el estudio de otras variables que se relacionen tanto con la SV, los EA, las metacogniciones (capacidad de autorregular los procesos de aprendizaje) o la atención.⁽⁴⁰⁾

Conflicto de intereses: Los autores declaran no poseer ningún interés comercial o asociativo que presente un conflicto de intereses con el trabajo presentado.

Agradecimiento: Este artículo es parte de la Tesis Doctoral de la primera autora que desea agradecer al Tribunal sus importantes aportes para la elaboración del presente trabajo. El último autor dedica este trabajo a la memoria de Ignacio Marquiegui Rodríguez.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Jofré R. Factores que afectan a la calidad de vida en pacientes en prediálisis, diálisis y trasplante renal. *Nefrología (Madr.)* 1999;19(Supl. 1):84-90.
- 2) Moya Ruiz MA. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. *Enferm Nefrol.* 2017;20(1):48-56. doi: 10.4321/S2254-28842017000100007.
- 3) Perales Montilla CM, Duschek S, Reyes del Paso GA. Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología (Madr.)* 2016;36(3):257-82. doi: 10.1016/j.nefro.2015.12.002.
- 4) Huertas Vieco MP, Pérez García R, Albalade M, Sequera P, Ortega M, Puerta M, Corchete E, et al. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología (Madr.)* 2014;34(6):737-42. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12477.
- 5) Ruiz B, Basabe N, Saracho R. El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología (Madr.)* 2013;33(3):342-54. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2013.Feb.11771.
- 6) Acosta Hernández PA, Chaparro López LC, Rey Anacona CA. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Rev Colomb Psicol.* 2008;17:9-26.
- 7) Contreras F, Espinosa JC, Esguerra G. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Act Colomb Psicol.* 2007;10(2):169-79.

- 8) Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- 9) Rodríguez Franco JL, Cano García FJ, Blanco Picabia, I. Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32(2):82-91.
- 10) Kristofferzon ML, Engström M, Nilsson A. Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study. *Qual Life Res.* 2018;27(7):1855-63. doi: 10.1007/s11136-018-1845-0.
- 11) Niihata K, Fukuma S, Akizawa T, Fukuhara S. Association of coping strategies with mortality and health-related quality of life in hemodialysis patients: The Japan Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study. *PLoS One.* 2017;12(7):e0180498. doi: 10.1371/journal.pone.0180498.
- 12) Nahlén Bose C, Elfström ML, Björling G, Persson H, Saboonchi, F. Patterns and the mediating role of avoidant coping style and illness perception on anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Scand J Caring Sci.* 2016;30(4):704-13. doi: 10.1111/scs.12297.
- 13) Rezaei L, Salehi S. The relationship between self-esteem and coping styles in patients undergoing hemodialysis. *Int J Med Res Health Sci.* 2016;5(7S):1-6.
- 14) Schick-Makaroff K, Molzahn AE, Kalfoss M. Symptoms, coping, and quality of life of people with chronic kidney disease. *Nephrol Nurs J.* 2018;45(4):339-55.
- 15) Austenfeld JL, Stanton AL. Coping through emotional approach: A new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *J Pers.* 2004;72(6):1335-64. Doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00299.x.
- 16) Baker JP, Berenbaum H. Emotional approach and problem-focused coping: a comparison of potentially adaptive strategies. *Cogn Emot.* 2007;21(1):95-118. doi: 10.1080/02699930600562276.
- 17) Işık Ulusoy S, Kal Ö. Relationship among coping strategies, quality of life, and anxiety and depressive disorders in hemodialysis patients. *Ther Apher Dial.* 2020;24(2):189-96. doi: 10.1111/1744-9987.12914.
- 18) Moos RH. Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. *Eur J Psychol Assess.* 1995;11(1):1-13. doi: 10.1027/1015-5759.11.1.1.
- 19) Brown GK, Nicassio PM. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain.* 1987;31(1):53-64. doi: 10.1016/0304-3959(87)90006-6.
- 20) Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989;56(2):267-283. doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267.
- 21) Saracho-Rotaeché R. El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: Un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología (Madr.)* 2013;33(3):342-54.
- 22) Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull.* 1999;125(2):276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276.
- 23) World Health Organization. *Joint meeting of experts on targets and indicators for health and well-being in Health 2020* (Copenhagen, Denmark: 5-7 Feb. 2013). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. iii, 45 p.
- 24) Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull.* 1984;95(3):542-75.
- 25) Luhmann M, Hawkey LC, Eid M, Caccioppo JT. Time frames and the distinction between affective and cognitive well-being. *J Res Pers.* 2012;46(4):431-41. Doi: 10.1016/j.jrp.2012.04.004.
- 26) Cummins RA. Subjective wellbeing, homeostatically protected mood and depression: A synthesis. *J Happiness Stud.* 2010;11(1):1-17. doi: 10.1007/s10902-009-9167-0.
- 27) Frijters P, Johnston D, Shields MA. Life satisfaction dynamics with quarterly life event data. *Scand J Econ.* 2011;113(1):190-211. Doi: 10.1111/j.1467-9442.2010.01638.x.
- 28) Pagán-Rodríguez R. Onset of disability and life satisfaction: evidence from the German Socio-Economic Panel. *Eur J Health Econ.* 2010;11(5):471-85. doi: 10.1007/s10198-009-0184-z.
- 29) Powdthavee N. What happens to people before and after disability? Focusing effects, lead effects, and adaptation in different areas of life. *Soc Sci Med.* 2009;69(12):1834-44. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.09.023.
- 30) Boyce CJ, Wood AM, Powdthavee N. Is personality fixed? Personality changes as much as "variable" economic factors and more strongly predicts changes to life satisfaction. *Soc Indic Res.* 2013;111(1):287-305.

- doi: 10.1007/s11205-012-0006-z.
- 31) National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002;39(2 Suppl. 1):s1-s266.
- 32) Escobar EM. Registro Español de Enfermos Renales. Informe 2013 y evolución 2007-2013. *Nefrología (Madr.)* 2016;36(2):97-120. doi: 10.1016/j.nefro.2015.10.020.
- 33) González Martínez MT. CAEPO Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos. 2ª ed. Madrid: TEA Ediciones, 2015.
- 34) Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess.* 1985;49(1):71-5. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.
- 35) Cabañero Martínez MJ, Richart Martínez M, Cabrero García J, Orts Cortés MI, Reig Ferrer A, Tosal Herrero B. Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema.* 2004;16(3):448-55.
- 36) Khodadadi B, Niksima SH, Panahi J, Farahani MS. Comparison between life satisfaction, depression, anxiety, stress in hemodialysis patients and kidney transplantation. *IJPS.* 2017;4(12):4310-4. doi: 10.5281/zenodo.1098070.
- 37) Silva RAR, Souza Neto VL, Oliveira GJN, Silva BCO, Rocha CCT, Holanda JRR. Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. *Esc Anna Nery.* 2016;20(1):147-54. doi: 10.5935/1414-8145.20160020.
- 38) Gurkan A, Pakyuz SÇ, Demir T. Stress Coping Strategies in Hemodialysis and Kidney Transplant Patients. *Transplant Proc.* 2015;47(5):1392-7. doi: 10.1016/j.transproceed.2015.05.022.
- 39) Jiménez YF, Carrillo GM. "Reencontrándome a través de la diálisis peritoneal": un abordaje fenomenológico. *Enferm Nefrol.* 2018;21(3):275-83. doi: 10.4321/s2254-28842018000300010.
- 40) Cangas A, Errasti JM, García-Montes JM, Álvarez R, Ruiz R. Metacognitive factors and alterations of attention related to predisposition to hallucinations. *Pers Individ Dif.* 2006;40(3):487-96. doi: 10.1016/j.paid.2005.07.005.

Recibido en su forma original: 22 de octubre de 2019
En su forma corregida: 4 de noviembre de 2019
Aceptación final: 7 de febrero de 2020
Dr. José Manuel García-Montes
Universidad de Almería, Almería, España
ORCID: 0000-0001-8410-9115
e-mail: jgmontes@ual.es