

# El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico

Begoña Ruiz de Alegría-Fernández de Retana<sup>1</sup>, Nekane Basabe-Barañano<sup>2</sup>, Ramón Saracho-Rotaeché<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Escuela Universitaria de Enfermería Vitoria-Gasteiz, Álava

<sup>2</sup> Departamento de Psicología Social y Metodología, Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea. Vitoria-Gasteiz, Álava

<sup>3</sup> Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Álava. Vitoria-Gasteiz, Álava

Nefrología 2013;33(3):342-54

doi:10.3265/Nefrología.pre2013.Feb.11771

## RESUMEN

**Introducción:** Ante el impacto negativo que supone el inicio de la diálisis, es necesario identificar factores psicológicos que afecten a la calidad de vida y salud emocional. **Objetivos:** Conocer las formas de afrontamiento más utilizadas a lo largo del primer año de tratamiento y analizar su influencia en la calidad de vida y salud emocional. **Material y métodos:** Estudio longitudinal sobre 98 pacientes incidentes en hemodiálisis y diálisis peritoneal. Se realizaron entrevistas al mes, a los 6 y los 12 meses del inicio de la diálisis, para completar cuestionarios: MOS-SF36, PNA (afectividad) y Formas de Afrontamiento. **Resultados:** El tipo de estrategias más usadas fueron la Búsqueda de información, Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Delegación y Expresión regulada de las emociones ( $p < 0,001$ ). Los afrontamientos de aproximación se utilizaron más que los de evitación ( $p < 0,01$ ); estas diferencias no se modificaron a lo largo del tiempo. La evitación al inicio fue predictora de mayor afectividad negativa ( $p < 0,001$ ) y peor componente mental de MOS-SF36 al cabo de un año ( $p < 0,001$ ). La evitación a los 6 meses moduló la relación entre afecto negativo al primer mes y al año ( $p < 0,01$ ). La Aproximación en el primer mes fue predictora de afectividad positiva al cabo de un año ( $p < 0,001$ ). **Conclusiones:** Las estrategias de evitación y aproximación son factores que influyen en el bienestar psicológico de los pacientes en diálisis. Los pacientes que utilizan estrategias de evitación al inicio de diálisis están a riesgo de empeorar su bienestar psicológico. Es importante para los profesionales identificar precozmente las estrategias de evitación.

**Palabras clave:** Afrontamiento. Diálisis crónica. Calidad de vida relacionada con la salud. Afectividad.

**Correspondencia:** Begoña Ruiz de Alegría Fernández de Retana  
Escuela Universitaria de Enfermería Vitoria-Gasteiz.  
José Achótegui s/n, 01009 Álava.  
[begona\\_ruizdealegria@ehu.es](mailto:begona_ruizdealegria@ehu.es)

## Coping mechanisms as a predictor for quality of life in patients on dialysis: a longitudinal and multi-centre study

### ABSTRACT

**Introduction:** Given the negative impacts of dialysis, we must assess and comprehend the psychological factors that affect quality of life and emotional health in dialysis patients. **Objectives:** We sought to evaluate the most commonly used coping mechanisms during the first year of treatment and to analyse the influence of these strategies on quality of life and emotional health. **Material and Method:** Longitudinal study of 98 incident patients on haemodialysis and peritoneal dialysis. We interviewed patients at 1, 6, and 12 months after starting dialysis using the MOS-SF36, PNA (affectivity), and Coping Strategies questionnaires. **Results:** The most commonly used strategies were Information search, Problem solving, Cognitive restructuring, Delegation, and Regulated expression of emotions ( $P < .001$ ). Adaptive coping strategies were used more frequently than Avoidance coping strategies ( $P < .01$ ); these differences did not vary over time. Initially, Avoidance was a predictor for a stronger negative emotion ( $P < .001$ ) and a worse score for the mental component of the MOS-SF36 survey after one year ( $P < .001$ ). At 6 months, avoidance modulated the relationship between negative emotions after one month and one year ( $P < .01$ ). Adaptive coping during the first month was a predictor for positive emotion at the end of one year ( $P < .001$ ). **Conclusions:** Avoidance and Adaptive mechanisms are coping strategies that influence the psychological well-being of patients on dialysis. Patients who use Avoidance strategies at the start of dialysis are at risk for worsening their psychological state of health. It is important for health care professionals to be able to identify Avoidance strategies at an early stage of dialysis treatment.

**Keywords:** Coping. Renal dialysis. Health related quality of life. Affect.

## INTRODUCCIÓN

La diálisis impone cambios físicos, psicológicos y sociales que exigen adaptaciones a una nueva forma de vivir, para lo

cual la persona tiene que autorregular su estado emocional ante esta nueva situación adversa. Ya es conocido que las personas que se dializan tienen una alta prevalencia de ansiedad y depresión<sup>1,2</sup>, viven con un elevado nivel de estrés<sup>3,4</sup> y tienen una percepción deteriorada de la calidad de vida<sup>5,6</sup>.

Aunque la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido considerada como un buen indicador de bienestar físico y psicológico de la enfermedad crónica<sup>7</sup> y también un fuerte predictor de la morbilidad<sup>8</sup> y mortalidad<sup>9,10</sup>, esta medida tiene limitaciones, por lo que se recomienda su uso en compañía de otros indicadores<sup>11</sup>. En este sentido, el constructo de calidad de vida es más amplio y abarca el llamado bienestar psicológico, que contiene el componente cognitivo referido al estado global de satisfacción y el componente afectivo descrito como las emociones experimentadas que informan sobre la marcha de la vida<sup>12,13</sup>. El componente afectivo del bienestar psicológico comprende el estado emocional positivo (por ejemplo, alegría, cariño, gozo, interés por las cosas) llamado afecto positivo y el estado emocional negativo (ira, tristeza, ansiedad, preocupación, culpa) utilizado para designar el afecto negativo<sup>14</sup>. Para la mayoría de las personas la balanza de afectos es positiva, si bien en las enfermedades graves el afecto positivo puede estar disminuido, pero nunca ausente<sup>15</sup>.

Cada vez hay más aportaciones que resaltan que las variables físicas no son suficientes para comprender el impacto de la diálisis en la calidad de vida, induciendo a explorar variables psicológicas<sup>11</sup> y sociales que permitan identificar nuevos moduladores de la calidad de vida, como el afrontamiento<sup>16</sup>.

Afrontar la enfermedad crónica es el proceso de autorregulación que realizan los pacientes ante la adversidad, entendida la autorregulación como los esfuerzos de las personas para crear o mantener las condiciones deseadas en sus vidas<sup>17</sup>. El afrontamiento puede entenderse como «estilo» o «estrategia». El estilo de afrontamiento son predisposiciones estables para hacer frente a situaciones adversas, y se distingue por ser constante y estar determinado por el carácter de cada persona. Sin embargo, las estrategias se caracterizan por ser cambiantes según las condiciones desencadenantes<sup>18</sup>. Entre las grandes categorías para clasificar las estrategias de afrontamiento se encuentran el afrontamiento de aproximación y el afrontamiento de evitación<sup>19</sup>. En el afrontamiento de aproximación las respuestas se orientan hacia acciones activas de vigilancia, atención hacia el problema y manejo de las emociones negativas. En el afrontamiento de evitación las acciones son pasivas para alejarse de la amenaza e incluye acciones de abandono y mala gestión de las emociones negativas. Estas dos grandes categorías se dividen, a su vez, en otras subcategorías que describen respuestas más concretas<sup>20</sup>.

Las estrategias de aproximación se han relacionado en enfermedades crónicas con una disminución del estrés<sup>21</sup> y mayor afectividad positiva<sup>22</sup>, mientras que las estrategias de evitación se han asociado con menor supervivencia<sup>23</sup>.

En el campo de la enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo, hay algunos estudios de corte transversal que han puesto en relación los tipos de afrontamiento con la calidad de vida<sup>16,24</sup> o con la afectividad<sup>22</sup>.

Sin embargo, las estrategias de afrontamiento se pueden alterar y cambiar con el paso del tiempo<sup>25</sup>. En estudios transversales previos se han encontrado, en pacientes prevalentes, asociaciones significativas entre la antigüedad en diálisis con la calidad de vida y los tipos de afrontamiento<sup>26</sup>. Consideramos necesario realizar estudios longitudinales que añadan información sobre las estrategias para diseñar intervenciones que redunden en una mejor percepción de la calidad de vida.

Este estudio pretende analizar el impacto de las formas de afrontamiento de la diálisis sobre la calidad de vida y la salud emocional. En primer lugar, se describirán las estrategias de afrontamiento más utilizadas en los pacientes en el primer año de tratamiento sustitutivo; en segundo lugar, se medirá el impacto del afrontamiento en la calidad de vida y el estado emocional (afectividad).

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Pacientes

Este estudio longitudinal se llevó a cabo con pacientes que comenzaron tratamiento sustitutivo renal mediante hemodiálisis (HD) o diálisis peritoneal (DP) ambulatoria en nueve unidades de nefrología de la comunidad autónoma vasca: Hospital de Txagorritxu y Hospital de Santiago de Vitoria, Hospital de Galdakao, Hospital de Cruces, Hospital de Basurto, Clínica Virgen Blanca y Centro Dialbilbo de Bizkaia, y Hospital de Donostia y Policlínica de Gipuzkoa, de Gipuzkoa. Se abarcó la red pública y la red concertada de la todos los centros de la comunidad autónoma vasca. El 85 % de estos pacientes habían sido seguidos en consultas externas de nefrología por un período superior a seis meses antes de iniciar diálisis. Durante el período comprendido entre el 1 de octubre de 2006 y el 31 de enero de 2008, 333 pacientes iniciaron diálisis en la comunidad autónoma del País Vasco. Se seleccionaron los pacientes que cumplieron los criterios: a) tener edad entre 18 y 70 años, b) reunir las condiciones físicas, mentales y lingüísticas para responder las preguntas del cuestionario, a criterio de la enfermera entrevistadora, c) otorgar su consentimiento informado. Fueron excluidos: 170 pacientes mayores de 70 años, 13 por enfermedad grave, 9 por trastorno mental, 14 por falta de comprensión del cuestionario y 17 pacientes rechazaron participar en el estudio. De los 110 seleccionados, 12 no completaron el seguimiento propuesto, 6 por fallecimiento y 6 por abandono voluntario. Por tanto, la muestra quedó conformada por 98 pacientes que respondieron al cuestionario en los tres momentos

temporales del estudio. Doce pacientes fueron trasplantados entre los 6 y los 12 meses; dichos pacientes no fueron excluidos en el análisis, si bien en los análisis realizados se ajustó por modalidad de tratamiento.

## INSTRUMENTOS Y MEDIDAS

En la primera entrevista se registraron las variables: edad, sexo, fecha de la primera visita en la consulta externa de nefrología, fecha y modalidad de inicio del tratamiento renal sustitutivo. Se registró si estaban o no incluidos en lista de espera de trasplante renal y se añadió una pregunta: «¿Tiene esperanza de recibir un trasplante renal?», dado que la esperanza puede modificar el tipo de afrontamiento utilizado. Además, en cada una de las entrevistas realizadas se registró: índice de Charlson<sup>27</sup>, modalidad de tratamiento y se aplicaron los siguientes instrumentos.

### Escala de Formas de Afrontamiento-25

Para determinar cómo las personas afrontan las repercusiones de la diálisis y sus circunstancias, se utilizó el instrumento de Formas de Afrontamiento y Dimensiones<sup>20</sup>, a partir del Ways of Coping (WOC-R) de Lazarus y Folkman<sup>28</sup>, y de la revisión de Skinner et al.<sup>19</sup>. Esta escala consta de dos dimensiones básicas (aproximación frente a evitación) y 15 familias del afrontamiento: Resolución de problemas, Búsqueda de apoyo social, Evitación-supresión emocional, Distracción, Reestructuración cognitiva, Rumiación, Fatalismo, Aislamiento social, Descarga emocional, Expresión regulada de emociones, Búsqueda de información, Negociación, Oposición y confrontación, Delegación, Rezar, articulados en 25 ítems con rango de respuesta 1 = nada a 4 = mucho (tabla 1). Este instrumento ha sido aplicado en población general y pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana en España y Latinoamérica y ha mostrado validez predictiva sobre la afectividad positiva y negativa<sup>20</sup>. En la muestra de este estudio los coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach fueron 0,74 para la aproximación y 0,65 para la evitación.

### Calidad de vida relacionada con la salud (MOS-SF36)

La CVRS se midió mediante el instrumento Medical Outcomes Study Short Form (MOS-SF36)<sup>29</sup> de 36 ítems que cubren dos áreas, el componente físico (PCS) y el componente mental (MCS). Los ítems y las dimensiones del MOS-SF36 están puntuados de forma que a mayor puntuación mejor es el resultado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0

(el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En este estudio la consistencia interna estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach del MOS-SF36 se situó en 0,85 para el PCS y 0,85 para el MCS.

### Escala de Afectividad PNA

Se aplicó la escala de Positive and Negative Affect (PNA) para medir la afectividad en las cuatro semanas anteriores a realizar la cumplimentación del cuestionario. Esta escala ha sido adaptada al contexto español y al castellano<sup>30</sup> y ha sido aplicada a otros estudios en diversas poblaciones<sup>31</sup>. En el presente estudio consta de 18 ítems, 9 miden el afecto positivo y los otros 9 el afecto negativo, con formato de respuesta de 1 = nunca a 4 = siempre. Los ítems que agrupan el afecto positivo recogen el estado emocional de alegría, satisfacción y disfrute. Los de afecto negativo recogen emociones relacionadas con el estrés, con reacciones de lucha y huida, y emociones de cansancio, preocupación, aburrimiento y miedo. En este estudio el alfa de Cronbach fue de 0,78 para el afecto positivo y 0,68 para el negativo.

## PROCEDIMIENTO

Después de recibir los permisos correspondientes de las unidades de investigación y comité ético, se seleccionó una enfermera por cada unidad de diálisis. Las nueve enfermeras fueron formadas a la vez con la finalidad de asegurar homogeneidad en los criterios del procedimiento. Durante los meses de recogida de datos se mantuvieron seis reuniones de coordinación.

La enfermera entrevistadora explicó y pidió a los pacientes seleccionados su consentimiento para participar en el estudio. Los cuestionarios fueron heteroaplicados, las preguntas fueron leídas por los pacientes ayudados por la enfermera. Los pacientes cumplimentaron los cuestionarios a los 30 días después de haber iniciado el tratamiento en diálisis, en situación estable, es decir, una vez que estuvieran incorporados a las actividades rutinarias e instalados en su domicilio. La segunda y tercera evaluación se realizó a los 6 y 12 meses, respectivamente. Los pacientes en tratamiento con hemodiálisis hospitalaria (HDH) cumplimentaron los cuestionarios durante o después de la sesión, y los de DP continua ambulatoria, durante la visita a la consulta de revisión. Durante la entrevista, la enfermera-entrevistadora acompañó, resolvió dudas y dosificó los cuestionarios según el estado y deseo del paciente. Los cuestionarios fueron respondidos en una sola vez en el 90 % de los casos y el tiempo medio empleado en hacerlo osciló entre 20 y 160 minutos, con una media de 51 minutos.

**Tabla 1.** Formas de afrontamiento, convergencia entre diferentes clasificaciones

<b>Lazarus y Folkman (1986)</b>	<b>Skinner et al. (2003)</b>	<b>Campos et al. (2004)</b>	<b>Ítems del cuestionario de Formas de Afrontamiento</b>
Aproximación	Resolución de problemas	1. Resolución problemas	1. Concentré mis esfuerzos en hacer algo, luché contra mi problema 2. Desarrollé un plan de acción sobre mi problema y lo seguí (hice un plan)
Aproximación	Búsqueda de soporte	2. Búsqueda de apoyo social	3. Hablé con alguien que tiene el mismo problema para saber qué hizo él/ella 4. Traté de obtener apoyo afectivo de amigos y gente próxima. Busqué comprensión
Evitación	Escape	3. Evitación-supresión emocional	5. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas 6. Me he volcado en el estudio o trabajo para olvidarme de todo, he actuado como si no pasara nada 7. Intenté guardar para mí mis sentimientos
Evitación	Acomodación Distracción	4. Distracción	8. Disfruté más que antes de las cosas, sucesos y experiencias diarias, busqué distraerme con ellas (disfruté más de las pequeñas cosas) 9. Salí a beber o tomar unas copas para olvidar el problema o pensar menos en él.
Aproximación Reestructuración	Acomodación	5. Reestructuración cognitiva	10. Pensé en los aspectos positivos de lo ocurrido en torno al problema 11. Aprendí algo de esta experiencia, crecí y mejoré como persona
Evitación	Rumiación	6. Rumiación	12. Repasé mentalmente lo que haría o diría (pensé en lo que habría hecho) 13. Pensé que podría haber hecho las cosas de forma diferente (le di vueltas al problema)
Evitación	Desesperanza	7. Fatalismo	14. Analicé mi responsabilidad en el problema y me critiqué por lo ocurrido 15. Admití que no soy capaz de hacer nada ante el problema y dejé de intentar resolverlo
Evitación	Aislamiento	8. Aislamiento social	16. Evité estar con la gente en general
Evitación	Regulación emocional	9. Descarga emocional	17. Expresé y dejé descargar mis sentimientos y emociones 18. Intenté reducir la tensión: bebiendo, comiendo, tomando más drogas o durmiendo más de lo habitual
Aproximación		10. Expresión regulada	19. Expresé calmada y ordenadamente lo que siento para que los otros entiendan mi problema (expresé .... sin alterarme demasiado)
Aproximación	Búsqueda de información	11. Búsqueda de información	20. Intenté informarme sobre mi problema para superarlo mejor
Aproximación	Negociación	12. Negociación	21. Trabajé para alcanzar un compromiso para cambiar las cosas (intenté comprometerme a cambiar la situación, las cosas)
Aproximación	Oposición	13. Oposición y confrontación	22. Manifesté mi enojo a las personas responsables del problema
Evitación	Delegación	14. Delegación	23. Me he puesto en manos de otras personas para que solucionaran mi problema (delego/me dejo ayudar en manos médicas y de familiares, amigos...) 24. Me impliqué en asociaciones y/o actividades sociales relacionadas con mi problema
Evitación		15. Rezar	25. Recé (más de lo habitual)

Fuente: Ruiz de Alegría (2010) a partir de la Campos et al., 2004; Lazarus y Folkman, 1986, Skinner et al., 2003.

**Análisis estadístico**

Se utilizaron estadísticos descriptivos para resumir los resultados de cada variable. Las puntuaciones obtenidas de los instrumentos utilizados se trataron como variables continuas, se emplearon las medidas descriptivas ordinarias, media y desviación estándar para variables continuas y porcentajes para las variables categóricas. Se transformaron las puntuaciones originales de la escalas PNA y Formas de Afrontamiento a una escala de 0 a 100 para igualarlas al formato de la escala de calidad de vida (MOS-SF36).

Se usaron las puntuaciones factoriales resultantes de un análisis exploratorio (componentes principales, rotación Varimax), que agrupaba los diferentes ítems en dos tipos de dimensiones de estrategias de afrontamiento (aproximación frente a evitación). Para conocer si una dimensión de estrategia de afrontamiento se utilizaba más que otra en la primera visita, se utilizó la *t* de Student para datos pareados.

Se utilizó ANCOVA para medidas repetidas ajustando por edad, sexo y comorbilidad (Charlson), con objeto de comprobar si existían cambios a lo largo del tiempo en las diferentes estrategias analizadas. Se aplicó la regresión lineal múltiple para estimar la asociación entre diferentes variables y ajustar por covariables como edad, sexo, índice de Charlson y modalidad de tratamiento, incluyendo todas estas variables en un solo paso. Para incluir la modalidad de tratamiento se crearon dos variables *dummy*: HD y DP, de modo que el grupo de trasplantados se usó como grupo de referencia respecto a los grupos de DP y HD. Para comprobar los efectos indirectos de mediación del afrontamiento sobre la afectividad, se estimó el efecto de mediación por el procedimiento de *bootstrap* definido por Hayes<sup>32</sup>.

Se consideró una diferencia como estadísticamente significativa si el valor calculado de *p* era inferior a 0,05. Se empleó el paquete estadístico SPSS, versión 17.0 para Windows XP, con las macros correspondientes para realizar el test de mediación creadas por Hayes<sup>33</sup>.

**RESULTADOS**

Los valores medios de edad y las frecuencias de variables demográficas y sociolaborales, así como los cambios en la modalidad de tratamiento a lo largo del tiempo, figuran en la tabla 2. Solo el 33 % de los pacientes estaban incluidos como activos en la lista de espera para trasplante renal. El 96 % de los pacientes respondieron afirmativamente a la pregunta de «¿Tiene esperanza en recibir un trasplante renal?».

Para agrupar las diferentes estrategias de afrontamiento se usó el análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax. Para los resultados del cuestionario de afrontamiento en tiempo 1, este análisis mostró dos tipos

**Tabla 2.** Datos sociodemográficos de los 98 pacientes de estudio y modalidades de tratamiento

	M (DT)	Mín/Max
Edad	51 (13,16)	19,49/70,62
Charlson inicial	3,16 (1,63)	0/6
	n	%
Mujeres	43	43,4
Trabaja fuera de casa	37	37,4
Vive solo	10	10,2

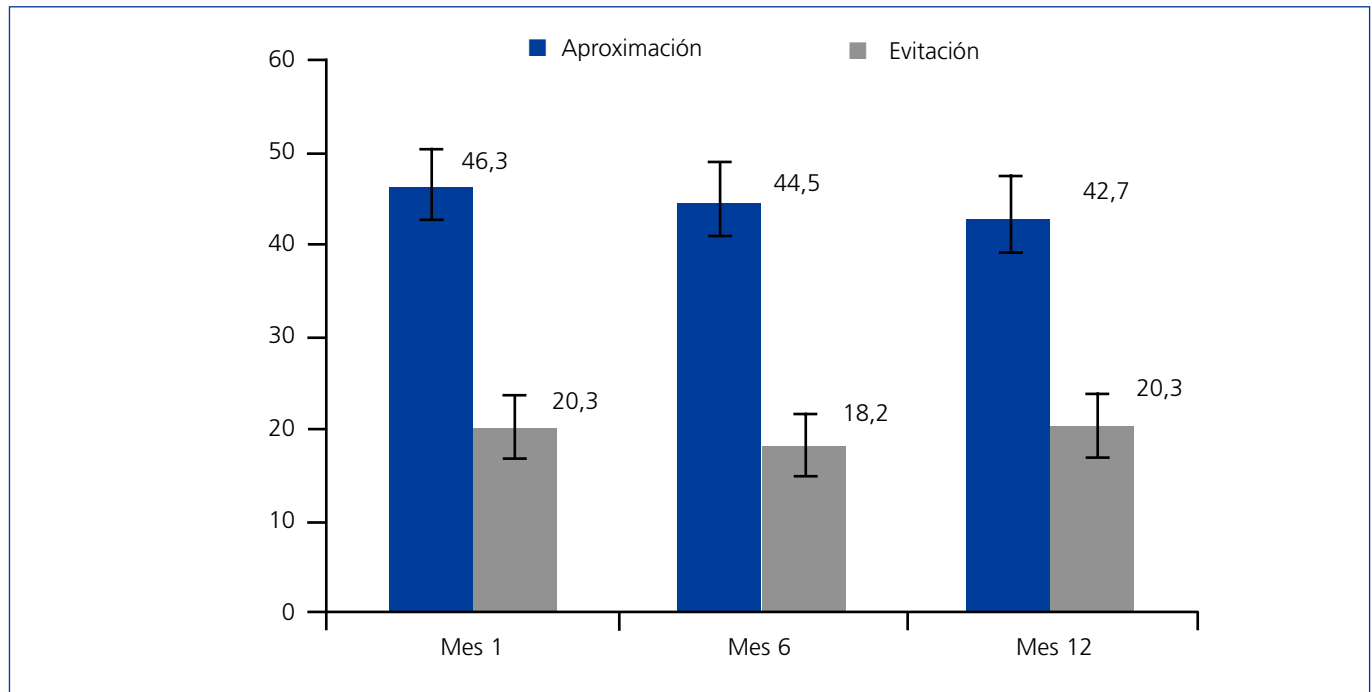
n.º pacientes	Mes 1	Mes 6	Mes 12
Hemodiálisis	53	47	43
Diálisis peritoneal	45	51	43
Trasplante	0	0	12

M: media; DT: desviación estándar.

de categorías de estrategias de afrontamiento: a) aproximación, que comprendía los ítems 1, 2, 4, 8, 10, 11, 12, 20, 21, y b) evitación, que comprendía los ítems 5, 7, 13, 14, 16 y 22, del cuestionario Formas de Afrontamiento y Dimensiones (tabla 1), cuyos porcentajes de varianza explicada fueron 17 % para la aproximación y 12 % para la evitación. No hubo cambios significativos a lo largo del tiempo ni en el conjunto de la aproximación, *p* = 0,53, ni en la evitación, *p* = 0,61, ANCOVA para medidas repetidas, controlando por edad, sexo y Charlson. La puntuación de la aproximación fue significativamente superior a la de evitación para los tres tiempos: 1 mes, 6 meses y 1 año; *p* < 0,01 para las tres comparaciones mediante *t* de Student pareado (figura 1).

Con objeto de conocer las estrategias que más se utilizaron por los pacientes, se seleccionaron los resultados de la primera evaluación al mes del inicio del tratamiento, se ordenaron de mayor a menor las puntuaciones de las 15 dimensiones de estrategias de afrontamiento y se tomó el valor de 33,3, que corresponde a la puntuación de 2 (cuando se contesta a la pregunta con la respuesta «algunas veces») como criterio para considerar las que más se utilizaban. Las dimensiones de afrontamiento con puntuación superior a 33,3 fueron: Búsqueda de información, Resolución de problemas, Reestructuración cognitiva, Delegación y Expresión regulada de las emociones; obviamente en el resto de las dimensiones la puntuación media fue inferior a 33,3. Posteriormente se compararon las medias de las puntuaciones de aquellas con una puntuación media superior a 33,3 frente a las inferiores a 33,3. Las comparaciones de medias mediante la prueba de *t* de Student pareada revelaron diferencias estadísticamente significativas para todas las comparaciones realizadas, *p* < 0,001 (tabla 3).

Para comprobar la capacidad de predicción de los afrontamientos de aproximación y evitación y sobre los compo-



**Figura 1.** Formas de aproximación y evitación en los tres tiempos.

Valores medios con intervalos de confianza al 95 %, de puntuaciones de las dos categorías resultantes del análisis factorial medidas en los tres tiempos.

nentes MCS y PCS del MOS-SF36, se utilizaron modelos de regresión múltiple en los que la variable dependiente era MCS y PCS al mes 12 y variables independientes los

afrontamientos de aproximación evitación y al mes 1; como covariables de ajuste se incluyeron la comorbilidad de Charlson, la edad, el sexo y la modalidad de tratamien-

**Tabla 3.** Estrategias de afrontamiento

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típica
Información	0,0	100,0	56,8	38,4
Instrumental-activo	0,0	100,0	54,4	34,7
Reestructuración cognitiva	0,0	100,0	49,1	31,0
Delegación	0,0	100,0	48,6	42,3
Expresión regulada de emociones	0,0	100,0	48,0	37,7
Negociación	0,0	100,0	31,3	36,4
Buscar apoyo social	0,0	100,0	30,4	25,7
Rumiación	0,0	100,0	29,9	27,1
Evitación-supresión emocional	0,0	100,0	28,2	26,5
Distracción	0,0	66,7	25,7	19,6
Rezar	0,0	100,0	21,1	33,3
Fatalismo	0,0	100,0	18,7	23,8
Descarga emocional	0,0	83,3	17,0	17,6
Oposición	0,0	50,0	10,0	15,8
Aislamiento social	0,0	100,0	8,2	20,9

Dimensiones de estrategias de afrontamiento en la primera visita, ordenadas de mayor a menor puntuación media. Las comparaciones de medias de las dimensiones situadas por encima de la línea de puntos frente a las inferiores fueron todas estadísticamente significativas,  $p < 0,001$ .

to al mes 12. El análisis de la regresión lineal múltiple utilizando como variable dependiente el MCS al mes 12 no encontró un valor predictivo significativo del afrontamiento de aproximación, aunque sí en el afrontamiento de evitación,  $p = 0,001$ . Al añadir como covariable el MCS al mes 1, la significación del afrontamiento de evitación se perdía,  $p = 0,135$  (tabla 4 A). El análisis de la regresión lineal múltiple utilizando como variable dependiente el PCS al mes 12 no encontró un valor predictivo significativo del afrontamiento de aproximación ni del de evitación (resultados no mostrados).

Para comprobar si los afrontamientos de aproximación y evitación eran predictores de la afectividad positiva, se utilizaron igualmente modelos de regresión múltiple en los que la variable dependiente era afectividad positiva al mes 12, y las variables independientes, los afrontamientos de aproximación y evitación al mes 1. Como covariables de ajuste, también se incluyeron Charlson, edad, sexo y modalidad de tratamiento al mes 12. Se observó un valor predictivo significativo del afrontamiento de aproximación ( $p = 0,001$ ); sin embargo, no se encontró significación para el afrontamiento de evitación en el mes 1. Al añadir como covariable la afectividad positiva al mes 1, la significación del afrontamiento de aproximación se perdía (tabla 4 B).

Para evaluar la capacidad de predicción de los mismos afrontamientos sobre la afectividad negativa, se usaron modelos similares, en los que la variable dependiente era dicha afectividad negativa en el mes 12. Se observó un efecto predictor positivo y significativo del afrontamiento de evitación,  $p < 0,001$ . En este caso, cuando se ajustó por la afectividad negativa al mes 1, se mantuvo el efecto significativo del afrontamiento de evitación al mes 1 sobre la afectividad negativa al mes 12,  $p = 0,024$ . El afrontamiento de aproximación al mes 1 no mostró un efecto significativo (tabla 4 C).

Se analizaron los cambios a lo largo del tiempo del índice de Charlson, MCS y PCS, así como afectividad positiva y negativa comparando las medias en los tres tiempos, 1, 6 y 12 meses, mediante ANOVA para medidas repetidas, considerando solo el modelo lineal. El índice de Charlson y la afectividad negativa mostraron cambios, observando un incremento estadísticamente significativo del primero,  $p < 0,001$ , y un decremento lineal a lo largo del tiempo de la afectividad negativa,  $p = 0,023$  (tabla 5).

Se contrastó el efecto de mediación del afrontamiento de evitación a los 6 meses sobre la relación del afecto negativo en el mes 1 sobre el mismo afecto negativo en el mes 12. Se encontró un efecto mediador significativo del afrontamiento de evitación, de modo que la relación entre la afectividad inicial y la afectividad al cabo de un año está mediada por las respuestas de evitación que aumentan el afecto negativo (figura 2).

## DISCUSIÓN

### Evolución de las estrategias de afrontamiento

Los participantes de este estudio utilizan más frecuentemente estrategias de afrontamiento de aproximación que de evitación, tal y como ha sido constatado en estudios previos en pacientes en diálisis<sup>34,36</sup> y en pacientes con cáncer<sup>37</sup>. Además, en este estudio longitudinal se ha podido observar que durante los 12 primeros meses del tratamiento el uso de las estrategias de aproximación y evitación se ha mantenido estable. Estos hallazgos contrastan con los resultados de un metaanálisis realizado en otro tipo de situaciones estresantes en que las estrategias de evitación descendían después del contacto inicial con el estresor<sup>38</sup>.

La falta de estudios longitudinales sobre afrontamiento en pacientes en diálisis impide hacer comparaciones; sin embargo, varias hipótesis podrían explicar que las estrategias de afrontamiento se mantengan constantes durante el primer año.

Es conocido que las estrategias de aproximación se han asociado con situaciones controlables en las que la persona percibe que tiene capacidad para manejar la situación. Para los participantes de este estudio el inicio de diálisis no es un suceso inesperado, la mayoría disponen de un tiempo para conocer, imaginar cómo puede ser vivir en diálisis y estar preparados para iniciar el tratamiento. Así, en la muestra, un 85 % de los pacientes habían estado controlados en consultas de nefrología más de 6 meses antes de la diálisis. Además, el afrontamiento de aproximación-luchador se ha relacionado negativamente con la desesperanza<sup>24</sup>. El 96 % de los pacientes esperaban recibir un trasplante; sin embargo, solo un 33 % estaban incluidos en la lista de espera. Esta esperanza mantiene a los pacientes ilusionados con volver a recuperar la situación previa a la diálisis; de este modo, podrían minimizar el estrés generado por las consecuencias negativas que acarrea la diálisis, dado que se percibe como algo transitorio. Ambas afirmaciones pueden favorecer que el impacto de la diálisis no provoque un nivel de estrés tan alto como para generar respuestas de evitación y huida importantes.

Hay evidencias de que los síntomas físicos y otros factores estresantes se asocian con afrontamientos de evitación<sup>39</sup>. En este estudio no se observaron variaciones clínicamente significativas en el índice de comorbilidad de Charlson ni en el componente físico del MOS-SF36, debido a que los criterios de inclusión propiciaron la selección de pacientes con baja comorbilidad, con lo que no había un deterioro físico intenso que pudiera provocar una acentuación de las respuestas de evitación.

Globalmente no hubo cambios en el uso de aproximación ni de evitación a lo largo de un año. Se esperaba que las estrategias de afrontamiento cambiasen dependiendo del tiempo transcurrido desde el inicio del tratamiento, tal y como ha sido afir-

Tabla 4. Modelos de regresión

<b>A</b>							
Variable dependiente	Variables independientes	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	IC 95 % (B)	p	
		<b>corregido</b>					
MCS mes 12		0,106					
	Aproximación mes 1		0,032	0,059	-0,074	0,138	0,553
	Evitación mes 1		-0,214	-0,338	-0,342	-0,085	0,001
	Edad		0,175	0,205	-0,002	0,351	0,052
	Sexo femenino		-0,942	-0,042	-5,346	3,463	0,672
	Charlson mes 12		0,424	0,071	-0,849	1,698	0,510
	DP a mes 12		-2,178	-0,097	-9,115	4,76	0,534
	HD a mes 12		-3,548	-0,158	-10,592	3,496	0,320
MCS mes 12		0,207					
	Aproximación mes 1		0,003	0,005	-0,099	0,104	0,961
	Evitación mes 1		-0,103	-0,163	-0,239	0,033	0,135
	Edad		0,182	0,214	0,016	0,349	0,032
	Sexo femenino		0,611	0,027	-3,630	4,852	0,775
	Charlson mes 12		0,387	0,065	-0,814	1,587	0,524
	DP a mes 12		-2,869	-0,128	-9,417	3,679	0,386
	HD a mes 12		-3,915	-0,174	-10,555	2,724	0,244
	MCS a mes 1		0,316	0,372	0,138	0,495	0,001
<b>B</b>							
Variable dependiente	Variables independientes	R <sup>2</sup>	B	$\beta$	IC 95 % (B)	p	
		<b>corregido</b>					
Afectividad positiva mes 12		0,204					
	Aproximación mes 1		0,289	0,308	0,114	0,464	0,001
	Evitación mes 1		-0,149	-0,135	-0,36	0,062	0,165
	Edad		0,019	0,013	-0,271	0,309	0,898
	Sexo femenino		-8,850	-0,226	-16,097	-1,602	0,017
	Charlson mes 12		-1,676	-0,160	-3,772	0,419	0,116
	DP a mes 12		-2,518	-0,064	-13,934	8,898	0,662
	HD a mes 12		-12,430	-0,317	-24,021	-0,84	0,036
Afectividad positiva mes 12		0,428					
	Aproximación mes 1		0,102	0,109	-0,058	0,263	0,208
	Evitación mes 1		0,067	0,061	-0,126	0,26	0,490
	Edad		0,022	0,015	-0,224	0,268	0,858
	Sexo femenino		-4,630	-0,118	-10,933	1,673	0,148
	Charlson mes 12		-1,568	-0,150	-3,346	0,21	0,083
	DP a mes 12		-1,475	-0,038	-11,162	8,213	0,763
	HD a mes 12		-7,626	-0,195	-17,583	2,331	0,132
	Afecto positivo a mes 1		0,554	0,557	0,371	0,737	0,000

Continúa en página siguiente &gt;&gt;



Continuación Tabla 4. Modelos de regresión

Variable dependiente	Variables independientes	R2	B	β	IC 95 % (B)	p
		<b>corregido</b>				
Afectividad negativa mes 12		0,251				
	Aproximación mes 1		-0,070	-0,084	-0,223 0,082	0,362
	Evitación mes 1		0,523	0,528	0,339 0,707	0,000
	Edad		-0,122	-0,092	-0,376 0,131	0,340
	Sexo femenino		3,219	0,091	-3,103 9,54	0,314
	Charlson mes 12		-0,155	-0,016	-1,983 1,673	0,867
	DP a mes 12		2,698	0,077	-7,259 12,655	0,592
	HD a mes 12		4,232	0,120	-5,878 14,341	0,408
Afectividad negativa mes 12		0,378				
	Aproximación mes 1		-0,039	-0,046	-0,179 0,101	0,584
	Evitación mes 1		0,244	0,246	0,034 0,454	0,024
	Edad		-0,112	-0,084	-0,342 0,119	0,339
	Sexo femenino		-1,513	-0,043	-7,657 4,63	0,626
	Charlson mes 12		-0,082	-0,009	-1,748 1,584	0,922
	DP a mes 12		3,309	0,094	-5,769 12,388	0,471
	HD a mes 12		4,056	0,115	-5,157 13,27	0,384
	Afectividad negativa a mes 1		0,435	0,474	0,239 0,631	0,000

Modelos de regresión utilizados para comprobar el efecto predictor de los afrontamientos de aproximación y evitación sobre MCS, afectividad positiva y negativa.

DP: diálisis peritoneal; HD: hemodiálisis; IC: intervalo de confianza; MCS: componente mental.

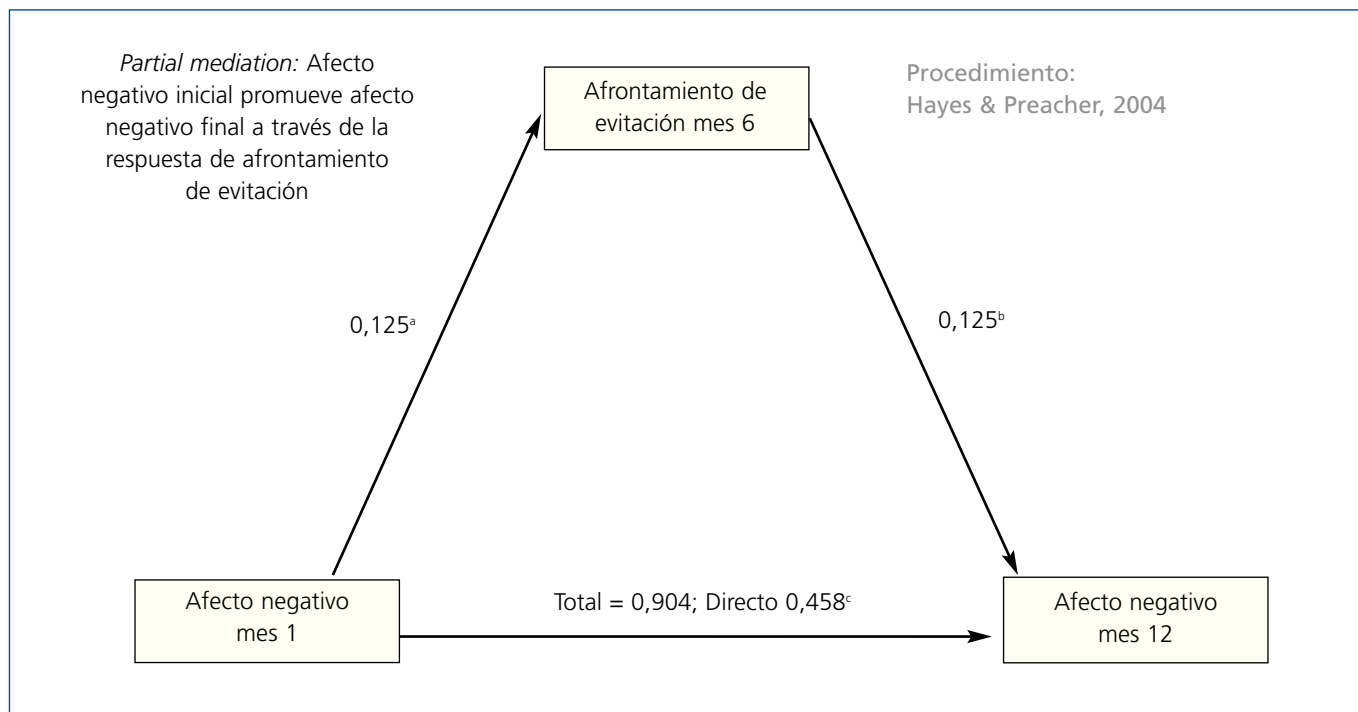


Figura 2. Mediación de la evitación entre afectividad negativa al inicio y al final.

Efecto indirecto: *Bootstrap*: 0,113, SE = 0,058 CI 95 % (0,014;0,246). Coeficientes beta estandarizados por sexo, edad, Charlson y modalidades de tratamiento. Efectos totales y directos, <sup>a</sup> p < 0,05; <sup>b</sup> p < 0,01; <sup>c</sup> p < 0,001.

**Tabla 5.** Cambios en índice de Charlson, MCS y Afectividad positiva y negativa.

	Mes 1	Mes 6	Mes 12
Índice de Charlson <sup>a</sup>	3,2 (0,2)	3,4 (0,2)	3,7 (0,2)
PCS SF36	41,6 (0,9)	41,5 (1,0)	41,7 (1,0)
MCS SF36	48,2 (1,3)	49,7 (1,1)	49,9 (1,1)
Afectividad positiva	47,8 (2,0)	49,3 (2,0)	47,2 (2,0)
Afectividad negativa <sup>b</sup>	26,2 (1,9)	21,6 (1,9)	22,4 (1,8)

Medias y error estándar de la media en las tres visitas, <sup>a</sup>  $p < 0,001$ ; <sup>b</sup>  $p < 0,05$ , para cambios a lo largo del tiempo, ANOVA para medidas repetidas.

MCS SF36: componente mental del MOS-SF36; PCS SF36: componente físico del MOS-SF36.

mado en otras situaciones estresantes<sup>40</sup> y como se observó en el estudio transversal previo realizado con pacientes prevalentes de la misma región, donde se evidenció a nivel correlacional que a mayor tiempo en diálisis el nivel de estrés aumentaba y los pacientes manifestaban más aislamiento, y reconocían enfadarse más y disfrutar menos de las cosas<sup>26</sup>.

Matizando las formas específicas de afrontamiento, las estrategias, aproximación más utilizadas por estos pacientes fueron, en primer lugar, la Búsqueda de información, seguida de la Resolución de problemas y la Reestructuración cognitiva. Si se compara con pacientes tratados con quimioterapia, se encuentran algunas diferencias: aunque el instrumento de medida no fue el mismo, ellos, de forma inversa, utilizaron en primer lugar la Reestructuración cognitiva, seguida de la Resolución de problemas<sup>37</sup>. Reestructurar, reevaluar y establecer nuevas prioridades en la vida es una respuesta común ante situaciones traumáticas intensas que ponen en cuestión las asunciones sobre el funcionamiento cotidiano vital. Es en estas circunstancias extremas cuando las personas «piensan en lo que realmente es importante en la vida» y se vuelcan en las relaciones familiares cambiando sus prioridades<sup>41</sup>. Comparando la enfermedad renal y el cáncer, los pacientes con cáncer, si consienten en recibir la quimioterapia, no pueden negar la situación pero tampoco pueden alterarla, de modo que tienen que volcar los esfuerzos en reinterpretar, buscar y encontrar aspectos positivos en su vida; por su parte, los pacientes en diálisis en este primer período de tratamiento pueden centrarse en manejar la situación buscando información para reorganizar su vida ante los cambios que conlleva la diálisis.

### Impacto de las estrategias de afrontamiento en la calidad de vida

En este estudio no se ha observado que el uso de estrategias de aproximación tenga un efecto predictor sobre el MCS de la CVRS; por el contrario, un estudio transversal reciente encontró que el afrontamiento activo predice un aumento de la CVRS<sup>42</sup>.

Sin embargo, las estrategias de evitación son predictoras de peor MCS. Estudios previos también mostraron estas relaciones en pacientes de diálisis<sup>8,16,42,43</sup> y pacientes con tratamiento de quimioterapia<sup>37</sup>, indicando que el afrontamiento de evitación se asocia con un incremento de los síntomas depresivos.

Este efecto predictor se pierde cuando ajustamos por el MCS medido al mes 1. Esto se puede explicar por la fuerte correlación que existe entre el MCS medido al inicio y el MCS medido al año, dado que los pacientes apenas han variado su percepción del MCS a lo largo del estudio. No obstante, es probable que exista una capacidad predictiva de la evitación sobre la CVRS, pero tal vez habría que esperar más tiempo para que hubiera habido más cambios en el MCS a lo largo del seguimiento, dado que, en un estudio transversal en pacientes prevalentes con mayor antigüedad en diálisis, se manifestó una asociación entre baja puntuación del MCS y el tiempo de tratamiento con diálisis<sup>26</sup>. Otra explicación es que la falta de significación en el modelo ajustado por MCS al inicio pueda deberse al bajo tamaño muestral.

Las personas experimentan simultáneamente afectividad positiva y afectividad negativa. En estos pacientes tienen más peso los afectos positivos que los negativos, como es lo habitual para la mayoría de las personas, cuya balanza emocional suele resultar ligeramente positiva; así, dicha balanza positiva es interpretada como una respuesta adaptativa de las personas para afrontar las demandas y quehaceres cotidianos<sup>30</sup>. Con datos longitudinales se ha mostrado para distintos grupos de edad que el afecto positivo siempre supera al negativo, a pesar de que los afectos positivos disminuyen ligeramente cuando aumenta la edad<sup>13</sup>. Las puntuaciones de la afectividad positiva no han sufrido importantes variaciones en los doce primeros meses, en contra de otras afirmaciones que señalan que en las fases iniciales estresantes la afectividad positiva puede estar disminuida<sup>15</sup>. Por tanto, en estos participantes, sus manifestaciones de cierta alegría, estar contentos de tener amigos, mostrar interés por las cosas, sentir energía y tener ciertas esperanzas en el futuro ni se incrementaron ni descendieron significativamente durante el primer

año de tratamiento. Por el contrario, se observó una tendencia hacia la disminución de la afectividad negativa a lo largo del tiempo, indicando que estos pacientes se sienten menos preocupados, con menos ganas de llorar y menos aburridos al final del primer año que al inicio del tratamiento.

También se ha encontrado un efecto predictor del afrontamiento de aproximación sobre la afectividad positiva. Es decir, las respuestas de afrontamiento de aproximación recogidas en los ítems: «trabajé para cambiar las cosas», «disfrutar más de las cosas», «desarrollé un plan de acción/concentré los esfuerzos en luchar», «repasé lo que haría», «pensé y enfatiqué los aspectos positivos», «intenté informarme», «traté de obtener apoyo de amigos» se relacionan en el paciente de diálisis con estados emocionales de alegría, motivación, interés, energía y esperanza. Estas asociaciones también han sido encontradas en otros estudios en personas en situaciones de no enfermedad<sup>22</sup> y con pacientes con infarto de miocardio<sup>44</sup>, pero contrariamente no se detectó asociación negativa entre el afrontamiento de aproximación con el afecto negativo, como en otros estudios<sup>22</sup>. Sin embargo, sí se encontró un efecto de la evitación, lo que concuerda con las diferencias entre afectos: el negativo se vincula a las reacciones de estrés, la ansiedad y las amenazas; por el contrario, el afecto positivo se vincula a los refuerzos y las recompensas<sup>30</sup>. En los análisis realizados también se pierde la asociación entre afrontamiento de aproximación al inicio y afectividad positiva al mes 12, al ajustar por la afectividad positiva al mes 1. Sucede lo mismo que con el MCS, a lo largo de los 12 meses no se producen cambios en la afectividad positiva si comparamos sus valores medios, por lo que tal vez con un período mayor de seguimiento se hubiera mantenido la asociación tras el ajuste.

Es relevante señalar que, cuando se aplican los mismos análisis sobre el afrontamiento de evitación, el efecto predictor de la evitación sobre la afectividad negativa permanece significativo aunque se ajuste por la afectividad negativa al mes 1. Por tanto, se puede decir que los cambios producidos en la afectividad negativa dependen del afrontamiento de evitación que se da al inicio de tratamiento. Es decir, que los pacientes que al inicio del tratamiento tienen respuestas de afrontamiento del tipo de: Aislamiento: «evité estar con la gente», Supresión emocional: «oculté a los demás lo mal que me iban las cosas», «intenté guardar para mí mis sentimientos», Rumiación: «pensé acerca de cómo podrían haber sido las cosas», Culpabilizarse: «analicé mi responsabilidad en el problema», promueven estados emocionales de tristeza, desmotivación, preocupación, menor control y menor satisfacción. En los estudios anteriormente referenciados se halló una relación entre el afrontamiento de evitación y la afectividad negativa, pero esto ha sido en diseños transversales que siempre plantean la duda sobre cuál es la causa y cuál la consecuencia. La contribución de este estudio reside en haber encontrado esta asociación predictiva en un estudio longitudinal. El efecto de mediación del afrontamiento de evi-

tación indicó que la relación entre afectos negativos al mes y al año se redujo por efecto de la mediación del afrontamiento indicando que la evitación afecta al estado afectivo al cabo del año.

Las diferencias manifestadas en las relaciones, por un lado, del afrontamiento de aproximación y el afecto positivo, y por otro, de la evitación y el afecto negativo son congruentes con los fundamentos neurobiológicos de la afectividad. Las teorías psicológicas postulan que la afectividad positiva y negativa constituyen componentes neurobiológicos que han evolucionado para responder a distintas tareas evolutivas. Así, el afecto negativo se relaciona con conductas de evitación e inhibición de las respuestas de aproximación que mantienen al organismo fuera de situaciones de peligro, dolor o castigo. Sin embargo, la afectividad positiva se relaciona con conductas de facilitación que orientan al organismo a la búsqueda de placer y refuerzos<sup>45</sup>.

Algunos metaanálisis remarcan los efectos beneficiosos del afrontamiento de aproximación y los negativos de la evitación en el bienestar subjetivo, la salud mental e incluso para la salud física (al menos a medio y largo plazo)<sup>46</sup>. No obstante, hay que resaltar la importancia de identificar, tan pronto como sea posible, los signos de respuestas de evitación que persisten en el tiempo entre los pacientes de diálisis. La personas en diálisis que recurren al aislamiento, la supresión emocional, a pensar repetidamente sus pérdidas y a culpabilizarse de su situación viven en diálisis con elevado estrés y afectividad negativa y, por tanto, con mayor sufrimiento. Estas personas serán más vulnerables a sobrellevar el tratamiento y sus consecuencias, viviendo con más emociones dolorosas<sup>23</sup>, teniendo mayor riesgo de depresión<sup>34</sup>, peor salud mental<sup>47</sup>, manifestando menor adherencia al tratamiento<sup>48</sup> y pudiendo derivar en alteraciones físicas<sup>49</sup> e incluso en una menor supervivencia<sup>23</sup>. Por tanto, las intervenciones deberían ir dirigidas principalmente a disminuir el aislamiento y a manejar el enojo, tipos de respuesta que suelen intensificarse con el tiempo<sup>26</sup>, midiendo en cada paciente su efecto en CVRS. La supresión emocional y el aislamiento pueden ser conductas elegidas para no aumentar la preocupación y la carga emocional de los más próximos. Pero también la descarga emocional incontrolada puede provocar un distanciamiento de las personas cercanas para evitar el contagio emocional negativo. Por ello, regular las emociones es un desafío para enfermos, profesionales y cuidadores.

Es necesario prevenir el aislamiento, reforzando las redes de apoyo, como el asociacionismo, para poder expresar preocupaciones, encontrar comprensión y empatía, aprendiendo estrategias de control emocional. Promover el sentido de la vida y la autoconfianza personal, que fomenta la autoestima y las emociones positivas, puede lograrse a través de la distracción y el compromiso social. Sentirse integrado, comprometido, con sentido de control sobre la propia vida, son aspectos claves para asimilar las situaciones estresantes de la enfermedad crónica contribuyendo a sentir más satisfacción por la vida<sup>45</sup>.

## Limitaciones

Tal vez un período de seguimiento más largo o una muestra más amplia hubieran permitido encontrar valor predictivo significativo en varios de los modelos utilizados cuando ajustamos por los valores medidos al mes 1. Los criterios de selección pueden haber sido demasiado estrictos, dificultando la extrapolación de los resultados a otro tipo de pacientes en diálisis con mayor comorbilidad. Sin embargo, esos criterios han sido precisos para asegurar la fiabilidad en las respuestas de los cuestionarios y así lograr mayor validez interna.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a las enfermeras Amaia Tellería, M.<sup>a</sup> Eulalia Llaguno, Encarnación Prado, Jone Esparza, Myriam Vicario, Eva García, M.<sup>a</sup> Ángeles Novales, Arantza Arrausi y Ana Vilanueva su colaboración en la realización de este estudio. Y al Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, la ayuda económica proporcionada para llevarlo a cabo.

## Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kimmel PL, Peterson RA. Depression in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: tools, correlates, outcomes, and needs. *Semin Dial* 2005;18(2):91-7.
2. Ramer S, Germain A, Dohar S, Unruh M. Event-related distress in kidney disease patients. *Nephrol Dial Transplant* 2012;27(1):299-303.
3. Hagren B, Pettersen IM, Severinsson E, Lutzen K, Clyne N. Maintenance haemodialysis: patients' experiences of their life situation. *J Clin Nurs* 2005;14(3):294-300.
4. Álvarez-Ude F, Fernández-Reyes MJ, Vázquez A, Mon C, Sánchez R, Rebollo P. [Physical symptoms and emotional disorders in patient on a periodic hemodialysis program]. *Nefrología* 2001;21(2):191-9.
5. Vázquez I, Valderrábano F, Fort I, Jofre R, López-Gómez JM, Moreno F, et al. [Differences in health-related quality of life between male and female hemodialysis patients]. *Nefrología* 2004;24(2):167-78.
6. Birmele B, Le Gall A, Sautenet B, Aguerre C, Camus V. Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. *Psychosomatics* 2012;53(1):30-7.
7. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 Español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005;19(2):135-50.
8. Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G, Humphreys MH. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001;12(12):2797-806.
9. Han SS, Kim KW, Na KY, Chae DW, Kim YS, Kim S, et al. Quality of life and mortality from a nephrologist's view: a prospective observational study. *BMC Nephrol* 2009;10:39.
10. Feroze U, Noori N, Kovesdy CP, Molnar MZ, Martin DJ, Reina-Patton A, et al. Quality-of-life and mortality in hemodialysis patients: roles of race and nutritional status. *Clin J Am Soc Nephrol* 2011;6(5):1100-11.
11. Alonso J. [The measurement of health related-quality of life in clinical research and practice]. *Gac Sanit* 2000;14(2):163-7.
12. Lawton P. The varieties of well-being. En: Malatesta CZ, Izard AE, editores. *Emotion in adult development*. London: Sage; 1984. p. 67-85.
13. Vázquez C, Hervás G. La ciencia del bienestar psicológico: Fundamentos de una Psicología positiva. Madrid: Alianza editorial; 2009.
14. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 1988;54(6):1063-70.
15. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psychol Bull* 2005;131(6):925-71.
16. Pucheu S, Consoli SM, D'Auzac C, Francois P, Issad B. Do health causal attributions and coping strategies act as moderators of quality of life in peritoneal dialysis patients? *J Psychosom Res* 2004;56(3):317-22.
17. Carver CS, Scheier MF. Coping processes and adjustment to chronic illness. en: Christensen AJ, Antoni MH, (eds.). *Chronic Physical Disorders: Behavioral Medicine's Perspective*. Oxford, UK: Blackwell Publishers Ltd; 2002. p. 47-68.
18. Fernández-Abascal EG. El estrés. En: Fernández-Abascal EG, Jiménez MP, Martín MD, (eds.). *Emoción y motivación. La adaptación humana*. Vol. II. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 2003. p. 963-1014.
19. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull* 2003;129(2):216-69.
20. Campos M, Iraurgi J, Páez D, Velasco C. Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes: Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología* 2004;(82):25-44.
21. Folkman S, Moskowitz JT. Positive affect and the other side of coping. *Am Psychol* 2000;55(6):647-54.
22. Ben-Zur H. Coping styles and affect. *Int J Stress Management* 2009;16(2):88-101.
23. Wolf EJ, Mori DL. Avoidant coping as a predictor of mortality in veterans with end-stage renal disease. *Health Psychol* 2009;28(3):330-7.
24. Gilbar O, Or-Han K, Plivazky N. Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among end-stage renal disease patients. *J Psychosom Res* 2005;58(6):471-6.
25. Páez D, Martínez-Sánchez F, Sevillano V, Mendiburo A, Campos M. Measurement of affect regulation styles (MARS) expanded to anger and sadness. *Psicothema* 2012;24:249-54.
26. Ruiz de Alegría B, Basabe N, Fernández E, Baños C, Nogales MA, Miren Echebarri M, et al. Cambios en las estrategias de

- afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2009;12 (1):11-7.
27. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-83.
  28. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 1986.
  29. Alonso J, Prieto L, Antó M. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36, un instrumento para la medida de resultados clínicos). *Med Clin (Barc)* 1995;104:771-6.
  30. Páez D, Echebarría A, Villarreal M. Teorías psicológico-sociales de las emociones. en: Echebarría A, Páez D, (eds.). *Emociones: perspectivas psicosociales*. Madrid: Editorial Fundamentos; 1989. p. 43-140.
  31. Bobowik M, Basabe N, Páez D, Jiménez A, Bilbao MA. Personal values and well being among European, Spanish natives and immigrants to Spain. *J Happiness Stud* 2010;12(3):401-19.
  32. Hayes AF, Preacher KJ. Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. Manuscript submitted for publication (2012). Available at: <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf> [Accessed: August 18, 2012].
  33. SPSS, SAS, and Mplus Macros and Code - Andrew F. Hayes, Ph.D. [Internet]. Available from: <http://afhayes.com/spss-sas-and-mplus-macros-and-code.html>. Accessed: August 18, 2012.
  34. Cristovao F. Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. *EDTNA ERCA J* 1999;25(4):35-8, 44.
  35. Cormier-Daigle M, Stewart M. Support and coping of male hemodialysis-dependent patients. *Int J Nurs Stud* 1997;34(6):420-30.
  36. Bertolin DC, Pace AE, Kusumota L, Haas V. [An association between forms of coping and the socio-demographic variables of people on chronic hemodialysis]. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(5):1070-6.
  37. Llul DM, Zanier J, García F. Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *PSICO-USF* 2003;8(2):175-82.
  38. Suls J, Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychol* 1985;4(3):249-88.
  39. Yeh SC, Chou HC. Coping strategies and stressors in patients with hemodialysis. *Psychosom Med* 2007;69(2):182-90.
  40. Gross JJ. Emotion regulation. en: Lewis M, Haviland-Jones JM, Barret LF, (eds.). *Handbook of emotions*. 3.ª ed. New York: The Guilford; 2008. p. 497-513.
  41. Páez D, Martin Beristain C, González JL, Basabe N, Rivera J, editores. *Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz*. Madrid: Fundamentos; 2011.
  42. Perales-Montilla CM, García-León A, Reyes-del Paso GA. Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología* 2012;32(5):622-30.
  43. Santos PB. Correlation between coping style and quality of life among hemodialysis patients from a low-income area in Brazil. *Hemodial Int* 2010;14:316-21.
  44. Lowe R, Norman P, Bennett P. Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction: Concurrent and predictive associations. *Br J Health Psychol* 2000;5(4):337-50.
  45. Carr A. *Psicología positiva*. Barcelona: Paidós; 2007.
  46. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psychol* 2006;74(5):797-816.
  47. Kaltsouda A, Skapinakis P, Damigos D, Ikononou M, Kalaitzidis R, Mavreas V, et al. Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMC Nephrol* 2011;12:28.
  48. Conteras F, Espinosa JC, Esguerra G. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud* 2008;18(2):165-79.
  49. Burker EJ, Madan A, Evon D, Finkel JB, Mill MR. Educational level, coping, and psychological and physical aspects of quality of life in heart transplant candidates. *Clin Transplant* 2009;23(2):233-40.