

REVISIONES

Estrategias de afrontamiento después del trasplante cardíaco: implicación en la calidad de vida

Coping strategies after heart transplantation: involvement in the quality of life

Mari Mar Sarasa Monreal¹

Rebeca Manrique Antón¹

Leticia Jimeno San Martín¹

¹. Clínica Universidad de Navarra

Correspondencia: Mari Mar Sarasa Monreal (msarasam@unav.es)

Citación: Sarasa Monreal M, Manrique Antón R, Jimeno San Martín L. Estrategias de afrontamiento después del trasplante cardíaco: implicación en la calidad de vida. RevPuls 2025; 2(1)



RESUMEN

Introducción y objetivo:

El trasplante cardíaco (TC) es el procedimiento de elección para aumentar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria. Tras el TC, los receptores deben hacer frente a desafíos fisiológicos y psicológicos que les condiciona al desarrollo de estrategias de afrontamiento, siendo estas predictoras del éxito del TC. Hay una gran preocupación en cuanto al modo en el que los pacientes son capaces de afrontar esta situación. El objetivo es evaluar las estrategias de afrontamiento y su implicación en la calidad de vida (CdV).

Material y métodos:

Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo en pacientes sometidos a un TC. Se incluyeron pacientes adultos, trasplantados como mínimo hace 6 meses, que supieran comunicarse en español y cuyo estado de salud les permitiera cumplimentar un cuestionario sociodemográfico el cuestionario de afrontamiento "Brief COPE y "The World Health Organization Quality of Life" (WHOQOL-BREF). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS V25.

Resultados:

La muestra fue de 60 pacientes, la mayoría eran varones, casados y jubilados. Más del 90% utilizaba un afrontamiento activo y aceptaba la realidad de lo que le sucedía. La mayoría utilizaba estrategias basadas en emociones y el 1.7% consumía sustancias de abuso. Se observó una correlación negativa entre el afrontamiento inadecuado y centrado en emociones con la CdV y una correlación positiva entre afrontamiento activo y CdV.

Discusión y/o conclusiones:

Es fundamental que las enfermeras enseñen a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento orientadas en la resolución de problemas y eviten conductas inadecuadas o centradas en emociones.

Palabras clave: Trasplante de corazón, experiencia de vida, percepción, afrontamiento.

ABSTRACT

Introduction and objective:

Heart transplantation (HT) is the therapeutic procedure of choice to increase the survival and quality of life of patients with refractory heart failure. After the Transplant, the recipients must face important physiological and psychological challenges that condition them to the development of coping strategies, these being predictors of the success of the CT. There is therefore great concern as to the way in which patients are able to cope with this situation. The objective is to evaluate the coping strategies and their implication in the quality of life (QoL).

Material and methods:

Descriptive, cross-sectional study, with quantitative analysis in patients with HT. The criteria included: Over 18 years of age, transplanted at least 6 months ago, who can communicate in Spanish and whose state of health allows them to complete the following questionnaires: "Brief COPE, "The World Health Organization Quality of Life" (WHOQOL-BREF), and a sociodemographic questionnaire. Statistical analysis is performed with the SPSS V25 program.

Results:

Most of the patients are male, married and retired, with a mean age of 63 years. More than 90% use active coping and accept the reality of what is happening to them. Most use strategies based on emotions and 1.7% consume substances of abuse. There is a negative correlation between maladaptive and emotion-focused coping with QoL and a positive correlation between active coping and QoL.

Discussion and/or conclusions:

It is essential that nurses, teach patients to develop coping strategies oriented towards problem solving, and avoid maladaptive behaviors or behaviors focused exclusively on emotions.

Key words: Heart transplant, life experience, perception, coping.

INTRODUCCIÓN

El enfoque de la atención de los profesionales de la salud está cambiando, pasando de centrarse en la enfermedad, a orientarse hacia el cuidado de las personas más allá de la mera curación^{1,2}.

En relación a lo anterior, varios autores afirman que, para conseguir una excelencia en el cuidado, el conocimiento enfermero debe incluir la comprensión de las vivencias de los pacientes, la visión que tienen estos respecto a su lugar en el mundo y la percepción de si sus preocupaciones están siendo o no abordadas².

La necesidad de adoptar esta perspectiva de cuidado se considera especialmente relevante en la atención a las personas con una enfermedad crónica, ya que sufren procesos muy prolongados en el tiempo que les afecta a múltiples áreas de su vida. Una de las poblaciones beneficiada de este cambio sería la de los pacientes sometidos a un trasplante cardíaco (TC)¹.

Aunque el TC brinda a los pacientes una nueva oportunidad de vivir, el proceso implica una montaña rusa emocional. Incluso después de la tortura psicológica del período de espera y la alegría que sigue a un trasplante exitoso³, los receptores se enfrentan a muchas dificultades físicas, mentales y sociales derivadas de los riesgos de la cirugía, el rechazo, la adherencia a los regímenes de medicación, los efectos secundarios de los inmunosupresores, la adaptación al nuevo órgano y la incertidumbre sobre su futuro⁴. Además, la bibliografía sugiere que los pacientes deben hacer frente a dificultades adicionales, asociadas a la percepción culturalmente aceptada de que el corazón es el lugar de las emociones, el amor, la vitalidad, el alma y los rasgos de la personalidad^{3,5,6}.

Hacer frente a esta nueva situación afecta notablemente a su calidad de vida (CdV) y contribuye al desarrollo de diferentes estrategias de afrontamiento, que les ayudará a superar esta etapa^{5,6}.

Las estrategias de afrontamiento, que son una respuesta adaptativa en una situación, pueden ser desadaptativas en respuesta a otra. Por ejemplo, el humor se puede utilizar para compensar un factor estresante, pero también puede ser una táctica de evitación para retrasar el proceso de pensamiento y emociones difíciles¹⁰.

Los pacientes usan una variedad de estilos de afrontamiento para manejar el estrés después del

trasplante que van desde el afrontamiento activo, centrado en emociones, el optimismo, la búsqueda de apoyo social, la fe, la negación, y la evasión, hasta la pasividad. El uso y la eficacia de estos estilos de afrontamiento se han relacionado con la CdV después del trasplante¹¹. Por tanto, se puede afirmar que las estrategias de afrontamiento, son un gran predictor del éxito o fracaso del TC¹²⁻¹⁴. En esta línea Grady et al¹¹, afirman que los factores estresantes posteriores al trasplante se correlacionan con una mayor discapacidad funcional, una peor CdV y una menor satisfacción.

Es por tanto de vital importancia que el paciente sea capaz de defenderse, utilizando una variedad de estrategias de afrontamiento que incluyan una jerarquía de mecanismos de defensa flexibles y orientados a un objetivo, que van desde tipos de estrategias menos adaptativos hasta otros más evolucionados¹⁵.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es evaluar las estrategias de afrontamiento de los pacientes sometidos a TC y su implicación en la CdV.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, transversal, mediante análisis cuantitativo, en pacientes sometidos a un TC.

Ámbito de estudio: Consulta ambulatoria de la unidad de cirugía cardíaca de un hospital terciario.

Participantes: Los criterios de inclusión fueron adultos trasplantados cardíacos, que estaban en seguimiento ambulatorio en la consulta de cirugía cardíaca y que hubieran sido trasplantados hace más de 6 meses, que supieran comunicarse en español hablado y escrito y que su estado de salud les permitiera cumplimentar los cuestionarios. No se procedió a realizar un cálculo del tamaño de la muestra, ya que se decidió incluir a todos los participantes que cumplían los criterios de inclusión.

Recogida de datos: Los datos los recogió la enfermera de práctica avanzada en la consulta de seguimiento a la que acudió el paciente entre septiembre de 2021 y marzo del 2022.

Instrumentos de medida:

Variables sociodemográficas: Se incluyó el género, edad, estado civil, nivel educativo, profesión, modalidad de empleo, convivientes, y el tiempo transcurrido desde el trasplante.

Escala de afrontamiento Brief-COPE: Está compuesta por 28 ítems que incluyen afrontamiento activo, inadaptado, centrado en emociones, centrado en el humor, religión y abuso de sustancias. Según se describen Amoyal et al, 2016, cada una de las preguntas se puntúa de 0 a 3 en una escala Likert¹⁰. Cada estrategia de afrontamiento no es excluyente de las otras, de tal manera que cada participante puede desarrollar varios comportamientos.

Escala de vida WHOQOL-bref: Está compuesta por 26 preguntas. 2 abordan preguntas generales sobre la percepción de la calidad de vida, y los 24 restantes se clasifican en 4 dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente). Cada una de las 26 preguntas se puntúa del 1 al 5 en una escala Likert¹⁶⁻¹⁸.

Análisis de datos: El análisis de las variables categóricas se realizó mediante el test de chi cuadrado ya que se usa para este tipo de variables y no requiere que sigan una distribución normal. Y el análisis de la correlación entre las variables se midió con el coeficiente de asociación de Spearman que se utiliza para medir la correlación entre dos variables ordinales o cuando la relación no es lineal. Se utilizó el coeficiente de Pearson para medir la correlación entre dos variables continuas con una relación lineal. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$. Todos los datos se analizaron con SPSS versión 25

Aspectos éticos: El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la institución con el número 2019.135. Los pacientes fueron invitados a participar en el estudio, se le explicó el proyecto y se les entregó una carta informativa y un consentimiento informado.

RESULTADOS

Descripción del grupo de estudio: La muestra constó de 60 pacientes. Fueron excluidos del estudio 21 pacientes, 15 por no tener un estado de salud óptimo, y 6 por rechazar participar en la investigación. El 71% (n=43) de los pacientes fueron hombres. La franja etárea predominante fueron los >70 años (33,30%, n=20), con una media de edad de 63 años. Más de la mitad (66,7%, n=40) estaban casados, seguidos del 21% (n=13) que eran solteros y del 5% (n=3) que eran viudos o divorciados. Prácticamente la mitad de los pacientes (48%, n=29) tenían estudios primarios, el 11,7% (n=7) estudios secundarios y un 16,7% (n=10) eran universitarios. En cuanto a la modalidad de empleo, la mayoría de los pacientes (78,8%, n=47) estaban

jubilados frente a un 8% (n=5) que estaban en activo a jornada completa. 41 pacientes (68%) vivían en pareja y tan solo 7 (11,7%) vivían solos. El tiempo de trasplante con mayor prevalencia estuvo entre los 6 meses y 10 años y el menor fue el período de más de 20 años. **(Tabla 1)**

Afrontamiento. Desde un punto de vista descriptivo, se observa que los participantes desarrollaron varias estrategias de forma simultánea. El 93% utilizaba un afrontamiento activo, (dato procedente de la suma de 50%+43.3% referentes a la respuesta “bastante” y “mucho”), ya que aceptaba la realidad del proceso en el que estaban y proponían estrategias para mejorar su situación, frente a un 5% (dato procedente de la suma de 5%+0% referentes a la respuesta “un poco” y “en absoluto”) que no lo hacía en absoluto. Casi la mitad de los pacientes recurrían al trabajo u otras ocupaciones para apartar los problemas de su mente. Apenas ningún paciente utilizaba un afrontamiento inadaptado, un 21,6% (dato procedente de la suma de 21,6%+0% referentes a la respuesta “bastante” y “mucho”) se decían a sí mismos “esto no es real” y un 11,67% (dato procedente de la suma de 10%+1,67% referentes a la respuesta “bastante” y “mucho”) renunciaban a ocuparse de sus problemas.

El 88,3% dato procedente de la suma de 45%+43,3%) utilizaban estrategias basadas en las emociones ya que cuando se enfrentaban a un problema conseguían el apoyo y la comprensión de alguien. Llama la atención que un 3,3% (dato procedente de la suma de 1,67%+1,67% referentes a la respuesta “bastante” y “mucho”) se culpaba de lo sucedido y que solo un 40% era capaz de expresar sus sentimientos negativos.

Prácticamente la mitad de los pacientes intentaba ver la situación con otros ojos, con una visión más optimista. El humor fue otra estrategia utilizada, ya que algo más de un tercio de la muestra fue capaz de hacer bromas sobre su situación.

Tan solo el 2,5% consumía sustancias como alcohol o drogas y un tercio de los pacientes rezaban o meditaban intentando hallar consuelo en sus creencias espirituales. **(Tabla 2)**

Tabla 1. Características de la muestra

VARIABLES	N	%	VARIABLES	N	%	VARIABLES	N	%
GENERO			NIVEL EDUCATIVO			CONVIVIENTES		
Mujer	17	28,30	Estudios primarios	29	48,30	Solo	7	11,70
Hombre	43	71,70	Estudios secundarios	7	11,70	Otros familiares	4	6,70
EDAD			Bachiller	5	8,30	Esposo/pareja	33	55,00
<50 años	9	15,00	FP superior	4	6,70	Esposo e hijos	8	13,30
50-60 años	15	25,00	Universitarios	10	16,70	No contestado	8	13,30
60-70 años	16	26,70	No contestado	5	8,30	TIEMPO DE TC		
>70 años	20	33,30	MODALIDAD DE EMPLEO			< 10 años	34	56,70
ESTADO CIVIL			Jornada completa	5	8,30	10-20 años	19	31,70
Soltero	13	21,70	Jornada parcial	1	1,70	>20 años	7	11,70
Casado	40	66,70	Baja laboral	4	6,70			
Divorciado	3	5,00	Ama de casa	1	1,70			
Viudo	3	5,00	Jubilado	47	78,30			
No contestado	1	1,70	No contestado	2	3,30			

Tabla 2. Análisis descriptivo del Cuestionario Brief COPE

Ítems Cuestionario Brief COPE		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Agrupación por estrategia de afrontamiento
Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy	%	1,67%	5,00%	50,00%	43,33%	Activo
	n	1,00	3,00	30,00	26,00	
Acepto la realidad de lo que ha sucedido	%	0,00%	5,00%	31,67%	63,33%	
	n	0,00	3,00	19,00	38,00	
Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	%	10,00%	20,00%	40,00%	30,00%	
	n	6,00	12,00	24,00	18,00	
Tomo medidas para que la situación mejore	%	1,67%	8,33%	48,33%	41,67%	
	n	1,00	5,00	29,00	25,00	
Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo	%	16,67%	28,33%	31,67%	23,33%	
	n	10,00	17,00	19,00	14,00	
Me digo a mí mismo “esto no es real”	%	63,33%	15,00%	21,67%	0,00%	Inadaptado
	n	38,00	9,00	13,00	0,00	
Renuncio a intentar ocuparme de ello	%	63,33%	25,00%	10,00%	1,67%	
	n	38,00	15,00	6,00	1,00	
Expreso mis sentimientos negativos	%	20,00%	40,00%	35,00%	5,00%	
	n	12,00	24,00	21,00	3,00	
Renuncio al intento de hacer frente al problema	%	78,33%	16,67%	5,00%	0,00%	
	n	47,00	10,00	3,00	0,00	
Me echo la culpa de lo que ha sucedido	%	53,33%	43,33%	1,67%	1,67%	
	n	32,00	26,00	1,00	1,00	
Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer	%	1,67%	45,00%	33,33%	20,00%	Emocional
	n	1,00	27,00	20,00	12,00	

Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente	%	13,33%	40,00%	35,00%	11,67%	
	n	8,00	24,00	21,00	7,00	
Consigo apoyo emocional de otros	%	5,00%	15,00%	35,00%	45,00%	
	n	3,00	9,00	21,00	27,00	
Consigo el consuelo y la comprensión de alguien	%	5,00%	15,00%	40,00%	40,00%	
	n	3,00	9,00	24,00	24,00	
Aprendo a vivir con ello	%	0,00%	1,67%	38,33%	60,00%	
	n	0,00	1,00	23,00	36,00	
Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión	%	16,67%	35,00%	30,00%	18,33%	
	n	10,00	21,00	18,00	11,00	
Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen	%	1,67%	10,00%	45,00%	43,33%	
	n	1,00	6,00	27,00	26,00	
Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor	%	95,00%	1,67%	3,33%	0,00%	Basado en sustancias
	n	57,00	1,00	2,00	0,00	
Hago bromas sobre ello	%	28,33%	40,00%	20,00%	11,67%	Basado en humor
	n	17,00	24,00	12,00	7,00	
Me rio de la situación	%	26,67%	33,33%	25,00%	15,00%	
	n	16,00	20,00	15,00	9,00	
Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales	%	38,33%	30,00%	20,00%	11,67%	Basado en religión
	n	23,00	18,00	12,00	7,00	

Correlación de variables sociodemográficas con estrategias de afrontamiento

Se observan las siguientes correlaciones: **(Tabla 3)**

Estado civil: Los casados utilizaron en mayor medida estrategias basadas en emociones. Los pacientes divorciados destacaron por un mayor uso del humor, al contrario que los viudos, quienes además utilizaron en menor medida un afrontamiento activo.

Nivel educativo: Aquellos con estudios primarios utilizaron mayormente un afrontamiento inadaptado y emocional con una correlación negativa débil, ($p=0.021$) en comparación con los que tenían estudios superiores.

Empleo: Predominó el afrontamiento activo y el humor, en aquellos que estaban de baja laboral, al

contrario que los que estaban en activo. Los jubilados son los que más se apoyaron en la religión.

Convivencia: Los que convivían con familiares desarrollaron estrategias de afrontamiento activo y basadas en el humor, pero en cambio los que vivían solos, se basaban en las emociones.

Edad: La franja de edad entre 60 y 70 años utilizaron mayormente un afrontamiento activo; los más jóvenes se apoyaban más el humor y los mayores de 70 años en la religión.

Género: El afrontamiento activo predominó en varones, en cambio el humor y la religión en las mujeres.

Tiempo de TC: Los trasplantados entre 10 y 20 años fueron los que más recurrieron a un afrontamiento activo.

Tabla 3. Correlación estrategias de afrontamiento escala Brief-COPE y V. Sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Estrategias de afrontamiento					
	Activo	Inadapto	Emociones	Sustancias	Humor	Religión
Estado Civil	<i>Medias</i>					
Soltero	2,23	0,72	1,95	0,04	0,46	0,89
Casado	2,17	0,89	2,00	0,09	0,75	1,17
Divorciado	1,76	0,67	1,95	0,00	1,00	1,17
Viudo	1,61	0,79	1,71	0,00	0,34	1,17
<i>R de Pearson*/(p)**</i>	-0,118/ 0,376	-0,060/ 0,655	-0,046/ 0,732	a)	a)	-0,170/ 0,203
Nivel educativo	<i>Medias</i>					
Estudios primarios	2,22	0,97	2,11	0,05	0,59	1,14
Estudios secundarios	2,04	0,86	1,94	0,22	0,72	1,22
Bachiller	2,40	0,48	1,94	0,00	0,60	0,80
FP superior	2,36	0,75	2,11	0,00	0,63	1,00
Universitarios	1,81	0,61	1,80	0,05	0,70	1,25
<i>R de Pearson*/((p)**</i>	-0,140/ 0,306	-0,310/ 0,021	- 0,240/0,078	a)	a)	- 0,001/0,995
Empleo***	<i>Medias</i>					
Jornada completa	1,63	0,88	1,77	0,00	0,70	0,40
Baja laboral	2,48	0,25	2,14	0,00	1,17	1,17
Jubilado	2,13	0,84	1,99	0,09	0,59	1,22
<i>R de Pearson*/(p)**</i>	0,206/0,123	-0,034/ 0,802	0,172/ 0,200	a)	a)	0,118/0,384
Convivientes	<i>Medias</i>					
Solo	2,04	0,61	2,10	0,00	0,43	1,00

Otros familiares	2,18	0,78	1,93	0,00	0,50	0,88
Esposo/pareja	2,15	0,88	2,03	0,11	0,76	1,17
Esposo e hijos	2,14	0,89	1,90	0,00	0,79	0,93
<i>R de Pearson*/ (p)**</i>	0,021/0,8 83	0,098/ 0,494	-0,149/ 0,297	a)	a)	0,051/0,7 20
Edad	<i>Medias</i>					
<50 años	2,05	0,64	1,86	0	1,78	0,61
50-60 años	2,12	0,85	2,05	0,04	1,57	0,93
60-70 años	2,24	1,02	2,02	0,19	1,25	1,22
>70 años	2,09	0,76	1,97	0,03	1,00	1,35
<i>R de Pearson*/ (p)**</i>	0,064/ 0,860	0,03/ 0,270	0,102/ 0,795	-0,007/ 0,271	-0,221/ 0,277	0,318/ 0,245
Genero	<i>Medias</i>					
Mujer	2,08	0,85	2,08	0,09	1,65	1,24
Varón	2,15	0,83	1,95	0,06	1,19	1,05
<i>R de Pearson*/ (p)**</i>	0,031/ 0,341	0,021/ 0,703	0,121/ 0,660	0,045/ 0,454	0,184/ 0,575	0,141/ 0,439
Tiempo de TC	<i>Medias</i>					
<10 años	2,08	0,92	2,00	0,06	1,42	1,02
10-20 años	2,29	0,70	1,96	0,00	1,32	1,11
>=20 años	1,92	0,82	2,00	0,29	0,86	1,50
<i>R de Pearson*/ (p)**</i>	0,03/ 0,313	-0,054/ 0,330	0,085/ 0,967	0,225/ 0,07	-0,132/ 0,485	0,123/ 0,502

***Correlación estadística. ** $P < 0,05$ = Estadísticamente significativo.**

*****Empleo: las variables “jornada parcial” y “ama de casa” no se incluyeron ya que no se pudo calcular la media por ser único caso.**

a) No se han calculado estadísticos porque Categoría afrontamiento con sustancias es una constante.

Correlación Dominios de CdV con Estrategias de afrontamiento:

Se observó una correlación moderada positiva entre el afrontamiento activo y los dominios psicológico, ambiental y social, este último con significación estadística ($p=0.005$).

Además, hubo una correlación positiva entre el humor y los dominios físico, psicológico y social, siendo estadísticamente significativa en el dominio psicológico. ($p=0.035$)

Por otro lado, los resultados evidenciaron una correlación negativa entre el dominio físico, psicológico y ambiental con el afrontamiento inadaptado, con una probabilidad asociada en el límite de la significación en el dominio físico ($p=0.069$). Además, se correlacionó negativamente el dominio físico con el afrontamiento basado en emociones y el dominio ambiental y social con el abuso de sustancias (**Tabla 4**).

Tabla 4. Correlaciones entre los dominios de Calidad de Vida (CdV) y las estrategias de afrontamiento

		ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO					
DOMINIO S CdV		Activo	Inadaptado	Emociones	Sustancias	Humor	Religión
Físico	R Spearman*	0.059	-0.238	-0.161	0.225	0.225	-0.246
	(p)**	0.655	0.069	0.223	0.087	0.051	0.061
Psicológico	R Spearman*	0.347	-0.128	0.123	0.018	0.275	-0.199
	(p)**	0.07	0.334	0.335	0.890	0.035* **	0.132
Social	R Spearman*	0.362	0.020	0.396	-0.021	0.117	0.084
	(p)**	0.005* *	0.879	0.002***	0.874	0.379	0.527
Ambiental	R Spearman*	0.227	-0.61	0.400	-0.119	0.069	-0.46
	(p)**	0.32	0.647	0.002***	0.131	0.606	0.728

***Correlación estadística ** (p): Significación estadística. *** $P < 0,05$ = Estadísticamente significativo**

DISCUSIÓN

Nuestro objetivo fue evaluar las estrategias de afrontamiento y su correlación con las variables sociodemográficas y la CdV en un grupo de pacientes trasplantados cardíacos. En la literatura se encontraron características sociodemográficas similares a las observadas en nuestro estudio, predominando el género masculino, ya que este se asocia a un gran número de factores de riesgo cardiovascular y pacientes que tenían un círculo sociofamiliar estable^{8,15,16,19-21}.

Nuestros resultados confirmaron la importancia que cobran los estilos de adaptación en los pacientes sometidos a TC. En general, los participantes hicieron uso de todo tipo de estrategias, predominando aquellas centradas en la resolución de problemas, seguidas de las centradas en la emoción y en menor medida la religión y las estrategias inadaptadas, resultados similares a los de Burkner et al¹⁴, que encuentran que la desconexión conductual, la negación y el consumo de drogas o alcohol fueron los estilos de afrontamiento menos frecuentes. Del mismo modo, Grady et al¹¹, describen un mayor uso de afrontamientos positivos frente a estilos de afrontamiento evasivo y fatalistas.

Nuestros resultados en cuanto al **afrontamiento activo** y su correlación positiva con la CdV coinciden con los hallazgos de otros estudios^{3,15,20-22} que afirman que las estrategias centradas en la resolución de problemas corresponden a una forma activa de buscar una solución y están relacionadas con una percepción positiva de los dominios en la CdV. Además, estas estrategias están asociadas a una menor probabilidad de sufrir trastornos del estado de ánimo como depresión o ansiedad²⁰. Conway et al³ afirman que el ser optimista ayuda a sobrellevar la enfermedad y la recuperación, y encuentran asociaciones positivas entre el optimismo y el bienestar psicológico. Pfeifer et al¹⁵ afirman que los pacientes que han recibido preparación psicológica utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento centradas en el problema, que aquellos que están sin preparación.

Además, el apoyo social y familiar emergió como un factor crucial en el afrontamiento exitoso. Los pacientes que vivían con otros miembros de la familia y contaban con una red de apoyo más sólida fueron los que utilizaron más estrategias de afrontamiento activo y basadas en el humor. Estos resultados reafirman los hallazgos de estudios anteriores que sugieren que un mayor apoyo social está estrechamente relacionado con una mejor adaptación a las exigencias del trasplante cardíaco y una mayor calidad de vida^{3,21}.

Sin embargo, algunos resultados también subrayan las áreas que requieren atención. El afrontamiento inadaptado, caracterizado por la negación y la desconexión conductual, fue utilizado por un pequeño grupo de pacientes, especialmente aquellos con menor nivel educativo. Este patrón coincide con los hallazgos de Burkner et al¹⁴, quienes encontraron que los pacientes con menos años de educación tienen mayores probabilidades de desarrollar estilos de afrontamiento inadaptados. Además, el uso del afrontamiento basado en emociones mostró una correlación negativa con la CdV, lo que sugiere que este tipo de afrontamiento, al centrarse en la evasión de la realidad o en la autoculpabilidad, está relacionado con peores resultados en la salud mental y física, como ya fue documentado por Bérnago et al¹⁴.

El hallazgo de que los pacientes activos laboralmente recurren más al afrontamiento inadaptado podría estar relacionado con el estrés generado por la combinación de las demandas laborales y los desafíos de la recuperación post-trasplante. Este hecho refuerza la necesidad de intervenciones dirigidas a manejar el estrés laboral y proporcionar apoyo psicológico a este grupo específico de pacientes, que podría beneficiarse de estrategias de afrontamiento más efectivas¹⁴.

Se observó una correlación negativa entre la CdV y el **afrontamiento centrado en emociones**. Esta estrategia es una forma pasiva de afrontar una situación mediante la adopción de conductas evasivas y está relacionada con emociones negativas y pensamientos fantasiosos de autoculpabilidad¹⁵. Bérnago et al afirman que cuanto más centrados están los pacientes en la emoción, mayores son los síntomas de ansiedad y depresión lo que conlleva a un deterioro de la CdV y a un aumento de

En relación al humor, nuestros resultados coinciden con los de Milaniak et al²², que indican que el humor y el optimismo son predictores positivos de la CdV. En nuestra muestra, aproximadamente un tercio de los pacientes emplearon el humor como estrategia para sobrellevar la situación, lo que refuerza la idea de que mantener una actitud positiva y encontrar formas de reírse de la situación pueden tener efectos beneficiosos sobre la salud emocional.

La religión está relacionada con una gama de sentimientos desde la esperanza y la fe, hasta el pensamiento fantástico que conlleva esperanza, lo que mejora la percepción en la CdV. Algunas

mujeres describen la enfermedad como un “proceso de negociación con Dios, de vida y de salud, una oportunidad de adquirir nuevos valores y valorar el estado espiritual”²¹. Casar et al²⁴ describen que el TC fortalece aún más sus creencias y aquellos que participan en actividades religiosas tienen un mejor bienestar físico y emocional, menos preocupaciones de salud y un mejor cumplimiento médico posterior. En nuestro estudio se encontraron diferencias significativas entre la edad y el afrontamiento centrado en la religión, con mayor puntuación en pacientes de mayor edad, al igual que Trevizán et al²¹.

Se pueden señalar algunas limitaciones de este estudio. Si bien el diseño ha permitido obtener información y evaluaciones de las variables de interés, el método de corte transversal no permite la definición de asociaciones causales entre dominios e impide el uso de criterios de causalidad. Además, el reclutamiento de una muestra de pacientes de un solo centro de trasplante, y el hecho de excluir a aquellos con un estado de salud subóptimo, pueden llegar a sesgar los resultados.

Este estudio se podría beneficiar si se obtuviera una muestra mayor, que incluyera a varios centros de trasplante, y cuya recogida de datos fuera longitudinal. Todo ello permitiría extraer conclusiones sobre el impacto que tiene el TC en la calidad de vida y el afrontamiento en la salud de los pacientes.

Con respecto a los instrumentos utilizados, cabe señalar que el cuestionario Brief-COPE ha sido utilizado previamente en otro tipo de poblaciones a estudio, pero no en pacientes trasplantados cardíacos en nuestro país, algo que podría repercutir en la validez externa del estudio.

Podemos concluir que los hallazgos de este estudio amplían el conocimiento sobre la experiencia que viven los pacientes que han sido sometidos a un TC. Podemos concluir que los pacientes tienen que hacer frente a una realidad llena de complicaciones y de cambios, y que el hecho de adaptarse a los mismos les resulta un proceso complejo que, en muchas ocasiones, los desalienta y perjudica en su calidad de vida⁶ y les condiciona al desarrollo de diferentes estrategias de afrontamiento.

Se debe brindar a los pacientes capacitación para el autocontrol y desarrollo de los roles emocionales y conductuales que les ayude a solventar los desafíos en esta etapa²⁵, a través de la adquisición de estrategias centradas en la resolución de problemas. Esto les permitirá modificar la relación de la persona con el entorno o con la emoción adaptando así, la respuesta

al problema. Además, en este período se deben abordar aspectos psicológicos relacionados con el sentimiento de pérdida del corazón, la adaptación del nuevo órgano y la adaptación a los nuevos hábitos de vida. Debe fortalecerse el sentido de autonomía, autoeficacia, y responsabilidad del paciente por su propio cuidado de la salud, así como el estímulo para volver a las actividades de la vida¹⁵.

Para ello, se necesitan equipos multidisciplinares que garanticen el desarrollo de estrategias favorables para la recuperación, adherencia al tratamiento y la solución de problemas que puedan surgir. Se sugieren terapias cognitivo conductuales individuales que ayuden a la reorganización psíquica y la readaptación frente a esta nueva situación de salud^{21,26} y visitas grupales que creen la posibilidad de contacto con otros pacientes trasplantados,^{21,22} donde la enfermera se sitúa dentro del proceso, como aquel profesional que suplente, ayuda y acompaña al paciente en su evolución²⁷.

En estas sesiones se debe tener en cuenta además del género, las diferencias de edad para poder implementar cuidados efectivos. Los estudios discuten las dificultades que enfrentan los receptores adolescentes, que difieren mucho de las que se enfrentan los adultos⁴.

De acuerdo con los resultados debe prestarse gran importancia al apoyo social y familiar ya que permiten un manejo más adecuado de emociones, ayudando a incrementar las habilidades adaptativas del paciente. Por ello, se aconseja evaluar muy de cerca el apoyo con el que cuentan los pacientes e intentar suplirlo en los casos en los que es insuficiente. Tanto es así que la inclusión de la familia y del grupo social en futuras investigaciones podría ser interesante para una mejor comprensión del fenómeno en cuestión²⁸. Además se propone potenciar un enfoque cualitativo que contribuye a valorar vivencias propias de los pacientes y a hacer que muchos de los aspectos de la enfermería denominado como “cuidados invisibles” puedan salir a la luz y se tenga constancia de ello²⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olano M, Oroviogicoechea C, Errasti B, Saracíbar M. *The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of the literature*. JNC. 2016; 25: 2413–29. doi: 10.1111/jocn.13285.
2. Newman M, Smith M, Dexheimer M, Jones D. *The Focus of the Discipline Revisted*. Adv Nurs Sci. 2008; 31(1): 16–27. doi: 10.1097/01.ANS.0000311533.65941.fl.
3. Conway A, Schadewaldt V, Clark R, Ski C, Thompson DR, Doering L. *The psychological experiences of adult heart transplant recipients: a systematic review and meta-summary of qualitative findings*. Heart Lung. 2013 ;42(6):449–55. doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.08.003.
4. Yang FC, Chen HM, Huang CM, Hsieh PL, Wang SS, Chen CM. *The Difficulties and Needs of Organ Transplant Recipients during Postoperative Care at Home: A Systematic Review*. Int J Environ Res Public Health. 2020 11;17(16):5798. doi: 10.3390/ijerph17165798.
5. Cierpka A, Matek K, Horondéńska M. *What does it mean to live after heart transplantation? The lived experience of after transplant recipients*. A qualitative study. HPR. 2015; 3(2):123–30. doi: 10.5114/hpr.2015.49678
6. Bunzel B, Wollenek B, Grundbock A. *Psychosocial Problems of Donor Heart Recipients Adversely Affecting Quality of Life*. Qual Life Res. 2009; 1(5):207–13. doi: 10.1007/BF00434944.
7. Tackmann E, Detmer S. *Health-related quality of life in adult heart-transplant recipients—a systematic review*. 2020; 45:475–48. doi: 10.1007/s00059-018-4745-8.
8. Aguiar MI, Farias DR, Pinheiro ML, Chaves ES, Rolim IL, Almeida PC. *Quality of life of patients that had a heart transplant: application of Whoqol-Bref scale SBC*. Arq Bras Cardiol. 2011 ;96(1):60–8. doi: 10.1590/s0066-782x2010005000133.
9. Morán, C., Landero, R. & González. *COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*. Universitas Psychologica.2010; 9 (2): 543–552. doi: 10.11144/Javeriana.upsy9-2.capv
10. Amoyal N, Fernandez AC, Ng R, Fehon DC. *Measuring Coping Behavior in Liver Transplant Candidates: A Psychometric Analysis of the Brief COPE*. Prog Transplant. 2016 ;26(3):277–85. doi: 10.1177/1526924816655253.
11. Grady KL, Wang E, White-Williams C, Naftel DC, Myers S, Kirklin JK et al. *Factors associated with stress and coping at 5 and 10 years after heart transplantation*. J Heart Lung Transplant. 2013 ;32(4):437–46. doi: 10.1016/j.healun.2012.12.012.
12. Bunzel B, Schmidl-Mohl B, Grundböck A, Wollenek G. *Does changing the heart mean changing personality? A retrospective inquiry on 47 heart transplant patients*. Qual Life Res. 1992 ;1(4):251–6. doi: 10.1007/BF00435634. PMID: 1299456.
13. Janelle C, O'Connor K, Dupuis G. *Evaluating illness representations in heart transplant patients*. J Health Psychol. 2016 ;21(9):1850–9. doi: 10.1177/1359105314567210.
14. Burkner 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 r;23(2):233–40. doi: 10.1111/j.1399-0012.2009.00966.x.
15. Pfeifer PM, Ruschel PP, Bordignon S. *Coping strategies after heart transplantation: psychological implications*. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2013 28(1):61–8. doi: 10.5935/1678-9741.20130010.
16. Carvalho WDN, Alves Maria GDS, Gonçalves KC, Miranda AL, Moreira MDCV. *Health-Related Quality of Life of Heart Transplant Recipients Living in a Developing Country*. Transplant Proc. 2021 ; 53(1):358–363. doi: 10.1016/j.transproceed.2020.05.027
17. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. *Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire among Chilean older people*. Rev.Med. Chile. 2011; 139:579–586.
18. Duvant P, Fillat M, Garaix F, Roquelaure B, Ovaert C, Fouilloux V et al. *Quality of life of transplant children and their parents: a cross-sectional study*. Orphanet J Rare Dis. 2021 17;16(1):364. doi: 10.1186/s13023-021-01987-y.
19. Jowsey SG, Cutshall SM, Colligan RC, Stevens SR, Kremers WK, Vasquez AR et al. *Seligman's theory of attributional style: optimism, pessimism, and quality of life after heart transplant*. Prog Transplant. 2012 ;22(1):49–55. doi: 10.7182/pit2012451.

20. Ruzyczka EW, Milaniak I, Przybyłowski P, Wierzbicki K, Siwińska J, Hubner F K, et al. *Depression and quality of life in terms of personal resources in heart transplant recipients*. Transplant Proc. 2011 ;43(8):3076-81. doi: 10.1016/j.transproceed.2011.07.012

21. Trevizan FB, Miyazaki MCOS, Silva YLW, Roque CMW. *Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart Transplantation*. Braz J Cardiovasc Surg. 2017 32(3):162-170. doi: 10.21470/1678-9741-2017-0029.

22. Milaniak I, Wilczek-Ruzyczka E, Przybyłowski P, Wierzbicki K, Siwińska J, Sadowski J. *Psychological predictors (personal recourses) of quality of life for heart transplant recipients*. Transplant Proc. 2014 ; 46(8):2839-43. doi: 10.1016/j.transproceed.2014.09.026.

23. Nahlen Bose C, Bjorling G, Elfstrom ML, Persson H, Saboonchi F. *Assessment of Coping Strategies and Their Associations With Health Related Quality of Life in Patients With Chronic Heart Failure: the Brief COPE Restructured*. Cardiol Res. 2015 ;6(2):239-248. doi: 10.14740/cr385w.

24. Casar Harris R, Amanda Dew M, Lee A, Amaya M, Buches L, Reetz D, Coleman G. *The role of religion in heart-transplant recipients' long-term health and well-being*. J Relig Health. 1995 ;34(1):17-32. doi: 10.1007/BF02248635.

25. Fatma C, Cigdem C, Emine C, Omer B. *Life experiences of adult heart transplant recipients: a new life, challenges, and coping*. Qual Life Res. 2021 ;30(6):1619-1627. doi: 10.1007/s11136-021-02763

26. Kugler C, Bara C, Waldthausen T, Einhorn I, Haastert B, Fegbeutel C, et al. *Association of depression symptoms with quality of life and chronic artery vasculopathy: A cross-sectional study in heart transplant patients*. J Psychosom Res. 2014; 77:128-34. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.06.007

27. Sanchez L, *Experiencia de los trasplantados cardíacos en una unidad de cuidados intensivos*. Nure Inv. 2017; 14(91):1-8.

28. Sirri L, Magelli C, Grandi S. *Predictors of perceived social support in long-term survivors of cardiac transplant: The role of psychological distress, quality of life, demographic characteristics and clinical course*. Psychol Health. 2011 ;26(1):77-94. doi: 10.1080/08870440903377339.