

UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos  
Psicológicos



*Nº de programa de doctorado: 295 Psicología de la personalidad, intervención áreas  
clínicas y sociales*

# Calidad de vida y trasplante hepático

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:  
Auristela Montolio Oliver

DIRIGIDA POR:  
Dra. María José Báguena Puigcerver

Valencia, 2015



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, he de agradecer la dedicación y paciencia entregadas de la profesora M<sup>a</sup> José Báguena a las diversas dudas y sugerencias aportadas por mí. Gracias por su profesionalidad y experiencia. A Wolfgang por sus conocimientos informáticos que han facilitado la parte estadística de la tesis.

A todos los integrantes tanto del equipo directivo como de los socios pertenecientes a las 3 asociaciones de trasplantados, especialmente a la psicóloga de la Asociación Valenciana de Trasplantados de Hígado, Roser Benedito, por su apoyo e información aportadas. A Amparo Rodrigo, la directora de la Asociación Valenciana de Trasplantados de Pulmón y a la gerente de la Asociación Alcer Turia, Sagrario Valverde, así como las aportaciones del psicólogo, D. Domingo de Guzmán Robles.

Muchísimas gracias a los socios que participaron voluntariamente en las contestaciones de los cuestionarios. Sin su colaboración, teniendo en cuenta su posible malestar, no habría sido posible este trabajo. Su contribución es de incalculable valor. Todos/as ellos/as son un ejemplo modelo de superación.

Gracias a Purificación Gironés, coordinadora de trasplantes del Hospital La Fe, por su amabilidad (a pesar de no conocerla personalmente) puesto que me facilitó algunos de los cuestionarios utilizados.

Gracias también a Pablo Rebollo, investigador de la calidad de vida en trasplantados, así como a Ian Gralnek (autor del LDQOL) por sus respuestas a mis preguntas. Les agradezco su atención. Mi más sincera admiración hacia ellos.

Por último, y no menos importante, gracias por estar ahí, José, Ainara y Alba. Sois lo más grande que tengo en mi vida. A mis padres por ser como soy y como fueron. No los olvido.



# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Trasplante de órganos: consideraciones generales</b>	<b>1</b>
1.1.1. Reseña histórica	2
1.1.2. Perfil y funciones de los coordinadores de trasplantes	5
1.1.3. El proceso de la donación	7
1.1.4. Características específicas	9
1.1.4.1. Trasplantados hepáticos	9
1.1.4.2. Trasplantados renales	12
1.1.4.3. Trasplantados pulmonares	15
<b>1.2. Calidad de vida y trasplantes</b>	<b>18</b>
1.2.1. Definición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud	18
1.2.2. Investigaciones relacionadas con la calidad de vida de los trasplantados	19
1.2.2.1. CVRS y trasplante hepático	20
1.2.2.2. CVRS y trasplante renal	36
1.2.2.3. CVRS y trasplante pulmonar	43
1.2.2.4. CVRS y comparación entre trasplantes	51
<b>1.3. Psicología y trasplantes</b>	<b>54</b>
1.3.1. Problemas psicológicos comunes	54
1.3.2. Variables consideradas en el estudio	61
1.3.2.1. Características sociodemográficas	61
1.3.2.2. Personalidad y trasplante: aspectos temperamentales y cognitivos predominantes en trasplantados	66

1.3.2.3. Síntomas psicológicos en trasplantados	72
1.3.2.4. Apoyo social y su importancia en el trasplante	76
<b>1.4. Objetivos e hipótesis</b>	<b>80</b>
<b>CAPÍTULO 2: MÉTODO</b>	<b>85</b>
<b>2.1. Introducción</b>	<b>85</b>
<b>2.2. Descripción de las muestras de pacientes trasplantados participantes en la investigación</b>	<b>85</b>
<b>2.3. Instrumentos utilizados</b>	<b>92</b>
2.3.1. Comunes a las tres muestras	92
2.3.1.1. Cuestionario de personalidad	92
2.3.1.2. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento	94
2.3.1.3. Cuestionario de apoyo social	95
2.3.1.4. Cuestionario de salud SF-36	96
2.3.1.5. Cuestionario de 90 síntomas	100
2.3.2. Cuestionarios específicos de CVRS en trasplantados	104
2.3.2.1. Versión breve del Cuestionario de Calidad de Vida en Trasplantados de Hígado	105
2.3.2.2. Cuestionario Respiratorio Saint-George	108
2.3.2.3. Listado de Síntomas de Enfermedad Renal Terminal	110
<b>2.4. Procedimiento seguido en el estudio</b>	<b>112</b>
<b>2.5. Análisis estadísticos</b>	<b>113</b>

<b>CAPÍTULO 3: RESULTADOS</b>	<b>115</b>
<b>3.1. Introducción</b>	<b>115</b>
<b>3.2. Consistencia interna de las escalas</b>	<b>115</b>
<b>3.3. Características psicológicas de la muestra total y subgrupos de trasplantados</b>	<b>119</b>
3.3.1. Análisis de medias	120
3.3.2. Análisis de correlaciones	131
3.3.2.1. Trasplantados de hígado	132
3.3.2.2. Trasplantados de riñón	136
3.3.2.3. Trasplantados de pulmón	141
3.3.2.4. CVRS: cuestionarios específicos y genérico en trasplantados de hígado, riñón y pulmón	147
3.3.3.5. CVRS específica, características de personalidad y síntomas psicológicos en las tres muestras de trasplantados: hígado, pulmón y riñón	150
<b>3.4. Análisis de regresión</b>	<b>155</b>
3.4.1. Trasplantados de hígado	155
3.4.2. Trasplantados de riñón	161
3.4.3. Trasplantados de pulmón	165
<b>3.5. Trasplantados de hígado: género y complicaciones tras el trasplante</b>	<b>168</b>
3.5.1. Género	168
3.5.2. Complicaciones tras el trasplante	171

<b>CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES</b>	<b>175</b>
4.1. Resumen del estudio	175
4.2. Comprobación de hipótesis	177
4.3. Conclusiones	187
4.4. Limitaciones del estudio y posibles soluciones	188
4.5. Ámbito de aplicación (aspectos positivos de la investigación)	190
4.6. Últimos avances. Actualidad	191
<b>Referencias Bibliográficas</b>	<b>193</b>
<b>Anexos</b>	<b>221</b>

## **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

Creemos conveniente anotar que el interés en esta investigación se dirigía inicialmente al estudio de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que habían sufrido trasplante de hígado. Por esta razón, consideramos oportuno el título que figura en la tesis. Sin embargo, en el transcurso de ésta, consideramos conveniente añadir otras muestras de trasplantados que permitieran enriquecer el estudio y obtener resultados que fueran mucho más valiosos. Es por ello que incorporamos al mismo trasplantados de pulmón y de riñón, aunque el tamaño muestral de estos grupos sea sensiblemente inferior al de trasplantados de hígado.

### **1. 1. Trasplantes de órganos: consideraciones generales**

En el ámbito médico español podemos estar orgullosos de los grandes logros alcanzados en relación a los trasplantes, puesto que somos el país que lidera el porcentaje de donantes por millón de habitantes. Además, no solamente cuenta el factor concienciación de la sociedad sino los adelantos en cirugía, anestesia y de tratamiento inmunosupresor que han ido desarrollándose a lo largo de la breve historia de los trasplantes en el mundo y España y el importante papel desempeñado por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y sus coordinadores en nuestro país. Sin todos estos factores, los trasplantes serían un imposible. Por este motivo, en el primer apartado del marco teórico, se desarrollan todos estos aspectos junto con las características específicas de cada tipo de trasplante considerado en este estudio, aspectos que quizá no se relacionan directamente con el contenido de la presente tesis, pero que resultan sumamente interesantes y ayudan a entender en cierta manera el Milagro de los Trasplantes según el doctor Matesanz, creador de la ONT y actual director de la misma.

En el siguiente apartado se ofrece una revisión amplia de los principales resultados obtenidos en las investigaciones sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en personas trasplantadas, prestando especial atención a los

trasplantados de hígado (TH), de riñón (TR) y de pulmón (TP). Posteriormente, la información se completa con la revisión de otros aspectos tratados en esta investigación. Además de la CVRS otras variables analizadas en los grupos de trasplantados han sido sus características sociodemográficas, de personalidad y afrontamiento, apoyo social percibido y síntomas psicológicos típicos que identifican a los trasplantados de hígado, riñón y pulmón. Por último, la parte teórica se completa con la descripción detallada de los objetivos e hipótesis del presente estudio.

A pesar de las limitaciones que posee nuestra investigación, no queremos dejar de insistir en que se trata de una de las escasas aportaciones de investigación psicológica que analiza a la vez una serie de variables como son la personalidad, síntomas psicológicos, afrontamiento, apoyo social y calidad de vida en muestras de trasplantados de hígado, riñón y pulmón. Los resultados pueden contribuir a comprender la situación por la que atraviesan este tipo de pacientes para poder obrar en consecuencia. Es una pequeña contribución dedicada a los receptores de un órgano, puesto que "han vuelto a nacer", y tienen el difícil reto de afrontar una nueva oportunidad, una nueva vida en definitiva y a los donantes y a la valerosa intervención de los médicos que sin su participación, serían imposibles los trasplantes. El apoyo de las asociaciones y los/as psicólogos/as en particular tienen un papel fundamental para la mejora del bienestar psicosocial tras la intervención quirúrgica. A ellos/as dedico también estas páginas.

### 1.1.1. Reseña histórica

La historia de los trasplantes en España está ligada a la de la nefrología surgiendo de forma casi heroica, en la década de 1960: Gilvernet y Caralps en el Hospital Clinic de Barcelona, y Alférez y Hernando en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid hicieron posibles los primeros **trasplantes de riñón** realizados con éxito en nuestro país a partir de 1965 (aunque hay constancia de experiencias previas con supervivencias limitadas) (Matesanz, 2006).

**Tabla 1.** Primeros Trasplantes Funcionales (Tomado de Matesanz, 2006)

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• 1954 Primer trasplante de riñón de donante vivo: Joseph Murray, Boston</li><li>• 1967 Primer trasplante de hígado: Thomas Starzl, Pittsburg</li><li>• 1981 Primer trasplante de corazón-pulmón: Bruce Reitz, Stanford</li><li>• 1983 Primer trasplante de lóbulo pulmonar: Joel Cooper, Toronto</li><li>• 1987 Primer trasplante pulmonar: Joel Cooper, Saint Louis</li></ul> |
|---|

Las primeras intervenciones de los diferentes trasplantes de órganos (ver tabla 1), demostraron que eran técnicamente posibles, pero el problema del rechazo hizo que se abandonara en todo el mundo, salvo en pocos centros que

consiguieron unos resultados muy pobres. Sólo el trasplante de riñón logró sobrevivir durante los setenta con una actividad cada vez más significativa.

A principios de la década de 1980 todo cambió con la introducción de un nuevo fármaco: la ciclosporina, logrando un control del rechazo hasta entonces impensable, con la mejoría espectacular de los resultados de todos los trasplantes. Ello unido a las mejoras sanitarias de todo tipo (anestesia, cirugía, antibióticos, etc.), permitieron el nacimiento en España y en todo el mundo de los trasplantes de hígado, corazón y más tarde páncreas y pulmón.

El primer **trasplante de corazón** realizado con éxito en España fue a cargo del Doctor Diego Figuera en el Hospital Puerta de Hierro en 1984. Actualmente el número de trasplantes cardíacos en España se estima entre 280 y 300 cada año. La supervivencia al cabo del año es alrededor del 80% con un riesgo quirúrgico entre el 10 y 12%. La supervivencia a los diez años es del 60% (Matesanz, 2006).

El **hígado** es un órgano mucho más complejo que el corazón o el riñón. Su **trasplante** es técnicamente mucho más trabajoso y complicado, y tan vital como el cardíaco, aunque con mucha menos literatura que este. Es el trasplante que requiere un equipo multidisciplinar más numeroso y mejor conjuntado. La historia del trasplante hepático va indisolublemente ligada a la del cirujano estadounidense Thomas Starzl.

Fue uno de los primeros en realizar trasplantes renales al inicio de la década de 1960. En 1963 llevó a cabo el primer trasplante de hígado en el Hospital de Veteranos de Denver, Colorado. El receptor era un niño que tan solo logró sobrevivir 5 horas tras el trasplante. La historia del trasplante de hígado está plagada de numerosos intentos en todo el mundo durante las décadas de 1960 y 1970, pero con unos resultados muy pobres. Hay que esperar a los años 80, como se ha citado anteriormente, para que las mejoras de todo tipo lleven a la explosión de esta técnica. Una conferencia de consenso celebrada en Maryland en junio de 1983, supone la declaración del trasplante hepático como de utilidad terapéutica demostrada. Entonces empieza su difusión por todo el mundo. La supervivencia al año pasa del 30% al 70% y seguirá mejorando en las siguientes décadas.

En España fueron los doctores Eduardo Jaurrieta y Carles Margarit en el Hospital Bellvitge de l'Hospitalet en 1984, quienes practicaron con éxito la primera operación. Hoy se efectúa en 24 hospitales de toda España, y son más de mil los enfermos que anualmente reciben un trasplante hepático en nuestro país, con diferencia el que más realiza del mundo en relación a su población. Aunque los españoles sólo representamos un 0,7 % de la población del planeta, realizamos alrededor del 10% de todos los trasplantes de hígado.

El 11 de junio de 1963, James D. Ardí en Jackson (Misisipi) efectuó el primer **Trasplante de pulmón** de la historia. El receptor que estaba condenado a muerte por asesinato padecía de cáncer de pulmón, insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal. Se le propuso conmutar su condena a muerte a cambio de hacer de conejillo de indias y Russell aceptó. Se procedió al trasplante del pulmón izquierdo, que duró 16 días con buena función, pero el enfermo falleció como consecuencia de la agudización de su insuficiencia renal. Los siguientes intentos en diversos hospitales no corrieron mejor suerte. En 1981, ya con la ciclosporina disponible, comienzan de nuevo a realizarse trasplantes de corazón-pulmón en bloque con resultados alentadores. Estas intervenciones se hicieron en Stanford y estuvieron a cargo de los doctores Shumway y Reitz. Fue sin embargo, el grupo de Toronto con el doctor Cooper a la cabeza el que a principios de los años 80 sentó definitivamente las bases del trasplante unipulmonar y en 1986 del bipulmonar.

En España fue el doctor Ramón Arcas quien trasplantó el primer pulmón en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, en 1990. Hoy esta intervención se realiza en España en 6 centros a razón de unas 150 al año.

Un hecho importante fue la creación de la **Ley de trasplantes en España**, ya que la donación y los trasplantes en nuestro país durante las décadas de 1960 y 1970 carecían de regulación legal. Tras importantes presiones, tanto de los profesionales como de las asociaciones de enfermos renales, finalmente se promulgó la ley 30/1979 y el Real Decreto (RD) 426/1980 que la desarrolla. El RD por el que se regula la donación y trasplante de órganos y también la estructura de la ONT (Organización Nacional de Trasplantes) fue renovado en el año 2000. En este RD se incluye el cargo de coordinador nacional que fue nombrado en 1987 por el Ministerio de Sanidad en la figura del nefrólogo Rafael Matesanz. En Cataluña, País Vasco y Andalucía había ya un médico (en los 3 casos nefrólogo) encargado de coordinar todos los asuntos del trasplante. Posteriormente cada comunidad nombró un coordinador para que todos juntos formasen la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial, presididas por el Coordinador Nacional. La política de donación y trasplante se articula desde entonces a través de ella. Una de las primeras cuestiones planteadas a la Comisión Nacional fue dividir España en seis zonas: Norte, Cataluña-Baleares, Centro, Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias. Esta división debía servir como base para la distribución e intercambio de órganos. Es un modelo que permanece. En mayo de 1990, se informó a todos los coordinadores de las comunidades antes citadas que cualquier donante debía comunicarse a la ONT. Pese a los problemas, Centrotasplante funcionó perfectamente desde el primer momento.

Como en cualquiera de los países de nuestro entorno, la legislación española contempla los siguientes puntos fundamentales:

1. El establecimiento de la llamada muerte encefálica como equivalente científico, legal y ético de la muerte "clásica".
2. El respeto a la voluntad del fallecido en cuanto a donar o no sus órganos.
3. La necesidad de que el diagnóstico de muerte se haga por un equipo de médicos independiente del de trasplante.
4. El carácter altruista de la donación y la no comercialización de los órganos.
5. La garantía de anonimato del donante.
6. La aplicación de criterios médicos para la distribución de los órganos disponibles entre los enfermos en espera de los mismos.

Esta ley se puede considerar "de consentimiento presunto" que es aquella que establece que todo el mundo es donante si no ha dejado establecido en vida lo contrario. El problema es que la ley española no establece formalidad alguna al respecto, lo que implica en la práctica la necesidad de consultar a la familia. Además, el hecho es que si no se garantiza un acceso universal y equitativo del trasplante y sin factores de discriminación, es muy improbable que la población responda con entusiasmo a la idea de donar los órganos.

### **1.1.2. Perfil y funciones de los coordinadores de trasplantes**

La posibilidad de que se produzca una donación está relacionada con quien se encuentre de guardia. Se trata de una labor complicada, poco gratificante y muy relacionada con la personalidad del profesional que estuviera a cargo en el momento preciso de producirse la donación. El consentimiento familiar depende más del entrevistador que del entrevistado. Había que crear una red de profesionales especialmente motivados, con conocimientos adecuados, con un entrenamiento especial y la posibilidad de ser renovados si la situación se les hiciera insoportable. El hecho de que de un mismo donante se pudieran extraer varios órganos requiere de una parafernalia y logística complejas. De ahí surgió la necesidad de estos profesionales.

El concepto de coordinador se introduce en España también a través de Cataluña a partir de 1984. La mejor prueba de la importancia de la función desempeñada hasta ahora por los coordinadores es que hicieron pasar a España de un puesto medio-bajo en el escalafón europeo de donaciones de órganos (14 donantes por millón de habitantes y año en 1989) al primer lugar del mundo (hasta 35 donantes por millón de habitantes en 2005, máximo histórico).

En el caso de nuestro país respecto a la organización de otros países europeos:

- Los donantes de órganos son por definición, personas que fallecen en situación de muerte encefálica. Ello implica necesariamente su ubicación en unidades de vigilancia intensiva (UVI).
- El factor que determina que en una UVI haya más o menos donantes depende del interés y entusiasmo del médico. Por tanto, el coordinador será un médico ubicado preferentemente en las UVI que sea capaz de tratar de igual a igual a los otros médicos responsables de estas unidades. Su función será la de convencer a los otros médicos que un paciente por el que no se puede hacer nada más, todavía puede contribuir a salvar la vida de otros.
- Desde la ONT se recomendó que la coordinación estuviera formada en los grandes hospitales con equipos de trasplante activos por un médico junto con un equipo de enfermeras similar al del número de programas de trasplante (riñón, hígado, corazón o pulmón).
- Dependencia del director del hospital no del equipo de trasplante.
- Dedicación parcial. Cuando aparece el síndrome de coordinador quemado o *burnout* se observa un descenso de las donaciones. En estos casos, un simple relevo en el puesto de coordinador basta para solucionar el problema.
- Principal objetivo: obtención de órganos.

La ONT actúa en este entramado como favorecedora para que el proceso se lleve a cabo con éxito (formación, legislación, relaciones con los jueces, con la prensa, protocolos, documentos de consenso, transporte aéreo y terrestre...).

En cuanto al papel del coordinador en el proceso de donación, sus funciones serían las siguientes:

- Detectar los donantes potenciales.
- Es fundamental la consecución de un mantenimiento adecuado de los órganos.
- La realización del diagnóstico de muerte cerebral deberá ser efectuada por tres médicos distintos a los del equipo de trasplante. La función del coordinador será solicitar su colaboración y facilitar la tarea.
- Tras el diagnóstico de muerte cerebral es necesaria la autorización familiar.
- Preparar la logística intrahospitalaria tras conseguir el consentimiento familiar para proceder a la extracción de órganos al tiempo que se contacta con la oficina central de la ONT. Una extracción multiorgánica puede implicar a más de 100 personas entre aeropuertos, policía,

profesionales sanitarios, ambulancias... Todo el proceso es dirigido por el coordinador. Desde la ONT se asignan los distintos órganos a equipos trasplantadores, situados a veces a kilómetros de distancia del lugar donde se produce la donación.

- Otras tareas:

a) Motivar a los profesionales sanitarios y no sanitarios a través de charlas y cursos específicos (como los de comunicación de malas noticias). La participación de los coordinadores veteranos en la formación de los nuevos es la base del éxito del modelo español. La formación continua y muy activa de médicos y enfermeras es crucial.

Por otro lado, se encuentran los cursos generales sobre donación de órganos y por otro lado cursos específicos teórico prácticos que comenzaron a impartirse en la década de los 90, dirigidos a todos los profesionales sanitarios que trabajan en las UVI cuyo objetivo es facilitar a estos profesionales las técnicas y habilidades de comunicación con las familias. Basta un comentario o actitud inadecuada a la familia para que se ponga en contra y se pierda la donación. Por ello el momento cumbre del curso es el *role playing* en el que los alumnos hacen un ejercicio simulado de comunicación a la familia. Se analizan una enorme cantidad de factores a la hora de planificar una entrevista. El equipo de Alicante en colaboración con psicólogos clínicos y coordinadores de otras comunidades ha llevado a cabo la iniciativa en este campo.

b) Responsable del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación.

c) El equipo de coordinación suele colaborar en el mantenimiento y actualización de las listas de espera así como en su comunicación a la ONT.

### **1.1.3. El proceso de la donación**

Para mucha gente, los trasplantes suponen un despliegue de medios espectacular. Sin embargo en palabras de Matesanz (2006), en 2005 se produjeron en España un promedio de cinco de estas situaciones diarias, de las que alrededor de 1.550 acabaron con la donación y el trasplante de uno o varios órganos. Por tanto no es en absoluto un proceso excepcional. Entre 600 y 700 pacientes que han sido ya estudiados en los distintos hospitales del país y que no están en situación de urgencia (el denominado "código cero"), esperarán como media unos tres o cuatro meses desde el momento en que son inscritos en la lista de espera de la ONT. Un 8% de ellos fallecerá sin conseguir el órgano. La ONT debe garantizar un sistema sin sobresaltos, que funcione de manera automática y no susceptible de ser modificado por presiones de nadie.

Antes o después en alguno de los 150 hospitales distribuidos por toda España que tienen una UVI y están acreditados para la donación y con un equipo de coordinación, se producirá la llamada telefónica a la ONT diciendo que “hay un posible donante en el hospital”. El posible donante es una persona a punto de morir por muerte encefálica, sin embargo, por medio de procedimientos artificiales, como un respirador mecánico, se puede mantener el corazón latiendo para que la sangre transporte oxígeno a los órganos durante unas horas. Durante este período y tras el diagnóstico de muerte encefálica, se puede proceder a la extracción quirúrgica de los órganos que luego serán trasplantados (previa petición a la familia, por supuesto). Se pueden donar órganos a edades muy avanzadas, y de hecho se han trasplantado con éxito hígados de más de 90 años. Cuando se produce la llamada no está claro que se trate de una donación segura. Habitualmente faltan trámites legales, entrevista con la familia o datos analíticos necesarios para valorar la validez del donante. Si finalmente todo va bien, y hay una compatibilidad de grupo sanguíneo y tamaño, se produce la adjudicación del órgano al paciente. Sin embargo, los contactos con los equipos de trasplante suelen producirse antes de estar confirmados todos los trámites, con el fin de ir ganando tiempo. Si no hay pacientes en situación de código cero se aplican los criterios generales de distribución, valorando su posible validez según la edad.

La enfermera de guardia en la ONT tomará los datos del posible donante (medidas corporales, diversas analíticas, antecedentes que pudiera invalidar la donación...). Cada equipo hará una encuesta exhaustiva de los datos referentes al órgano que quieran trasplantar. De acuerdo a las listas de espera oficiales, se irá contactando sucesivamente con los hospitales donde se encuentran los enfermos a los que correspondería trasplantarse. Cada uno de estos centros tendrá que decidir si el donante es adecuado para su enfermo o bien si prefiere esperar a otro más compatible o en mejores condiciones. Si el donante es multiorgánico se pueden movilizar hasta 8 equipos de trasplantes (uno para cada posible órgano susceptible de ser trasplantado) provenientes de diferentes comunidades autónomas. Ello implica localizar enfermeras y médicos sea de día o de noche, abrir quirófanos, llamar a posibles receptores...El coordinador local en continuo contacto telefónico con la ONT fija la hora de extracción con la antelación suficiente como para que todos puedan llegar al hospital en el momento adecuado. No menos de 100 personas entre personal sanitario y otros (personal de aeropuertos, policías, ambulancias) se ponen en marcha ante una donación de estas características. En otras ocasiones la situación es más simple puesto que solo se trasplanta un órgano o el mismo equipo del hospital extrae el órgano y lo envía por avión sin necesidad de desplazamientos desde otras comunidades.

El momento crucial del proceso tiene lugar cuando el cirujano desplazado al hospital donde se produce la donación aprueba la validez del órgano para ser trasplantado. La expresión “órgano válido” se transmite a través del coordinador a la ONT, y de ésta al hospital trasplantador. Es la señal para que el receptor elegido

pase al quirófano y el anestesista comience su trabajo, calculando el tiempo de regreso al hospital de origen. Las posibilidades de éxito y buen funcionamiento son inversamente proporcionales al tiempo transcurrido.

Un estudio estadounidense (citado en Matesanz, 2006) señala que como media un donante fallecido proporciona a sus semejantes nada menos que 30,8 años de vida adicional. Por tanto todo el trabajo realizado merece la pena.

#### **1.1.4. Características específicas**

A continuación se detallan las particularidades médicas de los tres trasplantes de órganos (hígado, riñón y pulmón) incluyendo las funciones de los tres órganos, las indicaciones y contraindicaciones para el trasplante, los cuidados requeridos antes y después del mismo y otros aspectos de interés.

##### **1.1.4.1. Trasplantados hepáticos**

El hígado es un órgano metabólico esencial por su situación entre la circulación sanguínea que procede del intestino y la circulación general (Planas y Salmerón, 2007).

Las funciones principales del hígado son la producción de bilis, la desintoxicación de sustancias extrañas, la síntesis de proteínas y de colesterol, el almacenamiento de glucógeno y la defensa contra los agentes infecciosos. La alteración en los análisis de sangre, especialmente de las transaminasas es la forma más frecuente de descubrir una enfermedad del hígado. La mayoría de las enfermedades crónicas del hígado son asintomáticas en sus fases iniciales, lo que no quiere decir que no precisen de tratamiento pues pueden agravarse con el paso de los años y evolucionar a cirrosis. Las pruebas de imagen (ecografía por ejemplo) y los análisis de sangre son unos métodos de gran valor para saber lo que ocurre en el hígado.

Casi todas las enfermedades graves del hígado se pueden tratar con el trasplante hepático. Las enfermedades más frecuentes por las que se realiza el trasplante hepático en el paciente adulto son la cirrosis hepática causada por la infección crónica por el virus C y la cirrosis hepática causada por el consumo crónico de alcohol. Otras enfermedades del hígado que pueden necesitar un trasplante son el hepatocarcinoma (cáncer de hígado) y ciertas enfermedades metabólicas.

Cuando el hígado no realiza bien su trabajo (insuficiencia hepática), el paciente puede tener problemas tales como retención de líquidos que se manifiesta por hinchazón en las piernas (edema) e hinchazón del abdomen por acúmulo de líquido en su interior (ascitis), vómitos de sangre porque se rompen

venas (varices), comportamientos extraños, falta de concentración, cambio en el ritmo del sueño y pérdida de conciencia (encefalopatía), color amarillo en los ojos y en la piel (ictericia), alteraciones en los análisis de sangre (albúmina baja, bilirrubina alta, alteraciones en las pruebas que miden la coagulación de la sangre). Cuando los problemas persisten y los tratamientos habituales no son eficaces o no se pueden realizar, podría ser necesario un trasplante hepático.

Para clasificar el grado de insuficiencia hepática (es decir, la gravedad de la enfermedad) en los pacientes con cirrosis hepática, los médicos utilizan dos escalas: la **clasificación de Child-Pugh** que es un sistema de puntuación que incluye los resultados de varias pruebas de laboratorio y síntomas de enfermedad hepática (ascitis y encefalopatía). Una puntuación total de 5-6 se considera grado A (enfermedad bien compensada); 7-9 puntos es grado B (afectación funcional significativa), y 10-15 puntos es grado C (enfermedad descompensada). Estos grados se correlacionan con la supervivencia esperada del paciente al año y a los dos años, y orientan sobre la necesidad del trasplante y sobre su urgencia. Por otro lado, **los índices MELD** (para pacientes adultos) y PELD (para pacientes menores de 18 años) son modelos matemáticos de predicción de la supervivencia de una persona con insuficiencia hepática crónica, basados en los valores de bilirrubina, INR y creatinina, que miden la función del riñón (la reducción de la función del riñón suele estar relacionada con una enfermedad hepática grave). Este proceso se hace por ordenador y asigna a cada individuo un número del 6 (poco enfermo) al 40 (gravemente enfermo).

El Comité de Selección del Equipo de Trasplante revisará el caso. Si el paciente está demasiado enfermo para sobrevivir al trasplante o está poco enfermo no consideraran idóneo el proceso, sin embargo en situaciones intermedias el médico puede aconsejarlo e incluir al paciente en lista de espera, precisando, en este caso que el deterioro de la función hepática objetivado como clasificación B7 de la escala Child-Pugh, o 10 puntos en el índice MELD o complicaciones específicas de la cirrosis (ascitis, infección de la ascitis y encefalopatía). En los pacientes con cáncer de hígado se indica el trasplante cuando se cumplen ciertas condiciones bien definidas, independientemente del grado de insuficiencia hepática. Si el riesgo es demasiado alto (por ejemplo hay metástasis) el trasplante no estará indicado.

### ***¿Qué complicaciones se pueden presentar?***

La mayoría de los pacientes tienen algún tipo de complicación tras el trasplante, a saber:

1. *El nuevo hígado no funciona.*
2. *Problemas quirúrgicos por ejemplo un sangrado.*

3. *Rechazo agudo*. El organismo reconoce como extraño al órgano y es atacado por el sistema inmunitario (las defensas). El rechazo es algo común y no significa que el paciente pueda perder el órgano. Sin embargo el rechazo crónico que suele aparecer más tardíamente es más difícil de tratar y puede ser debido al abandono de la medicación inmunosupresora.
4. *Infecciones*. En un porcentaje altísimo se curan con medicamentos.
5. *Reaparición de la enfermedad* que dañó el primer hígado. A veces es necesario un segundo trasplante.
6. *Cáncer*. Las personas trasplantadas tienen un riesgo más elevado de desarrollar algunos cánceres (piel y en menor frecuencia de la sangre).

### ***¿Qué tratamiento hay que seguir antes y después del trasplante?***

Un órgano trasplantado nunca es reconocido como propio por el organismo del paciente que lo recibe (Morales, Lorea, Salamero y Solé, 2003). Para evitar el rechazo el paciente ha de tomar durante toda la vida los medicamentos inmunosupresores. Sin embargo, la toma obligatoria disminuye las defensas del organismo y hace que haya mayor número de infecciones. La función principal de los inmunosupresores es disminuir las defensas para que estas no ataquen al nuevo órgano. Los principales inmunosupresores son los llamados anticalcineurínicos: ciclosporina y tacrolimus (más moderno que el anterior), micofenolato y prednisona, y fármacos más recientes: sirolimus y everolimus que no tienen toxicidad renal. Además se cuenta con los corticosteroides que se toman para evitar el rechazo agudo y que pueden suspenderse en algunos casos. El paciente no toma todos estos medicamentos, sino solo dos o tres de ellos. El tratamiento es especial para cada persona y cada momento. La dosis y el número inicial de estos medicamentos se van disminuyendo progresivamente hasta alcanzar una dosis mínima o de mantenimiento. La dosis y medicación que tome cada paciente dependen del peso, el tiempo desde la cirugía, del resultado de los análisis de sangre y de la cantidad (nivel) en la sangre de la medicación. Cualquier interrupción en el tratamiento inmunosupresor aun meses o años después del trasplante, excepto en casos muy raros, desencadenan un rechazo de difícil control. Estos medicamentos inmunosupresores favorecen la aparición de infecciones y otras complicaciones, tales como aumento de la tensión arterial, aumento del azúcar (diabetes) y del colesterol en la sangre. El médico en estos casos aconsejará medicamentos para tratarlas. Existen pocas investigaciones que traten de averiguar la influencia del tipo de la medicación inmunosupresora sobre la calidad de vida de los TH. En un estudio los trasplantados tratados con ciclosporina desarrollaron una mejor calidad de vida comparados con aquellos tratados con tacrolimus (Braun, Teres, Wilms et al., 2009).

La supervivencia del paciente después del año del trasplante hepático está limitada principalmente por la recidiva de la enfermedad por la que se realizó el

trasplante, especialmente la recidiva de la cirrosis por el virus C, por la aparición de cánceres y por las enfermedades de corazón o de los vasos sanguíneos (accidentes cerebrovasculares, infartos).

Los trasplantados han de seguir una serie de recomendaciones, entre las que se encuentran:

- El estilo de vida (ejercicio físico moderado y una dieta equilibrada) puede ayudar a reducir las complicaciones, así como evitar el sobrepeso y el consumo de tabaco y alcohol.
- No olvidar tomar la medicación para evitar el rechazo (inmunosupresores).
- No tomar ningún medicamento sin orientación médica. El hígado es un órgano muy expuesto a sufrir toxicidad por medicamentos.
- Acudir a todas las citas médicas periódicas de revisión.
- No olvidar mencionar siempre que se acuda a una consulta médica que es un trasplantado de hígado y todas las medicinas que está tomando.
- Se recomienda invalidez permanente si los síntomas incapacitan al enfermo para realizar las tareas fundamentales de su profesión.
- Demandar apoyo psicológico. Las asociaciones de pacientes o de padres de enfermos constituyen una ayuda inestimable.

Los resultados del trasplante hepático han mejorado de modo muy notable durante los últimos 20 años. Actualmente más del 85% de los pacientes que se trasplantan de hígado están vivos al año de operación. Se prevé que de los pacientes trasplantados durante los años 2000 y 2002 la mitad estarán vivos 18 años después (Planas y Salmerón, 2007).

#### **1.1.4.2 Trasplantados renales**

La función principal del riñón es la de eliminar los productos de desecho del organismo, y equilibrar el contenido de agua produciendo la orina. También realizan otras funciones no menos importantes como compensar los niveles de ciertas sustancias químicas que circulan en la sangre, la de eliminar el exceso de ácido del organismo, la de producir la vitamina D que sirve para mantener sanos los huesos, la de controlar la tensión arterial, y la de producir hormonas que intervienen en la formación de glóbulos rojos, responsables de transportar el oxígeno a todo el cuerpo.

Cuando los riñones dejan de funcionar, los productos de desecho se acumulan en la sangre, y el paciente empezará a sentirse mal, con síntomas tales como náuseas y vómitos, pérdida de apetito y alteraciones del sueño. También se pueden presentar hinchazón de manos y tobillos por el acúmulo de líquidos en el organismo, cansancio, debilidad y somnolencia debido a la anemia al no producirse los suficientes glóbulos rojos, picor en la piel por acumulación de productos tóxicos de desecho, etc... Los síntomas con los que se presenta la enfermedad varían de un paciente a otro. Incluso puede haber pacientes que no presentan sintomatología alguna hasta que no necesitan realmente el tratamiento sustitutivo. Cuando un paciente ha sido diagnosticado de insuficiencia renal crónica significa que sus riñones han dejado de realizar sus funciones, y que en adelante necesitará un tratamiento que sustituya la función renal para continuar viviendo (Crespo, Casas y Contreras, 2008).

Las modalidades de tratamiento existentes para la insuficiencia renal crónica son la hemodiálisis, la diálisis peritoneal, y el trasplante renal. La hemodiálisis y la diálisis peritoneal son las modalidades de tratamiento más frecuente, son igualmente efectivas y consiguen sustituir a los riñones enfermos en la eliminación de productos tóxicos de desecho y exceso de agua del organismo. El enfermo podrá optar por una modalidad u otra en función de la mejor que se adapte a sus necesidades o preferencias, si no tiene contraindicación para alguna de ellas siempre informado por su nefrólogo y enfermera de nefrología.

A continuación se describen brevemente en qué consisten las técnicas de tratamiento alternativas al trasplante renal:

A) La **hemodiálisis** Para este tipo de diálisis se necesita un monitor de hemodiálisis o riñón artificial y un acceso vascular que permita, a través del catéter o aguja, extraer la sangre para hacerla pasar por un filtro (dializador), situado en el riñón artificial, y devolverla una vez "depurada o limpia".

La hemodiálisis es una técnica que se realiza en centros sanitarios, aunque también se puede desarrollar en el domicilio del paciente, en cuyo caso un familiar debe pasar por un periodo de entrenamiento en el hospital para poder desarrollar la técnica en el domicilio con seguridad. Su frecuencia suele ser de tres veces por semana, durante cuatro horas, en días alternos descansando los domingos.

B) En cuanto a la **diálisis peritoneal** es una técnica que se realiza de forma continua y diaria, lo que proporciona algunas ventajas sobre la hemodiálisis, en aspectos tales como la alimentación o la autonomía personal. A diferencia de la hemodiálisis, la membrana que se utiliza como filtro no es artificial, sino que los nefrólogos se sirven de una membrana natural denominada peritoneo. Esta membrana se encuentra recubriendo todas las vísceras y paredes del abdomen, formando lo que se denomina cavidad peritoneal. A la secuencia de infusión

(introducción en cavidad peritoneal de líquido de diálisis), permanencia del líquido y drenaje (vacío del líquido de la cavidad), se denomina intercambio de diálisis peritoneal. La diálisis peritoneal es una técnica relativamente sencilla de llevar a cabo y por esto está pensada para su uso en el domicilio del paciente. Por ello, los pacientes que opten por este tipo de diálisis deben pasar por un periodo de entrenamiento.

C) En el **trasplante renal** que consiste en la implantación quirúrgica de un riñón sano proveniente de un donante, también existe la posibilidad de recibir un riñón de donante vivo. En este caso el donante debe ser un familiar que deberá someterse a varias pruebas para garantizar la compatibilidad del órgano del donante con el organismo del receptor. Durante este tiempo, el paciente permanecerá en tratamiento con diálisis.

El riñón trasplantado puede no funcionar inmediatamente tras su implantación. Es relativamente frecuente que los pacientes trasplantados deban seguir dializándose durante un tiempo tras la intervención. Tras la implantación del riñón donado, y como en los otros trasplantes de órganos sólidos, existe el riesgo de que el organismo lo rechace. Para evitar el rechazo será necesario tomar, estrictamente, la medicación todos los días.

El trasplante renal puede tener los siguientes problemas físicos provocados por la medicación inmunosupresora: La piel es más sensible, pueden aparecer úlceras en la boca y lesiones en la lengua, molestias de estómago, estreñimiento; problemas en la vista; problemas en dientes y encías; osteoporosis.

Siguiendo a Cofán Puyol (2006) las recomendaciones tras el trasplante renal serían las siguientes:

- Evitar el abandono del tratamiento inmunosupresor.
- La hipertensión arterial, la elevación del colesterol o triglicéridos, la diabetes mellitus y la obesidad pueden ser evitados o disminuir sus consecuencias negativas llevando una dieta equilibrada y variada.
- Después del trasplante, el paciente ha de seguir controles en el hospital a cargo del nefrólogo. En los análisis de sangre se evalúan muchos parámetros pero uno muy importante es la cifra de creatinina y los niveles de los fármacos inmunosupresores.
- Controlar en casa periódicamente la tensión arterial y el peso, así como la temperatura corporal.

- Estilo de vida: no fumar ni tomar alcohol y evitar contacto con animales de compañía, ambientes contaminados y evitar pesos sobre todo en los tres primeros meses tras el trasplante.

En ocasiones pueden aparecer complicaciones clínicas después del trasplante que hagan que el paciente no se sienta bien y esté desanimado. El estado de ánimo depresivo puede verse también favorecido con la toma de corticoides (prednisona), causantes de estados de euforia y de depresión. A medida que vaya pasando el tiempo, el trasplantado renal, irá adquiriendo más confianza con su nueva situación e irá perdiendo este miedo (Escobar, Guerrero, Quintas y Salvador, 2005).

En el momento actual es posible conseguir al final del primer año una supervivencia del paciente superior al 95%. La duración de un trasplante puede variar, ya que depende de muchos factores.

#### **1.1.4.3. Trasplantados pulmonares**

En el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica en A Coruña celebrado el 28 de junio de 2010 se llegaron a las siguientes conclusiones:

- En 2009 el número de trasplantes pulmonares realizados en España aumentó un 12,8%.
- Se realizaron un total de 219 trasplantes, 25 más que en 2008, y 126 fueron trasplantes bipulmonares.
- El 83% de los pacientes que sobreviven lleva una vida normal y sin limitaciones al cabo de un año.

La cirugía torácica ha sufrido una importante transformación en los últimos años que se traduce en el incremento del número de trasplantes de pulmón por un lado, y en la consolidación de la cirugía torácica videoasistida (VATS) como técnica de referencia, por otro lado: se seccionan menos músculos, el corte es más estético y, lo más importante, es que al no separar costillas es menos dolorosa, facilita la colaboración del paciente en el postoperatorio, enseguida se le moviliza y es posible enviarlo a su domicilio habitualmente entre el primer y cuarto día.

La fibrosis quística constituye la indicación más frecuente para el trasplante pulmonar en niños, representando casi la mitad de los casos. En la práctica las indicaciones del trasplante pulmonar se resumen en unas cuantas entidades: enfisema, fibrosis quística, fibrosis pulmonar e hipertensión pulmonar, siendo el resto de indicaciones escasas o anecdóticas (Santos Luna, Montero, Vaquero et al., 2010).

Antes de proponer la alternativa terapéutica del trasplante deben tenerse en cuenta el pronóstico a corto plazo del paciente, su calidad de vida y el fracaso del tratamiento convencional. Teóricamente cualquier paciente con enfermedad respiratoria terminal podría ser candidato a trasplante pulmonar, pero en la práctica este tratamiento está sujeto a importantes limitaciones por su elevada mortalidad intrínseca, tanto inmediata, como a largo plazo. Los candidatos habrán de estar libres de contraindicaciones y comorbilidades significativas y reunir las condiciones adecuadas para poder soportar el tratamiento con las suficientes garantías de éxito. El trasplante habrá de plantearse cuando el paciente se encuentre en un punto evolutivo de su enfermedad en el cual el pronóstico vital se ve gravemente comprometido, con expectativas de supervivencia inferiores a las ofertadas por el trasplante (pronóstico de supervivencia que no excede los 3 años). Los candidatos generalmente han de tener una edad concreta: igual o inferior a 55 años para candidatos a trasplante cardiopulmonar; 60 años para candidatos a trasplante bipulmonar y 65 años para los candidatos a trasplante unipulmonar. No obstante, pese al deterioro clínico y funcional, ha de conservar un estado general, nutricional y psicológico, que le permita soportar el tiempo de espera, la cirugía del trasplante pulmonar y el curso postoperatorio así como la adherencia a los tratamientos con suficientes garantías de éxito. Se pueden considerar como no aptos a trasplante pulmonar aquellos candidatos con: diversas disfunciones médicas (renal, coronaria, hepática y etc.) y además falta de apoyo familiar; enfermedad psiquiátrica importante, antecedentes de no adherencia al tratamiento, dependencia de las drogas o el alcohol; fumadores activos o con antecedentes de fumar en los 3-6 meses previos; malnutrición importante o marcada obesidad y por último incapacidad para andar con pobre capacidad de recuperación (Espinosa, Rodil, Goikoetxea et al., 2006).

Existen 4 tipos de procedimiento de trasplante:

1. *Trasplante unipulmonar*: Está indicado en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y fibrosis pulmonar. Generalmente se extrae el pulmón más dañado. Las ventajas son la sencillez de la intervención y su corta duración. Sin embargo la supervivencia a medio y largo plazo es ligeramente inferior al trasplante bi-pulmonar.
2. *Trasplante bilateral secuencial*: Está indicado en pacientes con hipertensión pulmonar severa o infección reciente, pacientes con bronquiectasias y/o fibrosis quística. También es mejor opción en pacientes jóvenes con enfisema o fibrosis pulmonar. La principal ventaja de esta intervención es una mayor supervivencia a los 5 años.
3. *Trasplante cardiopulmonar* La indicación más clara es el fallo severo concomitante de ambos órganos.
4. *Trasplante pulmonar de donante vivo*: Se realiza casi exclusivamente en pacientes con fibrosis quística.

El paciente trasplantado requiere la toma de medicación inmunosupresora de por vida, que condiciona un riesgo elevado de infecciones, tumores y complicaciones metabólicas diversas. Analizamos las principales complicaciones del paciente trasplantado:

Entre las complicaciones inmediatas se encuentran:

- *Fallo agudo* (10-15%).
- *Rechazo agudo* (55-75%) Se trata de una de las complicaciones más frecuentes y predispone al rechazo crónico o BOS (Síndrome de Bronquiolitis Obliterante).
- *Infecciones*. Representan la principal causa de muerte en el posoperatorio precoz y son una de las causas más importantes de morbimortalidad a lo largo del período postoperatorio. La inmunosupresión junto con la exposición crónica al ambiente exterior del pulmón nativo son las causas principales de que el pulmón sea el órgano implantado que presenta mayor frecuencia de infecciones.
- *Otras complicaciones no infecciosas*. Aumento de la incidencia de neoplasias pulmonares; efectos secundarios derivados del tratamiento inmunosupresor: hipertensión arterial, diabetes mellitus e insuficiencia renal; aumento de vello, aumento de colesterol o triglicéridos, inflamación de las encías, nerviosismo, cefalea, osteoporosis, etc.
- *Rechazo crónico o Bronquiolitis Obliterante (BOS)*. Es la complicación postrasplante más frecuente durante los primeros dos años que causa más del 30% de las muertes postrasplante el tercer año (Boehler y Estenne, 2003 citado en Espinosa et al., 2006). La BOS se define como obstrucción del flujo aéreo, medida como una disminución del FEV1, mayor del 10% no atribuible a rechazo agudo, infección u obstrucción mecánica. La sintomatología consiste en disnea de esfuerzo, tos no productiva, sibilancias y/o febrícula. El manejo actual consiste en la intensificación del régimen inmunosupresor a pesar de éste que suele ser ineficaz.

Los fármacos inmunosupresores que se utilizan son: Sandimmun, Imurel, Prograf, Cell Cept, Prednisona...unos pacientes toman una medicación y otros otra por diferentes motivos. Otros medicamentos que también pueden ser necesarios son los aerosoles, vitaminas, antihipertensivos, calcio.

Según Morales, Lorea, Salamero y Solé, (2003) los consejos para el trasplantado pulmonar son:

- Los controles médicos periódicos (los más habituales: niveles de medicación inmunosupresora, análisis generales de sangre y función renal y hepática, detección de virus o de otros gérmenes, pruebas

respiratoria y radiografías) son imprescindibles para controlar un posible rechazo del órgano trasplantado y para descubrir posibles infecciones.

- El paciente trasplantado debe aprender a efectuar una respiración normal llevando a cabo ejercicios que a su vez ayudan a realizar un entrenamiento a la tos que posibilitará el eliminar secreciones bronquiales si se producen.
- Otros consejos son: evitar infecciones; llevar una dieta equilibrada, evitar el consumo del tabaco y el consumo de alcohol ha de ser solo ocasional. Valorar el tipo de trabajo y la capacidad para llevarlo a cabo así como el apoyo familiar.

## **1.2. Calidad de vida y trasplantes**

A continuación se expone una revisión de las investigaciones más relevantes en el ámbito de la CVRS, considerando los tres grupos de trasplantados que han participado en el presente estudio. La revisión es más exhaustiva en el caso de los trasplantados con injerto hepático ya que, de los tres, es el grupo que ha participado en mayor medida. Esta revisión, enfocada directamente sobre calidad de vida, también proporciona información sobre otras características evaluadas en esta investigación y que se expondrá de forma más sistemática en el siguiente apartado.

### **1.2.1. Definición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud**

La evaluación de la calidad de vida ha despertado desde hace 20 años un gran interés en diferentes ámbitos de la clínica, y a los médicos relacionados con enfermos crónicos y más concretamente los pacientes portadores de un trasplante (Ortega y Rebollo, 2004).

Durante la década de los 90 se desarrolló un nuevo concepto: la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que según la OMS se definiría como “la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Se trata de un concepto multidimensional que incluye la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno, las creencias religiosas. Por tanto la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) debe considerarse en el marco de una relación compleja con múltiples interacciones dinámicas entre elementos personales y ambientales que no se deriva del estado de salud de las personas (OMS, 1992, 1993).

Un ejemplo se observa en el fenómeno denominado la “paradoja de la discapacidad”. Básicamente consistiría en que algunos pacientes que claramente padecen estados de salud graves no tienen necesariamente puntuaciones de CVRS equiparables a su estado de salud, valorando su estado de salud de forma más positiva que la población general. En una investigación norteamericana intentaron encontrar explicación a porque hay personas que con discapacidades informaban tener una buena calidad de vida. El 54.3% de personas con discapacidades entre moderadas y severas informaron gozar de una excelente o buena calidad de vida. Esto se debe a que la calidad de vida depende de encontrar un balance entre cuerpo, mente y espíritu en uno mismo y establecer y mantener unas relaciones armoniosas entre la persona y su contexto social (Albrecht y Devlieger, 1999).

El constructo de CVRS puede ser evaluado a través de instrumentos genéricos (en el presente estudio a través del SF-36) ya que evalúan de forma general los aspectos relacionados con las dimensiones que definen la CVRS y a través de cuestionarios específicos, diseñados para medir la CVRS para un estado de salud concreto (por ejemplo el LDQOL para medir la CVRS en los trasplantados de hígado).

Las razones para estudiar la CVRS se resumen en las siguientes (Ortega y Rebollo, 2004): 1) la determinación de la eficacia de la intervención médica, 2) la mejora en la toma de decisiones clínicas, 3) la valoración de la calidad de los cuidados médicos, 4) la estimación de las necesidades de la población y 5) la comprensión de las causas y consecuencias de las diferencias en salud.

### 1.2.2. Investigaciones relacionadas con la calidad de vida de los trasplantados

Los resultados de las diferentes investigaciones parecen indicar que el trasplante de órganos mejora en general la calidad de vida de los pacientes pero siempre existen excepciones. La CVRS de los trasplantados mejora tras la intervención pero no alcanza los niveles de la población general. La calidad de vida de cada tipo de órgano trasplantado, puede decirse que está asociada con unas variables en concreto. En la obra de Ortega y Rebollo (2006), se exponen las conclusiones de los últimos estudios llevados a cabo por la comunidad científica en materia de CVRS entre los trasplantados, realizados por una amplia red de profesionales relacionados con este ámbito, tanto médicos como psicólogos a nivel nacional.

En términos teóricos, el **modelo biopsicosocial** es actualmente el modelo de salud y enfermedad vigente del que se deriva la necesidad de realizar un abordaje terapéutico de los síntomas físicos, del estado emocional y social (Canales y Casanovas, 2009). Sin embargo las investigaciones no han demostrado qué es primero, el síntoma que influye en la calidad de vida o la calidad de vida que influye en la percepción del síntoma. Hay estudios que se basan en el modelo

conceptual de Wilson y Cleary (1995) que consideran que probablemente los síntomas sean la causa de una CVRS más pobre pero no es así en todos los casos. (Ver Figura 1).

**Figura 1.** Modelo conceptual de Wilson y Cleary (1995)



Podemos decir que hay una relación entre los síntomas de una enfermedad y el estado psicológico, social y físico de la persona que a su vez influye en la percepción general de su salud y esto último se relaciona con la calidad de vida. La relación entre estos factores es bidireccional. Una buena CVRS se establecería como un factor de buen pronóstico de cara al tratamiento y a la recuperación posterior al trasplante hepático. A continuación pasamos a revisar los estudios sobre CVRS en trasplantados hepáticos, renales y pulmonares.

### 1.2.2.1. CVRS y trasplante hepático

La pretensión en este apartado es la de realizar una revisión exhaustiva de los últimos resultados y conclusiones obtenidos a través de diferentes estudios publicados tanto dentro como fuera del territorio español. En algunas ocasiones las conclusiones llegan ser, si no contradictorias, sí ambiguas. Esto se debe principalmente a las características metodológicas que presentan los estudios. Una de las cuestiones que se debate son los efectos del TH en los aspectos físicos

y psicológicos de la CVRS, de forma que en el estudio de revisión realizado por Bravata, Olkin, Barnato et al. (1999), los autores llegaron a la conclusión de que el injerto de hígado mejoraba significativamente la salud física, el funcionamiento social y sexual, el estatus funcional, la CVRS general, pero no el funcionamiento psicológico de los TH. Sin embargo en un estudio de revisión más reciente, Ortega y Rebollo (2004) sugieren que si bien la intervención quirúrgica prolonga la vida, sus efectos a largo plazo, sobre todo en la esfera cognitiva y en la psicológica, no han sido bien estudiados.

Dada la complejidad de resultados obtenidos en CVRS en TH, los estudios los hemos agrupado en varios apartados. En primer lugar, siguiendo el modelo biopsicosocial, vamos a tratar de exponer estudios que ponen el acento en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en sus tres vertientes por separado: estudios que investigan la salud mental y los recursos psicológicos para afrontar la enfermedad, investigaciones que analizan la calidad de vida a nivel físico, y por último y menos numerosos aquellos estudios que enfatizan la importancia del apoyo social en la calidad de vida. Posteriormente, describiremos otros estudios relevantes de la CVRS en TH y relacionados con: la importancia del cumplimiento terapéutico, los estudios que comparan la CVRS antes y después del TH, la CVRS de las personas TH tras un periodo de tiempo prolongado, los estudios de comparación con personas sanas, las diferencias de género (sexualidad) y el papel de las causas del TH (hepatocarcinoma y VHC).

### ***a) Estudios que enfatizan las variables a nivel psicológico en la CVRS***

Un resultado que es frecuente encontrar en la literatura es el menor beneficio encontrado tras la intervención quirúrgica en los TH en los aspectos psicológicos de la calidad de vida. Una excepción se encontraría en el estudio de O´Carrol, Couston, Cossar et al. (2003), recogido por Ortega y Rebollo (2006). En el estudio se analizaron prospectivamente a 164 pacientes que recibieron un injerto hepático. Los enfermos presentaban con frecuencia pérdida de memoria, bradipsiquia, ansiedad y depresión. La mejoría al año del trasplante en casi todos los dominios fue evidente y estadísticamente significativa, respecto a los sujetos sanos y a los no candidatos a trasplante, y no guardó relación con la gravedad de la enfermedad hepática subyacente, aunque sí la tuvo con los niveles de ansiedad y neuroticismo previos. La respuesta positiva se mantuvo hasta los tres años.

En su estudio de revisión, Telles-Correia, Barbosa, Barroso y Monteiro (2006), concluyen que la CVRS está determinada por muchos factores: estado neuropsiquiátrico, apoyo social y psicológico, planificación, dieta y cumplimiento. Los investigadores detallan la alta frecuencia de los trastornos psicológicos entre esta población (depresión 30%, ansiedad 26%, delirium 30%, trastorno por estrés postraumático 6,4%, psicosis 7.5%, recaída al alcoholismo 29%). Por tanto, no es de extrañar que la salud psicológica afecte la calidad de vida de los TH.

Son escasos los estudios donde ha habido un interés particular por la **evaluación de variables psicológicas** determinantes de la CVRS de los TH. Un ejemplo lo encontramos en el estudio de Telles-Correia, Barbosa, Mega et al. (2009). Los investigadores encontraron que la calidad de vida física y psicológica tras 6 meses del TH estaba determinada por las características pretrasplante. Concretamente, la calidad de vida física postrasplante se encontraba determinada por la calidad de vida física pretrasplante y por las estrategias de afrontamiento. Por otro lado, la calidad de vida psicológica postrasplante podía ser explicada por la depresión pretrasplante y el diagnóstico médico de los pacientes. Por tanto las variables psicológicas también juegan un papel importante en la predicción de la CVRS de los TH.

La personalidad parece no ser un factor psicosocial importante que explique la CVRS tras el TH en la investigación de Telles-Correia et al. (2009) a pesar de incluirla en sus análisis. A pesar de ello estos autores realizaron posteriormente una revisión íntegramente dedicada al tema de personalidad y trasplantes (Telles-Correia, Barbosa y Mega, 2010). El único estudio que considera la personalidad como una variable importante junto con las estrategias de afrontamiento para explicar la CVRS de los TH es el de Zhang, Huang, Wen et al. (2005). Profundizaremos en los resultados relacionados con personalidad y afrontamiento en el apartado 1.3. de Psicología y Trasplantes.

En una investigación, el 83% de los 48 pacientes TH que conformaban la muestra del estudio indicaron que estaban muy satisfechos con su calidad de vida (Crossen, Keeffe, Benner et al., 1994). Igualmente, otro grupo de investigadores concluyen que los trastornos psicológicos son infrecuentes tras el TH y la calidad de vida llega a niveles normales rápidamente, aunque se necesitan más análisis de seguimiento para saber el impacto sobre la CVRS (Caccamo, Azara, Doglia et al., 2001).

Resultados similares se alcanzaron en un estudio más reciente donde se observa una mejora significativa de la calidad de vida (capacidad funcional, dominio físico y social, estatus de salud total) a través del SF-36 en una muestra de 30 TH (Santos-Junior, Miyazaki, Domingos et al., 2008). Sin embargo, se detectaron síntomas depresivos significativos tanto antes como después del TH, correlacionando con una calidad de vida desfavorable en los casos de pacientes con depresión. Estos autores concluyen que los síntomas depresivos, las condiciones clínicas no favorables (recurrencia viral) y características psicosociales (no trabajar) son factores de vulnerabilidad para desarrollar estrés mental y una pobre calidad de vida.

A la vista de las conclusiones, puede deducirse que la evaluación psicológica e intervención psicoterapéutica, durante todo el proceso del trasplante, son necesarias para el tratamiento sobre todo de los trastornos de

ansiedad y trastornos emocionales a pesar de las mejoras en calidad de vida autoinformadas por los propios pacientes tras el trasplante. En este punto resulta conveniente citar varios estudios recientes donde investigan o teorizan sobre la relevancia de la **intervención psicológica** en los trasplantados y concretamente en los TH (Nickel, Egle, Wunsch et al., 2002; Sharif, Mohebbi, Tabatabaee et al., 2005; Morana, 2009; Rojas, Krauskopf, Umaña y Erazo, 2010).

En conclusión, se demuestran claras mejoras en CVRS mental tras el TH, concretamente en los niveles de depresión y ansiedad y relaciones significativas entre la CVRS física y mental. La mejora en síntomas de ansiedad y depresión fue mayor en aquellos TH con síntomas previos al trasplante más severos. La mejora en depresión tras TH es significativa pero la magnitud de mejora no se mantiene en el tiempo, sugiriéndose una posible recaída en los síntomas (Russell, Feurer, Wisawatapnimit et al., 2008).

### ***b) Estudios que enfatizan las variables a nivel físico en la CVRS***

Una investigación retrospectiva y transversal con más de 10 años de seguimiento y realizada con 120 TH, concluía que los problemas con mayor frecuencia experimentados (el 26% de la muestra) eran el dolor corporal y las dificultades en realizar actividades regulares debido a enfermedades físicas. El injerto de un hígado supone limitaciones en el funcionamiento físico, sin embargo en la salud mental y funcionamiento social los trasplantados se encontraban en una situación semejante a los sujetos sanos (Hellgren, Berglund, Gunnarson, Hansson, Norberg, Bäckman et al., 1998).

La fatiga es un síntoma común entre los TH según diversas investigaciones, llegando a porcentajes del 66% de pacientes que experimentan fatiga y del 44% que están severamente fatigados (Aadahl, Hansen, Kirkegaard y Groenvold, 2002; van der Plas, Hansen, de Boer et al., 2003; Van Den Berg-Emons, van Ginneken, Wijffels et al., 2006; van Ginneken, van den Berg-Emons, van der Windt et al., 2009). Los trasplantados de hígado vivencian más fatiga física y tienen una actividad reducida más que fatiga mental o baja motivación. La edad, el género, las discapacidades experimentadas y la CVRS están correlacionados con la fatiga. La fatiga es un predictor significativo del funcionamiento diario en todos los dominios de la CVRS. La calidad de sueño, los niveles de ansiedad y la depresión estuvieron asociados con la severidad de la fatiga (Van Ginneken et al., 2009). El diagnóstico también supone un factor predictor de fatiga puesto que aquellos diagnosticados con una cirrosis alcohólica o criptogénica tenían significativamente peor función física y más fatiga que aquellos pacientes con otros diagnósticos (Aadahl et al., 2002). A pesar de que los TH tienen menos fatiga que los otros enfermos del hígado, dependiendo ésta del grado de severidad de la enfermedad (van der Plas et al., 2003), los trasplantados siguen experimentando fatiga en un seguimiento realizado de dos años, por lo que se trata de un problema importante

que debería ser objeto de intervención a través de programas dirigidos a la población TH (van Ginneken et al., 2009).

Dos variables que influyen en la calidad de vida física son la capacidad pulmonar y la obesidad según diferentes estudios publicados. La capacidad cardiorrespiratoria que está relacionada con la severidad de la fatiga y la calidad de vida (van Ginneken, Berbke, Van den Berg-Emons et al., 2007) y la prevalencia de obesidad (Zaydfudim, Feurer, Moore, Wisawatapnimit et al., 2009), están empeoradas en los TH. Sin embargo Barcelos, Dias, Forgianini y Monteiro (2008) observaron mejoras en la capacidad pulmonar, condición funcional y calidad de vida en su muestra de TH. Por otro lado, el grado de mejora en la calidad de vida física es mayor durante el primer año tras el TH entre los pacientes con un Índice de Masa Corporal normal comparados con los pacientes con sobrepeso y obesos (Zaydfudim et al., 2009). Estos resultados en conjunto, implican la conveniencia de desarrollar programas de rehabilitación en relación a parámetros como fatiga, capacidad pulmonar y mayor grasa corporal para trasplantados hepáticos.

Además, si los sujetos han sido trasplantados hace 4 o 5 años y han estado trabajando, es más probable en términos estadísticamente significativos que tengan una mejor función física y menos fatiga física que si han sido trasplantados hace 1 o 3 años y no hubieran trabajado previamente al TH (Aadahl et al., 2002). Son muchos los estudios que consideran el empleo como indicador de CVRS y concretamente de salud física en los trasplantados de hígado e incluso tratan de averiguar cuáles son los factores que influyen en la vuelta al trabajo (Hunt, Tart, Dowdy et al., 1996; Saab, Wiese, Ibrahim et al., 2007; Aberg, Rissanen, Sintonen et al., 2009). La vuelta al trabajo como índice de recuperación después del TH es muy importante en estudios realizados hace años en EEUU. Sin embargo, en nuestro entorno no se consideraría un tema primordial en la recuperación, en especial en los pacientes mayores de 50-60 años (hombres y mujeres) que se trasplantan en edades próximas a la jubilación (Casanovas y Jané, 2007).

Las complicaciones médicas postrasplante fueron consideradas en nuestra investigación incluyéndose en el cuestionario. En suma, cuantas más complicaciones médicas existan, tales como infección por VHC y encefalopatía, existirá peor calidad de vida (Ortega y Rebollo, 2006). Sin embargo, en otras variables se han observado resultados contradictorios en las diferentes investigaciones, no mostrando ninguna influencia significativa sobre la calidad de vida. Concretamente: tiempo desde el trasplante, gravedad de la enfermedad de base, recidiva de la enfermedad base, inmunosupresión, etilismo y otros como nivel educacional, tiempo de ingreso, sexo... (Freitas da Siveira, Olsen y Sesso, en Ortega y Rebollo, 2006).

### ***c) Apoyo social***

El tipo de apoyo social y familiar recibido y concretamente la salud mental de los cuidadores principales influyen en la CVRS de los trasplantados de hígado (Pérez, Martín, Gallego y Santamaria, 2000; Pérez, Martín, Asian y Pérez, 2004 y 2005b). En el apartado 1.3. de Psicología y Trasplantes, aportaremos los principales resultados obtenidos de diversas investigaciones en relación a la influencia que ejerce el apoyo social sobre el bienestar de los trasplantados.

A continuación, y tras haber expuesto los puntos relacionados con el modelo biopsicosocial, describiremos otros aspectos relevantes en relación a la CVRS de los TH: el cumplimiento terapéutico; la comparación de la CVRS antes y después del TH, CVRS tras un periodo prolongado de tiempo, comparación con un grupo control; las diferencias en función del género y la sexualidad; y las particularidades en las indicaciones para TH, es decir hepatocarcinoma y cirrosis por VHC.

### ***d) Cumplimiento terapéutico***

Un concepto importante para conseguir una CVRS aceptable es el **cumplimiento terapéutico**. Se define como el grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones del profesional de la salud. Se distingue de la adherencia al tratamiento que es un término más amplio ya que engloba a todas las personas implicadas en el proceso de enfermedad. Ambos conceptos se utilizan como sinónimos. Esta variable en cierto sentido explica en parte la CVRS puesto que si no existe un cumplimiento de los objetivos a seguir por el hepatólogo, la calidad de vida se deteriora e incluso peligra la supervivencia. Suele ser infrecuente (Garrido, Casas, Gómez et al., 2009), pero si se presenta puede tener serias consecuencias. A pesar de que no ha sido incluida en la tesis como variable a analizar, dedicaremos unas líneas para esbozar los principales resultados de investigaciones actuales.

Respecto a la pobre adherencia al tratamiento en los TH existen pocos estudios. Sin embargo recientemente han aparecido artículos donde se investigan las variables que influyen en la adherencia al tratamiento entre los TH (Rojas et al., 2010; Stillely, DiMartini, de Vera, Flynn, King, Sereika et al., 2010; Stillely, DiMartini, Tarter, de Vera, Sereika et al., 2010). Por otro lado, la recaída en la dependencia alcohólica supone un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento. Diferentes estudios en la actualidad se preocupan por investigar los efectos nocivos del consumo de alcohol y abuso de sustancias entre los TH (Dew, DiMartini, Steel et al., 2008; Varma, Webb, Mirza, 2010; DiMartini, Dew, Day et al., 2010).

Los factores de riesgo más importantes para la no adherencia serían los siguientes: coste de la medicación, edad inferior a 40 años, trastornos psiquiátricos, percepción de los efectos secundarios de la medicación, creencia de que la medicación es perjudicial y percepción de una influencia importante del TH sobre la vida del paciente (Drent, De Geest, Dobbels, 2009). Según DiMatteo, Lepper, Crotghan (2010) los pacientes depresivos tienen una probabilidad tres veces mayor que los no depresivos de no ser cumplidores. Estos autores mantienen que la alianza terapéutica médico-paciente y el reconocimiento de la depresión son claves para evitar la no adherencia.

En una investigación minuciosa e interesante, la primera de este tipo con muestra de TH, se incluyó una amplia variedad de posibles correlatos y predictores sociodemográficos, clínicos (factores relacionados con historia médica, historia psiquiátrica y trasplante) personales y ambientales de una adherencia temprana (Stilley, DiMartini, de Vera et al., 2010). Los resultados del estudio mostraron que la no adherencia fue prevalente entre los 152 pacientes (47% con las citas del médico, 73% con medicación). El afrontamiento de evitación, la falta de regulación afectiva (grado de afectividad negativa e irritabilidad) y el apoyo del cuidador, emergieron como predictores robustos de resultados de salud mentales y clínicos negativos.

En conclusión, muchos factores influyen en la adherencia terapéutica, entre ellas, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento prevalentes contribuyen a que los TH sean más cumplidores con su medicación (Telles Correia et al., 2009c y Stilley et al., 2010).

En general, y como es lo esperable, el trasplante del nuevo órgano aporta más años al receptor y más calidad. Pero ¿en qué grado aumenta la calidad de vida? ¿Y en qué aspectos de dicha calidad de vida aumenta tras el TH en comparación con la fase previa al mismo: en el ámbito físico, en el psicológico o posiblemente en el social? ¿Y concretamente en qué momento se producen estas mejoras? Estas dudas son las que tratan de resolver las investigaciones que a continuación se detallan.

### ***e) Comparación de la CVRS antes y después del TH***

Los estudios encontrados muestran en sus resultados que la calidad de vida física suele aumentar tras la operación, sin embargo en la salud mental no se observan diferencias significativas antes y después del trasplante. Posiblemente sea debido a las altas expectativas de los pacientes con el resultado puesto que cambian un estado de salud malo por otro semejante en el que han de seguir tomando medicación y cuidados especiales de por vida (Telles Correia, Barbosa, Mega, Mateus y Monteiro, 2009d), o probablemente sea debido al proceso de

ajuste psicológico o de adaptación a las dificultades físicas que sigue un proceso más o menos prolongado (Singer, Hopman, MacKenzie et al., 2000).

El estudio de Caccamo et al. (2001) ya citado anteriormente, realiza un seguimiento desde el periodo preoperatorio hasta el año tras el injerto. Mantienen que en el pretrasplante existen restricciones en todos los dominios de la CVRS y que tras el TH la calidad de vida aumenta, aunque se necesitan más estudios al respecto. Ratcliffe, Longworth, Young et al. (2002) compararon el periodo pretrasplante con el mes tras el TH observando que la única dimensión donde no se mostró una mejora significativa fue en el dolor corporal. Por otro lado, observaron una mejora significativa de todas las dimensiones medidas a través del SF-36 (con excepción del rol emocional y salud mental) al cabo del tiempo hasta un seguimiento de 24 meses. De manera semejante, Laba, Pszenny, Gutowska et al. (2008) en su muestra de TH observan diferencias significativas en la calidad de vida física, pero no en la calidad de vida mental. Mantienen que la vida social a menudo se ve perjudicada por las malas condiciones de salud antes del TH.

Burra, De Bona, Canova et al. (2005), rompiendo con la tendencia de resultados obtenidos por las anteriores investigaciones comentadas, concluyen que el TH mejora la calidad de vida (medida por el LEIPAD) y disminuye el distrés psicológico (medido por el BSI, forma abreviada del SCL-90-R) en muchos trasplantados. Sin embargo, distinguen entre los trasplantados por hepatitis C y aquellos trasplantados por enfermedad del hígado debido al abuso de alcohol, puesto que los primeros experimentan peor CVRS en lista de espera, así como más distrés psicológico en los diferentes periodos de seguimiento, hasta un año tras el TH, en comparación con el otro grupo de trasplantados.

Un estudio español mantiene que las mayores diferencias son las encontradas entre los estadios pre y 3 meses postrasplante con menos bienestar en el estadio anterior al trasplante (Pérez, Martín, Pérez-Bernal, Maldonado, 2010b). No se encontraron diferencias significativas entre los 3, 6 y 12 meses tras el TH, manifestándose una tendencia temprana a la estabilización. Por tanto, el mantenimiento de la CVRS se manifiesta antes que según los resultados de otros estudios (De Bona, Ponton Ermani et al., 2000).

También nos encontramos con un estudio en que se compara la calidad de vida antes de la intervención y 6 meses después en enfermos con polineuropatía amiloide familiar (PAF) y pacientes con otras enfermedades crónicas del hígado. En los trasplantados con esta enfermedad particular, su calidad de vida no mejora significativamente en comparación con los otros grupos puesto que en el periodo pretrasplante se encuentran asintomáticos en comparación con otros candidatos que sufren otras patologías y en cuanto al área mental, tienen mayores

expectativas hacia el trasplante (Telles Correia, Cortez- Pinto, Barbosa et al., 2009e).

Son variados los factores que influyen en la CVRS. El estado de salud antes del trasplante (Saab, Ibrahim, Surti et al., 2008) así como la severidad de la cirrosis (medida a través del Child-Pugh) y la etiología de la enfermedad (Estraviz, Quintana, Valdivieso et al., 2007), tienen una influencia significativa sobre la calidad de vida tras el TH. Así la ascitis, la encefalopatía, el carcinoma hepatocelular, y la hepatitis viral antes del trasplante se relacionan negativamente con una serie de dimensiones del SF-36 tras el TH (Saab et al., 2008). Por otro lado, la investigación de Estraviz et al. (2007) muestra que los pacientes con Child C (supone una cirrosis más avanzada) y aquellos con cirrosis alcohólica o viral tienen una calidad de vida más pobre en el periodo pretrasplante, sin embargo tras la intervención no se observan diferencias porque aquellos con CVRS más pobre obtienen más ganancias.

Se recomienda la intervención psicológica en la lista de espera y en los 3 primeros meses tras el TH por la pobre salud mental (ansiedad, depresión y estrés por el miedo a lo desconocido) y por la baja adherencia al tratamiento que puede llevar al rechazo del órgano (Pérez et al., 2010b).

#### ***f) CVRS de las personas TH tras un periodo prolongado***

¿Y cómo es la CVRS de los TH tras un periodo de tiempo más o menos prolongado? La mayoría de las investigaciones llevan a cabo un seguimiento de los pacientes durante los primeros meses tras la intervención quirúrgica (Leyendecker, Bartholomew, Neuhaus et al., 1993; Caccamo et al., 2001; Burra et al., 2005; Casanovas y Jané, 2006b; Telles-Correia et al., 2009d; van-Ginneken, 2009; Ortega et al., 2009) o como mucho tras los primeros 2 a 5 años (Levy, Jennings, Abouljoud, Mulligan et al., 1995; De Bona et al., 2000; Ratcliffe et al., 2002; Bownik y Saab, 2009). Los menos, son estudios en los que se incluyen a TH desde hace 10 años (Lewis y Howdle, 2003; Burgos, Amador, Ballesteros, 2007) o más de 30 años (Desai, Jamieson, Gimson et al., 2008).

Los trasplantados de hígado alcanzan su máxima CVRS a los 3 meses tras la operación (Ortega et al., 2009; Pérez, Martín, Domínguez et al., 2010). Ortega et al. (2009) desglosan los resultados aportados por una muestra proveniente de 4 hospitales catalanes antes y 3 y 12 meses tras el TH del SF-36 y LDQOL. Los autores llegan a la conclusión de que todos los dominios muestran mejoras significativas en CVRS a los 3 meses tras el TH con solo ligeras mejoras a los 12 meses en el dominio físico puesto que en la salud mental las puntuaciones se mantienen sin cambios significativos, alcanzando niveles semejantes a la población general. Sin embargo, hay tres dimensiones que permanecen estancadas: "dolor corporal", "problemas emocionales" y "ansiedad depresión" (medida por el EQ-5D). Esto

puede ser debido a las altas expectativas que tienen los pacientes en cuanto al resultado del TH y a los efectos secundarios mismos de la medicación inmunosupresora que repercuten negativamente en su estado anímico, teniendo la percepción de que están cambiando un estado negativo de salud por otro (Pérez et al., 2010).

Levy et al. (1995), concluyen que la calidad de vida mejora al año, manteniéndose al *quinto año*. La autoimagen, la habilidad para funcionar y la percepción de salud mejoran significativamente. La interferencia de la salud en las actividades diarias disminuye conforme el TH es más remoto, aumentando la ocupación en el trabajo remunerado progresivamente, sobre todo en hombres.

De Bona, Ponton, Ermani et al. (2000) compararon en un estudio minucioso, la CVRS y el distres psicológico utilizando el LEIPAD y el BSI en 6 grupos postrasplante divididos en función del tiempo transcurrido desde el injerto desde los 0 hasta los 60 meses. Concretamente, a los 6 meses mejora la calidad de vida porque supone un renacimiento tras el TH, pero al 1-2 años empeora la CVRS y el distrés psicológico posiblemente por la dificultad para integrarse a la nueva condición (medicación, complicaciones médicas...). La CVRS aumenta y el distrés psicológico disminuye a los *3-5 años* tras el TH cuando han alcanzado una estabilidad psicoemocional nueva (Levy, Jennings, Abouljoud et al., 1995). El conocimiento del VHC recurrente representa una causa central de distres psicológico más que el empeoramiento físico *per se* (De Bona et al., 2000). Estos investigadores concluyen que el TH mejora el distrés psicológico y muchos, pero no todos los dominios de calidad de vida en comparación con los pacientes cirróticos en lista de espera. A conclusiones similares llegan Sainz-Barriga, Baccarani, Scudeller et al. (2005) utilizando una metodología semejante. La calidad de vida mejoró significativamente a través del tiempo excepto en el dominio familiar a pesar de las rehospitalizaciones (LoBiondo-Wood, Williams, Wood et al., 1997) y las quejas físicas (Leyendecker et al., 1993).

Sin embargo, Lewis y Howdle (2003), concluyen según su investigación que los pacientes con *más de 10 años* desde el TH tienen disfunciones cognitivas significativas y una calidad de vida pobre; aunque se necesitan más estudios al respecto, puesto que la muestra utilizada (12 sujetos) era bastante reducida.

En los estudios más actuales, los resultados son más optimistas (Desai, Jamieson, Gimson et al., 2008; Mattarozzi, Cretella, Guarino, Stracciari, 2012). Los pacientes con TH desde *hace 10 años* o más, generalmente tienen una buena calidad de vida, con parámetros de salud normales aunque el funcionamiento físico es reducido. Factores asociados a este funcionamiento físico reducido son edad superior a 50 años en el trasplante, el género femenino, la recurrencia de la enfermedad y los problemas postrasplante como la osteoporosis (Desai et al., 2008). Otro grupo de investigadores comparan la evaluación cognitiva realizada

en un estudio previo a pacientes TH tras 6 y 18 meses después de la cirugía con una evaluación posterior transcurridos de *7 a 10 años* (Mattarozzi et al., 2012). Las mejoras obtenidas en los primeros 2 años tras el trasplante permanecen estables al cabo del tiempo especialmente para la atención visoespacial y atención selectiva. Los resultados también sugieren una mejora en las funciones cognitivas supramodales tales como la planificación espacial. A pesar del riesgo de la cirugía, la neurotoxicidad de la terapia inmunosupresora y los efectos de la edad y comorbilidades asociadas, los datos indican que el TH es capaz de mejorar significativamente las funciones cognitivas a largo plazo.

Burgos, Amador y Ballesteros de Valderrama (2007) compararon el estatus funcional, la presencia y gravedad de síntomas y el funcionamiento social y psicológico utilizando una entrevista semiestructurada de grupos de TH divididos en función del tiempo desde el trasplante: 0-2 años, 3-6 años y *7-15 años*, concluyendo que la calidad de vida mejora marcadamente tanto en el aspecto psicológico como en el físico. También se encontró que la calidad de vida estuvo relacionada de forma importante con la independencia y reintegración psicosocial. El estatus funcional mejora independientemente del paso del tiempo. Se concluye por tanto que el TH mejora la calidad de vida en los últimos 15 años a pesar de que haya excepciones y ciertas dificultades añadidas (pérdida de amistades, reincorporación al trabajo).

Señalar por último que la proporción de pacientes con enfermedad del hígado terminal es cada vez mayor a causa del aumento de la edad en la población. Se caracterizan por tener muchos síntomas físicos y psicosociales que afectan negativamente su calidad de vida (Sanchez, Talwalkar, 2006).

#### ***g) Comparación con un grupo control de personas sanas***

La CVRS de los TH mejora significativamente en comparación con el periodo postrasplante, sin embargo el estado de salud es inferior al de la población general (Ratcliffe et al., 2002; Estraviz, Quintana, Valdivieso et al., 2007; Braun, Teren, Wilms et al., 2009). A los 6 meses tras el TH, muchos dominios permanecen bajos en comparación con la población general, excepto en ciertas áreas mentales que aumentan (Estraviz et al., 2007). Hellgren et al. (1998) informaban que los pacientes de su muestra de TH, tras la intervención, se encontraban muchos años limitados en su salud física en comparación con los sujetos sanos, aunque podían poseer el mismo funcionamiento social y salud mental. Los pacientes TH hace más de 10 años puntuaron significativamente más bajo en medidas de CVRS que los controles sanos, pero no hubieron diferencias en los niveles de ansiedad y depresión. Los pacientes además puntuaron significativamente más bajo que los controles a través de una amplia variedad de funciones cognitivas, sugiriendo un empeoramiento cognitivo global (Lewis y Howdle, 2003).

La CVRS es satisfactoria pero de un nivel más bajo que la población general. Los resultados sin embargo deben ser interpretados con cautela puesto que las mejoras en calidad de vida pueden ser sobreestimadas (exclusión de pacientes muy enfermos o fallecidos, estudios demasiado cortos en seguimiento y metodología deficiente). Parece que las mujeres experimentan una peor CVRS que los hombres pero se necesitan más estudios a largo plazo (Drent et al., 2009).

Las especialistas españolas en trasplante hepático (Casanovas y Jané, 2006b) llevaron a cabo una revisión en la que muestran que la reintegración a la vida normal tras el TH no se produce inmediatamente después de la intervención quirúrgica sino que es un proceso lento (físico y mental) en el cual los pacientes deberán superar gradualmente tres etapas:

- 1ª fase: recuperación fisiológica. De las constantes vitales y del nivel de conciencia. Necesidad de adherencia a los tratamientos inmunosupresores. Controles clínicos y analíticos frecuentes.
- 2ª fase: sensación de salud y bienestar. El paciente se traslada a su casa.
- 3ª fase: actividad social. Puede asumir el rol que desarrollaba en la familia previamente a la enfermedad, realizar actividades extrafamiliares, laborales, etc

En general, aunque un porcentaje de trasplantados no recuperan los niveles de calidad de vida según las normas poblacionales por edad y sexo, su percepción de la propia salud es excelente. La recuperación después del TH depende principalmente del estado de salud basal, edad y sexo, enfermedad hepática de base y co-morbilidad, relaciones personales, entorno familiar y cultural, recuerdos y personalidad. Los factores determinantes de la calidad de vida percibida no esenciales, dependen de cada persona, pueden variar con el tiempo y circunstancias personales (Casanovas y Jané, 2006b).

#### ***h) Diferencias de género y sexualidad***

Otro aspecto interesante son las diferencias observadas en CVRS entre hombres y mujeres. Casanovas (2007b) cita un estudio elaborado en la Unidad de Trasplante Hepático de Bellvitge del año 1987 donde se demostraba que la calidad de vida de las mujeres trasplantadas en igualdad de circunstancias era peor que la de los hombres y se observaba que después del trasplante hepático, la calidad de vida mejoraba mucho a los 3 meses del trasplante pero que después se iba deteriorando. Este empeoramiento se interpreta que ocurría a causa de que las mujeres experimentan angustia y frustración al no poder reincorporarse totalmente al desarrollo de unas tareas del hogar y familiares que la sociedad les atribuye de manera tradicional. Mientras que para el hombre el dejar de trabajar tiene implicaciones principalmente económicas, para la mujer el tener que dejar o delegar sus responsabilidades en el hogar y la familia tiene principalmente un

componente emocional. Hay muchos otros estudios encontrados donde se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a CVRS tras el TH en la dirección mostrada por el estudio de Casanovas (Blanch, Sureda, Flaviá et al., 2004; Cowling, Jennings, Goldstein et al., 2004; Rajendra et al., 2008; Saab et al., 2008; Ortega, Delofeu, Salamero, Casanovas et al., 2009; Mir et al., 2011; Saab, Bownik, Ayoub, Younossi et al., 2011).

Concretamente, Blanch et al. (2004) intentaron determinar qué dominios estaban más afectados en el ajuste psicosocial en un grupo de TH que habían sido intervenidos hace más de un año. Las conclusiones más significativas tienen que ver con las diferencias en cuanto al sexo se refiere puesto que las mujeres mostraban tener un ajuste psicosocial peor tras el TH que los hombres: peores relaciones en la familia extensa, peor actitud hacia el cuidado (puesto que los demás siguen esperando que sean cuidados por ellas), peor funcionamiento sexual (a causa del cambio en la imagen corporal, miedo al rechazo, medicación), más estrés psicológico (sobre todo entre las que no tienen un empleo remunerado). Uno de los escasos estudios cuyo objetivo específico era evaluar las diferencias entre sexos en CVRS tras TH es el de Cowling et al. (2004), quienes concluyen que los hombres tienen mejor CVRS tanto antes como después de la intervención quirúrgica. Sin embargo, Saab et al. (2011) sólo encontraron un empeoramiento en CVRS de las mujeres en el dominio de Síntomas Abdominales del CLDQ (*Chronic Liver Disease Questionnaire*). Pero este resultado se veía influido por el nivel de educación puesto que entre aquellos con menos años de educación recibida no había diferencias entre sexos, mientras que entre aquellos con mayor nivel de estudios, sí que se observaban diferencias.

En general, por tanto, las expectativas de las mujeres trasplantadas de hígado serán altas por lo que será necesario conocer sus problemas psicológicos y sociales por parte del médico para promover una atención integral (Casanovas y Jané, 2007).

La sexualidad entre trasplantados hepáticos ha sido poco considerada y estudiada, cuando en definitiva es una parcela más de la vida y por tanto afecta a la calidad de vida antes y después del trasplante (Burra, 2009; Ho, Ko, Schaeffer et al., 2006). Debido a la cultura y educación, los pacientes trasplantados no suelen hablar con su médico sobre este aspecto. Sería necesario evaluar e investigar sobre aspectos relacionados con la sexualidad y calidad de vida después del trasplante hepático (Jané Cabré, y Casanovas, 2006) y de la fertilidad y trastornos reproductivos en la población general de mujeres trasplantadas (Douglas, Shah, Sauer, 2007).

La calidad de vida tras el TH puede verse afectada por una actividad sexual insatisfactoria. La terapia inmunosupresiva puede interferir en el metabolismo

hormonal y no mejorar la disfunción sexual ya existente antes del TH tanto en hombres como en mujeres (Burra, 2009).

Ho, Ko, Schaeffer et al. (2006) concluyeron en uno de los escasos estudios sobre salud sexual en trasplantados, que entre los TH son comunes los problemas sexuales. La muestra estaba formada por 150 TH, siendo el 62% hombres. 36 de ellos (24%) informaron tener disfunción sexual antes del trasplante; esto persistió en 22 pacientes (15%) tras el TH. Un total de 48 (32%) informaron de una disfunción sexual nueva tras el trasplante. Los problemas principales fueron: libido disminuida en el 23% de los hombres y en el 26% de las mujeres; dificultad en alcanzar el orgasmo en el 33% de los hombres y en el 26% de las mujeres. Un 42% sentía que la medicación inmunosupresora era el principal factor que contribuía a los problemas sexuales. A pesar de los problemas sexuales informados, el 59% de los sujetos estaba "moderadamente" a "muy satisfecho" con sus relaciones sexuales tras el TH.

En una muestra española de trasplantados de hígado el 25.9% señalaba tener miedo a la reanudación de la actividad sexual y el 37.8% tener mejor actividad tras el trasplante (Garrido et al., 2009).

Existen unas pautas que han de ser informadas a la mujer trasplantada de hígado en relación a su sexualidad y a la posibilidad de gestación (Lucena, Jiménez y Mellado, 2006; Monleón, Aixalá y Perales, 2008). El embarazo es a menudo exitoso tras el TH, a pesar de los potenciales efectos tóxicos de los inmunosupresores (Burra, 2009).

### ***j) Las principales causas del TH: Hepatocarcinoma y VH.***

Como se ha comentado en el apartado introductorio de los aspectos médicos, las indicaciones para TH son la cirrosis por hepatitis C o por alcoholismo así como el hepatocarcinoma. A continuación revisaremos una serie de estudios relacionados con estas indicaciones médicas.

Una perspectiva interesante es la comparación realizada por Canales y Casanovas (2009) en la que consideran que existe una semejanza clínica del proceso oncológico en general con el TH y las hepatopatías crónicas (HCCA). Los efectos psicológicos y sociales son parecidos a los del proceso oncológico. En ambas, la enfermedad considerada en sus diferentes etapas afecta de una manera muy similar en la calidad de vida.

En un estudio prospectivo sobre CVRS en candidatos a TH utilizando el cuestionario LDQOL se concluye que los pacientes tumorales en lista de espera muestran mejor calidad de vida que los no tumorales. Existen diferencias de género que pueden influir en la autopercepción de la CV pre-TH y en la

recuperación y adaptación post-TH. Las mujeres puntúan peor en la escala de síntomas y los hombres en los problemas sexuales siendo una diferencia atribuida a la valoración cultural en función del género (Casanovas et al., 2007).

En general, los pacientes con la indicación de HCCA candidatos a trasplante perciben relativamente mejor su estado de salud que los pacientes con una cirrosis por VHC y sin tumor. Existen diferencias en la vivencia en función de la indicación para el trasplante hepático y de la enfermedad de base. En el caso de TH por cirrosis descompensada, el rol de enfermo ya está establecido, por el contrario a quien se le diagnostica un tumor, su enfermedad es en general asintomática, por lo que el paciente reaccionará con incredulidad ante el diagnóstico. Por tanto, las personas que antes del trasplante presentaban una situación clínica mala notarán una mejora en los síntomas propios de la enfermedad. En cambio aquellos pacientes que se encontraban "bien" antes del trasplante y que llevaban una vida prácticamente normal se percatarán mucho más de los problemas habituales relacionados con la intervención. En el tratamiento de los pacientes con hepatocarcinoma, será necesario aplicar los conocimientos y técnicas de la oncología y psicooncología (Jané y Casanovas, 2007).

Respecto a los efectos que supone el diagnóstico recurrente de VHC en trasplantados de hígado sobre la CVRS, el estudio de revisión de Brownik y Saab (2009) señala que a pesar de las pocas manifestaciones de la enfermedad al recurrir el VHC, los pacientes informan de un empeoramiento de la calidad de vida y estado funcional comparados con los TH sin recurrencia con solo saber su diagnóstico. Se perciben a sí mismos como que no están bien y tienen cambios significativos en su salud mental y física. Múltiples estudios muestran que los pacientes en esta nueva situación informan de más depresión, ansiedad y distrés psicológico. Existen resultados contradictorios respecto a las posibles diferencias en género sobre la CVRS en la recurrencia de VHC. Se necesitan más estudios al respecto y sobre otras variables (genotipo del VHC, tipo de tratamiento...).

La CVRS tras el TH por VHC es estudiada cualitativamente a través de entrevistas en profundidad para encontrar explicación a algunos de los resultados contradictorios y ambiguos encontrados en estudios de previos. Muchos pacientes se sienten estigmatizados y culpables por la asociación de la enfermedad del hígado con abuso de drogas/alcohol y describen una vida incierta tras el TH a causa de carencia de estrategias efectivas para prevenir la reinfección del implante. Sin embargo paradójicamente describen una vida productiva y con significado y ven la vida desde otro punto de vista (Dudley, Chaplin, Clifford, 2007).

El distrés psicológico y deterioro significativo de la CVRS son superiores entre aquellos trasplantados por VHC que a causa de cirrosis debida a otras etiologías (Burra et al., 2005; Russell, Feurer, Wisawatapnimit et al., 2008). Saab et al. (2008) a través de su estudio ya citado concluyen que la hepatitis viral

pretrasplante se asocia negativamente con los siguientes aspectos de la calidad de vida: rol físico, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento mental y salud general tras el TH. Asimismo, la recurrencia del VHC entre los trasplantados también implica un empeoramiento a nivel físico y emocional (De Bona et al., 2000; Caccamo, Azara, Doglia et al., 2001; Santos-Junior et al., 2008; Gotardo, Strauss, Teixeira, Machado, 2008). Por tanto, el VHC supone tanto antes del TH como después del mismo, un peor funcionamiento a todos los niveles en comparación con otras posibles causas de trasplante hepático como puede ser el abuso de alcohol.

A pesar de las escasas o nulas manifestaciones físicas de la enfermedad en el momento de la recidiva por el VHC, los pacientes informan un deterioro de la calidad de vida. Es interesante conocer la situación en la que se encuentran este tipo de pacientes y los resultados debidos al tratamiento antiviral. En la población portadora de TH la eficacia y tolerancia al tratamiento antiviral es inferior al informado en la población general (Casanovas, 2010). Bourgeois, Canning, Sugget et al. (2006) estudiaron los síntomas depresivos y el funcionamiento físico/mental en 10 trasplantados de hígado con VHC recurrente. Los pacientes con VHC que sufren de empeoramiento físico y mental, pueden tolerar y completar el tratamiento de interferón y ribavirina con un control médico y psiquiátrico. Sin embargo, Gurusamy, Osmani, Xirouchakis et al. (2009) subrayaban, tras realizar una revisión de diferentes estudios que el tratamiento antiviral para tratar la infección VHC recurrente tras el TH es controvertido considerando que existen carencias clínicas beneficiosas y efectos secundarios frecuentes. Por tanto, se considera que el juicio médico y la decisión personal de cada paciente serán factores decisivos para llevar a cabo el tratamiento antiviral en cada caso.

En conclusión, la CVRS de los TH es mayor que los enfermos en lista de espera antes del injerto del hígado, pero tampoco llega a los niveles de bienestar físico, psicológico y social de la población general: la fatiga, obesidad y capacidad respiratorias pueden estar mermadas. Siguen siendo prevalentes los niveles de síntomas de ansiedad y depresión entre los TH. El apoyo social es sumamente importante para poder afrontar con éxito cualquier enfermedad crónica en general y el mantenimiento de un estilo de vida adecuado, estado emocional óptimo y cumplimiento terapéutico en particular entre los trasplantados de hígado. Se ha demostrado en diferentes estudios nacionales e internacionales que las mujeres trasplantadas de hígado, suelen experimentar e informar de una menor CVRS en comparación con los hombres debido principalmente a los valores tradicionales que todavía imperan en nuestra sociedad en la que la mujer es la proveedora de cuidados.

Por otro lado está pendiente dilucidar si la CVRS de los TH está más deteriorada en el transcurso de los años en comparación con la población general o si esta disminuida a causa de las comorbilidades propias de la edad.

Posteriormente al TH existen fases psicológicas adaptativas por las que es necesario que atraviesen.

Es interesante conocer cuál es la CVRS de los TH cuyo injerto ha cumplido 10 años o más puesto que el fin del trasplante no solo consiste en cumplir años sino también conseguir un adecuado nivel de vida.

Estos puntos los retomaremos posteriormente en el apartado de objetivos e hipótesis.

### **1.2.2.2. CVRS y trasplante renal**

Se acepta por lo general que la CVRS de los pacientes con insuficiencia renal terminal aumenta drásticamente tras el trasplante de riñón con éxito, comparado con los pacientes que se mantienen en diálisis y se encuentran en lista de espera para trasplante, siendo el efecto más pronunciado en hombres que en mujeres (Fiebiger, Mitterbauer, Oberbauer, 2004). El trasplante renal no es solo más barato a largo plazo sino que además está asociado con menor mortalidad y mejor calidad de vida en los pacientes.

A continuación, expondremos los principales resultados de los estudios relativos a la CVRS en trasplantados renales (TR): cuales son los principales factores asociados a la misma, las enfermedades más comunes entre ellos, como es la CVRS de los TR en comparación con los pacientes en hemodiálisis y con la población general, cuál es su CVRS al cabo del tiempo, y por último el cumplimiento con la medicación inmunosupresora.

#### **a) Factores asociados con la calidad de vida**

El conocimiento sistematizado de los factores asociados con la calidad de vida es importante, ya que muchos de ellos son susceptibles de intervención terapéutica como los aspectos psicológicos abordados mediante programas de apoyo así como los factores sociales, las enfermedades asociadas y los efectos adversos relacionados con la medicación. López y Del Castillo (2007), del Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba apuntan como factores que se asocian a la calidad de vida del paciente trasplantado renal los siguientes:

*-Estado físico:* además de los aspectos clínicamente importantes como hipertensión arterial y dislipemia (alteración del metabolismo de los lípidos), los pacientes se quejan de hiperplasia gingival (aumento de las encías), hirsutismo (crecimiento excesivo de vello), alteraciones del sueño, incremento del peso, infecciones, temblores, disfunción sexual, alteraciones digestivas. La mayoría de estos problemas aparecen en los primeros años del trasplante.

-*Estado psicológico*: el tratamiento de por vida, el miedo al rechazo, la vuelta a diálisis pueden ocasionar depresión y/o ansiedad.

-*Relaciones sociales*: la apariencia física puede ocasionar en el 15% de los pacientes problemas de integración social (familia, amigos y compañeros) y en el 30% pueden desarrollarse problemas con su actividad sexual.

Otros factores asociados a la CVRS de los trasplantados son las características sociodemográficas que esbozaremos posteriormente en el apartado de variables consideradas en el presente estudio.

### ***b) Comorbilidades asociadas al trasplante renal***

Puesto que los resultados obtenidos con el trasplante renal son cada vez mejores y más duraderos, el interés de los clínicos se dirige en parte a intentar estudiar el conjunto de comorbilidades que acompañan al trasplante renal (Rebollo en Ortega y Rebollo, 2006). Entre estas enfermedades la *disfunción eréctil* (DE) ocupa un lugar importante puesto que es un problema bastante común entre los trasplantados renales varones y que va incrementándose con la edad. La DE se define como la incapacidad de conseguir o mantener una erección suficiente para realizar un acto sexual satisfactorio. En un estudio realizado por el Servicio de Nefrología del Hospital Central de Asturias (Rebollo, Ortega, Valdés et al., 2004), el 54.9% de una muestra de 199 pacientes trasplantados renales manifestó experimentar DE. Estos investigadores observaron que los pacientes con DE muestran peores puntuaciones en algunas de las dimensiones físicas del SF-36 en los tres primeros grupos de edad (menores de 42 años, entre 43-51 años, 52-61 años), pero no en los más mayores (más de 62 años). Sin embargo el componente de salud mental fue similar tanto para los pacientes con DE como en aquellos sin DE en todos los grupos de edad, confirmando la hipótesis de que existe una adaptación psicológica en los pacientes trasplantados renales en todos los grupos de edad cuando sufren DE. La capacidad de adaptación es más notable en el grupo más añoso puesto que la CVRS no se ve afectada ni a nivel físico ni a nivel emocional al sufrir DE.

Los pacientes con insuficiencia renal avanzada (IRA) muestran una mala CVRS. Este hecho se atribuyó inicialmente a la propia situación urémica como resultado directo de la producción de toxinas urémicas (Ortega en Ortega y Rebollo, 2006). Sin embargo hace tiempo que se conoce que la causa principal es la *anemia* que casi invariablemente desarrollan estos pacientes. La anemia provoca diversos síntomas como disnea, astenia, cefalea etc... que repercuten sobre la CVRS de los pacientes. La corrección de la anemia aumenta la capacidad cognitiva de los pacientes en hemodiálisis crónica y las funciones electrofisiológica cerebral, cardíaca y sexual.

**c) ¿Cuál es la CVRS de los trasplantados renales en comparación con los pacientes en diálisis? ¿Cómo es la situación de los pacientes en espera de un riñón?**

La CVRS expresada por los trasplantados renales en comparación con los pacientes en hemodiálisis es superior según diversos estudios (Rebollo, Ortega et al., 2000; Magaz, 2003; Cirera, Reina, Martín, Maldonado (2009). Concretamente, los pacientes trasplantados tienen menores niveles de ansiedad y depresión y tienen mejor percepción de su salud que los dializados (Magaz, 2003). Rebollo (2006) explica los resultados de hace más de 20 años obtenidos por Evans et al. (1985) en una investigación en la que concluye que los mejores niveles de CVRS se corresponden con los trasplantados renales, seguidos de los pacientes en diálisis domiciliaria, en diálisis peritoneal continua ambulatoria y finalmente los pacientes en diálisis hospitalaria.

Los datos preliminares de un estudio prospectivo en el marco de la Red Temática de Investigación en Trasplante, indican que la mejoría de la CVRS a los 3 meses tras el TR respecto a los niveles pretrasplante se produce en 6 de las 8 dimensiones del SF-36 y en las 2 puntuaciones sumarias física y mental, mejoría que se mantiene una vez transcurridos 6 meses desde la fecha del trasplante. En líneas generales la CVRS es mayor entre los trasplantados renales que en otra terapia renal sustitutiva.

Sin embargo la calidad de vida de los pacientes en lista de espera para un trasplante renal es muy superior a la observada entre aquellos otros que esperan otro tipo de órgano. Como ya se mencionó en el caso de los TH, en los candidatos a trasplante de hígado y de corazón, el implante de un nuevo órgano es la única alternativa a la vida y en el caso de los pacientes con insuficiencia renal, el trasplante no salva la vida sino que mejora la calidad de vida (Díaz Domínguez, 2005).

Bogeat (2010) indica los problemas psicológicos y sociales más importantes que experimentan los pacientes en diálisis. La dieta restrictiva es un tema importante, sin embargo los pacientes no son rígidos en la misma y la falta de adherencia a la prescripción médica es habitual, viviendo la diálisis como su máquina "lavadora". La periodicidad de la diálisis supone un constante enfrentamiento para el paciente a la enfermedad, una ansiedad flotante por la constante observación del cuerpo, por una continua incertidumbre, aparece una hipocondrización de fenómenos fisiológicos normales. Cualquier cambio que suponga una ruptura de lo cotidiano provoca una gran incertidumbre y ansiedad: cambios de la imagen corporal, la espera del trasplante. La pérdida progresiva de la función miccional llevará consigo sentimientos de baja autoestima, inferioridad y sobretodo de impotencia, así como actitudes de pasividad y de dependencia. La familia y otras redes sociales en ocasiones en un intento de ayudar, lo infantilizan,

provocando resistencia o sumisión por parte del paciente. También hay una pérdida de las relaciones sociales y pueden aparecer reacciones depresivas como consecuencia de la utilización de fármacos como corticoides o hipotensores. La alta prevalencia de quejas y trastornos del sueño entre la población con hemodiálisis es un problema que afecta también en su calidad de vida (Parker, Kutner, Bliwise et al., 2003). Por otro lado, entre los pacientes en diálisis pueden aparecer cuadros confusionales, aunque son muy poco frecuentes, así como ciertas encefalopatías.

En un estudio realizado con pacientes en diálisis, los resultados revelaron que la limitación de la actividad física fue el estresor más problemático seguido del decremento en la vida social, incerteza sobre el futuro, fatiga y calambres musculares (Lok, 2008). Los métodos de solución de problemas fueron considerados más eficaces que las medidas afectivas para afrontar los estresores. De hecho, un estilo de afrontamiento defensivo se relaciona con peor salud mental medida por el SF-36 (Kaltsouda, Skpinakis, Damigo et al., 2011). La depresión, calidad de vida y carga de síntomas son semejantes tanto en los pacientes con enfermedades crónicas del riñón como en aquellos con enfermedad renal terminal (Abdel-Kader, Unruh y Weisbord, 2009). Cerca de 2/3 de los pacientes en hemodiálisis tienen una mala CVRS y dada la relación observada entre la habilidad de autocuidado y la dimensión física de la calidad de vida sería deseable educar en el autocuidado a los pacientes con el fin de incrementar su calidad de vida (Heidarzadeh, Atashpeikar y Jalilazar, 2010). Asimismo, la actividad física mejora la salud mental y reduce la mortalidad en general y las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus... (Montoliu en Ortega y Rebollo, 2006). Por tanto un programa de entrenamiento supervisado y una educación sobre el estilo de vida serían deseables entre los enfermos en diálisis.

#### ***d) ¿Cómo es la CVRS de los trasplantados renales al cabo de los años?***

A continuación resumiremos las aportaciones de varios estudios longitudinales donde se observa la evolución de la CVRS de los trasplantados renales. En uno se examinó la relación entre los efectos adversos (comorbilidades) y la calidad de vida, prestando una atención especial a los efectos adversos asociados a la inmunosupresión (Matas, Halbert, Barr et al., 2002). La muestra era amplia, formada por 4247 trasplantados renales con una media de tiempo desde el trasplante de 5 años a los que les fueron administrados los cuestionarios desarrollados para el programa, en intervalos de 3 meses. Las comorbilidades y efectos adversos fueron comunes, con una presión arterial elevada en el 87% de los casos y un crecimiento de vello inusual entre el 69.6% de los participantes. Los problemas psicológicos/emocionales (a pesar de su relativa baja prevalencia), los dolores de cabeza, la disminución del interés o habilidad sexual, fueron las dimensiones que mayor impacto tuvieron sobre la calidad de vida, según informaron los encuestados. Por otro lado, se observa que hay un incremento de

la adherencia al tratamiento al cabo del tiempo por parte de los trasplantados renales, y sin embargo la satisfacción con la vida no mejora en el transcurrir de los años.

Al cabo del tiempo puede aparecer un rechazo agudo (RA) del injerto que puede afectar a la CVRS en los primeros meses del trasplante (Baltar en Ortega y Rebollo, 2006). La presencia de un RA con la consiguiente rehospitalización puede significar un estrés añadido que empeore la CVRS del trasplantado en un momento psicológico tan delicado. Y es que a día de hoy, el RA es el principal temor de los pacientes ante el trasplante renal. Así lo demuestran en su estudio Akman, Özdemir, Sezer et al. (2004) en el que analizan la depresión antes y después del trasplante renal, concluyendo que la vuelta a hemodiálisis, especialmente tras una corta duración del funcionamiento del nuevo órgano, está asociado con depresión. Los pacientes en lista de espera que no han experimentado un rechazo del órgano anteriormente, muestran menores niveles de depresión que aquellos que sí han sufrido un fallo del órgano. Los bajos porcentajes de depresión entre las personas casadas pueden ser debidos al apoyo psicosocial de las parejas. Por tanto los pacientes solteros y que van a volver a diálisis tras el fallo del trasplante necesitan mayor apoyo psicológico y social.

Recientemente Griva, Stygall, Hui et al. (2011), analizaron la calidad de vida y el estado emocional de una muestra de 102 trasplantados de riñón supervivientes hace 6 años. La CVRS emocional mejoró al cabo del tiempo, sin embargo la CVRS física se deterioró. Las limitaciones físicas se deben más a la medicación y diabetes, que es una enfermedad común entre los trasplantados renales, más que por el aumento en la edad. Curiosamente los trasplantados cuyo riñón provenía de donante vivo mostraron peor CVRS que los provenientes de donante cadáver. A pesar de la mejora en la salud mental, la preocupación por el trasplante y el sentimiento de responsabilidad aumentaron significativamente al cabo del tiempo. Posiblemente, ser conscientes de la finitud del órgano les lleva a apreciar más su prolongado injerto, reflejándose en consecuencia en su salud emocional, poniendo sus miedos en un segundo plano.

### ***e) Comparación con la población general***

Los pacientes trasplantados muestran una CVRS similar a la población general, con diferencias muy pequeñas e incluso inexistentes en el grupo de pacientes mayores de 65 años (Rebollo et al., 2000; Cirera, Reina, Martín, Franco, 2009). El factor edad y otras características sociodemográficas asociadas a la CVRS de los trasplantados renales son estudiadas más en profundidad en el apartado 1.3.2. relativo a "Variables consideradas en el estudio".

En cuanto al efecto del tipo de afrontamiento predilecto utilizado por los trasplantados renales sobre su calidad de vida, White y Gallagher (2010) concluyen

que los pacientes perciben que tienen una buena calidad de vida, y usan más la estrategia de solución de problemas que estrategias de afrontamiento evitativas, mostrando que estas últimas están asociadas con una calidad de vida estadísticamente significativa más baja tras el trasplante. Igualmente, en un estudio anterior White, Ketefian Starr et al. (1990) mostraron que tanto el estrés total como el afrontamiento total fueron importantes predictores de la calidad de vida tras el trasplante. Posteriormente, se discutirá los resultados en relación a las estrategias de afrontamiento en el apartado 1.3.2.2. sobre "Personalidad y Trasplante".

#### ***f) Medicación inmunosupresora. Efectos secundarios y cumplimiento***

Los efectos de la inmunosupresión suelen aparecer tras el periodo de euforia o "luna de miel" que abarca los primeros meses postrasplante (Marcén y Fernández en Ortega y Rebollo, 2006). Sin embargo la alta frecuencia de un síntoma que es experimentado por un alto número de pacientes, puede llegar a asumirse como algo normal y por tanto no producir ninguna repercusión. Los pacientes suelen recibir poca información sobre los efectos secundarios, lo cual debería ser susceptible de modificarse puesto que entra en juego la toma de la medicación por parte del paciente trasplantado.

En los pacientes que siguen una triple terapia, los síntomas que ocasionan mayor trastorno en la percepción de la calidad de vida varían según se trate de varones o mujeres. En las mujeres los más importantes son la debilidad muscular, la cefalea y las complicaciones cosméticas y en los varones la impotencia, el dolor de espalda, la pérdida de visión, la debilidad muscular y las molestias gástricas. Estas últimas producidas fundamentalmente por el MMF (micofenolato mofetil, un medicamento capaz de descender el porcentaje de los rechazos agudos pero con efectos adversos gastrointestinales sobre todo) y que han aumentado en los últimos años (Ortega, Mosquera, Valdés y Ortega, en Ortega y Rebollo, 2006). Estos efectos indeseables no solo repercuten sobre la CVRS sino que también provocan un mal cumplimiento terapéutico, problema que solo recientemente se ha ido conociendo en toda su dimensión.

No está claro qué régimen inmunosupresor confiere una mejor CVRS. Sin embargo, en el estudio PORTEL que compara los diferentes regímenes supresores y sus efectos sobre la CVRS, la utilización de tacrolimus se asoció con una menor gravedad de los síntomas y con una mejor percepción de la calidad de vida (Hathaway, Wnsett, Prendergat, Subaiya, 2003; Cirera, Reina, Martin, Franco, 2009). Por tanto la utilización de tacrolimus como anticalcineurínico parece que se acompaña con una mejora de la calidad de vida respecto a ciclosporina. La sustitución del MMF por ácido micofenólico también puede mejorar la calidad de vida.

Entre los trasplantados renales de hace menos de un año, el cumplimiento con la medicación fue el segundo estresor más señalado y entre los trasplantados de más de un año los efectos secundarios de la medicación y el cumplimiento con ella fueron seleccionados como los eventos más estresantes en segundo y tercer lugar (Lim y Molassiotis, 1999). No es de extrañar que el cumplimiento terapéutico sea un tema preocupante para los trasplantados puesto que exige de una atención y responsabilidad diaria hacia el propio autocuidado, en el que entra en juego la propia salud e incluso el rechazo del órgano si no se siguen los consejos pautados por los sanitarios. En varios estudios se examina la importancia de estos conceptos entre los trasplantados renales (Siegal, 1995; Ruppert y Russell, 2009). Por ejemplo, Ruppert y Russell (2009) exploraron la adherencia a la medicación en trasplantados de riñón de hace 25 años o más a través de entrevistas abiertas telefónicas. En su estudio emergieron cuatro temas que describían conductas que los trasplantados desarrollaban para adherirse con éxito a la medicación inmunosupresora, saber: métodos de recuerdo, obtención de medicinas, mantenimiento de rutinas y estrategias de solución de problemas (cuando las rutinas y métodos de recuerdo han fallado). Estos aspectos deberían ser tenidos en cuenta por los equipos médicos para desarrollar programas de intervención en beneficio de los trasplantados renales.

En suma, son muchos los factores que afectan a la CVRS de los trasplantados renales en relación al estado físico, psicológico y social. Entre las comorbilidades más comunes en este tipo de pacientes se encuentran la disfunción eréctil y la anemia. La medicación inmunosupresora es otro factor destacable e influyente sobre la calidad de vida de los trasplantados renales debido al estrés producido por los efectos secundarios que conlleva así como el cumplimiento terapéutico. El posible rechazo del órgano al cabo del tiempo es también un factor estresante. Por otro lado, el tipo de afrontamiento utilizado influye sobre la CVRS, de manera que las estrategias más activas como la solución de problemas se relacionan con un mayor bienestar que las estrategias evitativas.

Las investigaciones concluyen que entre los 5 y 6 años tras el TR, las limitaciones físicas debidas a las comorbilidades y efectos adversos del tratamiento más que las dificultades asociadas a la edad son comunes entre los TR. Los problemas emocionales a pesar de su baja prevalencia afectan más a la CVRS. Asimismo, la preocupación por el trasplante y el sentimiento de responsabilidad aumentan al cabo de los años.

A pesar de todo, las personas con un nuevo riñón experimentan un mayor bienestar físico y psicosocial en comparación con aquellos que se encuentran en diálisis en espera de un TR. Incluso las diferencias respecto a la población general son muy pequeñas en pacientes mayores de 65 años trasplantados de riñón.

### **1.2.2.3. CVRS y trasplante pulmonar**

La evaluación de la CVRS es una medición importante dados los resultados obtenidos en ciertos estudios: una baja calidad de vida es un predictor poderoso de la hospitalización y mortalidad de cualquier causa en pacientes con enfermedades obstructivas pulmonares. Los instrumentos de autoinforme breves proporcionan una oportunidad en la identificación de pacientes que se pueden beneficiar de intervenciones preventivas. Según Fan, Curtis, Tu et al. (2002), incluso la función emocional y las habilidades de afrontamiento predijeron la hospitalización y muerte de un grupo de pacientes. No obstante, la función física es el mejor predictor de hospitalización. A la idea de que el trasplante pulmonar tiene la peor supervivencia de todos los trasplantes de órgano sólido hay que añadir que mejora la calidad de vida, a pesar de los inconvenientes asociados al desarrollo del rechazo crónico, en pacientes que de otro modo presentarían mermadas sus condiciones físicas (Almenar y Soler, en Ortega y Rebollo, 2006).

Los estudios publicados en la última década demuestran que la calidad de vida de los trasplantados pulmonares es superior que la de los candidatos a dicho trasplante y que esta mejora se mantiene en el tiempo. Sin embargo el grado de evidencia científica es todavía escaso. Sería necesario cumplir ciertos criterios metodológicos como utilizar un instrumento estándar, con muestras más amplias, con un seguimiento más prolongado... para poder realizar comparaciones fiables entre los resultados obtenidos en los diferentes estudios al igual que ocurría con las investigaciones con muestras de otros trasplantados de órganos. A continuación, se presentarán estudios relacionados con los siguientes aspectos: factores asociados a la CVRS en los trasplantados pulmonares, comparación de CVRS antes y después del trasplante pulmonar, estudios longitudinales, comparación de la CVRS de trasplantados pulmonares con población general, cumplimiento terapéutico y efectos secundarios del tratamiento inmunosupresor entre los trasplantados pulmonares.

#### ***a) Factores asociados a la CVRS en los trasplantados pulmonares***

Hay diferentes factores que afectan a la CVRS del paciente trasplantado de pulmón como la edad, el sexo, el diagnóstico de la enfermedad, las infecciones, la cronicidad del proceso, la función respiratoria, la disnea, el requerimiento de oxigenoterapia, la osteoporosis, el índice de masa corporal, la limitación de la movilidad o los trastornos del sueño (Gironés, Almenar, Morales, Benedito, Campos, en Ortega y Rebollo, 2006). Asimismo los trasplantados de pulmón muestran prevalencias elevadas de dolor corporal. En el estudio de Girard, Chouinard, Boudreault, et al. (2006) el 49% de una muestra de 90 experimentaba dolor, siendo más frecuente el dolor entre los trasplantados de solo un pulmón y entre los afectados de enfisema pulmonar como diagnóstico preoperatorio. El dolor se asocia con una menor calidad de vida física en estos trasplantados. Otras

limitaciones comunes asociadas son: la hipertensión que ocurre en el 50% / 70% de los receptores y la disminución de la función renal que la experimentan entre un 70% / 80% de los pacientes (4º Congreso Internacional de trasplante pulmonar; París, 2000).

A estos hay que añadir otros factores generadores de estrés que son comunes a todos los trasplantes: la frecuencia de los controles médicos, el apoyo social, las limitaciones físicas, la dificultad en reanudar el trabajo, la actividad sexual, el fantasma permanente del miedo al rechazo... A continuación se detallan los factores que se asocian concretamente a la CVRS tras el trasplante pulmonar:

La presencia de rechazo agudo o crónico como expresión del síndrome de la *bronquiolitis obliterante (BOS)* o *rechazo crónico* afecta a casi la mitad de los supervivientes a largo plazo de trasplante de pulmón y de trasplante de corazón-pulmón. La BOS es la causa principal de la mortalidad después del postrasplante al año de intervención y acarrea una disminución de la CVRS derivada de la limitación física e insuficiencia respiratoria. En la BOS severa se observa el impacto negativo sobre la CVRS especialmente el deterioro de la salud mental (Flume, Egan, Paradowski et al., 1994, citado en Girones et al., 2006).

El *diagnóstico de la enfermedad* causante del trasplante pulmonar tiene efectos diferenciales sobre la calidad de vida. (Vermeulen van der Bijw, Erasmus et al., 2004). Aunque la indicación primaria para el trasplante pulmonar en adultos es la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la Fibrosis Quística (FQ) es la indicación primaria para los pacientes pediátricos, es decir, menores de 18 años (Adler, Barker et al., 2009).

La *Fibrosis quística (FQ)* es una enfermedad autosómica recesiva, crónica y hereditaria que representa un grave problema de salud. Cuando la enfermedad se encuentra en un estadio muy avanzado (enfermedad pulmonar progresiva e incapacidad física para realizar las tareas diarias además de un FEV1<30), se encuentra la posibilidad del trasplante pulmonar y/o hepático siendo una de las únicas opciones para prolongar la vida (Rivera-Spoljaric y Faro, 2007). Existen pocos estudios que valoren la CVRS de los niños y adolescentes trasplantados a causa de FQ. La adherencia al tratamiento entre los trasplantados menores de 18 años es un factor imprescindible, aunque la literatura apunta a que este grupo de edad es poco consistente con el tratamiento por lo que se requiere del compromiso de la familia. Existe controversia sobre la eficacia del trasplante pulmonar en niños (Rivera-Spoljaric y Faro, 2007). Los síntomas depresivos son prevalentes entre los adultos con FQ y están asociados con pobre CVRS por lo que sería aconsejable evaluar y tratar la depresión para mejorar la calidad de vida de estos pacientes (Riekert, Bartlett, Boyle et al., 2007).

Otra causa de trasplante pulmonar es la Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Es un trastorno pulmonar que se caracteriza por la existencia de una obstrucción de las vías aéreas generalmente progresiva y en general no reversible. Está causada, principalmente, por el humo del tabaco y produce como síntoma principal una disminución de la capacidad respiratoria, que avanza lentamente con el paso de los años y ocasiona un deterioro considerable en la calidad de vida de las personas afectadas y muerte prematura. Entre un 20% y un 25% de los fumadores desarrollan la enfermedad, pero se desconocen las causas de predisposición al desarrollo, aunque puede que sea un componente multifactorial que incluyan elementos ambientales.

Aquellos trasplantados a causa de una fibrosis quística (FQ), puesto que son más jóvenes que los que presentan una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), gozan de una mejor condición física y mejores expectativas de vida. Entre todos los trasplantados pulmonares, aquellos con FQ informaron significativamente estar más satisfechos con su calidad de vida (Busschbach, Horiks, van den Bosch et al., 1994; Smeritschnig, Jaksch, Kocher et al., 2005). Además, entre los afectados de EPOC, el apoyo social percibido es inferior que entre otros enfermos crónicos, por ejemplo diabetes y con hipertensión arterial, quizás debido a que experimentan una situación de dependencia y discapacidad más extremas (Revilla, Luna del Castillo, Bailón, Medina, 2005).

El *tipo de trasplante* es también un factor condicionante en la calidad de vida (Anyanwu, McGuire, Rogers et al., 2001 citado en Ortega y Rebollo, 2006). El trasplante unipulmonar puede ser menos eficaz que el bipulmonar. Hay que tener en cuenta que pueden coexistir otros factores como una edad mayor y la presencia de enfisema y fibrosis pulmonar en los trasplantados unipulmonares mientras que en los bipulmonares son con frecuencia más jóvenes y presentan fibrosis quística. Gerbase, Spiliopoulos, Rochart et al. (2005) en Suiza, concluyen que a pesar de la recuperación más pobre de la función pulmonar medida a través del FEV1 y un incremento del riesgo del BOS tras el trasplante, los trasplantados de un solo pulmón, tienen unas puntuaciones en calidad de vida medida a través del SGRQ, y tolerancia al ejercicio comparables a los que han recibido los dos pulmones. Sin embargo faltan más estudios por lo que la interpretación de los resultados se ha de tomar con cautela.

Otros factores implicados son la *función pulmonar* expresada como el volumen espirado máximo en el primer segundo (FEV1); y la *infección pulmonar*. Ésta última se correlaciona positivamente con la ansiedad, principalmente a los 6 meses tras el trasplante pulmonar. La *disnea* es un síntoma característico del receptor de pulmón ya sea en reposo o para mínimos esfuerzos. El requerimiento de oxigenoterapia supone una limitación en los desplazamientos, además de suponer una dependencia a una máquina. La *osteoporosis* como consecuencia de la corticoterapia, es una de las complicaciones que más afecta la CVRS tanto antes

como después del trasplante de pulmón. El *sobrepeso* propiciado por el sedentarismo antes del trasplante representa un serio problema dado que los pacientes que eran obesos con un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor o igual a 30 en la evaluación pretrasplante, tuvieron una marcada disminución del tiempo de supervivencia postrasplante, concretamente 3 veces más para los pacientes obesos, según un estudio realizado en Florida (Kanasky, Anton, Rodrigue et al., 2002). Siguiendo este trabajo, los predictores más poderosos de mortalidad tras el trasplante de pulmón fueron el alto IMC pretrasplante y el desarrollo de BOS.

Otros factores psicosociales relacionados con la CVRS en los trasplantados pulmonares serían la incorporación al trabajo y la satisfacción sexual.

Anteriormente ya se ha comentado que el hecho de *incorporarse al trabajo* por parte de los trasplantados está asociado a una mejor calidad de vida física. En el caso de los trasplantados pulmonares ocurre algo semejante. Es decir aquellos con mayor salud tras el trasplante se encuentran en mejores condiciones para trabajar, aportándole al paciente más bienestar y CVRS al tener un empleo remunerado. En el estudio de Cicuto, Braidy y Moloney (2003), antes del trasplante, el 56% de los pacientes estaba trabajando mientras que después del trasplante solo el 37% de los encuestados consiguió un empleo. Las personas con empleo remunerado, era más probable que fueran más jóvenes, con títulos universitarios, con informe médico más favorable sobre su salud, con condiciones físicas para trabajar, así como expresaban el deseo de entrar en el mundo laboral y de informar que sus trabajos anteriores estaban disponibles después del trasplante. En suma, los factores médicos y sociales influyen en la consecución de un empleo remunerado tras el trasplante pulmonar.

La *salud y satisfacción sexuales* pueden verse alteradas tras el trasplante pulmonar a causa de los fármacos, la diabetes o las enfermedades previas. Sin embargo en el estudio de Limbos et al. (2000) no se encontraron diferencias entre el periodo pre y postoperatorio en términos de funcionamiento sexual y éste se encontraba dentro del rango normal, a excepción de la escala de deseo sexual (*drive*) donde las mujeres puntuaron más bajo que los hombres.

### ***b) Comparación de CVRS antes y después del trasplante pulmonar. Estudios longitudinales***

Durante el periodo pretrasplante aparecen una serie de limitaciones: limitaciones de movilidad, incapacidad laboral, baja sensación de bienestar y de nivel de energía, trastornos del sueño y síntomas de depresión y ansiedad que suelen aparecer en el momento de inclusión del paciente en lista de espera y que aumentan con el tiempo de permanencia. Existe gran variedad de estudios comparativos de la calidad de vida antes y después del trasplante pulmonar. Todos concluyen que el trasplante supone una mejora del bienestar de los pacientes, sin

embargo los resultados de unos son más alentadores y optimistas que los de otros. Y es que a pesar de la mejora significativa y “dramática” (como a veces suelen calificarla algunos investigadores) de la calidad de vida en comparación con el periodo pretrasplante, las limitaciones físicas y psicológicas pueden seguir apareciendo. Seguidamente, presentamos una serie de resultados relativos a la CVRS de los trasplantados pulmonares comparados con aquellos pacientes en lista de espera. Gross, Savik, Morton et al. (1995) observaron que los trasplantados pulmonares de una muestra de la Universidad de Minnesota tras 18 meses transcurridos desde la operación, informaban de mayores niveles de felicidad y más satisfacción con su vida y su salud, un mejor funcionamiento en la actividad diaria, y mejor calidad de vida. Sin embargo aquellos que experimentan BOS mostraban una disminución en la CVRS. Concretamente las dimensiones particularmente afectadas fueron el funcionamiento social y físico y el dolor corporal. No hubo diferencias significativas entre los trasplantados en función del tiempo desde el trasplante (al igual que en el estudio de Cohen, Littlefield y Maurer et al., 1998). Por otro lado, los resultados fueron también esperanzadores para los trasplantados pulmonares en el estudio de TenVergert, Essink-Bot, Geertsma et al. (1998). En su muestra de 24 pacientes tras 4 meses de la operación, se observaron mejoras particularmente en las áreas de movilidad, energía, sueño, actividades de la vida diaria, nivel de dependencia y disnea. Estas mejoras se mantuvieron en los siguientes 15 meses. Nuevamente el desarrollo de BOS supone una limitación en el área física de los pacientes.

Las conclusiones del estudio de Limbos, Joyce, Chan et al. (2000) no son tan optimistas. Estos autores comentan que aunque los trasplantados pulmonares tienen mejor salud general, física y psicológica en comparación con sus compañeros en lista de espera, ambos grupos siguen experimentando un empeoramiento en varias áreas de funcionamiento psicológico. Así, el 28% de los pacientes en el postrasplante experimentan ansiedad, limitaciones de rol debidos a salud emocional y menor autoestima que las normas poblacionales, además de una imagen corporal por debajo de la media. Ese mismo año se realizó un estudio de tan solo un seguimiento de los primeros 3 meses tras el trasplante pulmonar de 10 pacientes, utilizando varios instrumentos de calidad de vida percibida, función respiratoria y estatus funcional (Lanuza, Lefaiver, Cabe et al., 2000). Los investigadores concluyeron que el trasplante mejoró significativamente todos los aspectos medidos. Se observó que a pesar de que el número total de síntomas psicológicos no disminuye significativamente a través del tiempo, la intensidad y el distress asociado con los síntomas sí que lo hacen. La función psicológica no cambió significativamente al cabo del tiempo, a excepción de los síntomas de somatización. No es de extrañar que el bienestar psicológico no sufra grandes cambios puesto que antes de la operación, se les exige en cierta manera mantener una estabilidad emocional, y altas dosis de adherencia terapéutica como

requisitos previos a la intervención, por lo que si existen mejoras tras el injerto, estas no se espera que sean significativas.

Un estudio longitudinal, donde se hizo un seguimiento desde el periodo pretrasplante hasta 7 años después del injerto del nuevo pulmón de 133 pacientes, concluyó que las dimensiones donde mostraron más mejora en el *Nottingham Health Profile* (NHP) fueron las escalas siguientes: emocional, de movilidad, energía y socialización. En cuanto al *Perceived Quality of Life* (PQOL), las dimensiones donde los trasplantados mostraron más mejoría fueron salud corporal, felicidad, recreación, vida profesional, vida social e ingresos. Hubo una correlación relativamente pobre entre la mejora en los tests funcionales (test de 6 minutos andando y FEV1) y las medidas de calidad de vida, lo que demuestra de nuevo que los test objetivos de la función corporal no tienen por qué estar relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida (4º Congreso Internacional de Trasplante de Pulmón, París 2000).

Kugler, Strueber, Teqtbur et al. (2004) realizaron un seguimiento de 61 pacientes antes de la operación y 2, 6 y 12 meses posteriormente al trasplante pulmonar, usando el SGRQ (cuestionario específico) y el SF-36, además del *Quality of Life Profile for Chronic Diseases* (PLC), encontrando que todas las dimensiones relacionadas con la salud mejoran significativamente tras el trasplante excepto el dolor corporal, siendo las principales mejoras observadas a los 6 meses tras el trasplante. Sin embargo el trasplante pulmonar no tiene influencia según este estudio sobre los aspectos sociales y emocionales.

### ***c) Comparación de la CVRS de trasplantados pulmonares con población general***

Goetzmann, Scheuer, Naef et al. (2005) encontraron que tras un año del trasplante pulmonar, los niveles de ansiedad y depresión de 50 trasplantados pulmonares incluidos en el Programa de Trasplante del Hospital Universitario de Zúrich eran semejantes a las muestras de la población general. Incluso la autoestima fue mayor que las muestras de comparación clínicas. Sin embargo, las complicaciones pulmonares precedentes tuvieron efectos a largo plazo sobre el nivel de ansiedad, mientras que las complicaciones no pulmonares no tuvieron tales efectos. Sí se observó que los pacientes con una tendencia hacia la ansiedad y depresión, informaron de un estado de salud más negativo. El FEV1 no correlacionó con mayores niveles de ansiedad y depresión, pero sí correlacionó negativamente con mayor tiempo desde el trasplante.

**d) Cumplimiento terapéutico y efectos secundarios del tratamiento inmunosupresor**

Los pacientes más tiempo trasplantados de pulmón informan tener más síntomas problemáticos y relacionados con la inmunosupresión, incluyendo depresión, dolores de cabeza y cambios en la apariencia física entre otros, que pueden limitar el beneficio del trasplante (Rodríguez, Baz, Kanasky et al., 2005). Igualmente, un estudio transversal concluye que aunque los pacientes deben afrontar los efectos secundarios de la inmunosupresión, informan de una alta satisfacción con la vida con respecto al bienestar físico y emocional (el aspecto emocional no difiere significativamente de la población sana) y la función sexual y social. El 92% de los encuestados optaría de nuevo por la opción del trasplante (Smeritschning, Jaksch, Kocher et al., 2005).

Un estudio canadiense más reciente mostró que el trasplante de pulmón entre los 43 pacientes de la muestra, mejoró la CVRS en comparación con el pretrasplante no alcanzando los niveles de la población general a los 6 meses del trasplante. Asimismo aumentó la adherencia a la medicación, así como la duración del ejercicio en todos los niveles de intensidad. Este incremento en la adherencia puede ser debido a la intensa educación recibida por los médicos durante el proceso de trasplante. Los niveles de ansiedad persistieron 6 meses tras la operación (quizás por la preocupación por las posibles consecuencias del trasplante) pero los niveles de depresión disminuyeron significativamente (Santana, Feeny, Jackson et al., 2009). Por tanto y uniendo los resultados de los dos últimos estudios, a pesar de los mayores síntomas relacionados con la medicación inmunosupresora, los pacientes trasplantados parecen seguir una adherencia al tratamiento. Relacionado con este tema se encuentra la investigación del grupo de Goetzmann y colaboradores de la Universidad de Zúrich en Suiza (Goetzmann, Moser, Vetsch et al., 2006c, 2007), donde también analizan el proceso psicológico asociado a la conducta de cumplimiento terapéutico tras el trasplante pulmonar utilizando términos y procedimientos propios, genuinos. Los pacientes altamente cumplidores perciben más ventajas del trasplante (Goetzmann et al., 2007). Además hablan de temas más frecuentemente relacionados con distancia, agresividad y dar ayuda (Goetzmann et al., 2006c). Las dos primeras pueden ser estrategias para afrontar con éxito la experiencia del trasplante: la distancia puede ayudar a afrontar las complicaciones somáticas y la agresividad a afrontar el sentimiento de dependencia, y dar ayuda puede hacer referencia a la experiencia de haber recibido un pulmón así como estar arropado por un buen ambiente social. Por el contrario, los pacientes poco cumplidores informan de una distancia emocional del pulmón o bien una relación cercana al donante (Goetzmann et al., 2007). Además muestran una relación contradictoria con el equipo médico. Los pacientes poco cumplidores con el tratamiento médico están preocupados con mayor frecuencia por sí mismos, su cuerpo así como por la experiencia de "dependencia" (por la medicación) y "logros" que los pacientes

con alto cumplimiento, además de formular más frases críticas y mostrar menor satisfacción (Goetzmann et al., 2006c). Podemos concluir tras los resultados de estos estudios, que lo que piensan los pacientes sobre sí mismos y la relación que mantienen con los demás (equipo médico, uno mismo, el propio pulmón trasplantado, los pensamientos sobre el donante), así como la importancia de la red social de apoyo, y la percepción positiva de la experiencia del trasplante, junto con las ventajas del mismo, son factores que influyen en el grado de cumplimiento terapéutico.

En la revisión de Barbour et al. (2006) sobre los aspectos psicológicos de los trasplantados de pulmón, los investigadores mantienen que el grado de adherencia en este colectivo es semejante al informado por otros trasplantados de órganos sólidos y que la adherencia suele disminuir con el paso del tiempo debido a los efectos indeseables de la inmunosupresión. Una historia de no adherencia, la edad (niños, adolescentes y ancianos son menos adherentes), no estar casado, tener un pobre apoyo social, abuso de sustancias, distres psicológico y negación representan factores de riesgo para la adherencia postrasplante. Existe evidencia de que cuantos más factores de riesgo existan peor adherencia se mostrará por parte del paciente. La adherencia es un mediador entre el distres psicológico y los resultados médicos. Concretamente la depresión es predictiva de no adherencia en pacientes con diversas enfermedades crónicas, así como el TEP (Trastorno por Estrés Postraumático) y la baja adherencia pueden ser factores predictores de morbilidad y mortalidad en pacientes de corazón trasplantados hace 3 años (Dew, Kormos, Roth et al., 1999).

Como conclusión, destacar las palabras del neumólogo Antonio Román (2006), del servicio de Neumología del Hospital Vall d'Hebron en Barcelona según el cual "la bronquitis obliterante es el factor que más deteriora la CVRS en el postoperatorio. La mayoría de los factores que afectan la CVRS son poco modificables, excepto la salud psicológica de los pacientes que es susceptible de mejora según algunos estudios". Es loable que un médico acepte el hecho, por otro lado científico y demostrado, de la importante labor que los sanitarios del ámbito de la salud mental tenemos encomendada a la hora de mejorar la CVRS de los pacientes trasplantados en general y de los trasplantados pulmonares en este caso, en particular.

En suma, es destacable el papel de los múltiples factores físicos y psicosociales que influyen en la CVRS de los trasplantados de pulmón. Así, la inclusión de la bronquiolitis obliterante en este listado de factores es esencial para comprender la baja CVRS y alta mortalidad que puede producirse en esta población de trasplantados. Otros factores asociados a la CVRS en los TP son: el tipo de diagnóstico (FQ o EPOC), el tipo de trasplante (unipulmonar o bipulmonar), la función pulmonar, la disnea, sobrepeso...El trasplante mejora claramente la CVRS de los enfermos pulmonares en comparación con los pacientes que se

encuentran en lista de espera. Sin embargo los diversos estudios concluyen que a pesar de la mejora dramática que experimentan, los trasplantados de pulmón siguen sufriendo de limitaciones físicas y psicológicas, por lo que su bienestar en general, no es equivalente al que informan las muestras de población general. A pesar del aumento de los efectos secundarios de la medicación al cabo del tiempo y las altas exigencias con el cumplimiento que deben seguir, la satisfacción con la vida es mayor tras el trasplante pulmonar.

#### 1.2.2.4. CVRS y comparación entre trasplantes

Es interesante establecer una comparación entre los diferentes tipos de trasplante. Sin embargo son tantos los aspectos a analizar y los diferentes estudios son tan variados (en cuanto a instrumentos utilizados, muestras obtenidas, análisis realizados...) que es difícil llegar a conclusiones al comparar las distintas variables entre los diferentes tipos de trasplantes. Para establecer esta comparación hemos tomado como guía la tabla de Ortega y Rebollo (2006) que incluye las puntuaciones de calidad de vida de diferentes receptores de órganos sólidos, medida a través del SF-36, siendo el tiempo postrasplante de 36 meses.

**Tabla 2.** Calidad de vida de trasplantes de órganos sólidos (tomada de Ortega y Rebollo, 2006)

		Pre-traspl.	Post-traspl.	Diferencia
Pulmón	Físico	29	36	7
	Mental	47	53	6
Corazón	Físico	28	38	10
	Mental	42	48	6
Hígado	Físico	31	38	7
	Mental	44	49	5
Riñón	Físico	41	40	-1
	Mental	52	50	-2

Considerando los resultados y conclusiones de los diversos estudios donde se investiga la calidad de vida de diferentes muestras de trasplantados, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

#### 1. En función del órgano trasplantado

Hay dos resultados posibles en la comparación de las repercusiones psicológicas y CVRS entre los diferentes grupos de trasplantados: por un lado, se encuentran aquellos estudios en los que no se observan diferencias significativas entre los grupos de trasplantados comparados (Insensé, Vilardell, Aranzabal y Lago, 1999; Beilby, Moss-Morris y Painter, 2003; Galán Rodríguez, Pérez, Martín,

Borda, 2008:), concluyendo que el trasplante supone en líneas generales una mejor calidad de vida; y por otro lado se encuentran los estudios en los que sí se localizan diferencias en función del órgano trasplantado respecto al funcionamiento físico, psicológico y social (Littlefield, Abbey, Fiducia et al., 1996; Goetzmann, Sarac, Ambühl et al., 2008; Goetzmann, Klaghofer, Wagner-Huber et al., 2006b; Martín, Pérez, Pérez, 2009). Concretamente, los TH muestran un deterioro en la calidad de vida entre los 6 y 12 meses tras la operación en comparación con los trasplantados de pulmón (TP) y los de médula espinal que informan de tener menos ansiedad y más satisfacción con la calidad de vida (Goetzmann et al., 2006b). Los TP mejoran considerablemente tras el trasplante, siendo que sus puntuaciones son las más bajas en los aspectos físico y psicológico antes de la intervención respecto a los TH (Goetzmann et al., 2006; Littlefield et al., 1996), médula espinal (Goetzmann et al., 2006b) y corazón (Littlefield et al., 1996). Incluso los TP muestran mejor adherencia al tratamiento y mejor puntuación en el aspecto mental que los trasplantados de corazón, hígado y riñón (Goetzmann et al., 2008). Igualmente, los TP y trasplantados de corazón expresan menos preocupaciones que los trasplantados de hígado y riñón, posiblemente porque reciben más apoyo médico y psicosocial, así como hacen uso de más mecanismos de defensa (negación) en relación al mayor riesgo por su vida que los otros dos grupos antes del trasplante. Los trasplantados de hígado son considerados un grupo psicológico de riesgo, posiblemente por los problemas físicos persistentes y las pobres estrategias de afrontamiento.

En una investigación reciente llegan a la conclusión que los trasplantados hepáticos a largo plazo (un año) tienen peor calidad de vida (peor funcionamiento físico, más dolor/malestar y más problemas para realizar actividades cotidianas) en comparación con los trasplantados renales, debido a que estos últimos tienen la posibilidad de acudir a diálisis si el órgano les falla hasta que consigan otro riñón, circunstancia que no se da en el caso de los trasplantados hepáticos (Martín Rodríguez, Pérez y Pérez Bernal, 2009).

En el periodo pretrasplante los receptores de injerto pulmonar o cardíaco tienen los peores índices, los trasplantes hepáticos se encuentran en un rango intermedio y finalmente los receptores de injerto renal tienen los mejores índices de calidad de vida (Rossell y Roig en Ortega y Rebollo –coordinadores-, 2006). Los resultados obtenidos en estudios españoles son similares a partir de los datos preliminares de la Red Temática de trasplante. A los 3 meses de recibir el nuevo órgano se muestra la misma tendencia: los trasplantados renales siguen siendo los que mejor CVRS manifiestan seguidos de los de corazón, que están ligeramente por encima de los de hígado y los trasplantados de pulmón siguen siendo los que peor CVRS experimentan. Sin embargo, a los 6 meses los trasplantados de pulmón son los que manifiestan mejor CVRS seguidos de los otros 3 tipos de trasplante que expresan una CVRS similar. Por tanto los trasplantados de pulmón son los que más aumento de CVRS vivencian seguidos de los de corazón, hígado y por último

los pacientes trasplantados renales aunque todos ellos expresan una CVRS cercana a la de la población de su misma edad y sexo (Valdés y Ortega, en Ortega y Rebollo, 2006).

En líneas generales, por tanto, es posible hipotetizar en nuestro estudio, y siguiendo los resultados de las investigaciones citadas, que si existen diferencias en calidad de vida relacionada con la salud en función del órgano trasplantado, los trasplantados de pulmón informarían de mejor bienestar físico, psicológico y social, seguidos de los trasplantados de riñón y por último los trasplantados de hígado que mostrarán un mayor deterioro, según Martín et al. (2009).

## **2. En función de los resultados obtenidos en CVRS**

Beilby et al. (2003) señalan que existe una mejora de los TH comparando el pre y post-trasplante en el rol emocional y bienestar psicológico. Sin embargo, estas mejoras no se observan en los trasplantados de corazón y pulmón.

Entre los aspectos mejorados después del trasplante, cabe decir que: el trasplante mejora la calidad de vida (salud, nivel de energía y actividad, calidad de vida total) (Littlefield et al., 1996), autoestima, capacidad de trabajo, relaciones interpersonales y espiritualidad (Ocampo et al., 2007), situándose la calidad de vida en los valores promedio. El grupo postrasplante informa significativamente de mayores niveles de funcionamiento físico y psicológico comparados con pacientes pretrasplante (Beilby et al., 2003, Insensé et al., 1999), así como mejora en la dimensión de las relaciones sociales (Insensé et al., 1999). Cuando se compara con un grupo normativo, el grupo trasplantado tiene peor funcionamiento físico pero mayores niveles de bienestar psicológico y vitalidad (Beilby et al., 2003), no mostrando diferencias significativas en dimensiones como la emocional, limitaciones, dimensión física o satisfacción respecto a la población general (Insensé et al., 1999). El trasplante mejora la calidad de vida y situación psicosocial sobre todo en trasplantados de pulmón y médula espinal en comparación con los trasplantados de hígado, alcanzándose valores cercanos a las muestras normales (Goetzmann et al., 2006b).

Entre los aspectos en los que no han mejorado tanto: en los trasplantados hepáticos se observa "peor funcionamiento físico" (Littlefield et al., 1996, Martín Rodríguez et al., 2009), más dolor y malestar y más dificultades en realizar "actividades cotidianas" que los trasplantados renales (Martín Rodríguez et al., 2009), así como peor funcionamiento social (Littlefield et al., 1996) que otros grupos de trasplantados. Los pacientes con injerto de hígado (las mujeres en particular) informan de un grado significativo de estrés psicológico en comparación con los trasplantados de corazón (Langenbach, Schmeisser, Albus y Decker, 2008). Por otro lado, las puntuaciones de experimentación de síntomas debidos a la terapia inmunosupresora permanecen altos entre todos los tipos de

órganos trasplantados incluyendo riñón, hígado, corazón y pulmón. “El género femenino” correlaciona consistentemente con niveles más altos de ocurrencia de síntomas y distrés por los síntomas (Kugler, Geyer, Gottlieb, Simon, Haverich, Dracup, 2009). En el grupo de trasplantados se observa una mayor pérdida de interés por el aspecto físico y más dificultades para sentirse relajados al año del trasplante (Galán Rodríguez et al., 2008).

Por tanto puede concluirse que el trasplante mejora la calidad de vida, pero esta mejora depende según algunos estudios del órgano trasplantado y de la dimensión de la calidad de vida que se tenga en cuenta (física, psicológica o social), así como, por supuesto de muchas otras variables que afectan a esta realidad tan compleja como es la CVRS.

### 1.3. Psicología y trasplantes

En este apartado se ofrece información sobre los problemas que más frecuentemente se observan en la población trasplantada con especial referencia a los trasplantados de hígado, riñón y pulmón. Tras ello se expone de forma resumida los principales resultados obtenidos en relación con otras variables de interés que se han evaluado en esta investigación.

#### 1.3.1. Problemas psicológicos comunes

Los problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos se podrían desglosar en los siguientes apartados (Pérez, Martín y Galán, 2005):

##### 1) *Repercusiones psicológicas del trasplante de órganos en los pacientes*

En este apartado mencionaríamos las siguientes:

- **Delirium.** Aparece en el postoperatorio inmediato y está causado por los fármacos inmunosupresores. Es más frecuente en los trasplantados pulmonares y hepáticos, oscilando en una incidencia del 25%-50%. Los déficits cognitivos se especifican en el apartado 1.3.2.5. “Otras características psicológicas relevantes”.

- **Trastornos sexuales.** Suelen aparecer en el 30% de los trasplantados y las causas pueden ser tanto físicas (por la propia enfermedad o por la medicación) como psicológicas (temor a dañar el órgano trasplantado, sentirse menos atractivos, por ejemplo). El deseo sexual inhibido y el trastorno de la erección suelen ser las disfunciones sexuales más frecuentes.

En relación a esta problemática se encuentra la posibilidad de embarazo por parte de las mujeres trasplantadas. Se trata de un embarazo de alto riesgo, a pesar de que los fármacos inmunosupresores no parecen tener efectos

teratógenos sobre el feto y solo hay descrita una mayor incidencia de prematuridad y bajo peso en los recién nacidos. Las trasplantadas carecen de información desde el punto de vista médico relativa a la posibilidad de la maternidad y concepción (Casanovas, 2007).

- **Trastornos del estado de ánimo.** Los más frecuentes son los trastornos depresivos con una prevalencia que oscila entre el 10% y el 58% durante los primeros años postrasplante. La depresión, como hemos visto anteriormente, puede ser un factor de riesgo para las conductas de no adherencia al tratamiento médico, provocando como consecuencia un rechazo del órgano.

- **Trastornos de ansiedad.** Su prevalencia oscila entre el 3% y 33% durante los primeros años postrasplante. El trastorno por estrés postraumático es al que se le ha dedicado más atención, el cual tiene una incidencia del 17% en los trasplantados cardíacos. En líneas generales estos trastornos aumentan tras el alta hospitalaria debido a la preocupación de los pacientes al no estar bajo supervisión médica continua y porque sus familiares suelen distanciarse de ellos puesto que consideran que no necesitan de su ayuda.

La ansiedad influye en la calidad de vida de los trasplantados según el estudio de Pérez, Martín, Díaz y Pérez (2006). Un alto nivel de ansiedad tras el trasplante, tiene una influencia negativa a largo término sobre la salud. Los sujetos afectados mostraron, en este estudio, síntomas de ansiedad y depresión al año del trasplante así como pobre calidad de vida en cuatro áreas: emocional, social, física y económica. Por tanto, los trasplantados con altos niveles de ansiedad se preocupan por cualquier pequeño síntoma que puede ser normal para otra persona, aspecto que repercute en su salud física y emocional. Asimismo, los síntomas de ansiedad pueden ser también un factor de riesgo para el desarrollo de una adherencia escasa al tratamiento. Disminuir la ansiedad, el exceso de estimulación fisiológica y eliminar creencias irracionales son objetivos psicoterapéuticos.

Pérez, Martín, Gallego de Corpa y Pérez (2009) llegan a la conclusión de que la salud mental (síntomatología ansiosa y depresiva) influye en la supervivencia de los trasplantados. Un alto nivel de ansiedad en los pacientes les lleva a mostrar menos conductas de salud (ejercicio, alimentación, medicación, revisiones médicas). Asimismo un alto nivel de depresión se relaciona con una menor tasa de adherencia al tratamiento.

- **Fantasías sobre el donante.** Entre los trasplantados de hígado, el 75.6% las tiene, y concretamente de este porcentaje, el 70.6% fantasea sobre la edad del donante. El 88% autoperceben su órgano trasplantado como una parte integrada a su cuerpo (Garrido; Casas; Gómez, 2009). Si el órgano procede de un órgano cadáver, los trasplantados pueden fantasear con las características físicas y

psicológicas del donante y en ocasiones intentan ignorar el origen del órgano por miedo a ser deudor de la salvación. Si el órgano procede de un donante vivo puede establecerse una relación conflictiva entre el receptor y el donante. En los trasplantados hepáticos se ha descrito el *Síndrome Psiquiátrico Paradójico* en casos en los que el hígado procedía de donante vivo (Fukunishi et al., 2001). El fenómeno huésped fue estudiado desde una perspectiva psicodinámica por Dovrovsky (2010) en 5 mujeres trasplantadas de riñón proveniente de donante cadáver, seleccionando fragmentos discursivos. Se trata de un tipo de fantasías sobre el donante que consiste en la presencia del donante en el órgano o como acompañante fantasmal (Pérez et al., 2005). Es un fenómeno que puede ocasionar distres y que es poco estudiado entre la comunidad científica.

- ***Insatisfacción con la imagen corporal.*** Algunos trasplantados tienen dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante, puesto que lo perciben como un cuerpo extraño. Este problema fue denominado como el *Síndrome de Frankenstein* (Dubovsky, Metzner y Warner, 1979, citado por Pérez et al., 2005). Otra investigación interesante es la realizada por Pérez y Martín (2002) relacionada con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. En este estudio llegan a la conclusión de que los trasplantados con peor imagen corporal puntuaban más alto en las variables ansiedad estado, depresión, pensamientos depresivos y pensamientos ansiosos y además sus expectativas hacia la enfermedad eran más negativas.

- ***Otros trastornos.*** Con menor frecuencia suelen aparecer trastornos adaptativos, somatomorfos y de la conducta alimentaria.

## ***2) Variables psicosociales que influyen en las repercusiones psicológicas***

- ***Duración de la enfermedad.*** A mayor duración de la enfermedad antes del trasplante hay más riesgo de padecer trastornos psicológicos después de éste, según una investigación con trasplantados de corazón y pulmón (Trumper y Appleby, 2001 citado por Pérez San Gregorio et al., 2005). O incluso pueden aparecer déficits cognitivos (por ejemplo encefalopatía por diálisis) cuando los pacientes están sometidos a diálisis durante más de dos años.

- ***Etiología del trasplante.*** Según Pérez et al. (2005), esta variable solo se ha estudiado en los trasplantados hepáticos (concretamente se ha comparado la etiología etílica versus virásica y colestásica), no hallándose diferencias psicológicas significativas entre ellos (Gledhill, Burroughs, Rolles et al., 1999). Aquellos trasplantados de pulmón a causa de fibrosis quística muestran mejor calidad de vida que los trasplandos por EPOC, como se ha visto anteriormente en el apartado de CVRS en trasplantados hepáticos.

- **Procedencia del órgano trasplantado.** Es decir de donante cadáver o donante vivo. Esta variable solo ha sido estudiada en trasplantados renales, existiendo más trastornos psicológicos en el primer caso debido quizás a que ha estado más tiempo en diálisis (en lista de espera) y están más deteriorados (Watanabe e Higara, 1999).

- **Hospitalización.** En diferentes investigaciones se han tenido en cuenta las variables de duración, ingresos y lugar de hospitalización. En cuanto a la duración de la hospitalización, los resultados son contradictorios. Los reingresos ejercen una influencia negativa en la salud mental de los trasplantados cardíacos (Pérez, Martín y Santamaría, 2000). En cuanto al lugar, en una investigación citada anteriormente (Pérez et al., 2004) se halló que los pacientes presentaban sintomatología depresiva cuando estaban ingresados en la UCI en comparación con la post-UCI debido a las características propias de ésta: despersonalización, espacialidad, temporalidad y el sentimiento de vulnerabilidad que experimentan ya que las horas tras el trasplante son cruciales para el éxito del mismo. Un estudio posterior corrobora estos resultados, observándose mayores síntomas de ansiedad y depresión en la UCI y en la fase post-hospital, siendo menores en la fase post-UCI (Pérez, Martín y Galán 2007). Las razones son las siguientes: en la fase post-UCI existe un sentido de liberación, mientras que en la fase post-hospital comienzan los efectos de los inmunosupresores, el paciente se plantea la reincorporación laboral si es posible, existe un miedo constante al rechazo del órgano, aparecen conflictos familiares porque estos esperan una asunción de roles normalizada por parte de los pacientes...

- **Estrategias de afrontamiento.** Las estrategias de afrontamiento de aproximación en comparación con las de evitación se asocian a una mayor adaptación psicológica por parte de los trasplantados. Generalmente, las estrategias de espíritu de lucha y negación son conductas de afrontamiento mejores que el resto, en el sentido de que facilitan la adaptación. (Carlsson y Hamrin, 1994; Ferrero, Toledo y Barreto, 1995, citados en Rodríguez y Casanovas, 2010). Posteriormente, en el apartado 1.3.2.2. "Personalidad y Trasplante", se expondrán las diferentes estrategias utilizadas por los trasplantados de hígado, renales y pulmonares.

- **Expectativas pre y postrasplante.** Unas expectativas demasiado optimistas antes del trasplante o expectativas negativas hacia la enfermedad después de la operación incrementan la sintomatología ansiosa y depresiva y empeora desde una perspectiva física el autoconcepto, autoestima y autoeficacia. Esto es debido a que las expectativas negativas aumentan los pensamientos irracionales sobre el funcionamiento del órgano lo cual les lleva a pensar en la posibilidad de una evolución desfavorable con un gran temor al rechazo de este (Pérez et al., 2000).

- **Apoyo familiar.** En la presente tesis no se evalúa el apoyo familiar sino el apoyo social en general a los trasplantados, puesto que consideramos que la ayuda puede provenir tanto de la familia como de amigos y otras personas significativas. Pérez et al. (2000) hallaron que cuando las relaciones familiares de los trasplantados empeoraban a raíz del trasplante, los pacientes mostraban más ansiedad y más conductas y pensamientos depresivos debido a que los familiares no proporcionaban un apoyo físico y psicológico eficaz. Greif-Higer, Wandel, Otto et al. (2008) recogen evaluaciones psicosomáticas sistemáticas de 43 trasplantados (34 renales y 9 de hígado) y sus parejas donantes en vivo al año y 6 años tras el trasplante. En 10 casos de trasplante con éxito se identificaron conflictos severos entre donante y trasplantado. Los autores alertan de la necesidad de prestar atención a los signos de conflicto antes y después del trasplante.

- **Trastornos psicológicos en los familiares.** Se trata de un factor de riesgo para la salud psicológica del trasplantado, puesto que el bienestar emocional del cuidador principal influye sobre la calidad del cuidado y apoyo del paciente, incapacitándoles de proveerles una ayuda emocional, instrumental e informacional. Así por ejemplo, se observó en una investigación que los trasplantados hepáticos que se hallaban en contacto con familiares depresivos presentaban más sintomatología ansiosa (Pérez, Martín, Asián y Pérez, 2004). Nos hallamos ante un planteamiento circular: en algunas ocasiones, los familiares no reciben apoyo de los pacientes porque el estado anímico (ansiedad y depresión) de éstos lo dificulta, lo que a su vez deteriora la salud mental de los familiares. Por ello, en dichas circunstancias los familiares no están en condiciones de apoyar a los pacientes, incrementando los trastornos psicológicos de los mismos (Pérez, Martín, Asián y Pérez, 2005b).

Se ha demostrado que el efecto de la enfermedad crónica sobre la salud psicológica de los familiares es mayor que el impacto psicológico directo sobre el paciente (Holmes y Deb, 2003). Los pacientes poseen cualidades psicológicas positivas para afrontar la vida diaria (autorrealización, satisfacción, felicidad y seguridad en uno mismo) que posiblemente sus familiares y concretamente sus cuidadores no las han desarrollado.

- **Otras variables.** Entre otros, ser mujer joven con antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos (Dew et al., 2000; Jones et al., 1988; Stukas et al., 1999 citados por Pérez et al., 2005).

### **3) Fases psicológicas**

En la presente investigación, no ha podido ser analizada la evolución psicológica de los trasplantados en función del tiempo transcurrido desde el trasplante. Sin embargo, sí que analizamos desde una perspectiva transversal la

posible influencia del factor tiempo desde el trasplante sobre el bienestar de los trasplantados de hígado concretamente. A continuación, se describen las diferentes fases por las que pueden discurrir psicológicamente las personas trasplantadas:

- En los *trasplantados hepáticos* (de 0-6 meses, 7-12 meses, 13-24 meses, 25-36 meses, 37-48 meses y 49-60 meses). La calidad de vida mejora durante los 6 primeros meses tanto a nivel físico como psicológico. No obstante dicha calidad empeora en el intervalo temporal 13-24 meses, quizás debido a las dificultades sociolaborales para adaptarse. A continuación, los pacientes consiguen mejorar su calidad de vida 3-5 años después del trasplante cuando logran una estabilidad emocional (De Bona et al., 2000).

- En los *trasplantados renales*. Existen diferentes estudios donde se analiza la evolución psicológica de estos pacientes. Siguiendo a Pérez et al., (2000) se distinguen: 1) Fase de alerta (0-12 meses) puesto que constantemente analizan cualquier posible síntoma que aparezca, repercutiendo negativamente en su salud psicológica. 2) Fase de adaptación (13-24 meses), en la que la mayoría de los pacientes se han adaptado a las prescripciones terapéuticas, se han integrado al entorno sociolaboral, la evolución física es favorable, la familia está más recuperada psicológicamente, conllevando todo esto a una disminución de los desequilibrios psicológicos. 3) Fase de agotamiento (más de 24 meses). Aumentan los desequilibrios psicológicos puesto que aparece de nuevo el temor a la pérdida del injerto, dado que a medida que pasa el tiempo disminuye la supervivencia del riñón y aparecen desilusiones ante unas expectativas frustradas. En un estudio realizado por el Hospital Virgen del Rocío y la Facultad de Psicología en Sevilla, los investigadores comprueban que efectivamente el tiempo postrasplante es una variable que influye en los trastornos psicológicos de los trasplantados renales, puesto que atraviesan por las diferentes fases descritas anteriormente: alerta, adaptación y agotamiento (Pérez, Martín, Galán y Pérez, 2005c).

Magaz (en Ortega y Rebollo, 2006) en base a su experiencia de atención psicológica a las personas con enfermedades crónicas, algunas de ellas trasplantadas, proponen cuatro fases posibles en el transcurso del proceso de adaptación a la situación de trasplante: inicio, toma de conciencia, reflexión y readaptación, que suponen una perspectiva más optimista que las anteriores fases presentadas.

1. La *etapa de inicio de la experiencia del trasplante* puede ser muy variada. En esta fase predomina el miedo a lo desconocido, por lo que tanto la persona trasplantada como las personas que le rodean prestan especial atención a los síntomas físicos y a los cuidados necesarios. La seguridad e información del personal sanitario influirán en la posterior

adaptación al trasplante. El regreso al domicilio supone el comienzo de la siguiente etapa.

2. *Toma de conciencia y definición del papel del trasplantado.* El paciente comienza a pensar en las repercusiones del trasplante más allá de los aspectos físicos, reflexionando tanto el entorno como el propio paciente sobre sus limitaciones y capacidades. La visión sobre el trasplante y la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y las creencias de la sociedad en la que vive del tipo: los enfermos crónicos son personas "minusválidas" o los trasplantados son personas "extraordinarias", ambas perspectivas pueden ser fuente de ansiedad y depresión. En esta etapa, se perciben a sí mismos como vulnerables y carentes de proyectos con un riesgo elevado de inadaptación personal, familiar y social. Sin embargo si el trasplantado y la mayoría de las personas con las que convive se cuestionan este sistema de valores, se inicia la tercera fase.
3. *Reflexión y análisis: nuevo punto de referencia.* Al experimentar las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad, el paciente puede advertir sus limitaciones pero también sus capacidades. Su estado de ánimo se caracteriza por grandes altibajos. Se encuentra en un periodo de desequilibrio puesto que todavía no ha alcanzado la adaptación.
4. *Readaptación: personal, social y familiar.* Algunas personas toman conciencia de sus limitaciones y capacidades, reconstruyen su imagen personal y sus relaciones familiares y sociales y son capaces de comenzar un nuevo proyecto de vida. Sin embargo otros solo perciben las limitaciones y adoptan una actitud pasiva y de dependencia sin proyectos propios.

En general podría afirmarse que las personas que no pasan de la primera etapa son las que tienen un riesgo mayor de presentar un elevado distrés psicológico, desarrollando trastornos de ansiedad, depresión y otros. Permanecer en la segunda fase podría conducir a la marginación social, la dependencia y la pasividad general. Si la tercera fase no se supera el individuo mantendrá una actitud de duda, con altibajos emocionales y relaciones familiares conflictivas.

La duración de cada una de las fases varía según las diferencias individuales, lo cual influirá en el efecto del trasplante sobre la calidad de vida. En gran parte de las investigaciones que estudian los efectos psicológicos del trasplante se exige como requisito que haya pasado por lo menos un año ya que este parece ser el tiempo medio de adaptación a la nueva situación.

#### **4) Repercusiones psicológicas en los familiares**

Las pocas investigaciones que existen sobre este tema, concluyen que el proceso de integración psicosocial del órgano no es fácil ni para el paciente ni para la pareja. Pérez y colaboradores llevan a cabo diferentes estudios en los que tienen en cuenta la salud mental de los familiares de trasplantados y su importancia sobre el bienestar físico y emocional de los trasplantados. (Pérez et al., 2005b y Pérez et al., 2008) Un estudio israelí (Cohen, Katz y Baruch, 2007) también muestra la sobrecarga y el estrés que sufren los cuidadores de trasplantados de hígado, especialmente entre las mujeres. Ellas perciben más sobrecarga, realizan más actividades de cuidado, y experimentan mayores niveles de ansiedad que los hombres. Una menor ganancia personal, un mayor tiempo desde el trasplante, una mayor sobrecarga percibida y una mayor privación en las relaciones, estuvieron asociados significativamente con un mayor nivel de depresión y peor salud percibida.

#### **1.3.2. Variables consideradas en el estudio**

Como hemos estado describiendo a lo largo de estas páginas, son numerosos los factores que pueden estar interviniendo en un grado determinado sobre la **calidad de vida de los trasplantados de hígado**. A continuación, se desglosan aquellas características sociodemográficas y relacionadas con la enfermedad que han sido consideradas en el presente estudio entre esta población de trasplantados:

##### **1.3.2.1. Características sociodemográficas**

###### **1) Entre los trasplantados hepáticos (TH):**

- **Variables pretrasplante asociadas con la CVRS.** Tales como ascitis, encefalopatía, carcinoma hepatocelular, hepatitis viral, horas trabajadas, tiempo imposibilitado para trabajar y el género estuvieron significativamente asociados con la calidad de vida de los trasplantados de hígado (Saab, Ibrahim, Surti, 2008).

- **Edad.** Los pacientes mayores tienden a tener mejor salud física puesto que tienen menos expectativas sobre sus capacidades que los TH más jóvenes (Nickel et al., 2002b). Pueden ajustarse mejor al cambio de roles tras el trasplante. De las variables sociodemográficas evaluadas solo la edad y los ingresos tuvieron una relación significativa con la CVRS según el estudio de Lo Biondo-Wood et al. (1997). Cuando el trasplante se realiza en niños parece que las puntuaciones en calidad de vida son mayores. Por tanto, niños y mayores parecen recuperar su bienestar en mayor medida que aquellos con edades intermedias.

- **Género.** Según Kober et al. (1990) los hombres tienen una peor calidad de vida que las mujeres. El tamaño muestral de este estudio no era muy grande, por lo que los resultados no son significativos. En general las mujeres suelen mostrar peor CVRS que los hombres. En el entorno español mantienen que la CVRS de las mujeres trasplantadas es peor que la de los hombres principalmente porque su rol de cuidadoras tan socialmente aceptado no lo pueden llevar a cabo tras el trasplante (Casanovas, 2007). Según Kugler et al. (2009), las mujeres trasplantadas independientemente del órgano injertado, experimentan más síntomas debido a la terapia inmunosupresora y más distrés a causa de ello. Los trasplantados de hígado, concretamente las mujeres experimentan más estrés psicológico que las trasplantadas de corazón (Langenbach et al., 2008).

- **Tiempo transcurrido desde el trasplante y su importancia sobre los niveles de ansiedad y depresión.** Se observa una mejora significativa en los síntomas de depresión tras el trasplante pero la magnitud de la mejora es más pequeña con el tiempo, sugiriendo una posible recaída en los síntomas. Una mejor CVRS física postrasplante está asociada con una mayor reducción de los síntomas de ansiedad y depresión tras el TH. Esto demuestra claras mejoras en la CVRS mental postrasplante y relaciones significativas entre la CVRS física y mental (Russell, Feurer, Wisawatapnimit et al., 2008). Aquellos TH con un periodo postrasplante de más de dos años mostraron una mejor integración social y menos síntomas depresivos (Santos et al., 2008). Sin embargo, la CVRS de pacientes TH desde hace más de 10 años no llega a ser muy buena según Lewis y Howdle, (2003). Por tanto el tiempo transcurrido desde el trasplante parece ser una variable interesante a considerar para posteriores investigaciones, como en la presente tesis.

- **Estado civil.** Significativamente muchos pacientes que se situaban con niveles normales de ansiedad y depresión medidos a través del HADS estaban casados (Nickel et al., 2002b). Los receptores de un nuevo hígado casados tienen mejores puntuaciones en el dominio de rol emocional del SF-36 (Saab, Bownik, Ayoub, Younossi et al., 2011).

- **Situación laboral.** Se encuentran diversos estudios que analizan la situación ocupacional como factor relacionado con la calidad de vida de los TH, siendo uno de los pocos factores que indudablemente predicen el bienestar de estos pacientes (Hunt, Tart, Dowdy et al., 1996; Saab, Wiese, Ibrahim et al., 2007; Santos Junior et al., 2008; Telles Correia et al., 2009b). Aquellos con mejor salud mental son más activos puesto que los pacientes TH con menor ansiedad y depresión tienen un empleo según algunos resultados encontrados (Nickel et al., 2002b). El volver al trabajo es una de las esperanzas más comunes en esta población a pesar de que tan solo un 36% (124 pacientes de un total de 353) vuelven a trabajar tras el TH (Aberg, Rissanen, Sintonen et al., 2009). Un estudio reciente ya citado de Saab et al. (2011) analiza los efectos de las diferencias

socioeconómicas y demográficas sobre la CVRS de los TH. Entre aquellos con empleo, los TH con más de 12 años de educación tuvieron mejores puntuaciones en el funcionamiento físico, mejores puntuaciones en múltiples dominios del SF-36 y del CLDQ (*Chronic Liver Disease Questionnaire*). En resumidas cuentas, el empleo está relacionado con salud y es por tanto un indicador de calidad de vida.

Otras variables tenidas en cuenta en la presente investigación fueron el nivel de estudios, si tienen hijos o no y cuantos, si tienen certificación de minusvalía, el nivel socioeconómico, la causa del trasplante, la medicación postrasplante y las complicaciones médicas antes y después del trasplante.

## **2) Entre los trasplantados renales:**

En un estudio amplio con muestra de trasplantados renales del Hospital Central de Asturias (Rebollo, Ortega, Baltar et al., 2000) se analizaron las variables que influyen en la CVRS encontrándose que las diferencias en CVRS de los trasplantados son consecuencia de una serie de variables que a continuación se citan:

- **Variables médicas o enfermedades comórbidas.** Figuras analíticas (hemoglobina y hematocrito), índice de comorbilidad (incluye 24 enfermedades definidas por criterios clínicos específicos), estatus funcional medido por la *Karnofsky Performance Scale* (KPS) (Rebollo et al., 2000).

- **Edad.** No aparece como elemento determinante en las diferencias de CVRS (Rebollo et al., 2000). Los pacientes mayores de 65 años superan el estado de salud percibido por los grupos de menor edad. En una investigación de Rebollo, Ortega, Baltar et al. (2001) usando puntuaciones estandarizadas, los pacientes mayores en terapia renal sustitutiva (hemodiálisis y trasplante de riñón) tuvieron relativamente mejor CVRS que los pacientes jóvenes, y en el caso de los pacientes trasplantados, tuvieron incluso mejor CVRS que la población general de la misma edad y género. En una investigación realizada en Barcelona se obtienen resultados similares (Rodríguez, Conejos, Fuenmayor et al 2009). Las expectativas sobre el trasplante son diferentes para los mayores y los jóvenes, lo que explicaría en mayor medida la mejor adaptación de los mayores a las peores circunstancias y la mayor salud mental de los trasplantados renales más mayores respecto de los más jóvenes. La prevalencia de la insuficiencia renal aumenta con la edad de modo que más del 44.2% de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) son mayores de 60 años (Rodríguez et al., 2009). El trasplante renal se considera una alternativa terapéutica en pacientes mayores de 65 años con IRCT ya que no existen diferencias significativas en la evolución en relación a pacientes trasplantados de menor edad. Sin embargo, en otros estudios se concluye que ser más joven está asociado con mayor calidad de vida tras el trasplante renal (Prihodova, Nagyova, Rosenberg et al., 2009; White y Gallagher, 2010).

- **Género.** Siguiendo los resultados de un estudio de Rebollo et al. (2000), las mujeres parecen tener peor CVRS en las siguientes categorías del SIP (*Sickness Impact Profile*): conducta emocional, cuidado corporal y movimiento, administración de la casa y deambulación, y sobre las dimensiones, tanto física y psicosocial, mostrando un mayor empeoramiento producido por la enfermedad. Sin embargo, los hombres tuvieron peores puntuaciones en las áreas de trabajo y ocio y pasatiempos. Estas diferencias son debidas a los diferentes roles sociales, y pueden ser encontradas también en la población general y en los pacientes en diálisis. Las puntuaciones del SF-36 mostraron una tendencia similar ya que los hombres informaron de mayor CVRS que las mujeres en las dimensiones: Rol Físico, Funcionamiento Físico, Dolor Corporal, Vitalidad, Funcionamiento Social y Salud Mental. Sin embargo, el género no aportó diferencias significativas a los resultados en CVRS en un estudio desarrollado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío en Sevilla (Cirera et al., 2009). Los hombres perciben mejor calidad de vida que las mujeres, sobre todo los menores de 40 años. Las mujeres que viven en el ámbito rural informan de peor calidad de vida, a causa del desempeño del rol familiar y la repercusión negativa sobre su bienestar. Por otro lado, a mayor tiempo en lista de espera, la capacidad de adaptación a las nuevas circunstancias es superior. Es decir desarrollan una capacidad de aprender y salir fortalecidos de experiencias traumáticas (resiliencia) (Díaz Domínguez et al., 2005).

- **Tiempo transcurrido desde el trasplante.** Los estados físico y emocional dependen del tiempo que consideremos desde el trasplante. Tiene un efecto positivo sobre la percepción de la salud general, es decir, a más tiempo mejor salud; pero un efecto negativo sobre el rol emocional, quizá producido por el miedo al rechazo (Rebollo et al., 2000). Sin embargo, según Prihodova et al. (2009) una mayor CVRS mental se asocia con mayor tiempo desde el trasplante. Por otro lado, Cirera et al. (2009) concluyen en su estudio que tanto la SC (ítem que evalúa el cambio en la percepción del estado de salud actual respecto al año anterior) como la salud general se ven afectadas por el tiempo transcurrido desde el trasplante, debido a que la vida media del injerto de riñón es limitada y se va perdiendo la funcionalidad del mismo.

- **Estado civil.** También es una variable que se relaciona con cambios significativos en la CVRS (Rebollo et al., 2000). Los trasplantados renales solteros y casados informan de mejores puntuaciones en la Función Física (FF), Limitaciones del rol por problemas físicos (RF), y Dolor corporal (D) que los separados y viudos (Cirera et al., 2009). Estar casado se relaciona con mayor CVRS (White y Gallagher, 2010).

- **Situación laboral.** La situación sociolaboral se correlacionó con la FF, RF y percepción del estado de salud actual respecto al año anterior (SC) de manera que aquellos que se encontraban activos laboralmente, tenían mejores puntuaciones

en estas escalas (Cirera et al., 2009). Tener un empleo se asocia con mayor calidad de vida (Rebollo et al., 2000; White y Gallagher, 2010).

- **Situación económica.** Los pacientes con una mejor situación económica mostraban una mejor salud a excepción de la dimensión de Salud General (Rebollo et al., 2000; Cirera et al., 2009). Una mayor CVRS mental y física entre los trasplantados renales se relaciona con mayores ingresos (Prihodova et al., 2009).

- **Nivel educativo.** Un nivel educativo bajo se asocia con peor CVRS medida por el SF-36 en las dimensiones de Funcionamiento Físico, Rol Físico y Vitalidad (Rebollo et al., 2000). Tener un nivel educativo más alto se asocia con mayor calidad de vida (White y Gallagher, 2010) y concretamente mayor CVRS mental y física (Prihodova et al., 2009).

### **3) Entre los trasplantados pulmonares:**

En esta población de trasplantados se han encontrado muy pocos estudios en los que tomen en consideración las variables sociodemográficas y su influencia sobre la CVRS:

- **Variables asociadas a la enfermedad.** Como se ha comentado anteriormente, la calidad de vida de los trasplantados pulmonares se ve afectada por una serie de comorbilidades médicas asociadas a esta población: la bronquiolitis obliterante (BOS), el tipo de enfermedad causante del trasplante (FQ o EPOC), tipo de trasplante (unipulmonar versus bipulmonar), función pulmonar, disnea, sobrepeso...

- **El Género.** Supone un factor importante a considerar en las diferencias observadas en la CVRS entre los trasplantados pulmonares. En las mujeres los cambios relativos al peso, el apetito, la satisfacción del propio cuerpo y el funcionamiento sexual acaecidos en el postrasplante tienen una influencia negativa.

La calidad de vida general y las limitaciones de rol debidas a la salud física mejoran tras el trasplante pulmonar, sin embargo la carencia de diferencias en muchos dominios de calidad de vida (bienestar emocional, limitaciones de rol debidos a la salud emocional y funcionamiento social) sugieren que las mujeres trasplantadas de pulmón, continúan teniendo deterioros significativos, incluyendo aquellos relacionados con sexualidad y satisfacción corporal (Limbos, Chan y Kesten, 1997). Las limitaciones de este estudio incluyen el tener una muestra pequeña y carecer de un grupo de comparación formado por una muestra de hombres trasplantados.

En un estudio realizado en Zúrich (Goetzmann, Scheuer, Naef et al., 2005), entre los trasplantados pulmonares los hombres experimentaron más depresión significativamente que las mujeres, a pesar de que ellas sufrieron más infecciones pulmonares y complicaciones no pulmonares en los pasados 6 meses. La razón no está clara pero posiblemente sea debido a que los hombres se ven más limitados en su trabajo por los problemas de salud.

- **Tiempo transcurrido desde el trasplante.** Aproximadamente al año tras el trasplante pulmonar, la calidad de vida es favorable e incluso el bienestar psicológico es similar al de las normas poblacionales (Goetzmann et al., 2005; Santana et al., 2009) no habiendo diferencias significativas en función del tiempo desde el trasplante (Gross et al., 1995; Cohen et al., 1998). Aunque los pacientes más tiempo trasplantados deben afrontar los efectos secundarios de la inmunosupresión, informan de una alta satisfacción con la vida respecto al bienestar físico y emocional (Rodrigue et al., 2005).

- **Situación laboral.** Tan solo un 37% de los trasplantados de pulmón vuelve a su trabajo tras la intervención (Cicutto, Braid, Moloney et al. 2004). Es más probable que los trasplantados más jóvenes vuelvan al trabajo puesto que se encuentran en mejores condiciones físicas que los más mayores y tienen mayores deseos y posibilidades de entrar en el mundo laboral.

### 1.3.2.2. Personalidad y trasplante: Aspectos temperamentales y cognitivos predominantes en trasplantados

#### a) Personalidad y trasplante

La personalidad se definiría como una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento e intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente (Eysenck, 1970).

Las características de personalidad han sido muy poco estudiadas entre la población trasplantada y aquellas investigaciones que existen, toman en consideración sobre todo a los trasplantados de corazón. Resulta un tema interesante, por tanto del que carecemos de suficiente información al respecto. Stille y cols. (2005) realizaron un estudio con 73 pacientes trasplantados de corazón. Para medir la personalidad utilizaron el NEO-PI-R encontrando que el 32.9% (24 sujetos) fueron diagnosticados con el SCID II, 11 de ellos como obsesivo-compulsivos, 2 histriónicos cada uno de ellos con personalidad dependiente, limítrofe y antisocial, 5 obsesivo compulsivo con personalidad limítrofe y 2 esquizoide. Adicionalmente, 11 pacientes cumplieron el criterio de personalidad obsesivo compulsivo. El 62.5% de los sujetos fueron diagnosticados con trastornos de personalidad y rasgos obsesivos lo cual es considerado mucho más alto de lo esperado y distingue el trasplante cardio-torácico del grupo de trasplante de

hígado y la población psiquiátrica en general, donde prevalece más la personalidad limítrofe y antisocial. Los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo tienden a tener más riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas. Sin embargo, debido a sus rasgos de personalidad experimentan mejores resultados después del trasplante. Teniendo en cuenta el tipo de personalidad, hay pacientes que requieren más tiempo y atención por parte del equipo de trasplante para ajustarse a los cambios que presentan (Dobbels, 2000 citado por Stilley et al., 2005).

Una revisión más actual (Telles-Correia, Barbosay, Mega, 2010) de los estudios que evalúan la personalidad en pacientes trasplantados concluye que el neuroticismo está asociado con pobre calidad de vida (física, mental y social), la extraversión con mejor calidad de vida en las tres vertientes, y la personalidad tipo D con una peor calidad de vida y un incremento de la mortalidad y rechazo tras el trasplante. La personalidad tipo D se caracteriza por una combinación de afectividad negativa e inhibición social así como inhibición de la expresión emocional (ira reprimida). Según una investigación reciente de Johan Denollet (2005), se encontró que la personalidad tipo D fue un predictor significativo de mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria. Los investigadores descubrieron que los pacientes cardíacos Tipo D tenían tres veces más riesgo de incidentes cardiovasculares como enfermedad arterial periférica, angioplastia o bypass, fallo cardíaco, trasplante cardíaco, ataque al corazón o muerte. Los trastornos de personalidad no están asociados con un incremento del consumo de alcohol en trasplantados debidos a enfermedad del hígado por abuso de alcohol.

Podemos por tanto concluir que las características de personalidad influyen significativamente en el desarrollo de la calidad de vida a todos los niveles en los trasplantados.

Por lo que se refiere a los **trasplantados de hígado**, aunque no se pueden establecer conclusiones sobre la prevalencia de trastornos de personalidad, hay estudios que identifican que las personas con problemas de salud que viven bajo un nivel de estrés elevado tienen mayor probabilidad de presentar problemas emocionales o comportamentales que las personas saludables, debido a que la enfermedad crónica los vuelve más rígidos, convirtiéndose en trastornos de personalidad (Zhang et al., 2005).

Según este mismo estudio, la confrontación y la extraversión correlacionaban positivamente con la calidad de vida total, psicológica y social, mientras que el neuroticismo y la aceptación lo hacían negativamente. El psicoticismo también se asoció negativamente con la calidad de vida psicológica. Como puede observarse, la confrontación es la principal estrategia de afrontamiento y la extraversión y neuroticismo las principales características emocionales de la personalidad de los TH. Igualmente, Telles Correia, Barbosa, Mega y Monteiro (2009b) concluyen que el neuroticismo está fuertemente

correlacionado con el componente mental de calidad de vida entre candidatos a trasplante hepático. En cuanto al psicoticismo se correlaciona negativamente con el bienestar psicológico.

La relación entre los rasgos de personalidad seleccionados, el estado de salud y las habilidades y conductas de autocuidado entre los **trasplantados renales** se confirma en el estudio de Horsburgh, Beanlads, Locking-Cusolito et al. (2000). Por otra parte, el impacto de la personalidad y distrés psicológico sobre la CVRS se analizó en una muestra de 177 trasplantados renales (Prihodova, Nagyova, Rosenberg et al., 2009). La mayor CVRS mental se relacionó con mayor extraversión y menor neuroticismo y distres. La mayor CVRS física estuvo asociada con menor neuroticismo y distres. Por tanto, se confirma la importancia del distrés psicológico en estos pacientes y su impacto sobre la CVRS, siendo uno de los escasos estudios que evalúa la personalidad entre los pacientes que han recibido el injerto renal. Como resultado anecdótico para nuestro trabajo, se encuentra el examen realizado por psicólogos en un centro de trasplante en Alemania (Wutzler, Venner, Villmann et al., 2009). En el contexto de una evaluación psicosomática anterior al trasplante de riñón proveniente de donante vivo, estos autores utilizaron las escalas de validez del MMPI para conocer el porcentaje de ocurrencia y posible influencia de la disimulación (o negación consciente) con la finalidad de aparentar no tener problemas en sus relaciones y estar libres de conflictos entre los candidatos a trasplante renal y sus posibles donantes. 1/3 de las parejas de donante-receptor evaluadas pretendían dar esta imagen, posiblemente llevados por la preocupación de no poder ser llevado a cabo el ansiado trasplante si los clínicos perciben que existen malas relaciones entre ellos.

En cuanto a la personalidad y percepciones de la enfermedad tras el **trasplante pulmonar**, también se ha dedicado poca atención a excepción de la mostrada por el grupo de Goetzmann y colaboradores en el Hospital Universitario de Zúrich en Suiza (Goetzmann, Scheuer, Naef et al., 2005b; Goetzmann, Moer, Vetsch et al., 2006c). En el estudio de Goetzmann et al. (2005b), los investigadores concluyen que en los trasplantados pulmonares los rasgos de personalidad (evaluados a través del NEO-PI) son más relevantes para las percepciones de la enfermedad ("control") que la función actual del órgano (medida por el Volumen Máximo Espirado en el primer segundo de una espiración forzada: FEV1). Concretamente entre los 50 trasplantados analizados, los factores de "extraversión", "apertura a la experiencia", "cordialidad" y "escrupulosidad" fueron significativamente más altos comparados con las normas poblacionales. Posiblemente, el crecimiento y cambio personal tras la experiencia traumática del trasplante puede ser la causa de estos resultados. La "apertura a la experiencia" correlacionó positivamente y el "neuroticismo" negativamente con la percepción de "control" de la enfermedad. Los pacientes que valoran positivamente las nuevas experiencias, tienden a confiar en la controlabilidad de su estado de salud físico. Sin embargo los pacientes que expresan sentimientos agresivos o nociones

no realistas (neuróticos) es más probable que desarrollen la idea de que su estado de salud no puede ser controlado. Las percepciones de salud pueden influir sobre el bienestar psicosocial tras el trasplante y pueden tener un efecto sobre la conducta de salud.

### **b) Estrategias de afrontamiento en trasplantados**

Uno de los significados del afrontamiento que ha adquirido mayor desarrollo en los últimos años tiene que ver con el concepto del estrés como proceso (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984; Sandín, 1995). Partiendo de esta concepción del estrés, el afrontamiento es definido como los esfuerzos en curso cognitivos y conductuales dirigidos a «manejar» las demandas internas o externas que son evaluadas como algo que excede los recursos de la persona.

Uno de los pocos estudios que evalúa las estrategias de afrontamiento predominantes entre los **trasplantados de hígado** (TH) así como su personalidad es el ya citado de Zhang et al. (2005). Su principal estrategia de afrontamiento fue la confrontación (espíritu de lucha) que correlacionó positivamente con la puntuación de calidad de vida total y el bienestar psicológico y social. Al contrario, la aceptación (estoica) correlaciona negativamente con la calidad de vida global, el bienestar psicológico y el bienestar social. Por tanto, sería necesario que los pacientes TH desarrollaran estrategias de confrontación (espíritu de lucha). La estrategia depresiva como forma de afrontar la enfermedad se relaciona significativamente con peor calidad de vida tanto mental como física en TH tal y como se vio anteriormente (Nickel et al., 2002; Nickel et al., 2002b). Las estrategias de afrontamiento y la depresión en el período pretrasplante entre los candidatos a trasplante hepático (TH) son determinantes importantes de la calidad de vida a los 6 meses tras el trasplante de hígado (Telles-Correia, Barbosa, Mega, Mateus, Monteiro, 2009). La estrategia de afrontamiento principal entre los trasplantados de hígado, según una investigación española, es la búsqueda de información adicional (Garrido, Casas y Gómez, 2009).

Está claro que los **trasplantados** y concretamente los **renales** en este caso, experimentan una serie de estresores en el sentido sugerido por Lazarus y Folkman (1984). Dichos estresores suponen demandas externas que el sujeto percibe como un reto y con las cuales ha de aprender a adaptarse usando mecanismos de afrontamiento intra e interpersonales. Una serie de estudios han tratado de aclarar qué estresores son considerados como más importantes por parte de los trasplantados renales (White, Ketefian, Starr et al., 1990; Sutton, Murphy, Frazier, Davis-Ali, Dahl, 1995), los estilos de afrontamiento predominantemente utilizados para hacerles frente (Adler, 1972; Sutton, Murphy, 1989; Lim y Molassiotis, 1999; White, Ketefian, Starr et al., 1990; Lindqvist, Carlsson, Sjöden, 2004) y la influencia diferencial sobre la calidad de vida de los pacientes en base al tipo de afrontamiento preferido (White, Ketefian, Starr et al.,

1990; Lim y Molassiotis, 1999; White y Callagher, 2010). Los principales estresores identificados por los trasplantados renales de una muestra china fueron el miedo al rechazo, el cumplimiento de la medicación y los efectos secundarios de la medicación, la incerteza sobre el futuro, el miedo a la infección y el factor coste (Lim y Molassiotis, 1999). El miedo al rechazo del órgano (Sutton et al., 1989; White et al., 1990) y el miedo a infecciones o virus (White et al., 1990) fueron también identificados en otros estudios. En el caso de pacientes recién trasplantados (6 meses) la incerteza sobre si el trasplante será un éxito fue elegido en primer lugar (White et al., 1990). El tipo de estresores puede variar en función del tiempo transcurrido desde el trasplante, aunque el miedo al rechazo parece estar presente en primer lugar tanto entre aquellos trasplantados hace un año o incluso más de un año (Lim et al., 1999), variando en mayor medida los estresores elegidos en posiciones posteriores. El rechazo es una circunstancia que ocurre fuera del control de los pacientes y es impredecible qué características promueven el aumento del estrés.

No sabemos hasta qué punto los estilos de afrontamiento considerados como más frecuentemente utilizados por las muestras de trasplantados renales de las diferentes investigaciones son también los más usados por la población española de trasplantados renales puesto que carecemos de estudios en nuestro país al respecto. Es posible que las diferencias culturales aporten una influencia importante. Sin embargo a continuación detallaremos las estrategias más utilizadas por muestras de trasplantados renales internacionales. En el estudio chino citado anteriormente (Lim y Molassiotis, 1999), los pacientes suelen usar un afrontamiento centrado en el locus de control interno para afrontar el estrés. Entre los trasplantados renales suecos, (Lindqvist et al., 2004), parecen utilizar un afrontamiento significativamente más optimista, auto-confiado, de apoyo y emotivo que otra muestra de la población general. Los afrontamientos evasivo, emotivo y fatalista estuvieron asociados con una baja percepción de eficiencia. En una muestra de trasplantados estadounidense, rezar y ver el problema objetivamente fueron las estrategias de afrontamiento más usadas, siendo mayores las puntuaciones en las estrategias orientadas al problemas que en las orientadas a la emoción (Sutton et al., 1989). En una muestra de Irlanda los trasplantados renales usaron más resolución de problemas que estrategias de afrontamiento de evitación (White y Gallagher, 2010). Además el uso por parte de los pacientes de las estrategias de afrontamiento de evitación tales como distracción, soñar despierto o dormir, se relacionaron con puntuaciones bajas en CVRS a través de los dominios físico, psicológico, social y ambiental. La preferencia por la búsqueda de información como estrategia de afrontamiento por parte de los trasplantados renales produce una disminución de los niveles de depresión (Christensen, Ehlers, Raichle et al., 2000). Otras estrategias de afrontamiento fuertemente aceptadas por una muestra de trasplantados renales fueron los ítems

incluidos en las escalas de distanciamiento/indiferencia y autocontrol/aceptación de la responsabilidad (White et al., 1990).

Como puede observarse, los resultados obtenidos son muy variados, pero podemos concluir que las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema parecen ser más efectivas que las dirigidas a la emoción a la hora de enfrentarse con los estresores que acaecen en el funcionamiento diario de los trasplantados renales. Los tipos de afrontamiento orientados al problema parecen incrementarse en situaciones valoradas como cambiantes y el afrontamiento orientado al afecto o a la emoción es utilizado en situaciones percibidas como no sujetas al cambio (Sutton y Murphy, 1989 citados en Lim et al., 1999).

El único estudio encontrado relativo a las estrategias de afrontamiento entre **trasplantados pulmonares** es el de Myaskovsky, Dew, Switzer et al. (2005). Los investigadores trataban de encontrar una relación entre la calidad de vida y el tipo de afrontamiento entre los TP y sus cuidadores principales. Se observaron los siguientes resultados: diversos elementos de afrontamiento de los pacientes, incluyendo el mayor uso de afrontamiento activo y el afrontamiento orientado a la emoción estuvieron generalmente relacionados con una peor calidad de vida psicosocial y física. El tipo de afrontamiento influía en la calidad de vida tanto de los cuidadores por un lado como de los candidatos a trasplante de pulmón por otro, según este estudio. Además, el tipo de afrontamiento utilizado por los pacientes y su calidad de vida influían sobre el bienestar de los cuidadores.

Mayoritariamente la atención de la comunidad científica se ha dirigido a los pacientes en lista de espera. Desde aquí, los estresores identificados como más importantes entre los candidatos a trasplante pulmonar fueron “sentir tensión causada por llevar un busca” y “sentir miedo de que el trasplante llegue demasiado tarde” (Vermeulen, Bosma, van der Vij et al., 2005).

Los candidatos a trasplante de pulmón es más probable que utilicen estrategias de afrontamiento ante la enfermedad activas, de aceptación y de búsqueda de apoyo. El afrontamiento de evitación se relaciona más fuertemente con peor calidad vida global, dolor corporal, dificultad con el trabajo diario o actividades como resultado de los problemas emocionales y sintomatología depresiva (Myaskovsky, Dew, Switzer et al., 2003).

En un estudio organizado por la Universidad de Pittsburg en USA se compararon los estilos de afrontamiento y el optimismo entre los candidatos a trasplante de hígado y de pulmón. Se clasificaron a los sujetos en función del diagnóstico médico y la historia de abuso de sustancias (alcohol/drogas o tabaco), apareciendo diferencias significativas dentro de ambos grupos según la historia de abuso de sustancias sobre el estilo de afrontamiento “aceptación” (Stilley, Miller, Manzetti et al., 1999). Asimismo se observaron también diferencias significativas

entre los grupos en el número de estrategias de afrontamiento. Como hemos comentado anteriormente, el afrontamiento de evitación está relacionado negativamente con la calidad de vida (Myaskovsky, Dew, Switzer et al., 2003). Afortunadamente, los candidatos a trasplante pulmonar, utilizan más estrategias positivas como "intentar relajarse" que negativas tales como "tomar sedantes" (Vermeulen et al., 2005), así como estrategias activas, de aceptación y búsqueda de apoyo para afrontar los problemas de salud (Myaskovsky et al., 2003).

### 1.3.2.3. Síntomas psicológicos en trasplantados

Son escasos los estudios que analizan los síntomas psicológicos y/o trastornos psicológicos entre los trasplantados. A continuación se resumen los principales resultados de diversas investigaciones encontradas al respecto.

Según un estudio descriptivo español, el 85.9% de **trasplantados de hígado** dicen sentirse felices anímicamente. Sin embargo, el 60% dicen tener miedo al rechazo del órgano. Sólo el 2.2% informa tener una enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada (Garrido et al., 2009).

Un grupo de investigadores entre los que se encontraban Caccamo, Azara, Doglia et al. (2001), utilizan el SCL-90 y un cuestionario sobre estilos de afrontamiento (*Ways of Coping Scale*) como en el presente estudio. Observaron un aumento de fobias al mes de la operación pero progresivamente aparecían mejoras después en los síntomas depresivos y en las relaciones sociales, así como un incremento de los niveles de ansiedad postrasplante al cabo de los 12 meses, debido probablemente a la reaparición del virus de la hepatitis C. Asimismo, Rothenhauser et al. (2002) (citado en Krahn y DiMartini, 2005) observó en pacientes TH que un 23% tenía un trastorno psiquiátrico, siendo el rango de morbilidad psiquiátrica parecido entre la población general. Siguiendo a este mismo autor, se diagnosticó trastorno por estrés postraumático (TEP) a un 5.3% de los TH y un TEP parcial en un 17.3% de los casos. Los pacientes con TEP tuvieron menor adherencia y mayor evitación del cuidado médico, así como mayor estancia en la UCI, más complicaciones médicas y rechazo agudo del órgano. El 50% de los pacientes con TEP mostraba depresión mayor. El abuso de drogas inyectables y de alcohol son también problemáticas relacionadas con la población de TH puesto que la hepatitis C causada por el uso compartido de jeringuillas entre toxicómanos y la hepatopatía alcohólica son la primera y segunda causa respectivamente de trasplante de hígado (Krahn y DiMartini, 2005).

La depresión parece ser significativa tanto antes como después del TH y se relaciona además con puntuaciones menores en calidad de vida, peor apoyo social antes del trasplante y con una historia de rechazo y recurrencia viral tras el trasplante (Santos Junior et al., 2008). Los trastornos psicológicos (concretamente ansiedad y depresión) contribuyen considerablemente al bienestar y CVRS del TH

(Nickel, Wunsch, Egle et al., 2002b). El 51% de la varianza de la dimensión física de la CVRS fue explicada según este estudio por la edad (los mayores tienen menos expectativas hacia el TH y por ello más CV física), la depresión y el empleo. Por su parte, el 58% de la varianza de la dimensión mental fue explicada por la ansiedad y depresión. La ansiedad y depresión pueden influir directamente sobre la CVRS o como mediadores posiblemente para mantener el rol de enfermo; o pueden tener una función mediadora influyendo negativamente en la adherencia al tratamiento. En conclusión, tanto para el componente físico como el mental de CVRS, el factor depresión (desde el punto de vista de afrontamiento pasivo y como trastorno psicológico) fue el más influyente. Incluso entre los candidatos a TH, la depresión y el afrontamiento activo están más relacionados con los componentes físico y mental de la calidad de vida que los factores clínicos y sociodemográficos (Telles Correia et al., 2009b). Un estudio reciente en EEUU concluye que la depresión pretrasplante entre los candidatos a TH afecta la morbilidad psiquiátrica postrasplante pero no a otros resultados médicos del TH (Rogal, Landsittel, Surman et al., 2011). La depresión es un factor de riesgo de no adherencia al tratamiento médico, sin embargo, si es tratada, aumenta la adherencia y por consiguiente disminuye el porcentaje de casos de rechazo del órgano.

No solo la depresión y ansiedad aparecen entre los TH. Otros trastornos psiquiátricos son comunes entre los candidatos a TH y los trasplantados de hígado. En una revisión Telles Correia, Barbosa, Barroso y Monteiro (2006) destacan los siguientes como los más comunes entre los TH: depresión (30%), ansiedad (26%), delirium (30%), TEP (6.4%) y psicosis (7.5%). La recaída al alcoholismo tras el trasplante ocurre en el 29% de los trasplantados de hígado. Sin embargo, Crossen et al. (1994) no encontraron diferencias significativas en niveles de estrés emocional mayores que la media (SCL-90-R) entre el pre y postrasplante entre los TH, al igual que Santos Junior, Miyazaki, Domingos et al. (2008).

Un caso aparte es el trasplante entre la población china en la cual, no está permitida la donación de órganos tras la muerte por lo que los donantes están vivos tras el implante (Fukunishi, Sugawara, Takayama et al., 2001 y 2002). En este país surge un síndrome llamado "síndrome psiquiátrico paradójico" (SPP) relacionado con sentimientos de culpa entre los receptores hacia los donantes. Otro síntoma común es el no poder verbalizar sus sentimientos (alexitimia, conductas evitativas y supresión de conflictos), que no es extensible a la población de TH proveniente de donante cadáver, situación más común en los países occidentales. Estudios previos han indicado que el SPP incluye trastornos psiquiátricos del DSM-IV tales como depresión mayor, trastorno de somatización, trastorno adaptativo y trastorno de conversión sin que existan complicaciones médicas ni en el donante ni en el receptor. La alta prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los TH más que entre los trasplantados de riñón está asociada con la ocurrencia de este síndrome. El 54% de los 41 adultos de TH y el 28% de 234 de trasplantados de riñón padecían algún trastorno psiquiátrico. Entre los

trastornos se encontraban el delirium, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos adaptativos, los trastornos somatomorfos, los trastornos de ansiedad y el trastorno psicótico breve (Fukunishi et al., 2001).

Por lo que se refiere a los **trasplantados renales** posiblemente existan más estudios sobre síntomas psicológicos entre los pacientes que se encuentran en lista de espera con diálisis que entre los trasplantados de riñón.

La influencia de la percepción de los síntomas corporales sobre el estado anímico se demuestra en un estudio español (Magaz, 2003). Son los síntomas percibidos los que constituyen el factor de riesgo de problemas emocionales, de ansiedad y depresión. Además esta percepción de los síntomas es la que afecta la percepción negativa de salud minimizando el efecto de otras variables sociodemográficas y psicológicas. Por consiguiente, para conseguir adaptarnos a la enfermedad hemos de "tolerar los síntomas".

En cuanto a los **trasplantados de pulmón**, son numerosos los estudios que tratan de dilucidar el estado emocional de los pacientes en lista de espera para trasplante de pulmón. La situación psicológica pretrasplante predice la adaptación y la calidad de vida posterior. Cohen, Littlefield, Kelly et al. (1998) encontraron que el estado psicológico pretrasplante predecía la calidad de vida tras el trasplante de pulmón. Así, los niveles incrementados de ansiedad pretrasplante predecían trastornos del sueño subjetivos subsecuentes, los cuales están asociados con un ajuste y calidad de vida pobres. Por ello consideramos oportuno exponer a continuación los principales resultados en relación a esta temática.

En un estudio del Hospital de Toronto en Canadá se compararon la calidad de vida y el funcionamiento psicológico (autoestima, imagen corporal, funcionamiento sexual, ansiedad, depresión y otros trastornos psicológicos) antes y después del trasplante de pulmón (Limbos, Joyce, Chan, Kesten, 2000). Un 44% de pacientes de los 36 participantes en el periodo pretrasplante se encontraban con ansiedad medida por el HADS, y otros síntomas psicológicos y psiquiátricos evaluados por el BSI así como puntuaciones bajas en autoestima e imagen corporal, en comparación con las normas poblacionales. No es de extrañar por tanto, que los pacientes en lista de espera experimenten más estrés, ansiedad y depresión que las normas poblacionales (Vermeulen, Bosma, Van der Bij et al., 2005). La comorbilidad psiquiátrica afecta a una porción significativa de pacientes que esperan trasplante pulmonar y está asociada con una disminución de la calidad de vida (Parekh, Blumenthal, Babyak et al., 2003). Concretamente el 25% de la muestra de 100 pacientes en espera de un pulmón cumplieron los criterios diagnósticos de al menos un trastorno emocional o de ansiedad actual. En un estudio más reciente, los investigadores igualmente concluyen que la calidad de vida de los pacientes en espera de TP es relativamente pobre siendo la disnea y la depresión los factores dominantes más influyentes. El apoyo intrafamiliar

percibido es mayor que el recibido por las personas externas a la familia (Chen, Huang, Mou et al., 2011).

Sin embargo, y curiosamente los trastornos psiquiátricos pretrasplante (ansiedad y depresión), no predijeron los índices de supervivencia en una muestra de trasplantados pulmonares (Woodman, Geist, Vance et al., 1999). Es más, los receptores con una historia psiquiátrica era más probable que sobrevivieran un año tras el trasplante que los receptores sin esa historia psiquiátrica. Las limitaciones metodológicas o la existencia de alguna tercera variable explicativa (estar mejor preparados para afrontar los estresores significativos, mayores controles médicos, por ejemplo) podrían ser las posibles explicaciones a estos resultados. Por tanto según este estudio, la existencia de trastornos emocionales en un candidato no debería ser un factor de exclusión para el trasplante pulmonar.

La labor de los psicólogos en la selección de los candidatos para el trasplante de pulmón y los aspectos a considerar en dicha evaluación son desarrollados en el artículo de revisión de Barbour, Blumenthal y Palmer (2006). Por supuesto la evaluación psicológica no tiene por objetivo solamente la selección de los mejores candidatos sino que en función de los resultados obtenidos, se lleva a cabo la terapia más conveniente en cada caso si es necesario, antes del trasplante. Hay datos que apoyan la intervención psicológica a los pacientes en lista de espera de trasplante pulmonar para mejorar la CVRS obtenida en el postoperatorio. Existen *investigaciones que demuestran la eficacia de tratamientos psicológicos durante el periodo de lista de espera del trasplante pulmonar* (Napolitano, Babyak, Palmer et al., 2002; Belchi, Vilaradaga, Bados, 2002; Rodrigue, Baz, Widows y Ehlers, 2005b; Blumenthal, Babyak, Carney et al., 2006). Los efectos psicológicos positivos de una intervención pionera es la ofrecida por Napolitano et al. (2002) a través de una terapia breve y relativamente poco cara, realizada por teléfono. Los resultados demuestran la eficacia de esta intervención psicológica. Los autores concluyen que puesto que los factores psicosociales se relacionan con el distres psicológico postrasplante así como con el no cumplimiento con la medicación y la supervivencia, la mejora del bienestar psicosocial gracias a una intervención psicoterapéutica efectiva dirigida al paciente en espera de un pulmón, puede influir favorablemente con posterioridad en su CVRS tras el trasplante. Por tanto los estudios citados aportan evidencia empírica suficiente para demostrar la eficacia de terapias breves telefónicas en la calidad de vida, relaciones sociales y bienestar psicológico de los pacientes en espera de trasplante de pulmón.

A continuación, se exponen los resultados aportados por la literatura sobre síntomas psicológicos, con muestra de pacientes que ya han recibido un pulmón (o ambos pulmones). De nuevo, los principales *trastornos psicológicos que prevalecen tras el trasplante* son la ansiedad y la depresión. Un 28% de pacientes trasplantados muestran niveles clínicos o cercanos a los trastornos de ansiedad

(Limbos, Joyce, Chan et al., 2000) y un 26.5% de pacientes trasplantados de corazón o corazón-pulmón pueden seguir mostrando niveles clínicamente significativos de trastornos depresivos (según Stilley, Dew y Stukas, 1999 citados en Barbour, Blumenthal y Palmer, 2006). El trastorno por estrés postraumático (TEP) ha ganado atención en la literatura relacionada con el colectivo de trasplantados de corazón y corazón-pulmón (Barbour et al., 2006). Incluso la prevalencia de TEP tras el trasplante se relaciona con una mortalidad significativa (Dew et al., 1999). El TEP está probado que es una condición que reduce significativamente la calidad de vida en cerca del 10% de los trasplantados trascurridos un mínimo de 12 meses posteriores al trasplante de corazón o pulmón. Los pacientes sin TEP tienen una CVRS en el rango de la población general (Köllner, Scahde, Maulhardt et al., 2002).

En una revisión de la literatura referente a la depresión postrasplante pulmonar realizada por Fusar-Poli, Lazzaretti, Ceruti et al. (2007), los investigadores observaron que tras la cirugía los síntomas depresivos permanecen bajos con una mejora de la calidad de vida, sin embargo a largo plazo (más de 3 años), la disminución en el estado funcional estaba asociada con un incremento dramático en tal sintomatología. Los trastornos de personalidad, estrategias de afrontamiento, eventos vitales estresantes, complicaciones físicas, medicación con corticoesteroides, edad, género, y apoyo social juegan un papel central en la causa de los trastornos depresivos en los trasplantados pulmonares. Los inhibidores de la recaptación de la serotonina y las nuevas generaciones de antidepresivos (aunque existen riesgos de interacción entre medicación) son la elección del tratamiento junto con la intervención psicoeducacional. A la vista de los resultados obtenidos, es importante reconocer la necesidad de una evaluación continuada durante el periodo postrasplante.

En la búsqueda realizada de bibliografía tan solo encontramos en relación a la *intervención psicológica tras el trasplante pulmonar* un artículo de origen cubano que a pesar de su antigüedad es de gran valor por la información aportada (Hernández, Valdés, Grau et al., 1988). Los investigadores enfatizan la importancia del equipo psicólogo-psiquiatra durante el proceso de trasplante indicando los 5 momentos o etapas que debe seguir la atención psicológica en cualquier tipo de trasplante así como los resultados encontrados en una muestra de pacientes. Destacan también la importancia del ambiente familiar y la comprensión y compromiso en la etapa de regreso a la vida hogareña de los trasplantados.

#### **1.3.2.4. Apoyo social y su importancia en el trasplante**

A nivel social, los trasplantados se encuentran en una situación difícil porque no encuentran suficiente apoyo por parte de las administraciones públicas, concretamente de los centros de valoración y orientación de personas con discapacidad donde un equipo de valoración y orientación (formado por un

médico, psicólogo y trabajador social) determina el diagnóstico y grado de minusvalía de las personas con discapacidad. Muchísimos trasplantados tienen una discapacidad leve, es decir de menos del 25%, según valoración médica, por lo que los factores complementarios (entorno familiar, laboral...) no son tenidos en cuenta. Al no ser consideradas personas discapacitadas, los trasplantados no pueden acceder a las prestaciones, no tendrán beneficios de contratación laboral por minusvalía, etc... incapacitándolos de una integración social plena (Barranco Gómez y Barranco, 2007).

Sin duda, una red de apoyo adecuada en torno al paciente es un factor de gran importancia para el mantenimiento de la salud física y mental de los trasplantados. Según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986) el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como secundaria. Sobre la primera, la provisión de apoyo de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante. En cuanto a la valoración secundaria, el disponer de recursos aportados por su red (emocionales, instrumentales y de información) aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación promoviendo conductas saludables en el sujeto que le ayudan a reducir las reacciones negativas ante el estrés.

En **trasplantados de hígado**, el apoyo social se considera un factor protector para la adherencia en aquellos candidatos con ciertos rasgos de personalidad (cordialidad) y estrategias de afrontamiento (planificación) (Telles-Correia, Barbosa, Mega, Monteiro, 2009c). La carencia de apoyo social y la depresión antes de la operación pueden ser consideradas como posibles factores de riesgo para la supervivencia a largo plazo de los trasplantados de hígado (Kober, Küchler, Broelsch et al., 1990). Según una revisión realizada en la Universidad de Pittsburgh, la presencia de un sistema de apoyo social bueno predice un menor riesgo de no adherencia. Además, los pacientes que se perciben teniendo apoyo social, muestran menores porcentajes de depresión (Krahn y DiMartini, 2005). Concretamente en una investigación de Alemania se llega a la conclusión de que los grupos de autoayuda tras el TH son beneficiosos para la calidad de vida (Nickel, Egle, Wunsch, Lohse, Otto, 2002 y 2002b) Los miembros del grupo de autoayuda muestran un afrontamiento activo hacia la enfermedad. Sin embargo se encontraron correlaciones negativas del afrontamiento depresivo con la calidad de vida física y mental tanto en los miembros como no miembros del grupo de autoayuda.

Por otro lado, resulta muy importante la influencia que ejerce el apoyo social que reciben los familiares de los trasplantados sobre su propia salud mental. En una investigación española realizada con los cuidadores principales de los trasplantados hepáticos, se halló que los que percibían un apoyo social bajo presentaban más sintomatología ansiosa y depresiva, tanto en la fase UCI como en la post-UCI (Pérez et al., 2004). En un estudio más reciente se llega a la

conclusión que un nivel alto de ansiedad en los pacientes tras el trasplante, aumentaba al año la sintomatología ansiosa y depresiva de los pacientes y de sus familiares y además empeoraba la calidad de vida de los trasplantados (Pérez, Martín y Pérez, 2008). Por tanto la influencia de la salud mental de los trasplantados y sus familiares es recíproca en cierta manera, por lo que sería recomendable el apoyo social tanto a los familiares como a los pacientes. Pérez y cols., (2008b) en otro estudio semejante llegan a la conclusión de que son los familiares con más sintomatología ansiosa y depresiva, cuando ha transcurrido un año del trasplante, los que a su vez han presentado peor salud mental durante todo el proceso del trasplante. Probablemente este subgrupo de familiares con peor salud mental carece de las estrategias de afrontamiento para hacer frente a los estresores que suelen aparecer tras el trasplante. Por otro lado, los trasplantados cuyos familiares presentan más niveles de ansiedad y depresión cuando ha transcurrido un año tras el trasplante, son los que tienen peor calidad de vida, mostrando a su vez mayores niveles de ansiedad y depresión (área psicológica) y fatiga y mayores dificultades para realizar las tareas diarias (área física). Esto puede ser debido a que perciben poco apoyo por parte de sus familiares.

Sin embargo, existen excepciones a los resultados encontrados. Así, un estudio llega a la conclusión de que el *apoyo social*, el estatus de trabajador y el grado de complicaciones somáticas *no pueden explicar suficientemente el grado de estrés emocional tras el trasplante*. Factores subjetivos como considerar el trasplante como una operación valiosa en el curso de la vida son importantes mediadores del estrés psicológico y la calidad de vida percibida (Langenbach, Schmeisser, Albus y Decker, 2008).

Entre los familiares de **trasplantados de riñón** hace 6 meses, los ítems relacionados con la salud fueron identificados como más estresantes, y los relacionados con el trabajo como menos estresantes (Voepel-Lewis et al., 1990). El autocontrol y la solución de problemas, fueron las estrategias más frecuentemente usadas, mientras que las estrategias de escape/evitación fueron las menos usadas. En otra investigación donde se evalúan los estresores, apoyo social y ajuste de trasplantados renales y sus esposas se detectó que aunque los pacientes experimentan significativamente más estrés total y depresión, las esposas están igualmente o más estresadas que los pacientes en algunos aspectos (Frazier, Davis, Dahl, 1995). El estrés total estuvo relacionado asimismo con menor satisfacción marital y mayor depresión tanto entre los pacientes como en sus esposas. Los pacientes que experimentaron más estrés se beneficiaron más del apoyo recibido de las esposas. Aquellas que estaban menos estresadas ofrecían más apoyo útil a los pacientes. La relación entre los niveles de estrés de las cuidadoras y la calidad del apoyo proporcionado a los pacientes se observa claramente en este estudio.

Las frases más frecuentemente usadas entre los **trasplantados pulmonares** son las relativas a la red social del paciente y a sí mismo y significativamente menos frecuentes sobre el cuerpo, pulmón y medicación (Goetzmann et al., 2006c). "Cercanía", "distancia" y "depresión" fueron los temas principales que los pacientes señalaron. "Cercanía" y "distancia" fueron nombrados para describir las relaciones interpersonales así como la relación con el nuevo pulmón. La depresión tenía que ver con las limitaciones de la salud y las consecuencias del trasplante (por ejemplo preocupaciones financieras). Las mujeres expresaron significativamente más frases sobre su red social que los hombres; más aún, ellas realizaron más evaluaciones emocionales utilizando expresiones emocionales más intensas. Las relaciones sociales entre los trasplantados de pulmón por tanto son un factor importante y de preocupación.

Los *cuidadores* son un elemento fundamental en el bienestar del paciente durante la lista de espera por el apoyo social proporcionado y los cuidados derivados para mantener un bienestar emocional y físico en condiciones, a pesar de las limitaciones que se han descrito del enfermo. Además este apoyo es crucial en el periodo postrasplante inmediato puesto que se han descrito trastornos psicológicos, falta de adherencia y el consiguiente riesgo de rechazo del órgano debido a la carencia del apoyo necesario. Por ello en la evaluación para la selección de los candidatos al trasplante, se tiene en cuenta el estado emocional del principal cuidador. En un estadounidense, mencionado más arriba, los investigadores trataban de encontrar interrelaciones conjuntas y la posible influencia entre el tipo de afrontamiento y la calidad de vida de los principales cuidadores y el afrontamiento y la calidad de vida de los enfermos en espera de un trasplante de pulmón entre 114 parejas (Myaskovsky et al., 2005). Aquellos cuidadores que usaban más afrontamiento orientado a la emoción tenían una calidad de vida más pobre. La mejor calidad de vida del paciente a través de múltiples dominios se relacionaba con una mejor calidad de vida del cuidador. Asimismo, las estrategias de afrontamiento de los pacientes eran correlatos importantes de la calidad de vida de los cuidadores. Por tanto, la calidad del apoyo recibido por parte de los cuidadores hacia los trasplantados pulmonares depende en cierta medida de la calidad de vida y estrategias de afrontamiento utilizadas.

En otro estudio se evaluaron más específicamente la calidad de vida y estrés emocional en los cuidadores (Claar, Parekh, Palmer et al., 2005). Los investigadores hipotetizaron que el tipo de afrontamiento utilizado y la sobrecarga percibida influían en el funcionamiento emocional del cuidador siguiendo el trabajo de Lazarus y Folkman (1984). No es la experiencia de cuidado en sí misma sino las estrategias de afrontamiento lo que está asociado con el estrés. Los resultados indicaron que una proporción pequeña de cuidadores (14.6%) informaban de niveles clínicamente significativos de depresión y sólo un 2.4% de niveles clínicamente significativos de ansiedad. Las estrategias de afrontamiento pasivas estuvieron asociadas con altos niveles de distrés emocional;

específicamente la resignación estuvo asociada con mayor depresión, mientras que la evitación estuvo asociada con mayor ansiedad. Además los cuidadores que informaron de mayor sobrecarga física y emocional percibida por las actividades de cuidado, experimentaron mayores niveles de depresión y ansiedad. En el área social, los cuidadores parecen experimentar un empeoramiento. Por ello, podrían beneficiarse de algún momento de descanso y así reducir su estrés, además de beneficiarse de grupos de apoyo para aprender modos adaptativos de manejar las responsabilidades estresantes del cuidado diario.

#### 1.4. Objetivos e hipótesis

Una vez revisada aquella información que es pertinente para nuestra investigación, a continuación se describen los objetivos e hipótesis que nos planteamos. Nuestro objetivo general se dirige a describir el estado físico y psicosocial de trasplantados de hígado, pulmón y riñón, prestando especial atención al primero de los tres grupos mencionados. Este objetivo se desglosa en los objetivos específicos e hipótesis que a continuación se exponen.

##### **Objetivo 1.**

Describir los aspectos temperamentales y cognitivos de la personalidad, calidad de vida y síntomas psicológicos generales que caracterizan a la población trasplantada, así como estudiar las similitudes y/o diferencias que se observan en esos aspectos entre las tres muestras de trasplantados consideradas en el estudio: hígado, riñón y pulmón.

**Hipótesis 1.1.** Esperamos que *los síntomas psicológicos prevalentes entre la población trasplantada en general, estén relacionados con síntomas ansiosos y depresivos principalmente*. Esta afirmación se sustenta en estudios realizados con muestras de trasplantados diversas. Por ejemplo, Telles-Correia et al. (2006), concluyen que los síntomas psiquiátricos más frecuentes entre los trasplantados de hígado eran la depresión en un 30% y la ansiedad en un 26% de los casos. La importancia de los síntomas de ansiedad y depresión en trasplantados de pulmón se encuentra en estudios como el de Woodman et al. (1999), Fusar et al. (2007) y Santana et al. (2009). Por lo que se refiere a los trasplantados de riñón, estos obtienen puntuaciones menores en ansiedad y depresión, teniendo mejor percepción de su salud que los dializados. En el caso de este grupo parecen ser los síntomas percibidos los que constituyen el factor de riesgo de problemas emocionales, de ansiedad y depresión (Magaz, 2003).

**Hipótesis 1.2.** Considerando las tres muestras de trasplantados que participan en esta investigación *pronosticamos que el grupo más deteriorado será el de trasplantados de hígado frente a los otros dos*. En concreto se espera que los trasplantados de hígado tengan peor calidad de vida y más síntomas psicológicos

que los trasplantados de riñón y pulmón (Goetzmann et al., 2008; Martín Rodríguez, 2009). Incluso se podría esperar que los trasplantados pulmonares tuvieran un mejor funcionamiento físico, psicológico y social que los trasplantados de hígado (Littlefield et al., 1996; Goetzmann et al., 2006). Esto es debido a que existe la posibilidad de recidiva de la enfermedad (hepatitis C), bien porque en ocasiones se encuentran asintomáticos antes del trasplante, bien porque tanto antes como después del trasplante se encuentran en peores condiciones físicas. No obstante, existen estudios en los que no se observan diferencias significativas en CVRS entre los trasplantados (Insensé et al., 1999; Galan et al., 2008).

**Hipótesis 1.3.** Se espera que el temperamento extravertido (y no N), las estrategias de afrontamiento activas, y una red cualitativa y cuantitativamente adecuada de apoyo social se asocien con una mejor CVRS en términos globales y consecuentemente con menores índices de sintomatología psicológica. Esta hipótesis general se asienta en el estudio de revisión de Telles Correia et al. (2010) sobre personalidad y trasplante, donde se mostraba que el neuroticismo se asociaba con pobre CVRS física, psicológica y social y la extraversión con mejor CVRS física, psicológica y social. Si, por otra parte, prestamos atención a las diferentes submuestras de trasplantados, en los trasplantados de hígado, Zhang et al. (2005) concluyen que la calidad de vida está asociada con sus características psicológicas (es decir, el neuroticismo, psicoticismo y extraversión como rasgos de personalidad y la confrontación y aceptación como estrategias de afrontamiento). También, en cuanto a los trasplantados renales, los estudios han demostrado que la personalidad y el estrés psicológico (Prihodova, 2009) así como el tipo de afrontamiento (White y Gallagher, 2010; Kaltsuda et al., 2011) están asociados con la CVRS. Y respecto a los trasplantados pulmonares, Goetzmann et al. (2005) concluyen que el neuroticismo se correlaciona negativamente con la percepción de control.

A partir de lo anterior la hipótesis 1.3 quedaría establecida del siguiente modo:

*“Se espera encontrar un patrón estructural significativo que se plasmará en las siguientes tendencias:*

*a. Una pauta de covariación positiva entre el temperamento inestable, un estilo pasivo de afrontamiento, un mayor malestar subjetivo general (más síntomas psicopatológicos) y, en consecuencia, una menor calidad de vida.*

*b. Una pauta de covariación positiva entre la personalidad extravertida, el estilo activo de afrontamiento y la calidad de vida. (No obstante, el papel desempeñado por el afrontamiento parece verse influido por el uso diferencial predominante que se haga de uno u otro tipo de estrategias, ya que los individuos pueden utilizar ambas en igual medida ante situaciones que perciben como muy amenazantes o prevalecer más el uso de unas respecto a las otras).*

c. *Por una parte, una pauta de covariación positiva entre el apoyo social percibido y la calidad de vida y, por otra, negativa entre éste y los síntomas psicológicos generales que informan los trasplantados.*

En suma, se trata de una predicción general, donde la fortaleza que adquieran esas pautas de covariación en cada submuestra puede variar en función de las complicaciones y limitaciones asociadas con el tipo de enfermedad por la que se ha sido objeto de trasplante. Desde esta perspectiva nuestro estudio reviste un carácter más exploratorio.

**Hipótesis 1.4.** *El tiempo transcurrido desde el implante es una variable relevante a la hora de valorar sus efectos sobre la calidad de vida de los pacientes. En términos generales cabe hipotetizar que a mayor tiempo transcurrido peor CVRS en los trasplantados, aunque no todas las dimensiones de esa calidad de vida, ni las submuestras de trasplantados, pueden verse afectados por igual. Así, en los **trasplantados de hígado**, los estudios ponen de manifiesto una mejora considerable post-trasplante a corto (Russell, Feurer, Wisawatapnimit et al., 2008) y medio plazo (Santos et al., 2008), tanto en los aspectos físicos como mentales (especialmente asociada a una disminución de los síntomas de depresión y ansiedad) de la calidad de vida. Sin embargo, la CVRS de trasplantados hace más de 10 años no podría considerarse como muy buena (Lewis y Howdle, 2003). Una pauta similar encontramos en los **trasplantados de riñón**, con efectos a corto y medio plazo positivos sobre la percepción de la salud general (Rebollo et al., 2000) y sobre la CVRS mental (Prihodova et al., 2009), con un declive a la larga en la salud general (Cirera et al., 2009). En los **trasplantados de pulmón**, se rompe esta tendencia, en el sentido de que no solo los efectos sobre la calidad son positivos a corto y medio plazo (Gross et al., 1995; Cohen et al., 1998), sino que a pesar de que los pacientes más tiempo trasplantados deben afrontar los efectos secundarios de la inmunosupresión, estos informan de una alta satisfacción con la vida respecto al bienestar físico y emocional (Rodrigue et al., 2005).*

**Hipótesis 1.5.** *En cuanto a la edad, hipotetizamos que aquellos trasplantados más jóvenes, mostraran mejor calidad de vida, puesto que en un principio tendrán menos complicaciones asociadas, debido precisamente a que sus condiciones físicas serán mejores que aquellos con mayor edad. Este resultado se ha encontrado particularmente en los trasplantados renales (Prihodova, Nagyova, Rosenberg et al., 2009; White y Gallagher, 2010). No obstante, hay también evidencia en contra de esta afirmación y que informan que la CVRS es superior entre los trasplantados mayores porque sus expectativas tras el injerto son inferiores a las de los más jóvenes (Nickel et al., 2002b, Rebollo et al., 2001, Rodríguez et al., 2009).*

**Hipótesis 1.6.** *Teniendo en cuenta los cuestionarios específicos de calidad de vida utilizados para cada una de las muestras de trasplantados, en términos*

generales se espera que todos ellos muestren una pauta de covariación negativa y elevada con el SF-36. Los estudios sobre validez de constructo realizados con el SF-LDQOL (trasplantados de hígado), (Gotardo et al., 2008), así como los estudios realizados con el ESRD (trasplantados renales) (Franke et al., 1999) y con el CRSG (trasplantados de pulmón) (Alonso, Prieto, Ferrer, Vilagut, Broquetas, Roca et al., 1998) respaldarían esta afirmación. Sin embargo, no todas las dimensiones concretas de los cuestionarios específicos se espera que sigan esta pauta general, de forma que aspectos muy concretos relativos a la calidad de vida de una determinada muestra de trasplantados no tienen por qué covariar con ninguna de las dimensiones del SF-36. Estos aspectos pueden tener que ver con los efectos del propio tratamiento farmacológico post-trasplante o con otras particularidades propias de la enfermedad por la que se es trasplantado. Junto a ello, habría que tener en cuenta las limitaciones que presenta el SF-36 ya que no agota dimensiones importantes relacionadas con la CVRS tales como la función sexual y familiar o los problemas relacionados con el sueño.

### **Objetivo 2.**

Estudiar el papel predictor que desempeñan las características temperamentales y cognitivas de la personalidad en la calidad de vida genérica y específica así como en los síntomas psiquiátricos en la muestra de trasplantados de hígado, riñón y pulmón.

**Hipótesis 2.1.** Como se desprende de la hipótesis 1.3, se estima que las características temperamentales y cognitivas de la personalidad (afrentamiento y percepción del apoyo social), se relacionan de uno u otro modo con una mejor o peor CVRS. A diferencia de la hipótesis 1.3. en este apartado nos planteamos cómo objetivo más específico cuáles de todas ellas poseen más peso a la hora de predecir las distintas dimensiones y/o aspectos relacionados con esa calidad de vida. Por ello, en el apartado correspondiente de resultados se presentarán, no los coeficientes de correlación simple, sino los análisis de regresión, tomando como predictores las características de personalidad conjuntamente y como variables criterio cada una de las dimensiones de calidad de vida y de síntomas. La revisión de los estudios sugiere las tendencias apuntadas en la hipótesis 3.1., pero no en todos los estudios se habían explorado a la vez los predictores utilizados en esta investigación en relación con las variables-criterio o en relación con las muestras de trasplantados que aquí interesan. Tentativamente se puede sugerir alguna tendencia. Por ejemplo, considerando el cuestionario empleado en esta investigación para evaluar las dimensiones temperamentales (EPQ) *la dimensión de N surgirá como el mejor predictor, tanto de una parte sustancial de los síntomas evaluados por la SCL-90 como de las dimensiones comprometidas con la salud mental en los cuestionarios empleados para evaluar la calidad de vida.* Igualmente podría aventurarse que *el apoyo social percibido sea más importante que N para predecir las dimensiones más físicas comprometidas con la calidad de vida o que*

*esta importancia se vea reflejada en un tipo de submuestra de trasplantados pero no en otra, debido a las complicaciones y exigencias del trasplante en cada caso.*

**Objetivo 3.**

Estudiar el papel modulador desempeñado por el *género* y las *complicaciones postrasplante* en la muestra de trasplantados de hígado ya que representa el grupo más numeroso.

**Hipótesis 3.1.** A partir de diversas investigaciones se espera que *las mujeres trasplantadas de hígado tengan peor CVRS* (Drent et al., 2009; Desai et al., 2008), *más distrés psicológico* (Langenbach et al., 2008) y *perciban menor apoyo social que los hombres trasplantados* (Blanch, Sureda, Flaviá, et al., 2004; Cowling, Jennings, Goldstein et al., 2004; Rajendra et al., 2008; Saab et al., 2008; Ortega, Delofeu, Salamero, Casanovas et al., 2009; Mir et al., 2011; Saab, Bownik, Ayoub, Younossi et al., 2011). Por lo que se refiere al *estilo de afrontamiento predominante, no esperamos diferencias significativas* entre hombres y mujeres, dada la gravedad y características del estresor al que se han enfrentado/enfrentan ambos. Por último, en línea con los estudios realizados en la población general y con diversos grupos de enfermos crónicos, a nivel temperamental cabría esperar puntuaciones más elevadas en N y bajas en E en las mujeres en comparación con los hombres.

**Hipótesis 3.2.** Lógicamente se espera que *aquellos trasplantados de hígado que informan haber tenido complicaciones posean una peor CVRS que aquellos otros trasplantados que informan no haberlas tenido* (Ortega y Rebollo, 2006; Desai et al., 2008) y que ello se vea reflejado en las puntuaciones obtenidas por unos y otros tanto en el cuestionario genérico como en el específico empleado en la investigación. No obstante, este *deterioro* es posible que se vea reflejado de modo *más significativo en las dimensiones físicas que en las psicológicas* que evalúan respectivamente estos cuestionarios. Algo diferente cabe suponer si consideramos el tipo de síntomas psiquiátricos que mayormente predominarían en uno y otro grupo de trasplantados de hígado. Así, esperamos que *aquellos que han informado de complicaciones presenten particularmente mayores niveles de ansiedad y depresión*. Tampoco sería sorprendente que presentasen mayores niveles de somatización, pero teniendo en cuenta que de hecho los síntomas de los que informan tienen una base objetiva. Y, en consonancia con lo anterior y teniendo en cuenta el instrumento de personalidad empleado en esta investigación (EPQ), esperamos respectivamente *puntuaciones significativamente más altas y más bajas en N y E en el grupo que informa haber tenido complicaciones*.

## **CAPÍTULO 2: MÉTODO**

### **2.1. Introducción**

La lógica que se ha seguido en esta investigación se corresponde con la de un estudio ex post facto retrospectivo en el que han participado tres grupos de trasplantados (hepáticos, pulmón y riñón), comparados en distintos aspectos de su bienestar y funcionamiento sociopersonal. En este capítulo se describirán las características generales de estos grupos así como los instrumentos empleados en la evaluación de las variables dependientes (aspectos emocionales y cognitivos de la personalidad, apoyo social percibido, calidad de vida y psicopatología general que presentan los pacientes trasplantados). Asimismo se expondrá el procedimiento seguido en la investigación y los análisis estadísticos aplicados a los datos recogidos.

### **2.2. Descripción de las muestras de pacientes trasplantados participantes en la investigación**

Los pacientes objeto de investigación son socios de las asociaciones valencianas de trasplantados de hígado (aethcv), pulmón (avtp) y riñón (Alcer Turia).

Las tres asociaciones están formadas por personas enfermas y trasplantadas, así como los familiares y amigos que dan su apoyo. Los objetivos principales de la aethcv y la avtp son representar a las personas trasplantadas o con enfermedades; informar, asistir y dar apoyo a las personas trasplantadas y a su entorno; defender los intereses de pacientes y familiares; ayudar a las personas en lista de espera y a su entorno; fomentar la donación de órganos; colaborar con personas, asociaciones y otras instituciones. Los servicios que ofrecen son proporcionar un piso de acogida cerca del nuevo hospital La Fe para enfermos y familiares que viven fuera de Valencia; servicio psicológico que incluye la preparación psicológica para el trasplante y grupos de autoayuda; servicio de asesoría jurídica y un equipo de visitantes hospitalarios formado por personas trasplantadas.

Por su parte Alcer, ya se comentó, que forma parte de la historia de los trasplantes puesto que fue la pionera en agrupar a enfermos trasplantados de riñón y familiares en los años 70 (concretamente 1975). Además de los fines descritos en las anteriores asociaciones, apuesta por la divulgación científica de la prevención y tratamiento de las enfermedades renales y de las minusvalías físicas y psíquicas, la creación y puesta en funcionamiento de centros especializados en el tratamiento de enfermos renales y centros sociales de carácter polivalente para la integración y capacitación de los minusválidos y el fomento de la investigación de los problemas que plantean las enfermedades renales y las minusvalías físicas o psíquicas.

La muestra total de trasplantados está compuesta por 139 sujetos. El grupo más numeroso es el de los trasplantados de hígado constituido por 82 personas, seguido por el de los trasplantados renales, que lo forman 35 sujetos y por último y más reducido se encuentran los trasplantados pulmonares con 22 personas. El número de trasplantados que participaron en la investigación en cada grupo es proporcional al número de asociados en cada una de las asociaciones de las que provienen.

A continuación se presenta la descripción de las 3 muestras de trasplantados:

### ***Trasplantados de hígado***

La edad media de este grupo de trasplantados es de 57,67 años con una desviación típica de 10,53, siendo el sujeto más joven de 31 años y el de mayor edad de 81 años. El 81,7% de la muestra está formada por hombres, concretamente 67, mientras que sólo 15 mujeres forman parte de esta muestra de trasplantados de hígado. La mayor parte están casados, es decir, el 85,4% (70 personas) de la muestra y el 3,7% conviviendo en pareja, mientras que solo un 8,5% (7 sujetos) están solteros/as. La gran mayoría, concretamente el 85,4% informa tener hijos. El nivel de estudios alcanzado por el 45,1% de los trasplantados de hígado es de primaria, seguido por el 36,6% que tienen estudios secundarios. El 64,6% (53 sujetos) dice tener un nivel socioeconómico medio, mientras que el 29,3% tiene un nivel socioeconómico bajo. El 67,1% (55 sujetos) tiene el certificado de minusvalía. Respecto a la situación laboral, la mayor parte de los sujetos se distribuyen en dos categorías: la mayoría se encuentran jubilados (el 45% de la muestra), mientras que el 36,6% se encuentra en situación de discapacidad. Tan sólo un 9,8%, es decir 8 personas están trabajando. Para acabar, comentar que por término medio, esta muestra de trasplantados han recibido el hígado hace 7,04 años con una desviación típica de 5,10 años, siendo el trasplantado con el hígado más longevo de hace 19 años.

### ***Trasplantados de pulmón***

Los sujetos que forman este grupo tienen como edad promedio unos 50,82 años, siendo la desviación típica de 12,22. La persona más joven que cumplimentó el cuestionario tenía 24 años y la de más edad tenía 70. Como en los anteriores casos, la mayoría (el 68,2%, en concreto 15) son hombres y el 31,8% son mujeres. El 40,9% están casados, aunque conviviendo en pareja hay otro 27,3%. A su vez, la mayoría, es decir el 77,3% tienen hijos. El 50% tiene estudios primarios, mientras que el 22,8% tiene estudios secundarios. El nivel económico sigue siendo predominantemente medio, es decir un 77,3% de la muestra. La amplia mayoría (un 86,4% con 19 sujetos) informa tener un certificado de minusvalía. Un 45,5% de trasplantados de pulmón, es decir el mismo porcentaje que en el caso de los trasplantados de hígado, están jubilados. Asimismo, como media, los participantes en este estudio están trasplantados desde hace 7,07 años, al igual que los de hígado con una desviación típica de 4,18. El pulmón más longevo fue injertado hace 14 años.

### ***Trasplantados de riñón***

La edad media del grupo de los trasplantados de riñón se sitúa en 53,37 años, siendo el sujeto más joven que participó en el estudio de 28 años y el de mayor edad de 71 años. La mayoría del grupo está formado por hombres, con un 65,7%, esto es 23, mientras que solo el 34,3% está formado por mujeres. El 77,1% están casados y el 5,7% viven en pareja, mientras que el 14,3% permanecen solteros. El 68,6% informa tener hijos. La mayoría, es decir, el 40% del grupo que supone 14 sujetos tiene estudios secundarios, mientras que los otros grupos de trasplantados tenían estudios primarios la gran mayoría. Un porcentaje sustancial, es decir el 80% formado por 28 personas, informa alcanzar un nivel socioeconómico medio. Casi todos tienen el certificado de minusvalía (91,4%). En cuanto a la situación laboral, el 37,1% están jubilados, pero otro 37,1% informa estar trabajando. Por tanto, esta es otra diferencia respecto a los otros dos grupos de trasplantados, ya que aquellos que han recibido un hígado o pulmón, están la mayoría jubilados. Otra última diferencia la encontramos en el tiempo desde el trasplante, puesto que como media, están trasplantados desde hace 12,46 años con una desviación típica de 7,43 años, mucho más que los 7 años que como media llevaban los otros dos grupos de trasplantados, siendo el sujeto que lleva más tiempo con el nuevo riñón desde hace 27 años.

A modo de resumen (tabla 3) puede afirmarse que los trasplantados de riñón de esta muestra parecen tener mayor nivel de estudios y son más activos laboralmente que los otros dos grupos de trasplantados. Además parecen llevar

como media más tiempo trasplantados. Quizá, el mayor nivel de estudios o el mayor tiempo transcurrido desde el trasplante les ha permitido alcanzar más oportunidades laborales.

**Tabla 3. Principales datos descriptivos de la muestra (N Total=139)**

	<b>T.Hígado (N=82)</b>	<b>T.Pulmón (N=22)</b>	<b>T.Riñón (N=35)</b>
<b>Edad</b>	M=57,67 DT=10,53	M=50,82 DT=12,22	M=53,37 DT=11,42
<b>Sexo</b>	81,7% Hombres	68,2% Hombres	65,7% Hombres
<b>Estado civil</b>	85,4% casados	40,9% casados	77,1% casados
<b>Nivel de estudios</b>	45,1% primarios	50% primarios	40% secundarios
<b>Nivel económico</b>	64,6% medio	77,3% medio	80% medio
<b>Certificado MV</b>	67% si	86,4% si	91,4% si
<b>Situación laboral</b>	45% jubilados	45,5% jubilados	37% jubilados
<b>Tiempo desde el trasplante</b>	M=7,04 años DT=19 años	M=7,07 años DT=14 años	M=12,46 años DT=27 años

En las tablas que se presentan a continuación, aparecen las causas principales del trasplante en las tres muestras junto con sus porcentajes asociados (tablas 4, 6 y 8) así como las complicaciones tras el trasplante (tablas 5, 7 y 9). Las variables medicación tras el trasplante y complicaciones anteriores al trasplante a pesar de que fueron incluidas y registradas en los cuestionarios, no han sido consideradas en el estudio.

Como puede observarse en la tabla 4, la cirrosis hepática es el porcentaje más alto si juntamos la respuesta de cirrosis (concretamente por hepatitis C) con la respuesta dada por el 25% de la muestra de trasplantados de hígado que contestó "cirrosis hepática" sin especificar la causa de la cirrosis. Por tanto prácticamente la mitad de la muestra de trasplantados de hígado, el 48,78%, ha sido trasplantado a causa de una cirrosis. A continuación, el porcentaje más elevado lo encontramos entre el 20,73% que dejó el espacio en blanco a contestar o bien simplemente indicó que había sido trasplantado por "enfermedad". No sabemos si es debido a que lo desconocen, no lo consideraron oportuno responder o por cualquier otra razón. La segunda causa

de trasplante de hígado es el tumor con casi un 11%. La hepatitis B aguda tan solo supone el 8,53%. Otras causas distintas a las señaladas (enfermedad de Wilson, hemocromatosis, etc...) fueron informadas por el 6% de la muestra.

**Tabla 4. Causas de trasplante de hígado (N= 82) y porcentajes asociados**

CAUSAS	PORCENTAJES
Cirrosis hepática	25,61% (N=21)
Cirrosis (concretan "por hepatitis C")	23,17% (N=19)
Tumor	10,97% (N=9)
Hepatitis B aguda fulminante	8,53% (N=7)
Etílica	4,88% (N=4)
Otros	6,1% (N=5)
No contesta	20,73% (N=17)

Respecto a las complicaciones derivadas del trasplante hepático (ver tabla 5), un amplio porcentaje manifiesta que no padece ninguna complicación (casi un 40%). Sin embargo, si sumamos los porcentajes de las personas que han recibido un hígado, y que han sufrido una o varias complicaciones, rechazo, o que han contestado afirmativamente que en efecto han padecido alguna dificultad física, nos encontramos con un 48,78% de trasplantados que han padecido algún problema asociado al trasplante. Si desglosamos este último porcentaje, casi un 10% manifiestan padecer una complicación, un 23% dicen sufrir dos o más complicaciones y un 8,53% manifiesta experimentar alguna complicación sin especificar. Por último, varias personas trasplantadas de

**Tabla 5. Complicaciones tras el trasplante de hígado (N=82) y porcentajes asociados**

COMPLICACIONES	PORCENTAJES
Ninguna	39,02% (N=32)
Una	9,75% (N=8)
Varios (Dos o más)	23,17% (N=19)
Otras contestaciones ("las habituales" o "sí")	8,53% (N=7)
Rechazo	7,32% (N=6)
No contesta	12,19% (N=10)

hígado de esta muestra, un 7,30% declaran haber sufrido rechazo del hígado injertado tras la intervención. Por último, un 12% de la muestra, no contestan este apartado dedicado a las complicaciones de modo que desconocemos si han padecido o no algún empeoramiento tras la cirugía.

La fibrosis (ver tabla 6) es la causa de trasplante pulmonar más frecuente en la muestra considerada en el presente estudio, sea fibrosis pulmonar idiopática que supone un 27% de la muestra o fibrosis quística con casi un 23% de la muestra de trasplantados pulmonares. Un 13,63% citó el enfisema pulmonar como causa de su trasplante y por último, casi un 10% (N=2) contestó que la hipertensión arterial había sido la causa del trasplante pulmonar. Un nada desdeñable 27,27% de las personas no contestó al apartado correspondiente a citar la causa del trasplante. De nuevo desconocemos si es debido a que ignoran la causa o a que no consideran oportuno contestar.

**Tabla 6. Causas de trasplante de pulmón (N=22) y porcentajes asociados**

CAUSAS	PORCENTAJES
Fibrosis quística	22,72% (N=5)
Fibrosis Pulmonar idiopática	27,27% (N=6)
Enfisema pulmonar (EPOC)	13,63% (N=3)
Hipertensión arterial primaria	9,09% (N=2)
No contesta	27,27% (N=6)

Si observamos la tabla 7, nuevamente, un elevado porcentaje, casi un 32% no contesta. La complicación más comúnmente señalada entre los trasplantados pulmonares es el rechazo con un 27% de la muestra. Un 18% dice haber vivido varias complicaciones tras el trasplante entre las que se incluye

**Tabla 7. Complicaciones después del trasplante de pulmón (N=22)**

COMPLICACIONES	PORCENTAJES
No contesta	31,81% (N=7)
Un rechazo	27,27% (N=6)
Varias complicaciones (incluido el rechazo)	18,18% (N=4)
Ninguna	13,04% (N=3)
Sí (sin especificar cuál)	8,07% (N=2)

también el rechazo. Un 8,07% de nuevo se limitan a decir que sí han sufrido algún problema pero no lo especifican. En total, un 53,52% de la muestra dice haber sufrido de alguna complicación tras el trasplante de pulmón.

Centrándonos en la muestra de trasplantados de riñón (ver tabla 8), la insuficiencia renal crónica conlleva casi un 31,42% de las causas de dicho trasplante. La poliquistosis renal es la segunda causa puesto que un 17,14% de la muestra la citó como el origen de su déficit en el funcionamiento renal. Otras causas citadas suponen un cajón de sastre puesto que algunos sujetos contestaron: diabetes, atrofia de riñones, secuelas irreversibles debidas a reflujo vesiculouretral, fracaso renal, etc. Por último, un 25,71% de la muestra manifiestan desconocer la causa de su trasplante renal.

**Tabla 8. Causas de trasplante renal (N=35) y porcentajes asociados**

CAUSAS	PORCENTAJES
Insuficiencia renal crónica	31,42% (N=11)
Poliquistosis renal	17,14% (N=6)
Otras	25,71% (N=9)
No contesta / No sabe	25,71% (N=9)

Al observar la tabla 9, podemos comprobar cómo las contestaciones son variadas. Casi un 29% dice no haber experimentado ninguna complicación tras el trasplante de riñón. Un mismo porcentaje de trasplantados renales señalan varias causas (bien las concretan citándolas o bien simplemente observan que son varias). El rechazo del órgano es señalado concretamente por casi un 8% de la muestra. Otras causas (hinchazón por cortisona, broncoectasias,

**Tabla 9. Complicaciones después del trasplante de riñón (N=35)**

COMPLICACIONES	PORCENTAJES
Ninguna	28,57% (N=10)
Varios	28,57% (N=10)
Otras	14,28% (N=5)
No contesta	14,28% (N=5)
Rechazo	7,89% (N=3)
Sí (sin especificar)	5,26% (N=2)

hipertensión, infecciones, etc...) son señaladas por un 14 % de la muestra. Otro 14% se abstiene de contestar. Un 5,26% de la muestra, es decir 2 sujetos, manifiestan haber sufrido complicaciones pero no las especifican, limitándose a decir "sí". En resumen, por tanto, un 28,57% de la muestra, dicen no haber experimentado ninguna complicación tras el trasplante renal, mientras que un 57,14% manifiestan haber sufrido o estar sufriendo alguna complicación secundaria al trasplante.

En suma, se encuentran diferencias respecto a las otras muestras de trasplantados: tan solo un 28,57% manifiesta no sufrir ninguna complicación tras el trasplante, en contraposición a las otras 2 muestras de trasplantados donde el porcentaje de personas que no han sufrido ninguna complicación es mayor (alrededor del 30%-40%). Además, el rechazo es más frecuente entre los trasplantados pulmonares que entre los de hígado y riñón.

## **2.3. Instrumentos utilizados**

### **2.3.1. Comunes a las tres muestras**

Los cuestionarios que a continuación se detallan y que han sido usados para la evaluación de las variables de interés en las tres muestras de trasplantados son los siguientes: Cuestionario de Personalidad (EPQ) de Eysenck y Eysenck (1975), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento (COPE) de Carver, Scheier y Weintraub (1989), Cuestionario de Apoyo Social (MOS) de Sherbourne y Stewart (1991), Cuestionario de Salud (SF-36) de Ware et al. (1993) y Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90) de Derogatis (1973).

#### **2.3.1.1. Cuestionario de personalidad**

El cuestionario de personalidad de Eysenck, EPQ (Eysenck y Eysenck, 1975) fue el primer cuestionario que incluyó escalas para las tres dimensiones básicas propuestas por la teoría de Eysenck: la extraversión (E), el neuroticismo (N) y el psicoticismo (P). Con el tiempo, se han ido adaptando y desarrollando nuevas versiones en español. Un ejemplo es la adaptación y el estudio psicométrico realizado por Aguilar JM, Tous A, Pueyo A (1990).

El *Eysenck Personality Questionnaire*, versión revisada (EPQ-R), que vamos a utilizar en esta investigación está construido para medir la personalidad a lo largo de tres dimensiones más un atributo complementario. Pero en este caso hemos seleccionado únicamente la versión abreviada de las escalas N y E que presentaron S.B.G. Eysenck, H.J. Eysenck y Barret (1985). La prueba consta de 24 ítems, repartidos equitativamente en 12 ítems para cada

escala con dos posibilidades de respuesta: "sí" o "no". Se caracteriza por ser un test de autoinforme de fácil aplicación y corrección, susceptible de administrarse a sujetos mayores de 20 años. El EPQ-R representa un intento para corregir las deficiencias psicométricas de la escala original P en el EPQ. Esta nueva versión revisada del EPQ logra una distribución más simétrica de las puntuaciones incrementándose el intervalo de puntuaciones y obteniéndose un índice de consistencia interna más elevado: .76 para las mujeres y .78 para los varones. Esta versión se ha utilizado en diversos estudios realizados en España. Por ejemplo, en el de Báguena, Beleña, Roldán, Díaz y Villarroja (2006), realizado con mujeres maltratadas los alfa respectivos para E y N fueron de .82 y .76. En el de Oteo (2010), administrado a mujeres con dolor crónico (artritis y fibromialgia), el alfa de Cronbach para las dimensiones de E y N fue respectivamente de .75 y .83. Y, más recientemente, en pacientes con obesidad mórbida los coeficientes obtenidos para E y N dan lugar a unos alfas de .84 y .89 (Álvarez-Valdeita, 2014).

A continuación pasamos a hacer una breve descripción de las escalas:

#### *Estabilidad-Neuroticismo*

Esta escala está orientada a medir si el sujeto es estable o inestable emocionalmente. Puntuaciones altas del sujeto en este continuo, revelan elevados niveles de ansiedad, fuertes cambios de humor en cortos períodos de tiempo, desórdenes psicosomáticos y dificultad en volver al estado emocional anterior a la respuesta nueva. Por el contrario, puntuaciones bajas representan características descritas como estabilidad: calma, control emocional, tono débil de respuestas y constancia en el humor.

Ejemplos de ítems que forman parte de esta escala pueden ser los siguientes:

- ¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo?
- ¿Se siente herido con facilidad?
- ¿Le asaltan a menudo sentimientos de culpa?

#### *Extraversión-Introversión*

El sujeto que puntúa alto en esta escala estará caracterizado por ser: sociable, excitable, impulsivo, inclinado al cambio, optimista y poco sensible. Puntuaciones bajas caracterizan a sujetos que tenderán a ser: retraídos, tranquilos, previsores, reservados, desconfiados, controlados y con baja tendencia a la agresión.

Ejemplos de ítems que forman parte de esta escala pueden ser los siguientes:

- ¿Es usted una persona conversadora, locuaz?
- ¿Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades?
- ¿Le gusta mezclarse con la gente?

### **2.3.1.2. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento**

El Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989) fue construido siguiendo dos modelos teóricos: el modelo de Lazarus y el modelo de Autorregulación Conductual de Bandura según el trabajo de Casuso (1996). Adaptado por Crespo y Cruzado (1997), el cuestionario analiza los estilos de afrontamiento de las personas, basándose en cómo actúan a la hora de enfrentarse a un acontecimiento estresante. La versión original cuenta con 60 ítems pero en la presente investigación hemos utilizado la versión breve, formada por 24 ítems que describen diferentes formas de afrontamiento. Las alternativas de respuesta oscilan entre 1 y 4 (siendo 1=Habitualmente no hago esto en absoluto, 2=Habitualmente lo hago esto un poco, 3=Habitualmente lo hago esto bastante, 4=Habitualmente hago esto mucho). Cuenta con buenas propiedades psicométricas y de test-retest, en los factores de primer y segundo orden.

En el trabajo de Báguena, Beleña, Díaz, Roldán y Villarroya (2002) se calcularon los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) en cuatro grupos de mujeres, concretamente mujeres maltratadas, estudiantes de policía, mujeres dedicadas al cuidado del hogar y estudiantes universitarias. Los coeficientes obtenidos fueron respectivamente para el estilo activo de .61; .79; .90 y .71. En el caso del estilo pasivo los valores alcanzados fueron respectivamente para cada uno de los grupos de .55; .66; .75 y .66.

Dicha versión breve consta de dos agrupaciones, cada una con 12 ítems, según los análisis factoriales realizados por Báguena et al. (2002):

#### *Estilo de afrontamiento activo*

Incluye estrategias que facilitan la solución de problemas como planificación, aceptación, reinterpretación positiva, uso del humor y uso de apoyo emocional.

Ejemplos de ítems de afrontamiento activo son los siguientes:

- He concentrado mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
- He tomado medidas para intentar hacer que la situación sea mejor.
- He intentado elaborar una estrategia sobre lo que hacer.

### *Estilo de afrontamiento pasivo*

Incluiría aquellas estrategias que no se revelan como eficaces de cara a resolver un problema, aunque ayudan a mitigar las emociones. Agrupa estrategias de negación, desconexión conductual, autodistracción, uso de drogas o alcohol, de la religión y desahogo emocional.

Ejemplos de ítems de afrontamiento pasivo son los siguientes:

- He utilizado el alcohol u otras drogas para sentirme mejor
- He renunciado a tratar con ello.
- He hecho cosas para pensar menos tales como ir al cine, mirar la TV, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.

### **2.3.1.3. Cuestionario de apoyo social**

El cuestionario MOS fue desarrollado por Sherbourne y Stewart en 1991 del grupo MOS-SSS, *The Medical Outcomes Study Social Support Survey*, y centraliza el análisis en la percepción de ayuda justificándose en el hecho de que si una persona no recibe ayuda durante un largo período de tiempo, esto no quiere decir que no disponga de apoyo. Las medidas de apoyo social, generalmente exploran el llamado “apoyo estructural” (tamaño de la red social) o el “apoyo funcional” (percepción de apoyo). El apoyo funcional quizá sea el más importante (Sherbourne, 1992) y es multidimensional: emocional (amor, empatía), instrumental (tangible), informativo (consejos o feedback), valoración (ayuda a la autovaloración) y compañerismo durante el tiempo libre. Está formado por 20 ítems. El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems se agrupan en tres escalas según la adaptación española realizada por Revilla, Luna, Bailón y Medina (2005). Es un instrumento válido y fiable, además de ser breve. En España se ha utilizado con puntos de corte (López y col., 2000) empleando 57 para puntuación total, 24 para emocional, 12 para instrumental y 9 para interacción social y para afectivo. El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19. A mayor puntuación sería mayor el apoyo percibido. Se pregunta mediante una escala de 5 puntos, con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo.

La consistencia interna (alfa) para la puntuación total es de .97 y para las subescalas oscila entre .91 y .96. La fiabilidad test-retest es elevada (.78). Se puede aplicar para detectar situaciones de riesgo social e intervenir sobre las personas y sus entornos. En la versión de Revilla et al. (2005), los coeficientes de consistencia interna fueron para las escalas de apoyo emocional/informacional (alfa = .94), afectivo (alfa = .86) e instrumental (alfa = .87). En estudios como el de Álvarez Valdeita (2014) realizado en pacientes con obesidad mórbida o en el de Andreu (en preparación) con pacientes con el síndrome de boca ardiente, los coeficientes de consistencia interna fueron

respectivamente para las escalas mencionada de: .96 y .96 (apoyo emocional/informacional), .86 y .92 (apoyo afectivo) y .96 y .86 (apoyo instrumental).

*Apoyo emocional/informacional* (10 ítems): apoyo emocional como expresión de afecto y comprensión empática y apoyo informacional como guía, oferta de consejo e información.

Ejemplos de ítems:

- Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.
- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.
- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.

*Apoyo afectivo referido a expresiones de amor o cariño* (5 ítems): esta escala se refiere a las demostraciones reales de amor, cariño o empatía.

Ejemplos de ítems:

- Alguien que le muestre amor y afecto.
- Alguien que le abrace.
- Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.

*Apoyo instrumental o material* (4 ítems): entendido como la provisión de ayuda material o tangible que pueda recibir el consultado.

Ejemplos de ítems:

- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.
- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.
- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.

#### **2.3.1.4. Cuestionario de salud SF-36**

El SF-36 (Ware et al., 1993) es un cuestionario autoaplicado que consta de 36 preguntas que se refieren a lo que el paciente piensa sobre su salud. Las opciones de respuesta son variadas oscilando entre sí-no (preguntas 13 a 19) y 3, 5 y 6 opciones de respuesta. Es un instrumento desarrollado a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study*) (MOS). Detecta tanto estados positivos de salud como negativos, así como explora la salud física y la salud mental. Es utilizado en investigaciones médicas, de salud mental y, en general, en investigaciones relacionadas con la salud.

Ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona, con la ventaja de que es fácil y rápido de rellenar, a la vez que también es sencillo de evaluar. En cuanto a su corrección, las puntuaciones obtenidas en las dimensiones del SF-36 son transformadas en escalas que oscilan entre los

valores 0 y 100. Siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo.

No está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de dimensiones.

El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación. Sin embargo, es necesario señalar que el SF-36 no incluye algunos conceptos de salud importantes, como los relacionados con los problemas del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. Ello es especialmente relevante cuando se diseñan estudios en que los pacientes sufren enfermedades o efectos secundarios de tratamientos que pueden afectar a alguna de estas escalas o conceptos de salud.

En un estudio meta-analítico se investigaron las propiedades psicométricas del cuestionario, llegándose a las siguientes conclusiones (Vilagut, Ferrer, Rajmil et al., 2005): se encontraron 79 artículos, 17 de los cuales describían características métricas del cuestionario. En el 96% las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach) de .70. Las estimaciones agrupadas obtenidas por metaanálisis fueron también superiores a .70 en todos los casos. El SF-36 mostró buena discriminación entre grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos de CVRS. El SF-36 predijo mortalidad. Los nuevos desarrollos descritos (puntuaciones basadas en normas, la versión 2, el SF-12 y el SF-8) mejoraron sus propiedades métricas y su interpretación.

A través de las 36 preguntas se exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física; función social; rol físico; rol emocional; salud mental; vitalidad; dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.

A continuación se detalla la descripción de cada una de las dimensiones del SF-36 y ejemplos de ítems de cada una de ellas:

#### *Función física (10 ítems)*

Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

Ejemplos de ítems:

- ✓ Durante las 4 últimas semanas...
  - Su salud actual ¿le limita para realizar esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
  - Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
  - Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

#### *Rol físico (4 ítems)*

Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias, produciendo como consecuencia un rendimiento menor del deseado, o limitando el tipo de actividades que se puede realizar o la dificultad de las mismas.

Ejemplos de ítems:

- ✓ Durante las 4 últimas semanas...
  - ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?
  - ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?
  - ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

#### *Dolor corporal (2 ítems)*

Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

Ejemplos de ítems:

- ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?
- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

#### *Salud general (5 ítems)*

Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

Ejemplos de ítems:

- Creo que me pongo más fácilmente enfermo que otras personas.
- Estoy tan sano como cualquiera.
- Creo que mi salud va a empeorar.

*Vitalidad* (4 ítems)

Sentimiento de energía y vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

Ejemplos de ítems:

- ✓ Durante las últimas 4 semanas...
  - ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?
  - ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?
  - ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

*Función social* (2 ítems)

Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

Ejemplos de ítems:

- ✓ Durante las 4 últimas semanas...
  - ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?
  - ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitas a los amigos o familiares)?

*Rol emocional* (3 ítems)

Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

Ejemplos de ítems:

- ✓ Durante las 4 últimas semanas...
  - ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, nervioso)?
  - ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional?
  - ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente a causa de algún problema emocional?

*Salud mental* (5 ítems)

Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

Ejemplos de ítems:

- ✓ Durante las últimas 4 semanas...
  - ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?
  - ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?
  - ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

### 2.3.1.5. Cuestionario de 90 síntomas

El SCL-90 es un cuestionario autoaplicado de 90 ítems (Derogatis, 1973) cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicósomática concreta suministrando un retrato válido del distrés psicológico del sujeto. El sujeto debe valorar hasta qué punto se ha sentido molesto/a durante el pasado mes siendo graduada la intensidad del sufrimiento mediante una escala tipo Likert desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima), pudiendo obtener tres tipos de variables numéricas: los índices globales, las dimensiones sintomáticas y el malestar subjetivo creado por cada síntoma discreto. Es un instrumento concebido para la valoración del malestar subjetivo que no tiene pretensiones diagnósticas. En nuestro país, se hizo una adaptación al castellano del SCL-90 por parte de J. Guimón et al. que se presentó en el XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría celebrado en Jaca (Huesca) en 1983. En 1989, el grupo de trabajo dirigido por J.L. González de Rivera adaptó la versión española del SCL-90-R. A pesar de que en la adaptación no se proporcionan indicadores de fiabilidad, nos encontramos con diversas investigaciones españolas en las que se ha analizado el alfa de Cronbach: en sujetos con dolor en comparación con sujetos que no padecen dolor (Oteo, 2010); en pacientes con obesidad mórbida (Fernández, 2008); en grupos de mujeres españolas expuestas a violencia doméstica (Báguena, Díaz, Beleña, Roldán y Villarroja, 2006) y en una muestra de trabajadores victimizados por mobbing (Báguena, Beleña, Díaz, Toldos, Roldán y Amigó, 2006). En todas ellas el Índice Global de Gravedad (IGG) posee valores de alfa superiores a .90. Por ejemplo en el estudio de Fernández, el IGG alcanzó un valor de .99, con los alfas de Cronbach más altos para la dimensión de depresión y ansiedad (alfa = .93) y la más baja para la dimensión de ansiedad fóbica (alfa = .83).

A) Los **índices globales** serían los siguientes:

- El GSI (*Global Severity Index*), índice global de gravedad o severidad o índice sintomático general, es una medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicósomático global. Se calcula dividiendo el total de los valores asignados a los elementos por el número total de ítems.

- El PTS (*Positive Symptom Total*) en español Total de Síntomas Positivos o de respuestas positivas, contabiliza el número total de síntomas presentes, es decir, la amplitud y diversidad de la psicopatología. Es el número de ítems con valor distinto de 0.

- El PSDI (*Positive Symptom Distress Index*) relaciona el sufrimiento o distrés global con el número de síntomas, y es por tanto un indicador de la intensidad sintomática media. Se calcula dividiendo el total de valores asignados a los elementos por el PST (total de síntomas positivos).

B) Los 90 síntomas se distribuyen según sus afinidades en 10 grupos o **dimensiones sintomáticas**, cada una de las cuales mide un diferente aspecto de la psicopatología. Estas dimensiones son: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Ansiedad fóbica, Hostilidad, Ideación paranoide, Psicoticismo y Síntomas misceláneos (ítems adicionales). El valor de cada dimensión sintomática concreta se obtiene dividiendo la suma total de los valores asignados a cada ítem de la dimensión considerada por el número total de ítems que la componen.

#### *Somatización*

Esta dimensión comprende 12 síntomas relacionados con vivencias de disfunción corporal. Incluye síntomas relacionados con alteraciones neurovegetativas en general, sobre todo en los sistemas cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal y muscular. Es preciso tener en cuenta que también puede reflejar una patología médica subyacente.

Ejemplos de ítems:

- Dolores de cabeza.
- Desmayos o mareos
- Nauseas o trastornos estomacales

#### *Obsesión-compulsión*

Los 10 ítems que comprenden esta dimensión describen conductas, pensamientos e impulsos que el sujeto considera absurdos e indeseados, que generan intensa angustia y que son difíciles de resistir, evitar o eliminar, además de otras vivencias y fenómenos cognitivos característicos de los trastornos y personalidades obsesivas.

Ejemplos de ítems:

- Pensamientos desagradables repetitivos que no puede quitarse de la cabeza

- Dificultad para recordar las cosas
- Preocupación acerca del desaseo, el descuido y la desorganización.

### *Sensibilidad interpersonal*

Los 9 síntomas de esta dimensión recogen sentimientos de timidez y vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y, en general, incomodidad e inhibición en las relaciones interpersonales.

Ejemplos de ítems:

- Sentirse crítico/a hacia los demás.
- Sentirse tímido/a, incómodo/a con el otro sexo.
- Sentir que los demás no le entienden o son poco comprensivos con usted.

### *Depresión*

Dimensión que recoge a lo largo de 13 ítems signos y síntomas clínicos propios de los trastornos depresivos, Incluye vivencias disfóricas, de desánimo, anhedonia, desesperanza, impotencia y falta de energía, así como ideas autodestructivas y otras manifestaciones cognitivas y somáticas características de los estados depresivos. Algunos síntomas importantes del espectro depresivo como las alteraciones del sueño y del apetito, Derogatis demostró por análisis factorial que podían ser incluidas en otra categoría, la de "síntomas misceláneos" que se verá más adelante.

Ejemplos de ítems:

- Sentirse con pocas energías o decaído.
- Pensamientos de poner fin a su vida.
- Llorar con facilidad.

### *Ansiedad*

Los 10 ítems de esta dimensión sintomática son los clásicamente referidos a las manifestaciones clínicas de la ansiedad, tanto generalizada como aguda ("pánico"). Incluye también signos generales de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas.

Ejemplos de ítems:

- Temblores.
- Asustarse súbitamente sin razón.

- Sentirse tenso/a y con los nervios de punta.

### *Hostilidad*

Los 6 ítems de esta dimensión aluden a pensamientos, sentimientos y conductas propios de estados de agresividad, ira, irritabilidad, rabia y resentimiento.

Ejemplos de ítems:

- Sentirse fácilmente enfadado/a e irritado/a.
- Explosiones de mal genio que no puede controlar.
- Tener fuertes deseos de pegar, herir o dañar a alguien.

### *Ansiedad fóbica*

Los 7 ítems de esta dimensión pretenden valorar las distintas variantes de la experiencia fóbica, entendida como un miedo persistente, irracional y desproporcionado a un animal o persona, lugar, objeto o situación, generalmente complicado por conductas de evitación o de huida. Sin embargo, están más representados y tienen mayor peso en esta dimensión los síntomas relacionados con agorafobia y fobia social que los típicos de la fobia simple.

Ejemplos de ítems:

- Sensación de miedo en los espacios abiertos o en la calle.
- Miedo de salir solo/a de su casa.
- Sentirse incómodo/a cuando hay mucha gente, como por ejemplo en las tiendas o en el cine.

### *Ideación paranoide*

Esta dimensión sintomática recoge a través de 6 ítems distintos aspectos de la conducta paranoide, considerada fundamentalmente como la respuesta a un trastorno de la ideación. Incluye características propias del pensamiento proyectivo, como suspicacia, centralismo autoreferencial e ideación delirante, hostilidad, grandiosidad, miedo a la pérdida de autonomía y necesidad de control.

Ejemplos de ítems:

- Creer que los demás son culpables de muchos de sus problemas.
- Creer que no se puede confiar en la mayor parte de la gente.

- Sentir que está observado/a o que hablan de usted.

### *Psicoticismo*

Los 10 síntomas que componen esta dimensión configuran un espectro psicótico que se extiende desde la esquizoidia y la esquizotipia leves hasta la psicosis florida. En la población general esta dimensión está más relacionada con sentimientos de alienación social que con psicosis clínicamente manifiesta.

Ejemplos de ítems:

- Oír voces que los demás no oyen.
- Pensar que otras personas conocen sus pensamientos íntimos.
- Tener pensamientos que no son suyos.

### *Escala adicional (ítems adicionales)*

Síntomas misceláneos. Los 7 ítems adicionales lo son porque su peso factorial en diferentes subescalas no permite asignarlos a ninguna de ellas en particular. Desde un punto de vista estrictamente psicométrico podrían ser eliminados, pero su relevancia clínica es tan grande que han sido conservados. Derogatis no considera que sea una dimensión sintomática específica, sin embargo para un clínico normal constituyen un claro referente de depresión melancólica.

Ejemplos de ítems:

- Poco apetito.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Comer en exceso.

C) Por último añadir que la consideración individualizada de **síntomas discretos** puede tener en sí misma gran importancia clínica general, por ejemplo los que se refieren a ideas de suicidio o experiencias alucinatorias.

### **2.3.2. Cuestionarios específicos de CVRS en trasplantados**

A continuación, incluimos una descripción de los instrumentos de evaluación específicos dirigidos a cada una de las muestras de trasplantados. Concretamente, el LDQOL-SF (versión breve del cuestionario de calidad de vida en trasplantados de hígado) de Gralnek, Hays, Kilbourne et al. (2000), el Cuestionario respiratorio Saint-George (SGRQ) de Jones, Quirk, Baveystock y Littlejohns (1992) y el *End-Stage Renal Disease Symptom Checklist-Transplantation Module* de Franke, Reimer, Kohnle (1999), versión española

realizada por Ortega, Valdés, Rebollo, Ortega et al. (2007). En el caso del primero de los cuestionarios mencionados las puntuaciones se transforman en escalas que oscilan entre unos valores de 0-100. En los otros dos se trabaja con las puntuaciones directas. Una diferencia a tener en cuenta de estos tres cuestionarios respecto al SF-36 es que las puntuaciones elevadas en las dimensiones evaluadas por ellos se corresponden con un peor estado de salud.

### **2.3.2.1. Versión breve del Cuestionario de Calidad de Vida en Trasplantados de Hígado**

Los instrumentos más usados de evaluación de la calidad de vida de los transplantados de hígado, se pueden dividir en genéricos (Como son el SF-36, y el Perfil de Salud de Nottingham) y específicos: el *Cuestionario del National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease* (NIDDK), el *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ) entre otros además del *Liver Disease Quality of Life Questionnaire* (LDQOL). Estos últimos han sido incluidos en pocos estudios, y han sido diseñados más bien para pacientes con enfermedades crónicas del hígado más que para pacientes TH. La carencia de un instrumento específico es un impedimento para comparar los resultados entre los estudios. A continuación se expone más pormenorizadamente el cuestionario específico utilizado en esta investigación.

El *Liver Disease Quality of Life Questionnaire* (LDQOL 1.0) es un instrumento muy completo y ha sido diseñado y validado para el estudio de la calidad de vida en los pacientes candidatos a trasplante hepático (Gralnek, Hays, Kilbourne et al., 2000, citado por Ortega y Rebollo, 2006). Gralnek, Hays, Kilbourne, et al. (2000) demostraron que los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna son excelentes, oscilando de .62 a .95, hay fuerte discriminación de ítems entre las escalas y el análisis exploratorio de factores demostró que son distinguibles las dimensiones física, mental y social. El test LDQOL 1.0 mide aspectos de la enfermedad y su impacto en la vida del paciente no detectados por los cuestionarios genéricos, y probablemente será más sensible a los cambios en el estado de salud y/o a diferencias entre grupos en términos del estado de salud. Casanovas y cols. (2003), lo adaptaron al castellano para su uso en población española, pues el original como se ha visto, tiene un desarrollo psicométrico adecuado, cubría todo el espectro de hepatopatías en cuanto a diagnósticos y mostraba una buena correlación con la evolución clínica y el estadio de Child-Pugh que es un sistema de estadificación usado para evaluar el pronóstico de una enfermedad hepática crónica, principalmente la cirrosis. La escala Child-Pugh aunque originalmente se usó para predecir la probable mortalidad asociada a la cirugía, se usa ahora para determinar el pronóstico, así como la fuerza requerida por el paciente en

su tratamiento y la necesidad de un trasplante de hígado. Emplea cinco criterios clínicos de la enfermedad hepática, cada criterio medido del 1-3, siendo el número 3 el que indica el daño más severo. Además, su correcto desarrollo permite el seguimiento a largo plazo de los pacientes portadores de trasplante hepático.

El deterioro significativo de la CVRS tras la recurrencia de hepatitis C postrasplante fue detectada por el instrumento LDQOL, pero no con el SF-36 (Gotardo et al., 2008), ambos instrumentos usados también en el presente estudio. Por tanto, queda demostrado que este instrumento tiene mayor precisión en detectar los síntomas del hígado y puede demostrar con mayor fiabilidad el empeoramiento antes y después del TH. Otro estudio español, también ha utilizado ambos instrumentos, (SF-36 y LDQOL) para medir la calidad de vida de 108 pacientes TH antes y a los 3 y 12 meses después del injerto en 4 hospitales catalanes (Ortega, Deulofeu, Salamero, Casanovas et al., 2009).

El cuestionario específico LDQOL es un test amplio puesto que comprende el test genérico SF-36 y 12 escalas específicas (con 75 ítems). Por esta razón, y dado que en el presente estudio ya suponía una extensión considerable al incluir otros cuestionarios, se decidió buscar una versión del LDQOL breve (Kanwal, Spiegel, Hays et al., 2008). El SF-LDQOL incluye 36 ítems que representan nueve dimensiones: síntomas de la enfermedad del hígado, efectos de la enfermedad del hígado, memoria/concentración, sueño, desesperanza, distrés, soledad, estigma de la enfermedad del hígado y problemas sexuales. Los coeficientes de fiabilidad de consistencia interna fueron de .70 para siete de las nueve escalas en la línea base y para todas las escalas en la administración de seguimiento. El SF-LDQOL correlacionó con las puntuaciones del SF-36, severidad de los síntomas, días de incapacidad y salud global. Los pacientes que sufrieron un trasplante de hígado informaron tener peor CVRS comparados con los pacientes sin trasplante de hígado. En conclusión, el SF-LDQOL es un instrumento fiable y válido para pacientes con enfermedad del hígado avanzada.

Dado que no existe una adaptación española de la versión breve, traducimos la versión en inglés al español, confiando en que las buenas propiedades psicométricas del original, también puedan ser trasladadas a nuestra cultura. La codificación que se ha hecho de los ítems implica que a mayor puntuación en las dimensiones, mayor deterioro de la CVRS.

A continuación, incluimos ejemplos de ítems de cada una de las escalas de este instrumento de medida:

*Síntomas relacionados con la enfermedad hepática*

Ejemplos de ítems:

- ✓ Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido los siguientes problemas?
  - Dolor corporal.
  - Mal sabor de las comidas [...]

*Efectos de la hepatopatía en las actividades de la vida diaria*

Ejemplos de ítems:

- ✓ ¿Hasta qué punto los efectos de su trasplante hepático han sido molestos para usted en las siguientes situaciones?
  - Capacidad para realizar tareas cotidianas domésticas.
  - Capacidad para viajar.

*Concentración y memoria*

Ejemplos de ítems:

- ✓ Hacer actividades que impliquen pensar y concentrarse.
- ✓ Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia...
  - Ha estado confuso o desorientado/a.
  - Ha tenido problemas de memoria.

*Preocupación por la enfermedad*

Ejemplos de ítems:

- ✓ Con qué frecuencia durante las últimas 4 semanas...
  - Se ha sentido frustrado por su trasplante hepático.
  - Se ha sentido agobiado/a por su o trasplante.

*Problemas de sueño*

Ejemplos de ítems:

- ✓ Durante las últimas 4 semanas...
  - ¿Duerme lo suficiente para levantarse descansado/a por la mañana?
  - ¿Se encuentra somnoliento/a y dormido/a durante el día?

*Soledad, aislamiento social*

Ejemplos de ítems:

- ✓ ¿Con qué frecuencia durante las últimas 4 semanas...
  - ¿Le ha faltado compañía?
  - ¿Ha tenido a quién acudir?

*Preocupación por el futuro*

Ejemplos de ítems:

- ✓ ¿En qué medida está usted de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones?:
  - Hago menos planes de futuro que antes de mi trasplante hepático.
  - Confío mucho en el futuro.

*Estigma/imagen corporal*

Ejemplos de ítems:

- ✓ ¿En qué medida está usted de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones?
  - Mi trasplante hepático hace que llame la atención en público
  - A causa del trasplante hepático me siento diferente y con defectos.

*Funcionamiento sexual/problemas*

Ejemplos de ítems:

- ✓ ¿Ha tenido alguna actividad sexual en las últimas semanas?
- ✓ Durante las últimas 4 semanas, ¿cree que sus relaciones sexuales han sido satisfactorias?

**2.3.2.2. Cuestionario respiratorio Saint-George**

El cuestionario respiratorio St. George fue diseñado para cuantificar el impacto de la enfermedad de las vías aéreas respiratorias en el estado de salud y el bienestar percibido por los pacientes respiratorios y ser, al mismo tiempo, suficientemente sensible para reflejar los cambios en la actividad de la enfermedad y cuantificar cambios en el estado de salud después de un tratamiento (Jones, Quirk, Baveystock y Littlejohns, 1992). Preferentemente el cuestionario debe ser autoadministrado, aunque la consistencia interna no muestra diferencias entre los cuestionarios autoadministrados y los administrados mediante entrevista.

Se puede calcular una puntuación para cada una de las escalas del cuestionario y también una puntuación global (puntuación global CSRG), que se calcula como la diferencia entre la puntuación más alta posible y la suma de las puntuaciones obtenidas en los 3 dominios que contiene el instrumento.

Según Ferrer y cols. (1996) la versión española de este cuestionario es aceptable y fácil de entender. El coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach es de .94 para la escala global y .72 para la escala de "Síntomas", .89 para la de "Actividad", y .89 para la escala de "Impacto". Los coeficientes de correlación

entre la puntuación total, la disnea y el FEV1 (volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada) son de .59 y -.45, respectivamente, siendo estas correlaciones mayores que aquellas observadas entre las variables clínicas y el *Nottingham Health Profile*, una medida genérica de calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados de este estudio sugieren que la versión española del SGRQ es conceptualmente equivalente al original, y similarmente fiable y válida por lo que puede ser usada en estudios españoles e internacionales con pacientes respiratorios españoles. Ferrer, Villasante, Alonso et al. (2002) proporcionan una interpretación de las puntuaciones de calidad de vida de este instrumento a través de las normas basadas en la población general.

Stavem, Oystein, Lund et al. (2000) y Gerbase et al. (2005) utilizaron el CRSG para valorar la calidad de vida tras el trasplante o evaluar el seguimiento a largo plazo de los trasplantados de pulmón. El cuestionario mostró una buena fiabilidad y validez, viéndose por tanto probada su utilidad para la evaluación de los pacientes trasplantados de pulmón.

El cuestionario consta de un total de 50 ítems (76 niveles) repartidos en tres dimensiones: Síntomas, Actividad e Impacto. Los ítems están formulados de 2 formas diferentes: en forma de pregunta con 5 opciones de respuesta como máximo, de las cuales se debe elegir sólo una; o en forma de frases con dos opciones "sí/no". La edad, el sexo, los factores demográficos o los relacionados con la enfermedad presentaron una influencia mínima en los pesos, por lo que demostraron ser adecuados para un amplio rango de pacientes con asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Seguidamente, describimos brevemente cada una de estas dimensiones e incluimos asimismo ejemplos en cada una de ellas:

### *Síntomas*

Se refieren a la frecuencia y gravedad de los síntomas respiratorios.

Ejemplos de ítems:

- Durante el último año ¿ha tenido tos?
- Durante el último año ¿ha tenido ataques de falta de respiración?

### *Actividad*

Contiene ítems que se refieren a la limitación de la actividad debida a la disnea.

Ejemplos de ítems:

- Me falta la respiración estando sentado o incluso estirado.

- La tos o la respiración me molestan cuando duermo.

### *Impacto*

Contiene los ítems referidos a las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidos por la enfermedad respiratoria.

Ejemplos de ítems:

- Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar.
- Me da vergüenza tomar la medicación en público.

### **2.3.2.3. Listado de Síntomas de Enfermedad Renal Terminal**

El propósito de los autores originales del *End-Stage Renal Disease Symptom Checklist-Transplantation Module* era desarrollar un instrumento de medida en pacientes con trasplante renal que evalúe los síntomas físicos y psicológicos y en particular los efectos secundarios del tratamiento inmunosupresor, el estrés y el miedo al rechazo (Franke et al., 1999, versión española realizada por Ortega y cols., 2007). Se compone de 43 ítems, agrupados en 6 dimensiones.

La validez de constructo se evaluó mediante la comparación de las dimensiones del cuestionario con el cuestionario de salud SF-36, con el que se encontraron correlaciones modestas o moderadas, con arreglo a lo esperado. Algunas características clínicas y demográficas se asociaron ligeramente con algunas dimensiones.

Respecto a la fiabilidad, en el estudio de la consistencia interna, el coeficiente alfa de Cronbach de las dimensiones osciló entre .76 y .85, y el Índice Global de Gravedad fue de .93. La correlación intraclase de las medidas repetidas de las 6 dimensiones del cuestionario en 88 sujetos, con un intervalo de 1 año entre ellas, fue aceptable. Es un buen instrumento, adecuadamente validado, pero que se puede quedar anticuado al estar demasiado centrado en las complicaciones de la ciclosporina.

También hay un Índice Global de Gravedad en el que participan todas las subescalas. Todas las preguntas se puntúan en una escala de Likert, de 0 (ausencia completa de síntoma) a 4 (síntoma muy presente).

A continuación aparece una pequeña descripción de cada escala, junto con ejemplos de ítems:

#### *Capacidad física limitada*

(ítems sobre dolor, cansancio, mareo...)

Ejemplo de ítems:

- ✓ Actualmente cuánto sufre de:
  - Mala salud general.
  - Limitaciones de la capacidad física.

*Capacidad cognitiva limitada*

(los ítems de esta escala tienen que ver con olvidos, dificultad para concentrarse, capacidad auditiva y visual...)

Ejemplo de ítems:

- ✓ Actualmente cuánto sufre de:
  - Limitaciones de las capacidades cognitivas.
  - Pensamientos sobre el trasplante.

*Disfunción cardíaca y renal*

(ítems sobre edemas en miembros inferiores, aumento de la presión arterial...)

Ejemplos de ítems:

- ✓ Actualmente cuánto sufre de:
  - Palpitaciones.
  - Presión arterial elevada.

*Efectos secundarios de los esteroides*

(ítems sobre el aspecto de la cara, disgusto acerca del propio aspecto, propensión a infecciones...)

Ejemplos de ítems:

- ✓ Actualmente cuánto sufre de:
  - Resfriados o fiebre.
  - Cara hinchada.

*Excesivo crecimiento de las encías y el pelo*

(ítems sobre hiperplasia gingival e hirsutismo)

Ejemplos de ítems:

- ✓ Actualmente cuánto sufre de:
  - Crecimiento excesivo del vello facial.
  - Inflamación de las encías.

### *Trastornos psicológicos asociados al trasplante*

(ítems sobre la incertidumbre acerca del futuro del trasplante, ansiedad, insomnio...).

Ejemplos de ítems:

- ✓ Actualmente cuánto sufre de:
  - Preocupación por el aspecto físico.
  - Pensamientos inquietantes sobre el donante de su trasplante.

Un ejemplar de los diferentes instrumentos empleados en la investigación se encuentra en el Anexo I.

## **2.4. Procedimiento seguido en el estudio**

Tras aceptar en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, la propuesta del presente estudio, la autora y la directora de la tesis acordaron diseñar el cuadernillo que conformarían los cuestionarios.

En principio la intención del estudio era averiguar cuál era la calidad de vida de los trasplantados de hígado. Para ello, nos pusimos en contacto con el Presidente de la Asociación de Trasplantados Hepáticos de la Comunidad Valenciana, para que nos diera el consentimiento para este estudio. Tras mantener un primer contacto en el que se nos ofreció información y material (libros relacionados con la temática, revista de la asociación) sobre el trasplante de hígado, le pedimos una copia de la base de datos donde figuraban los nombres y direcciones de sus socios para poder mandarles a su casa por correo el cuadernillo junto con una explicación del estudio donde se aseguraba la confidencialidad de los datos y el anonimato. A su vez, se incluía una petición de firma donde se demostraba la voluntariedad de las respuestas. Dentro de cada sobre también se incluía un sobre más pequeño con un sello y la dirección escrita (al despacho del departamento de la directora del estudio) a la que habían de enviar los cuestionarios ya rellenados. La autora del estudio envió a todos los socios los cuestionarios siguiendo la base de datos proporcionada por la asociación.

Aunque el objetivo inicial de la investigación se dirigía a los trasplantados de hígado (lo que justifica la disparidad en el N de personas en cada grupo), posteriormente se consideró conveniente incluir muestras de otros trasplantados para poder realizar comparaciones entre ellas en cuanto a las diferentes variables consideradas. Para ello, la autora del estudio se puso en contacto con la Asociación de Trasplantados de Pulmón y la Asociación Alcer

Turia de Trasplantados de Riñón, siguiendo el mismo procedimiento descrito anteriormente.

Los sobres enviados por los socios de las tres asociaciones eran recogidos por la autora de la presente investigación y guardados para poder realizar posteriormente los oportunos análisis estadísticos en base a las respuestas proporcionadas por los trasplantados.

## **2.5. Análisis estadísticos**

Los análisis estadísticos aplicados a los datos han sido de varios tipos. Se han calculado porcentajes y realizado análisis bivariados (análisis de varianza y correlacionales) y multivariados (básicamente análisis de regresión paso a paso). En todo caso, a medida que se expongan los resultados se irá especificando el tipo de análisis aplicado a los datos.



## **CAPÍTULO 3: RESULTADOS**

### **3.1. Introducción**

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en relación con los objetivos e hipótesis que fueron planteados. El capítulo se estructura en cuatro bloques. El primero se corresponde con el análisis de la fiabilidad (consistencia interna) de las distintas variables evaluadas en la investigación. Este análisis nos permitirá descartar aquellas que son menos fiables y que limitarían desde un principio la generalizabilidad de los resultados alcanzados. En el segundo bloque se presenta la información relativa al primero de nuestros objetivos, información que aparece ordenada de acuerdo con cada una de las seis hipótesis incluidas en este objetivo. Los análisis estadísticos realizados han consistido básicamente en análisis de varianza y análisis correlacional. El tercer bloque incluye la información obtenida sobre el segundo de los objetivos planteados, a saber estudiar el papel predictor que desempeñan las características temperamentales y cognitivas de la personalidad en los síntomas psiquiátricos y en la calidad de vida de los trasplantados; consistiendo los análisis estadísticos realizados en análisis de regresión paso a paso. Por último, en el cuarto bloque se ofrece información más pormenorizada sobre el grupo de trasplantados de hígado con el fin de dar cuenta de las hipótesis implicadas en el tercero de nuestros objetivos. De este modo, para poner a prueba la posible existencia en esta muestra de diferencias en función del género o de la presencia o no de complicaciones postrasplante, se realizaron análisis de medias.

### **3.2. Consistencia interna de las escalas**

El primer paso en los análisis estadísticos de cualquier investigación es conocer si las escalas que han sido usadas miden consistentemente lo que dicen medir. Antes de continuar con los otros análisis, usaremos el alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad de las variables consideradas.

La fiabilidad de las variables evaluadas por los cuestionarios EPQ, COPE y MOS aparece en la tabla 10. Podemos comprobar que la mayoría de los valores de alfa oscilan entre .70 y .90. Resaltar que en la muestra total, ambas

escalas del cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE), alcanzan una consistencia interna casi perfecta, es decir, .99. Sin embargo, si observamos los valores alcanzados de alfa en cada una de las muestras de trasplantados en el COPE, la escala de afrontamiento pasivo alcanza los coeficientes más bajos, con valores moderados, es decir, .63 en los trasplantados de riñón y .59 en los trasplantados de pulmón.

**Tabla 10. Consistencia interna del EPQ, COPE y MOS en la muestra total y en cada una de las submuestras**

	Escalas	Nº ítems	α			
			Muestra total (N = 139)	TH (N=82)	TR (N=35)	TP (N=22)
<b>EPQ</b>	E	12	.76	.75	.77	.78
	N	12	.85	.87	.84	.77
<b>COPE</b>	Activo	12	.99	.83	.90	.78
	Pasivo	12	.99	.70	.63	.59
<b>MOS</b>	Apoyo Emocional / informacional	10	.95	.94	.97	.93
	Apoyo afectivo	5	.89	.88	.93	.77
	Apoyo Instrumental	4	.87	.90	.88	.73
	Total	19	.96	.96	.98	.92

**Nota:** EPQ: Eysenck Personality Questionnaire; COPE: Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento; MOS: Cuestionario de Apoyo Social; TH: Trasplantados hepáticos; TR: Trasplantados renales; TP: Trasplantados pulmonares.

Por otro lado, el cuestionario MOS de apoyo social, alcanza valores muy altos tanto cuando se considera la puntuación total (oscilando entre .92 en los trasplantados de pulmón y .98 en los trasplantados de riñón) como en las diferentes escalas. Por último, en esta tabla están registrados los valores alfa del EPQ, observándose que la escala que mide el neuroticismo tiene un valor más alto en la muestra total (.85) y en los trasplantados de hígado (.87) y riñón (.84) que la escala de extraversión, donde los coeficientes de fiabilidad oscilan entre .75 en los trasplantados de hígado y .78 en los trasplantados de pulmón.

A continuación se exponen los resultados en relación con las variables evaluadas por el SF-36.

Respecto al SF-36 (ver tabla 11) en general el alfa de Cronbach da lugar a unos valores altos y aceptables siendo las escalas de Rol Emocional (.94 en la muestra total y trasplantados de hígado y .92 en los trasplantados de riñón y pulmón), Rol Físico (.95 en los trasplantados de riñón y .93 en los trasplantados de pulmón y muestra total) y el Componente Mental del SF-36 (.95 en los trasplantados de hígado, .93 en la muestra total y .92 en los trasplantados de

pulmón), las dimensiones que arrojan coeficientes más altos. La excepción la encontramos en las escalas de Salud Física (.56), Vitalidad (.59) y Funcionamiento Social (.58) en los trasplantados de riñón, donde los alfas no son tan altos como en el resto de las escalas y muestran una fiabilidad moderada.

**Tabla 11. Consistencia interna del SF-36 en muestra total y cada una de las submuestras**

Escalas	Nº ítems	α			
		Muestra total (N=139)	TH (N=82)	TR (N=35)	TP (N=22)
Funcionamiento Físico	10	.91	.92	.90	.90
Rol Físico	4	.93	.92	.95	.93
Dolor	2	.82	.79	.91	.81
Salud física	5	.79	.80	.56	.84
Vitalidad	4	.85	.90	.59	.84
Funcionamiento social	2	.76	.79	.58	.79
Rol emocional	3	.94	.94	.92	.92
Salud mental	5	.89	.92	.85	.85
PCS	21	.90	.92	.86	.89
MCS	14	.93	.95	.84	.92

**Nota:** TH: trasplantados hepáticos; TR: Trasplantados renales; TP: Trasplantados pulmonares; PCS: Componente sumario físico; MCS: Componente sumario mental.

En la tabla 12 se muestran los valores de alfa correspondientes a la muestra total y a las tres submuestras de trasplantados por separado en el Cuestionario de Síntomas Psicológicos SCL-90-R. Como puede observarse, los valores de las diferentes subescalas en todas las muestras parecen alcanzar valores altos, incluso cercanos a 1, como es el caso de la puntuación global correspondiente al IGG, con .98 en la muestra total y las tres submuestras estudiadas. Asimismo, la escala de Depresión (.93 en trasplantados de hígado, .92 en muestra total y trasplantados de riñón y .90 en los trasplantados de pulmón) y la de Somatización (.92 en trasplantados de pulmón, .91 en los trasplantados de hígado y .90 en la muestra total), son las que alcanzan los coeficientes más altos. Por otro lado, los valores más bajos, pero que no por ello dejan de ser aceptables, se encuentran en las escalas de Ideación Paranoide y Depresión Melancólica, siendo el valor más bajo (.69) encontrado en la escala de Psicoticismo en la muestra de trasplantados de pulmón.

A continuación se exponen sucesivamente los indicadores de consistencia interna de las variables evaluadas por los cuestionarios de calidad de vida específicos administrados a los trasplantados hepáticos, renales y de pulmón.

**Tabla 12. Consistencia interna de la escala SCL-90-R en la muestra total y en cada una de las submuestras**

Escalas	Nº ítems	α			
		Muestra total (N=139)	TH (N=82)	TR (N=35)	TP (N=22)
Somatización	12	.90	.91	.88	.92
O-C	10	.88	.89	.84	.90
Susplicacia	9	.85	.84	.85	.85
Depresión	13	.92	.93	.92	.90
Ansiedad	10	.88	.89	.87	.85
Hostilidad	6	.85	.84	.86	.85
Ansiedad Fóbica	7	.81	.83	.77	.83
Ideación Paranoide	6	.78	.79	.80	.74
Psicoticismo	10	.82	.85	.81	.69
Depresión Melancólica	7	.74	.73	.77	.73
Índice Global de Gravedad	90	.98	.98	.98	.98

**Nota:** TH: trasplantados hepáticos; TR: Trasplantados renales; TP: Trasplantados pulmonares.

Los valores de la consistencia interna del cuestionario utilizado para evaluar la calidad de vida de los trasplantados de hígado, el SF-LDQOL, se encuentran en la tabla 13. Los coeficientes de fiabilidad alcanzan niveles aceptables entre .70 y .90 la mayoría, siendo los valores más altos los encontrados en la escala de Distrés (.90) y en la escala de Efectos Asociados a la Enfermedad (.88). Sin embargo la escala de Desesperanza (.52) alcanza niveles más moderados de fiabilidad.

**Tabla 13. Consistencia interna del SF-LDQOL de los trasplantados de hígado (N = 82)**

SF-LDQOL	Nº ítems	α
Síntomas de enfermedad	6	.74
Efectos en actividades diarias	3	.88
Problemas de sueño	5	.76
Soledad	5	.73
Desesperanza	3	.52
Estigma/imagen corporal	4	.69
Problemas sexuales	5	.87
Memoria-concentración	4	.85
Distrés	2	.90

**Nota:** SF-LDQOL: Versión breve del Cuestionario de Calidad de Vida en Trasplantados de Hígado.

Respecto al cuestionario ESRD, utilizado para conocer específicamente la calidad de vida de los trasplantados de riñón (ver tabla 14), la fiabilidad es aceptable, a pesar de que los valores no son tan altos como en las escalas

anteriores, siendo la consistencia más elevada la de la escala Capacidad Física Limitada (.88) y Capacidad Cognitiva Limitada (.80) y el valor más bajo el observado en la escala Efectos Secundarios de los Esteroides (.61).

**Tabla 14. Consistencia interna del ESRD en los trasplantados renales. (N=35)**

ESRD	Nº Ítems	$\alpha$
CFL	10	.88
CCL	8	.80
DRC	7	.76
ESS	5	.61
CEV	5	.76
MPA	8	.77

**Nota:** ESRD: Listado de Síntomas de Enfermedad Renal Terminal; CFL: Capacidad física limitada; CCL: Capacidad cognitiva limitada; DRD: Disfunción renal y cardíaca; ESS: Efectos secundarios de los esteroides; CEV: Crecimiento excesivo de vello y problemas con las encías; MPA: Malestar psicológico asociado al trasplante.

Por último queda por comentar la escala dirigida a conocer la calidad de vida de los trasplantados de pulmón, el Cuestionario Respiratorio Saint-George. Como se puede observar (ver tabla 15), la escala de Impacto, que recoge las alteraciones psicológicas y el funcionamiento social producidas por la enfermedad respiratoria, tiene la fiabilidad más alta de este cuestionario (.90). Las otras dos escalas de Síntomas y Actividad también tienen un alfa elevado (.82 y .81 respectivamente).

**Tabla 15. Consistencia interna del Cuestionario Respiratorio Saint-George en los trasplantados pulmonares (N = 22)**

CSG	Nº ítems	$\alpha$
Síntomas	8	.82
Actividad	16	.81
Impacto	26	.90

**Nota:** CSG: Cuestionario Respiratorio Saint-George.

### 3.3. Características psicológicas de la muestra total y subgrupos de trasplantados

En este apartado se ofrece la información que cubre el primero de los objetivos planteados y que implica un análisis descriptivo detallado de las características que identifican a cada una de las muestras de trasplantados. Este análisis descriptivo se ha dividido en dos partes. Por una parte el análisis de las medias y desviaciones típicas obtenidas por la muestra total y los grupos en las distintas variables estudiadas. En el transcurso de este análisis daremos respuesta a la *hipótesis 1.1.*, que afirmaba *que los síntomas psicológicos prevalentes en la población trasplantada en general, serán los síntomas ansiosos y depresivos principalmente*, y a la *hipótesis 1.2.* que sugería que el

*grupo más deteriorado en su calidad de vida y que además presentaría más síntomas psicológicos sería el de los trasplantados hepáticos comparados con los renales y trasplantados de pulmón.*

Por otra parte el análisis descriptivo se completa con el análisis de las correlaciones entre las variables estudiadas en cada una de las muestras de trasplantados. Mediante este análisis pretendemos dar respuesta a las hipótesis siguientes:

*Hipótesis 1.3., que hace referencia a las pautas de covariación que cabe esperar en los trasplantados: por una parte el temperamento extravertido, las estrategias activas y el apoyo social relacionados con una mejor calidad de vida y por otra la inestabilidad emocional y las estrategias pasivas como aspectos más relacionados con un deterioro de esta.*

*Hipótesis 1.4., que trataría de comprobar si a mayor tiempo transcurrido desde el trasplante se observa una peor calidad de vida, especialmente en el caso de los trasplantados de hígado.*

*Hipótesis 1.5., que sugería que aquellos trasplantados más jóvenes, mostraran mejor calidad de vida, puesto que en un principio tendrán menos complicaciones asociadas.*

*Hipótesis 1.6., hipótesis que en términos generales pronostica correlaciones más elevadas entre el SF-36 (especialmente por lo que se refiere a los aspectos físicos de la calidad de vida) y los cuestionarios específicos para evaluar la CVRS en los trasplantados hepáticos (SF-LDQOL), en los trasplantados de riñón (ESRD) y en los trasplantados de pulmón (CRS). En este caso se trata de aportar información sobre la validez convergente de los cuestionarios específicos utilizados en cada caso.*

### **3.3.1. Análisis de medias**

En primer lugar comentaremos las medias y desviaciones típicas que obtiene la muestra total y las diferentes muestras de trasplantados. Se trata de un análisis global al que posteriormente seguirá un análisis de medias (ANOVAS) con el fin de establecer hasta qué punto los diferentes grupos de trasplantados comparten o se diferencian en las características evaluadas.

La tabla 16 muestra los descriptivos básicos correspondientes a las características de personalidad. Por lo que se refiere a las dimensiones temperamentales de la personalidad, las puntuaciones alcanzadas reflejan que la extraversión más que la inestabilidad emocional identifica en mayor medida a la muestra total. En cuanto a las submuestras, la tendencia es similar. En todo caso, las medias en extraversión y neuroticismo llegan a ser más elevadas en la

submuestra de trasplantados de pulmón en comparación con las otras submuestras.

**Tabla 16. Análisis descriptivo (media y desviación típica) de la muestra total y las submuestras de los 3 grupos de trasplantados en el EPQ, COPE y MOS**

	Muestra total (N=139)		Hígado (N=82)		Riñón(N=35)		Pulmón (N=22)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
<b>EPQ</b>								
Extraversión	7,49	2,78	7,46	2,75	7,09	2,90	8,18	2,75
Neuroticismo	3,96	3,35	3,83	3,53	4,03	3,29	4,32	2,85
<b>COPE</b>	<b>(N=135)</b>				<b>(N=18)</b>			
Activo	30,66	8,23	30,78	8,19	30,80	8,99	29,83	7,18
Pasivo	20,06	5,38	20,40	5,70	20,66	4,94	17,33	3,93
<b>MOS</b>								
Ap.em/infor.	40,13	10,13	42,13	8,88	36,29	11,78	38,77	10,12
Ap.af.	21,53	4,53	22,56	3,69	19,57	5,57	20,82	4,56
Ap.inst.	16,45	4,68	17,27	4,34	15,14	5,25	15,45	4,46
Total	78,11	17,77	81,96	15,41	71,00	21,47	75,05	16,13

**Nota:** EPQ: Eysenck Personality Questionnaire; COPE: Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento; MOS: Cuestionario de Apoyo Social; Ap.em/infor.: Apoyo emocional/Informativo; Ap.af.: Apoyo afectivo; Ap.inst.: Apoyo instrumental.

En relación a los estilos de afrontamiento, en la muestra total (en base a un N de 135) se observa que el estilo activo es utilizado preferentemente en comparación con el pasivo. La tendencia es similar en el resto de submuestras de trasplantados, sin embargo, la variabilidad en el afrontamiento activo es mayor que en el pasivo en todas las muestras consideradas.

En cuanto al tipo de apoyo social percibido de su red social, con independencia del grupo de trasplantados del que se trate, el apoyo social parece ser bastante alto puesto que el índice global máximo de apoyo social es 95, con un valor medio de 57. Así, podemos observar en la fila del apoyo social total que todas las medias son bastante altas. Por ejemplo en la muestra de trasplantados de hígado, la media alcanza el valor de 81.96, siendo por tanto el grupo de trasplantados con el apoyo social percibido más alto de todos.

Respecto a la calidad de vida (ver tabla 17), en la muestra total, el Rol Emocional y la Salud Mental alcanzan las puntuaciones más altas, próximas a la puntuación que indica mayor bienestar, es decir, 100. Asimismo, el Funcionamiento Físico y el Rol Físico también alcanzan puntuaciones medias

altas. La Salud Física y la Vitalidad son las escalas del SF-36 donde menor calidad de vida presentan los trasplantados.

**Tabla 17. Análisis descriptivo (media y desviación típicas) de la muestra total y de las submuestras de los 3 grupos de trasplantados en el SF-36**

	Muestra total (N=139)		Hígado (N=82)		Riñón (N=35)		Pulmón (N=22)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
<b>Func. Físico</b>	74,93	23,57	76,83	24,48	70,14	21,91	75,45	22,57
<b>Rol físico</b>	73,74	42,92	71,65	45,26	75,00	41,12	79,55	37,51
<b>Dolor</b>	68,67	29,13	69,38	29,56	64,76	29,58	72,22	27,38
<b>Salud física</b>	55,90	22,92	60,61	23,56	46,43	15,70	53,41	25,88
<b>Vitalidad</b>	64,03	22,21	64,76	24,01	57,14	16,06	72,27	21,20
<b>Func. social</b>	68,06	16,85	67,44	17,70	67,71	13,52	70,91	18,75
<b>Rol emocional</b>	79,86	41,24	74,80	46,43	89,52	28,89	83,33	35,26
<b>Salud mental</b>	75,91	20,71	76,20	21,74	73,14	19,32	79,27	19,19
<b>PCS</b>	68,31	23,80	69,62	25,40	64,08	20,61	70,16	22,46
<b>MCS</b>	71,96	21,48	70,80	24,13	71,88	14,60	76,45	20,34

**Nota:** Func Físico: Funcionamiento Físico. Func. Social: Funcionamiento Social. PCS: Componente sumario físico. MCS: Componente sumario mental.

Por lo que se refiere a los trasplantados de hígado, el Funcionamiento Físico y la Salud Mental alcanzan los niveles más altos, siendo la Vitalidad y la Salud Física las dimensiones que obtienen los valores más bajos. Esta tendencia se observa también en las otras dos submuestras de trasplantados. Concretamente y comparando los resultados de las diferentes muestras, por lo que se refiere al Componente de Salud Física, es la escala del Funcionamiento Físico la que da lugar a una puntuación superior en la muestra de trasplantados de hígado, seguida por los trasplantados de pulmón, y en último lugar se situarían los trasplantados de riñón. En la subescala de Rol Físico, los trasplantados de pulmón mostrarían una mayor capacidad, mientras que los trasplantados de hígado serían el subgrupo con mayores problemas, aunque su puntuación sigue siendo elevada. Respecto al Componente de la Salud Mental, en la subescala de Rol Emocional, los trasplantados de riñón mostrarían menos grado de afectación por lo problemas emocionales en su vida diaria, mientras que los trasplantados de hígado informarían de mayor grado de interferencia debido a estos problemas, situándose los trasplantados de pulmón en una posición intermedia (siempre hablando en términos comparativos). En cuanto a la subescala de Salud Mental, los trasplantados de pulmón obtendrían una

media superior, seguido por los trasplantados de hígado y por último los trasplantados de riñón.

En la tabla 18 se presentan las puntuaciones medias escalares (*item mean scores*) de la SCL-90. Estos resultados aportan evidencia en relación con la *hipótesis 1.1*. En la tabla se observa que en la muestra total de trasplantados, la Depresión Melancólica parece ser el síntoma más comúnmente respaldado, así como los relativos a la dimensión de Obsesión-Compulsión. Por el contrario, la Ansiedad Fóbica y el Psicoticismo son síntomas generales menos frecuentes en la muestra total. Por tanto, podría decirse que la hipótesis de partida recibe cierto apoyo empírico, puesto que la Depresión Melancólica es un subtipo de depresión y la obsesión compulsión refleja un tipo de síntomas específicos de ansiedad según la anterior versión DSM-IV-TR. Sin embargo, no deja de ser cierto que eran esperables puntuaciones más elevadas en las escalas de ansiedad y depresión de la SCL-90. Junto a ello habría que tener en cuenta que el rango de las puntuaciones oscila para cada síntoma en un rango de 0-4 y pocas medias escalares alcanzan o superan una media de 1.00.

**Tabla 18. Análisis descriptivo (media y desviación típicas) de la muestra total y de las submuestras de los 3 grupos de trasplantados en el SCL-90**

	Muestra total (N=139)		Hígado (N=82)		Riñón (N=35)		Pulmón (N=22)	
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT
<b>Som</b>	0,87	0,77	0,82	0,77	0,93	0,74	0,96	0,86
<b>O-C</b>	0,96	0,81	0,93	0,82	1,00	0,73	0,99	0,91
<b>Susc.</b>	0,67	0,68	0,56	0,62	0,80	0,70	0,91	0,80
<b>Dep.</b>	0,78	0,81	0,73	0,82	0,84	0,80	0,86	0,79
<b>Ans</b>	0,56	0,66	0,49	0,64	0,65	0,66	0,72	0,70
<b>Host.</b>	0,56	0,72	0,51	0,69	0,66	0,84	0,56	0,67
<b>An.Fob</b>	0,28	0,53	0,23	0,49	0,36	0,54	0,34	0,62
<b>Ide.par</b>	0,66	0,76	0,55	0,70	0,74	0,81	0,94	0,82
<b>Psico</b>	0,36	0,52	0,32	0,52	0,40	0,54	0,48	0,49
<b>D.Mel.</b>	0,98	0,78	0,99	0,78	0,93	0,78	1,05	0,81
<b>IGG</b>	0,69	0,61	0,63	0,60	0,75	0,59	0,80	0,65

**Nota:** Som: Somatización; O-C: Obsesión-compulsión; Susc: Sensibilidad interpersonal; Dep: Depresión; Ans: Ansiedad; Host: Hostilidad; An.Fob: Ansiedad fóbica; Ide.Par: Ideación paranoide; Psico: Psicoticismo; D.Mel: Depresión Melancólica; IGG: Índice de Gravedad Global.

A continuación, incidiremos en las medias de las diferentes muestras utilizadas en el presente estudio. En la muestra de *trasplantados de hígado* la Depresión Melancólica en primer lugar y la Obsesión-Compulsión son los síntomas más frecuentemente señalados, mientras que la Ansiedad Fóbica y el Psicoticismo son los menos frecuentes. En los *trasplantados de riñón*, la Obsesión Compulsión es el tipo de síntomas psicológicos predominantes. La Somatización y la Depresión Melancólica alcanzan unos valores medios semejantes y más elevados que el resto de los síntomas incluidos en el SCL-90. La Ansiedad Fóbica y el Psicoticismo también alcanzan los valores más bajos, al igual que en los trasplantados de hígado. Por último entre los *trasplantados de pulmón*, la Depresión Melancólica es el síntoma más frecuentemente señalado por ellos, seguido por la Obsesión Compulsión y la Somatización. De nuevo, la Ansiedad Fóbica y el Psicoticismo, alcanzan los niveles más bajos. La Depresión Melancólica es el síntoma con el peso más alto en esta muestra, en comparación con los otros trasplantados.

Curiosamente, la Depresión Melancólica es superior en todas las muestras de trasplantados y sin embargo, no es considerada como una dimensión sintomática específica según Derogatis, sino una escala adicional con síntomas misceláneos. Según González de Rivera y cols. (2002) desde un punto de vista estrictamente psicométrico podrían ser eliminados, pero su relevancia clínica es tan grande que han sido conservados. Es posible que por ello en la adaptación española no tengamos en las tablas de la población normal y psiquiátrica puntuaciones centiles de esta escala.

El Índice de Gravedad Global (IGG) es mayor en los trasplantados de pulmón que en los de hígado y riñón. Por tanto la intensidad del sufrimiento psíquico y psicossomático global es mayor entre aquellas personas que reciben un trasplante de pulmón, seguidos por aquellos que consiguen un nuevo hígado, y por último, quienes menos sufren son aquellos con un implante (o implantes) de riñón(es). No creemos que esto se relacione con el tiempo transcurrido desde el transplante que era similar en el caso de los trasplantados de hígado y pulmón y más amplio en el caso de los trasplantados de riñón.

Utilizando la muestra de varones españoles (dado que la mayoría de la muestra de trasplantados es de sexo masculino) de población general no clínica del SCL-90-R, comparamos las puntuaciones medias de cada una de nuestras muestras con dicha tabla. Encontramos que en la muestra total de trasplantados, las puntuaciones más elevadas de Somatización y Obsesión-Compulsión alcanzan valores mayores que la población general no clínica con percentiles entre 85 y 90 y percentil 85 respectivamente, así como el IGG que alcanza un valor percentil también superior a 80. El siguiente paso es considerar si dichas dimensiones siguen alcanzando valores elevados en relación a la población de pacientes con Disfunción psicossomática Témporo-Mandibular (DTM). Sin embargo, los percentiles se sitúan entre 30 y 50-55, por lo que no es

necesario consultar las tablas de las muestras psiquiátricas dado que no alcanzan valores superiores a 80.

El mismo procedimiento utilizamos en las submuestras de trasplantados. En los trasplantados de hígado, los percentiles en las dimensiones de Somatización y Obsesión-Compulsión, así como en el IGG alcanzan valores superiores a 80 al comparar con la población general. Consultando las tablas de la muestra de DTM, los valores de los percentiles se sitúan entre 30 y 50.

Entre los trasplantados de riñón, encontramos una sintomatología mayor que el 80 por ciento de la muestra general en Somatización, Obsesión-Compulsión, Susceptibilidad Interpersonal y Psicoticismo, así como en el IGG. Concretamente, la Somatización es superior que el 90% de la muestra de la población general. Sin embargo al comparar con la muestra de DTM, de nuevo, estas puntuaciones medias no resultan ser tan significativas.

Por último, entre los trasplantados de pulmón, la Somatización, la Obsesión-Compulsión, la Susceptibilidad Interpersonal, la Ansiedad, la Ideación Paranoide, el Psicoticismo y el IGG alcanzan percentiles superiores a 80. Concretamente, los trasplantados de pulmón muestran puntuaciones superiores al 90% de la muestra de la población general en la sintomatología de Somatización, Susceptibilidad Interpersonal y el IGG. Sin embargo, nuevamente al comparar con la muestra de DTM, dichas puntuaciones se sitúan en valores medios, por lo que no es necesario consultar los percentiles de la muestra psiquiátrica.

Por tanto, a la vista de los resultados, observamos en las diferentes muestras de trasplantados, que la Obsesión-Compulsión y la Depresión melancólica son los síntomas más prevalentes, puesto que sus medias son mayores que el resto de los síntomas psicológicos. Respecto a la Depresión Melancólica (o también denominada síntomas misceláneos), no están recogidos los percentiles en los baremos, por lo que no podemos comparar con otras muestras de población no psiquiátrica, puesto que dicha depresión no se consideraba una escala, tal y como lo describíamos en el capítulo 2 sobre el SCL-90.

En suma, la hipótesis 1.1. se confirma en cierta forma con la conclusión citada anteriormente, puesto que la obsesión-compulsión se trata de un trastorno de ansiedad según el antiguo DSM-IV-TR y la depresión melancólica, como su propio nombre indica es un cuadro en el que se aglutinan una serie de síntomas que cualquier psicólogo/psiquiatra consideraría un tipo de depresión.

En las Tablas 19, 20 y 21 se presentan los resultados referidos a los cuestionarios específicos de CVRS administrados a cada una de las submuestras.

**Tabla 19. Análisis descriptivo (media y desviación típicas) de la submuestra de trasplantados de hígado (N=82)**

	M	DT
<b>SF-LDQOL</b>		
Síntomas	17,02	21,55
Efectos	19,60	26,02
Dormir	27,44	20,11
Soledad	8,29	14,95
Desesperanza	31,13	24,41
Estigma	14,15	18,92
Problemas sexuales	29,33	29,12
Memoria-concentración	25,93	24,06
Distrés	15,79	24,01

Observando los datos del cuestionario específico de calidad de vida, SF-LDQOL (ver tabla 19), la Desesperanza y los Problemas Sexuales parecen ser las mayores dificultades seguidos por los problemas con el sueño y la Memoria-Concentración. Sin embargo, la Soledad y el Estigma Social son las menores preocupaciones en esta muestra de trasplantados de hígado.

Respecto a la calidad de vida específica de los trasplantados de riñón medida a través del ESRD (tabla 20), las puntuaciones indican que la calidad de vida de la muestra no está excesivamente disminuida puesto que en este cuestionario las altas puntuaciones indicaban mayor malestar. Así, por ejemplo, el rango de las puntuaciones de las diferentes escalas oscila de 0 a 20 en la escala Efectos Secundarios de los Esteroides y Crecimiento Excesivo del Vello y Problemas con las Encías, y de 0 a 40 en la escala Capacidad Física Limitada. Como podemos observar en la tabla, la mayoría de las medias no alcanzan ni los 10 puntos, por lo que podemos considerar que los trasplantados de riñón de dicha muestra tienen según este cuestionario, una calidad de vida aceptable en los aspectos medidos.

En cuanto al cuestionario específico de calidad de vida de los trasplantados de pulmón, el Saint George (ver tabla 21), podemos concluir de manera semejante que en el caso anterior. El rango de puntuación oscila de 6 a 35 en la escala Síntomas, de 2 a 24 en la escala Actividad y de 0 a 26 en la escala Impacto, por lo que, si observamos la tabla, las puntuaciones son bastante bajas, lo que indica que teniendo en cuenta que las puntuaciones

elevadas indican un peor estado de salud, llegamos a la conclusión de que la muestra de trasplantados de pulmón vivencia una calidad de vida razonable.

**Tabla 20. Análisis descriptivo (media y desviación típicas) de la submuestra de trasplantados de riñón (N=35)**

	M	DT
<b>ESRD</b>		
CFL	12,10	7,45
CCL	8,55	5,97
DRC	7,00	5,01
ESS	4,34	3,53
CEV	3,74	3,75
MPA	7,61	5,51

**Nota:** CFL: Capacidad física limitada; CCL: Capacidad cognitiva limitada; DRD: Disfunción renal y cardíaca; ESS: Efectos secundarios de los esteroides; CEV: Crecimiento excesivo de vello y problemas con las encías; MPA: Malestar psicológico asociado al trasplante.

Después de este análisis general sobre las medias obtenidas por la muestra total y las diferentes muestras de trasplantados, pasamos al análisis que nos permite establecer si existen o no diferencia entre ellos. Se trata de proporcionar evidencia empírica sobre la hipótesis 1.2. que afirmaba que: *“los trasplantados de hígado tendrán peor calidad de vida y más sintomatología psicológica general que los trasplantados de riñón y pulmón”*.

**Tabla 21. Análisis descriptivo (media y desviación típicas) de la submuestra de trasplantados de pulmón (N=22)**

	M	DT
<b>SGRQ</b>		
Síntomas	12,50	6,07
Actividad	7,18	4,24
Impacto	5,91	5,28

Para tal fin, se realizaron análisis de varianza donde la prueba seleccionada ha sido la F, realizándose la comparación de los resultados obtenidos en las escalas de los cuestionarios EPO, COPE, MOS, SF-36 Y SCL-90 entre los 3 grupos de trasplantados. En las siguientes tablas (22, 23 y 24)

aparecen las diferencias significativas entre las medias y el tamaño del efecto asociado ( $d$  de Cohen) que tan sólo han sido encontradas en aspectos relacionados con los cuestionarios de apoyo social (MOS) y el de calidad de vida (SF-36).

Por lo que se refiere al apoyo social (ver tabla 22), la mayor diferencia se observa en el Apoyo Afectivo. Concretamente, los trasplantados de hígado parecen experimentar mayor Apoyo Afectivo que los trasplantados renales ( $p < .01$ ). Asimismo, los pacientes que han recibido un hígado parecen disfrutar de un Apoyo Emocional significativamente mayor que los trasplantados de riñón ( $p < .05$ ). Por último, la puntuación total del cuestionario de apoyo social también parece aportar diferencias significativas en la misma tendencia observada entre estos dos grupos de trasplantados ( $p < .05$ ). Los tamaños del efecto asociados con estas diferencias significativas son moderados.

En cuanto al análisis de diferencias observadas en el cuestionario SF-36, encontramos que los trasplantados de hígado muestran una mayor Salud Física ( $p < .01$ ) que los que han recibido un riñón. Por otro lado, los trasplantados de pulmón parecen experimentar mayor Vitalidad que los trasplantados de riñón ( $p < .05$ ) tal y como se observa en la tabla 23. Los tamaños del efecto de las diferencias encontradas son más elevados para estos resultados que para los comentados anteriormente.

Por otra parte, la tabla 24 informa que no existen diferencias significativas entre las submuestras de los trasplantados en la variada sintomatología psiquiátrica evaluada por el cuestionario SCL-90.

En función de los datos, y tomando en consideración el análisis comparativo realizado con la prueba  $F$ , desestimamos la hipótesis 1.2. puesto que la CVRS y los síntomas psicológicos de los trasplantados de hígado, al menos en nuestra muestra, no es peor en comparación con los otros dos grupos de trasplantados. Concretamente, respecto a la calidad de vida, los trasplantados de hígado muestran una mayor salud física que los trasplantados de riñón. En cuanto a los síntomas psicológicos, parecen no encontrarse diferencias estadísticamente significativas. Si comparamos los valores de las diferentes escalas del SF-36 de nuestra muestra con los resultados de las medias obtenidas en otra muestra española de 139 trasplantados de hígado los valores del presente estudio son más altos que los de la investigación de dichos autores, indicando que la calidad de vida de nuestros sujetos es superior en comparación con la otra muestra (Arostegui y Núñez, 2008). Posiblemente el estado físico y mental de los socios de la asociación de trasplantados de hígado sea superior al resto de la población de trasplantados. Pero este aspecto lo trataremos más en profundidad en la discusión de los resultados.

Tabla 22. Comparaciones de las medias de los trasplantados en EPQ, COPE y MOS

	Hígado (N=82)		Riñón(N=35)		Pulmón (N=22)		F	Contr.	d
	M	DT	M	DT	M	DT			
<b>EPQ</b>									
E	7,46	2,75	7,09	2,90	8,18	2,75	1.92		
N	3,83	3,53	4,03	3,29	4,32	2,85	0.08		
<b>COPE</b>	<b>(N=18)</b>								
Activo	30,78	8,19	30,80	8,99	29,83	7,18	7.18		
Pasivo	20,40	5,70	20,66	4,94	17,33	3,93	2.93		
<b>MOS</b>									
Ap.em.	42,13	8,88	36,29	11,78	38,77	10,12	3.91*	1-2	.565
Ap.af.	22,56	3,69	19,57	5,57	20,82	4,56	4.99**	1-2	.645
Ap.inst.	17,27	4,34	15,14	5,25	15,45	4,46	2.69		
Total	81,96	15,41	71,00	21,47	75,05	16,13	4.53*	1-2	.594

**Nota:** EPQ: Eysenck Personality Questionnaire; COPE: Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento; MOS: Cuestionario de Apoyo Social; Ap.em/infor: Apoyo emocional/Informativo; Ap.af: Apoyo afectivo; Ap.inst: Apoyo instrumental. \*=p<.05; \*\*=p<.01.

Tabla 23. Comparaciones de las medias de los trasplantados en las escalas del SF-36

	Hígado (N=82)		Riñón (N=35)		Pulmón (N=22)		F	Contr.	d
	M	DT	M	DT	M	DT			
<b>Func. Físico</b>	76,83	24,48	70,14	21,91	75,45	22,57	.99		
<b>Rol físico</b>	71,65	45,26	75,00	41,12	79,55	37,51	.31		
<b>Dolor</b>	69,38	29,56	64,76	29,58	72,22	27,38	.50		
<b>Salud física</b>	60,61	23,56	46,43	15,70	53,41	25,88	5.14**	1-2	.722
<b>Vitalidad</b>	64,76	24,01	57,14	16,06	72,27	21,20	3.35*	2-3	.812
<b>Func.social</b>	67,44	17,70	67,71	13,52	70,91	18,75	.37		
<b>Rol emocional</b>	74,80	46,43	89,52	28,89	83,33	35,26	1.67		
<b>Salud mental</b>	76,20	21,74	73,14	19,32	79,27	19,19	.61		
<b>PCS</b>	69,62	25,40	64,08	20,61	70,16	22,46	.74		
<b>MCS</b>	70,80	24,13	71,88	14,60	76,45	20,34	.60		

**Nota:** Func Físico: Funcionamiento Físico; Func. Social: Funcionamiento Social; PCS: Componente sumario físico; MCS: Componente sumario mental. \*=p<.05; \*\*=p<.01

**Tabla 24. Comparaciones de las medias de los trasplantados en las escalas del SCL-90**

	Hígado (N=82)		Riñón(N=35)		Pulmón (N=22)		F
	M	DT	M	DT	M	DT	
<b>Som</b>	0,82	0,77	0,93	0,74	0,96	0,86	.38
<b>O-C</b>	0,93	0,82	1,00	0,73	0,99	0,91	.34
<b>Susc.</b>	0,56	0,62	0,80	0,70	0,91	0,80	2.35
<b>Dep.</b>	0,73	0,82	0,84	0,80	0,86	0,79	.48
<b>Ans</b>	0,49	0,64	0,65	0,66	0,72	0,70	1.06
<b>Host.</b>	0,51	0,69	0,66	0,84	0,56	0,67	1.05
<b>An.Fob</b>	0,23	0,49	0,36	0,54	0,34	0,62	1.25
<b>Ide.par</b>	0,55	0,70	0,74	0,81	0,94	0,82	1.58
<b>Psico</b>	0,32	0,52	0,40	0,54	0,48	0,49	.40
<b>D.Mel.</b>	0,99	0,78	0,93	0,78	1,05	0,81	.03
<b>IGG</b>	0,63	0,60	0,75	0,59	0,80	0,65	.63

**Nota:** Som: Somatización, O-C: Obsesión-compulsión, Susc: Sensibilidad interpersonal, Dep: Depresión, Ans: Ansiedad, Host: Hostilidad, An.Fob: Ansiedad fóbica, Ide.Par: Ideación paranoide, Psico: Psicoticismo, D.Mel: Depresión Melancólica, IGG: Índice de Gravedad Global.

En comparación con la población general, basándonos en Arostegui y Núñez (2008) el Funcionamiento Físico, el Rol Físico, Dolor, Salud Física, Funcionamiento Social y Rol Emocional parecen ser superiores a los de la muestra de trasplantados de hígado del presente estudio. Sin embargo, la media en Salud Mental (76.20 vs. 67.23) es algo superior en los trasplantados de hígado de nuestra investigación que en la población general. A pesar de todo, estas comparaciones que acabamos de comentar no han sido realizadas con pruebas estadísticas sino observando simplemente las medias, de manera que no sabemos si estas diferencias poseen relevancia significativa.

Comparando las medias de nuestra muestra de trasplantados de riñón con la población general de Arostegui y Núñez (2008), observamos que todas son superiores en la población general, a excepción de nuevo en la escala de Salud Mental, donde la media es ligeramente superior en los trasplantados de riñón (73.14 vs 71.14).

Por último, los trasplantados de pulmón de nuestro estudio parecen informar de mayor calidad de vida en ámbitos similares que los trasplantados de hígado: en la Vitalidad y la Salud Mental. Los resultados van en la misma línea, ya que la Vitalidad (72.27 vs. 64.51) y, de nuevo, la Salud Mental (79.27 vs. 71.14), son ligeramente más altas que en la población general del citado estudio.

En conclusión, los sujetos de nuestra muestra que han recibido un nuevo injerto de hígado y de pulmón parecen gozar según su propio criterio de mejor Salud Mental y de mayor Vitalidad (especialmente en el caso de los últimos).

Por último, utilizando el mismo procedimiento de comparación de medias, observamos que los trasplantados de pulmón de nuestra muestra informan tener, como era lógico esperar, una mejor calidad de vida física y mental en cada una de las subescalas del SF-36 que los sujetos de la muestra de cáncer de pulmón del estudio de Arostegui y Núñez (2008).

### 3.3.2. Análisis de correlaciones

Con el fin de completar el análisis descriptivo de las diferentes muestras de trasplantados se ha procedido a calcular los coeficientes de correlación de todas las variables consideradas en el estudio: las dos escalas de personalidad del EPQ; las dos escalas de afrontamiento del COPE; las 3 escalas de apoyo social del MOS además de la puntuación total en el cuestionario; las ocho escalas de calidad de vida del SF-36 además de los dos sumatorios totales de calidad de vida física y calidad de vida psicológica; las 9 escalas sintomáticas del SCL-90 junto con el Índice de Gravedad Global; y por último las dos únicas variables sociodemográficas consideradas: la edad y el tiempo transcurrido desde el trasplante.

Mediante la realización de estos análisis pretendemos dar respuesta al resto de las hipótesis que fueron planteadas en el objetivo 1. Concretamente: la *hipótesis 1.3.* sobre los patrones estructurales entre las variables: (i) *una pauta de covariación positiva entre el temperamento inestable, un estilo pasivo de afrontamiento, un mayor malestar subjetivo general (más síntomas psicopatológicos) y, en consecuencia, una menor calidad de vida;* (b) *una pauta de covariación positiva entre la personalidad extravertida, el estilo activo de afrontamiento y la calidad de vida;* y (c) *por una parte, una pauta de covariación positiva entre el apoyo social percibido y la calidad de vida y, por otra, negativa entre éste y los síntomas psicológicos generales que informan los trasplantados.* Por otro lado, la *hipótesis 1.4.* que sugería que *el mayor tiempo transcurrido desde el trasplante se asociaría con una peor calidad de vida.* La *hipótesis 1.5.* que afirmaba que *aquellos trasplantados más jóvenes, mostrarán mayor calidad de vida.* Y, finalmente, la hipótesis 1.6, donde se espera que los cuestionarios específicos de calidad de vida utilizados para cada una de las muestras de trasplantados, en términos generales *muestren una pauta de covariación negativa y elevada con el SF-36, especialmente con las dimensiones de salud física.*

Este apartado de análisis de correlaciones lo hemos dividido en tres subapartados en base a los datos obtenidos en las diferentes muestras de

trasplantados. En primer lugar, por ser el grupo de referencia y más numeroso se encuentran los trasplantados de hígado, a continuación los de riñón, y por último los trasplantados de pulmón.

El orden seguido en la presentación de resultados es el siguiente. Antes que nada, en el apartado dedicado a los trasplantados de hígado, hemos introducido la tabla 25 con las correlaciones entre las características de personalidad (extraversión, neuroticismo, los estilos de afrontamiento y apoyo social percibido). En la siguiente tabla (26) se incluyen las correlaciones entre las variables anteriores con la calidad de vida medida a través del cuestionario genérico SF-36 y en la tabla 27 con los síntomas psiquiátricos. En la tabla 28 se muestran los coeficientes obtenidos entre la calidad de vida evaluada por el SF-36 y los síntomas psicológicos generales evaluados por la SCL-90. Finalmente, en la tabla 29 se presentan las pautas de covariación obtenidas entre la edad y el tiempo transcurrido desde el injerto con la calidad de vida de los trasplantados evaluadas a través del SF-36. En los dos siguientes apartados dedicados al análisis de correlaciones de los otros dos grupos de trasplantados, las tablas que se presentan, siguen el mismo orden y organización en la presentación de los datos.

### 3.3.2.1. Trasplantados de hígado

En las tablas 25, 26, 27, 28 y 29 se encuentran los resultados correspondientes a los trasplantados de hígado. Los comentarios de los resultados se estructurarán tomando como guía el patrón correlacional pronosticado. A partir de aquí, podemos destacar lo siguiente:

Al observar la tabla 25, encontramos una correlación significativa relacionada con la hipótesis 1.3 puesto que se observa que el Afrontamiento Pasivo se relaciona con una mayor inestabilidad emocional de una manera claramente significativa ( $r=.41$ ) con una  $p<.001$ , tal y como se había pronosticado. Sin embargo, la pauta sugerida para la extraversión, no se encuentra, al menos en este grupo.

**Tabla 25. Correlaciones entre las características de personalidad (extraversión, neuroticismo, los estilos de afrontamiento y apoyo social percibido) en los trasplantados de hígado (N=82)**

	AP.EM.I	AP.AFEC	AP.INST	AP.TOT.	AF.AC	AF.PAS
E	.03	.13	.08	.07	.04	-.12
N	-.14	-.20	-.10	-.15	.14	.41***
AF.AC	-.01	.10	-.01	.01		.
AF.PAS	-.08	.00	-.12	-.08		

**Nota:** E: Extraversión; N: Neuroticismo; AF.AC: Afrontamiento activo; AF.PAS: Afrontamiento pasivo; AP.EM.I: Apoyo emocional informacional; AP.AFEC: Apoyo afectivo; AP. INST: Apoyo instrumental; AP.TOT: Apoyo total; AF.AC: Afrontamiento activo; AF.PAS: Afrontamiento pasivo. \*= $p<.05$ ; \*\*= $p<.01$ ; \*\*\*= $p<.001$

**Tabla 26. Correlaciones entre las variables de personalidad (medidas a través del EPQ, COPE y MOS) y la calidad de vida medida a través del cuestionario genérico SF- 36 en los trasplantados de hígado (N=82)**

	E	N	AFR.A	AFR.P	AP.EI	AP.AF	AP.IN	APT
<b>FUNC.FÍSICO</b>	.36**	-.30**	.02	-.16	.22*	.19	.22*	.24*
<b>ROL FÍSICO</b>	.22*	-.26*	-.05	-.27*	.20	.11	.24*	.21
<b>DOLOR</b>	.25*	-.48***	-.05	-.30**	.07	.02	.14	.08
<b>SALUD GENERAL</b>	.32**	-.46***	.08	-.25*	.11	.13	.17	.14
<b>VITALIDAD</b>	.27*	-.50***	.04	-.40***	.16	.10	.27*	.19
<b>FUNC.SOCIAL</b>	.30**	-.45***	-.06	-.37***	.26*	.25*	.32**	.30**
<b>ROL EMOCIONAL</b>	.22*	-.48***	-.05	-.41***	.07	.14	.23*	.14
<b>SALUD MENTAL</b>	.32**	-.69***	.03	-.38***	.16	.24*	.11	.18
<b>PCS</b>	.33**	-.44***	-.01	-.31**	.19	.13	.24*	.21
<b>MCS</b>	.30**	-.60***	-.01	-.45***	.16	.19	.26*	.21

**Nota:** E: Extraversión; N: Neuroticismo; AFR.A: Afrontamiento activo; AFR.P: Afrontamiento pasivo; AP.EI: Apoyo emocional informacional; AP.AF: Apoyo afectivo; AP.IN: Apoyo instrumental; APT: Apoyo total.  
\*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$

En cuanto a las relaciones establecidas entre las variables anteriores y las dimensiones evaluadas por el SF-36 la pauta de covariación más significativa y, como cabía esperar inversa, se observa entre el Neuroticismo y todas y cada una de las facetas de calidad de vida. Así, el coeficiente más fuerte se obtiene entre la Salud Mental y el Neuroticismo ( $r = -.69$ ), seguido del Neuroticismo con Vitalidad ( $r = -.50$ ), con Dolor ( $r = -.48$ ) y Rol Emocional ( $r = -.48$ ). El nivel de significación es de  $p < .001$  en la mayoría de las correlaciones. En suma, entre los trasplantados de hígado, aquellos más inestables, presentan una menor calidad de vida tanto en la esfera física (PCS  $r = -.44$ ) como psicológica (MCS  $r = -.60$ ). La Extraversión mantiene por el contrario un patrón positivo con los diferentes aspectos evaluados de la calidad de vida, pero esta relación no es tan fuerte como en el caso del Neuroticismo ( $p < .05$ ,  $p < .01$ ). Las correlaciones más importantes las encontramos entre la Extraversión y el Funcionamiento Físico ( $r = .36$ ), la Salud General ( $r = .32$ ), el Funcionamiento Social ( $r = .29$ ), y la Salud Mental ( $r = .32$ ).

Respecto al afrontamiento, de nuevo es el pasivo el que muestra unas relaciones negativas significativas con respecto a la calidad de vida. Los coeficientes más significativos los encontramos en las escalas relacionadas con los aspectos mentales más que con los físicos, de hecho, MCS ( $r = -.45$ ;  $p < .001$ ) y PCS ( $r = -.31$ ;  $p < .01$ ).

Por otro lado, se encuentran algunos coeficientes positivos, aunque débiles, entre calidad de vida y apoyo social. El apoyo social Total se relaciona especialmente con dos dimensiones de calidad de vida: una de salud física y otra del componente de salud mental. Concretamente con Funcionamiento

físico ( $r = .24$ ;  $p < .05$ ) y con Funcionamiento social ( $r = .30$ ;  $p < .01$ ). Si consideramos los tipos de apoyo, por la cantidad de coeficientes significativos que aparecen, el apoyo de naturaleza instrumental es el que se relaciona de manera positiva aunque tenue con una mejor calidad de vida tanto física (PCS  $r = .24$ ,  $p < .05$ ) como mental (MCS  $r = .26$ ,  $p < .05$ ).

Considerando la tabla 27, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

a) Los resultados muestran claramente que una personalidad inestable desarrolla mayor cantidad de síntomas psicológicos y psiquiátricos, tal como cabía esperar teniendo en cuenta el instrumento de evaluación utilizado (EPO). El porcentaje de varianza que comparte N con el distinto abanico sintomático se ordena desde el 31% con los síntomas psicóticos hasta el 55% con los síntomas de ansiedad, algo en consonancia con lo señalado anteriormente. En definitiva, la pauta sugerida en la hipótesis 1.3 se cumple, puesto que el Neuroticismo se relaciona con más psicopatología. Sin embargo, esperábamos una relación inversa más fuerte entre Extraversión y síntomas psicológicos. En todo caso, aquellos que son introvertidos tenderían a desarrollar mayores niveles de Depresión y de Ansiedad Fóbica aunque los coeficientes son débiles ( $r = -.23$  y  $r = -.26$ , respectivamente).

**Tabla 27. Correlaciones entre las escalas del SCL-90 y las dimensiones de personalidad en la muestra de trasplantados de hígado (N=82)**

	E	N	AF.A	AF.PA	AP.EI	AP.AF	AP.IN	AP.T
<b>SOM</b>	-.19	.58***	.14	.36**	-.17	-.11	-.13	-.16
<b>OBS/COM</b>	-.12	.62***	.20	.37**	-.15	-.06	-.12	-.13
<b>SUSCEP.</b>	-.17	.62***	.08	.30**	-.19	-.19	-.15	-.20
<b>DEPR.</b>	-.23*	.67***	.03	.32**	-.25*	-.22*	-.17	-.24*
<b>ANSIEDAD</b>	-.16	.74***	.10	.44***	-.08	-.10	-.08	-.09
<b>HOST.</b>	-.06	.66***	.16	.38***	-.06	-.12	-.09	-.09
<b>ANS.FOB</b>	-.26*	.48***	.13	.39***	-.00	.04	-.02	.00
<b>IDE.PAR.</b>	.04	.57***	.20	.33**	-.11	-.08	-.15	-.13
<b>PSICOT.</b>	-.10	.56***	.06	.29**	-.11	-.16	-.21	-.16
<b>DEP.MEL.</b>	.05	.59***	.27*	.46***	-.21	-.13	-.15	-.19
<b>IGG</b>	-.17	.71***	.15	.42***	-.17	-.15	-.15	-.18

**Nota:** SOM: Somatización; OBS-COM: Obsesión-compulsión; SUSCEP.: susceptibilidad emocional; DEPR: Depresión; HOST.: Hostilidad; ANS.FOB: ansiedad fóbica; IDE.PAR: Ideación Paranoide; PSICOT.: Psicoticismo; DEP.MEL: Depresión Melancólica; IGG: Índice General Global; E: Extraversión; N: Neuroticismo; AF.A: Afrontamiento activo; AF.PA: Afrontamiento pasivo; AP.EI: Apoyo emocional informacional; AP.AF: Apoyo afectivo; AP. IN: Apoyo instrumental; AP.T: Apoyo total. \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$

b) El Afrontamiento Pasivo covaría con todas las escalas de la SCL-90, siendo el porcentaje de varianza que comparte más elevado con los síntomas de Depresión Melancólica con un 21% y el más bajo con los síntomas de Psicoticismo con un valor del 8%. Sin embargo, el Afrontamiento Activo no se

relaciona con menores niveles de sintomatología, tal y como apuntábamos en la hipótesis 1.3. Es más, la Depresión Melancólica se relaciona con el Afrontamiento Activo significativa y positivamente ( $r = .27$ ) con una  $p < .05$ . Por tanto aquellos trasplantados de hígado con más síntomas de Depresión Melancólica, son los sujetos que más utilizan paradójicamente tanto estrategias activas como pasivas de afrontamiento.

c) De todas las dimensiones que conforman el SCL-90, tan solo la Depresión se relaciona significativamente con menores niveles de Apoyo Emocional-Informacional ( $r = -.25$ ), Afectivo ( $r = -.23$ ) y Apoyo Total ( $r = -.24$ ).

En la Tabla 28 se presenta la matriz de correlaciones entre las dimensiones de calidad de vida y los síntomas psiquiátricos. La tabla habla por sí misma, ya que como cabía esperar la mejor calidad de vida, tanto en los aspectos físicos como psicológicos, lógicamente se ve acompañada de una menor psicopatología. Estos resultados apoyan lo expuesto en la hipótesis 1.3 aludida al comienzo de este apartado.

**Tabla 28. Correlaciones entre las escalas del cuestionario de Síntomas psicológicos (SCL-90) y calidad de vida (SF-36) en los trasplantados de hígado (N=82)**

	F.FIS.	R.FIS.	DOL.	S.GEN	VIT.	F.SOC.	R.EM.	S.MEN	PCS	MCS
S	-.60***	-.52***	-.80***	-.59***	-.69***	-.66***	-.56***	-.74***	-.75***	-.73***
OC	-.43***	-.41***	-.57***	-.44***	-.54***	-.59***	-.61***	-.68***	-.56***	-.69***
SUS	-.51***	-.41***	-.48***	-.46***	-.52***	-.64***	-.51***	-.76***	-.55***	-.66***
D	-.62***	-.45***	-.61***	-.54***	-.66***	-.71***	-.59***	-.85***	-.65***	-.77***
A	-.40***	-.34**	-.65***	-.50***	-.61***	-.55***	-.61***	-.80***	-.55***	-.73***
HT	-.25*	-.24*	-.50***	-.33**	-.45***	-.51***	-.56***	-.68***	-.39***	-.63***
AF	-.27*	-.33**	-.54***	-.43***	-.53***	-.58***	-.46***	-.60**	-.47***	-.60***
IDP	-.36**	-.39***	-.42***	-.43***	-.47***	-.52***	-.43***	-.58***	-.48***	-.55***
PSI	-.38***	-.31**	-.49***	-.38***	-.50***	-.63***	-.54***	-.70***	-.46***	-.66***
DM	-.38***	-.35**	-.58***	-.37***	-.53***	-.54***	-.57***	-.66***	-.50***	-.66***
IGG	-.52***	-.45***	-.67***	-.54***	-.66***	-.70***	-.64***	-.83***	-.65***	-.79***

**Nota:** F.FIS: Funcionamiento físico; R.FIS: Rol Físico; DOL: Dolor; S.GEN: Salud general; VIT.: Vitalidad; F.SOC: Funcionamiento Social; R.EM: Rol emocional; S.MEN: Salud mental; PCS: Componente de Salud Física; MCS: Componente de Salud Mental; S: Somatización; OC: Obsesión compulsión; SUS: Susceptibilidad interpersonal; D: Depresión; A; Ansiedad; HT: Hostilidad; AF: Ansiedad Fóbica; IDP: Ideación Paranoide; PSI: Psicoticismo; DM: Depresión Melancólica; IGG: Índice Global de Gravedad. \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$

En la tabla 29 se presentan los coeficientes de correlación entre la edad, el tiempo transcurrido desde el implante y las dimensiones de calidad de vida del SF-36. Los coeficientes de correlación o son cercanos a .00 o no presentan significatividad alguna. Por tanto, teniendo en cuenta el enunciado de la

**Tabla 29. Correlaciones entre la edad y el tiempo transcurrido desde el trasplante con calidad de vida (SF-36) en los trasplantados de hígado (N=82)**

	EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE TRASPLANTE
<b>FUNCIONAMIENTO FISICO</b>	-.10	.15
<b>ROL FÍSICO</b>	-.04	.19
<b>DOLOR</b>	.00	-.02
<b>SALUD GENERAL</b>	.70	.09
<b>VITALIDAD</b>	.04	.19
<b>FUNCIONAMIENTO SOCIAL</b>	-.07	.18
<b>ROL EMOCIONAL</b>	-.09	.08
<b>SALUD MENTAL</b>	.10	.13
<b>PCS</b>	-.03	.14
<b>MCS</b>	-.02	.15

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$

hipótesis 1.4: “El tiempo transcurrido desde el implante es una variable que en algunos estudios de corte transversal parece asociarse con una peor CVRS”, deberíamos desestimarla. En suma, el tiempo postrasplante no parece influir en la calidad de vida de los trasplantados de hígado. Y, lo mismo deberíamos decir en relación con la hipótesis 1.5, ya que la calidad de vida es independiente de la edad de los trasplantados.

En resumen, los datos reflejan que la hipótesis 1.3 se cumple en cierta medida, mientras que las hipótesis 1.4 y 1.5, no. En el caso de la hipótesis 1.3, se cumple en relación al patrón que mantiene N con las otras dimensiones, de manera que tal y como se afirmaba, la personalidad inestable se relaciona positivamente con más síntomas psicológicos y Afrontamiento Pasivo y con una peor CVRS en los trasplantados de hígado. Sin embargo, la Extraversión mantiene un patrón de covariación positivo con las dimensiones de CVRS pero no tan fuerte como en el caso del Neuroticismo, y por otro lado, la relación con el Afrontamiento Activo no llega a ser significativa. Por último, se observan pautas de covariación entre apoyo social, CVRS y síntomas psicológicos en la dirección esperada, pero son muy débiles.

### 3.3.2.2 Trasplantados de riñón

A continuación se presentan las matrices de correlaciones en la muestra de trasplantados de riñón siguiendo el mismo orden establecido que en los trasplantados de hígado.

En la tabla 30 de nuevo aparece un coeficiente positivo y significativo entre el Afrontamiento Pasivo y el Neuroticismo ( $r = .34$ ), al igual que se observó en la muestra anterior de los trasplantados de hígado. No obstante, la relación es más débil en esta muestra ( $p < .05$ ). Por otro lado, se comprueba observando los datos, que el Afrontamiento Activo se relaciona positiva y

**Tabla 30. Correlaciones entre las características de personalidad (extraversión, neuroticismo, los estilos de afrontamiento y apoyo social percibido) en los trasplantados de riñón (N=35)**

	AP.EM.I	AP.AFEC	AP.INST	AP.TOT.	AF.AC	AF.PAS
E	.22	.22	.17	.22	.23	-.30
N	-.10	-.18	-.02	-.10	-.23	.34*
AF.AC	.35*	.28	.28	.33*		.
AF.PAS	.19	.13	.18	.18		

**Nota:** E: Extraversión; N:Neuroticismo; AF.AC: Afrontamiento activo; AF.PAS: Afrontamiento pasivo; AP EM.I: Apoyo emocional informacional; AP.AFEC: Apoyo afectivo; AP.INST: Apoyo instrumental; AP.TOT: Apoyo total; AF.AC: Afrontamiento activo; AF.PAS: Afrontamiento pasivo. \*=p<.05; \*\*=p<.01; \*\*\*=p<.001

significativamente a un nivel de p<.05 con el Apoyo Emocional-Informacional (r = .35) y el Apoyo Total (r = .33). Es decir, el Afrontamiento Activo de los problemas entre los trasplantados renales supone también una búsqueda de apoyo de sus familiares y amigos.

La inestabilidad emocional de los trasplantados de riñón no se relaciona de forma tan sistemática con la calidad de vida, al contrario de lo que ocurría en la muestra de trasplantados de hígado (ver tabla 31). El Neuroticismo covaría más significativamente con la Salud Mental (r = -.72) y MCS (r = -.61) que con la salud física (solo con la dimensión de Salud General). En todo caso la pauta de covariación con el componente global de salud física del SF-36 (PCS) es

**Tabla 31. Correlaciones entre las variables de personalidad (medidas a través del EPO, COPE y MOS) y la calidad de vida medida a través del cuestionario genérico SF- 36 en los trasplantados de riñón (N=35)**

	E	N	AFR.A	AF.P	AP E.I	AP A.F	AP.IN	AP.T
FUNC.FÍSICO	-.03	.00	-.19	-.31	-.08	.02	-.03	-.05
ROL FÍSICO	-.29	.01	.05	-.22	.02	.05	.07	.04
DOLOR	.13	-.17	.09	-.26	.11	.15	.12	.13
SALUD GENERAL	.29	-.51**	-.03	-.31	-.19	-.21	-.27	-.22
VITALIDAD	.11	-.20	-.13	-.51**	-.16	-.18	-.12	-.16
FUNC.SOCIAL	.16	-.41*	-.10	-.51**	.14	.22	.19	.18
ROL EMOCIONAL	.27	-.45**	.13	-.35*	.25	.29	.18	.25
SALUD MENTAL	.39*	-.72***	.03	-.51**	.06	.06	.02	.05
PCS	-.05	-.15	.00	-.34*	-.01	.05	.02	.01
MCS	.33	-.61***	.02	-.60***	.13	.16	.10	.14

**Nota:** E: Extraversión; N: Neuroticismo; AFR.A: Afrontamiento activo; AF.P: Afrontamiento pasivo; AP E.I: Apoyo emocional informacional; AP.AF: Apoyo afectivo; AP. IN: Apoyo instrumental; AP.T: Apoyo total. \*=p<.05; \*\*=p<.01; \*\*\*=p<.001

irrelevante. La Extraversión por su lado, tan solo se relaciona con un nivel de significación de  $p < .05$  con Salud Mental ( $r = .39$ ) y como habría de esperarse, de forma positiva.

Observando también esta tabla, podemos encontrar las correlaciones significativas de las dimensiones de calidad de vida con el Afrontamiento Pasivo puesto que nuevamente es la dimensión del COPE que resulta ser más importante en contraposición al Afrontamiento Activo. El uso de estrategias de Afrontamiento Pasivo afecta negativamente a la calidad de vida en la esfera de la salud mental (MCS  $r = -.60$ ), de forma algo más acusada que en el caso de los trasplantados de hígado y en la esfera de la salud física, de modo similar. Por lo que se refiere al apoyo social percibido, el patrón de covariación con las dimensiones de calidad de vida es irrelevante, pero más irrelevante que en el caso de los trasplantados de hígado ya que en esta muestra ni siquiera se detecta el patrón débil indicador que el Apoyo social Instrumental se asocia con mayores niveles en los componentes físico y mental de la calidad de vida.

En la Tabla 32 se muestran los resultados entre las características de personalidad y los síntomas psicológicos. De nuevo, al igual que en los trasplantados de hígado, las relaciones significativas las encontramos con el Afrontamiento Pasivo y el Neuroticismo. Así:

a) Respecto a las dimensiones de personalidad temperamentales, la Extraversión tan solo mantiene una relación negativa y significativa con un nivel de  $p < .05$  con la Susceptibilidad Interpersonal ( $r = -.42$ ), dicho de otro modo, los introvertidos, muestran mayores síntomas de Susceptibilidad Interpersonal.

**Tabla 32. Correlaciones entre las escalas del SCL-90 y las dimensiones de personalidad en la muestra de trasplantados de riñón (N=35)**

	E	N	A.F.A	A.F.PA	AP.EI	AP.AF	AP.IN	APT
SOM	.00	.33	.31	.44**	-.07	-.11	.00	-.06
OBS/COM	-.24	.52**	.12	.54**	.16	.11	.12	.14
SUSCEP.	-.42*	.57***	-.03	.50**	-.05	-.18	-.10	-.10
DEPR.	-.28	.67***	-.08	.50**	-.26	-.29	-.21	-.27
ANSIEDAD	-.16	.74***	-.01	.50**	-.00	-.05	.02	-.01
HOST.	-.18	.84***	-.27	.45**	-.13	-.17	-.04	-.12
ANS.FOB	-.25	.49**	-.04	.47**	-.19	-.21	-.04	-.17
IDE.PAR.	-.18	.61***	-.07	.43*	-.02	-.12	-.13	-.07
PSICOT.	-.23	.51**	.13	.64***	-.23	-.30	-.17	-.25
DEP.MEL.	-.25	.56***	.01	.43*	-.20	-.23	-.18	-.22
IGG	-.26	.70***	.02	.59***	-.12	-.18	-.09	-.13

**Nota:** SOM: Somatización; OBS/COM: Obsesión-compulsión; SUSCEP.: susceptibilidad emocional; DEPR: Depresión; HOST: Hostilidad; ANS.FOB: ansiedad fóbica; IDE.PAR: Ideación Paranoide; PSICOT: Psicoticismo; DEP.MEL: Depresión Melancólica; IGG: Índice General Global; E: Extraversión; N: Neuroticismo; A.F.A: Afrontamiento activo; A.F.PA: Afrontamiento pasivo; AP.EI: Apoyo emocional informacional; AP.AF: Apoyo afectivo; AP.IN: Apoyo instrumental; APT: Apoyo total. \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$

El Neuroticismo, al igual que el Afrontamiento Pasivo, se relaciona positiva y significativamente con todas las dimensiones del SCL-90, a excepción de N con los síntomas de Somatización. Los resultados muestran de nuevo claramente como en el caso de los trasplantados de hígado, que una personalidad inestable desarrolla mayor cantidad de síntomas psicológicos y psiquiátricos. El porcentaje de varianza que comparte N con los diferentes síntomas se ordena desde el 24% con los síntomas de Ansiedad Fóbica hasta el 70% con los síntomas de Hostilidad. En definitiva, la pauta sugerida en la hipótesis 1.3 y que planteaba que el Neuroticismo se relaciona con el malestar subjetivo general se cumple. Sin embargo, esperábamos una relación inversa más fuerte entre extraversión y síntomas psicológicos al igual que en los trasplantados de hígado.

b) Todas las dimensiones del SCL-90, es decir toda la sintomatología psíquica que es medida a través de este instrumento, se relaciona positiva y significativamente con el Afrontamiento Pasivo, oscilando el porcentaje de varianza compartido con los diferentes síntomas psiquiátricos desde el 18% con Ideación Paranoide y Depresión Melancólica hasta el 41% con los síntomas de psicoticismo.

c) Por otro lado, no se ha encontrado ningún coeficiente de correlación de interés entre el apoyo social percibido y los síntomas psicológicos en los trasplantados de riñón, algo semejante a lo ocurrido entre los trasplantados de hígado.

En la tabla 33 se presentan los resultados relativos a las dimensiones de calidad de vida y los síntomas psicológicos. Aquí, de nuevo la tendencia es a la obtención de coeficientes negativos como en el caso de los trasplantados de hígado, pero hay una gran diferencia entre estos dos grupos: si bien la mayor calidad de vida en los aspectos psicológicos se asocia de modo coherente con menor psicopatología, en el caso de las dimensiones físicas de la calidad de vida la pauta es menos clara. Solo las dimensiones de Somatización, Ansiedad e Ideación Paranoide así como el IGG correlacionan negativamente con el componente de salud física (PCS). Es decir, en este grupo de trasplantados mientras que ciertamente los síntomas psicológicos comportan una peor calidad de vida mental, no está tan claro que estos tengan efectos negativos sobre las dimensiones físicas de la calidad de vida.

Por último, en la tabla 34 se presentan los resultados obtenidos del tiempo transcurrido desde el trasplante y la edad con la calidad de vida. De nuevo, el tiempo transcurrido desde el trasplante nada tiene que ver con la calidad de vida o psicopatología de los trasplantados. Por tanto, en este caso como en la muestra de trasplantados de hígado, desestimaríamos la hipótesis 1.4.

**Tabla 33. Correlaciones entre las escalas del cuestionario de Síntomas psicológicos (SCL-90) y calidad de vida (SF-36) en los trasplantados de riñón (N=35)**

	F.FIS	R.FIS.	DOL.	S.GEN	VIT.	F.SOC.	R.EM.	S.MEN	PCS	MCS
<b>S</b>	-.43*	-.42*	-.53**	-.37*	-.48**	-.56***	-.36*	-.52**	-.59***	-.61***
<b>OC</b>	-.12	-.02	-.12	-.39*	-.44**	-.32	-.36*	-.55**	-.16	-.56***
<b>SUS</b>	.06	-.03	-.16	-.40*	-.50**	-.49**	-.47**	-.70***	-.13	-.71***
<b>D</b>	-.11	-.23	-.28	-.46**	-.48**	-.59***	-.43**	-.77***	-.33	-.74***
<b>A</b>	-.07	-.37*	-.28	-.47**	-.42*	-.53**	-.47**	-.70***	-.40*	-.70***
<b>HT</b>	.07	-.14	-.06	-.38*	-.17	-.36*	-.52**	-.59***	-.13	-.59***
<b>AF</b>	-.05	-.36*	-.27	-.33*	-.40*	-.53**	-.51**	-.48**	-.35*	-.65***
<b>IDP</b>	-.10	-.30	-.40*	-.46**	-.52**	-.44**	-.26	-.70***	-.41*	-.61***
<b>PSI</b>	-.14	-.28	-.28	-.29	-.38*	-.60***	-.56***	-.60***	-.33	-.72***
<b>DM</b>	-.12	-.17	-.32	-.45**	-.31	-.57***	-.34*	-.66***	-.32	-.60***
<b>IGG</b>	-.14	-.28	-.34*	-.49**	-.51**	-.61***	-.51**	-.76***	-.39*	-.78***

**Nota:** F.FIS: Funcionamiento físico; R.FIS: Rol Físico; DOL: Dolor; S.GEN: Salud general; VIT.: Vitalidad; F.SOC: Funcionamiento Social; R.EM: Rol emocional; S.MEN: Salud mental; PCS: Componente de Salud Física; MCS: Componente de Salud Mental; S: Somatización; OC: Obsesión compulsión; SUS: Susceptibilidad interpersonal; D: Depresión; A: Ansiedad; HT: Hostilidad; AF: Ansiedad Fóbica; IDP: Ideación Paranoide; PSI: Psicoticismo; DM: Depresión Melancólica; IGG: Índice Global de Gravedad. \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$

**Tabla 34. Correlaciones entre la edad y el tiempo transcurrido desde el trasplante con calidad de vida (SF-36) en los trasplantados de riñón (N=35)**

	EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE TRASPLANTE
<b>FUNCIONAMIENTO FÍSICO</b>	-.40*	-.17
<b>ROL FÍSICO</b>	-.12	.07
<b>DOLOR</b>	-.26	-.19
<b>SALUD GENERAL</b>	-.07	-.12
<b>VITALIDAD</b>	.23	-.16
<b>FUNCIONAMIENTO SOCIAL</b>	-.09	.17
<b>ROL EMOCIONAL</b>	.02	.02
<b>SALUD MENTAL</b>	-.01	.12
<b>PCS</b>	-.27	-.10
<b>MCS</b>	.04	.04

En el caso de la edad encontramos una relación negativa y significativa con el Funcionamiento Físico ( $r = -.40$ ) indicando que conforme la edad avanza, el Funcionamiento Físico se va deteriorando entre los trasplantados renales. Por otro lado, aunque el coeficiente no es significativo se observa una tendencia negativa entre PCS y edad ( $r = -.27$ ). En todo caso, estos coeficientes están en

consonancia con lo postulado en la hipótesis 1.5. que mantenía que los trasplantados con menor edad mostrarán mayor CVRS.

A la vista de los resultados obtenidos, podemos concluir que la hipótesis 1.3. se cumple en el caso de los trasplantados renales pero tomando en cuenta ciertas matizaciones. Así, por ejemplo, ni el Afrontamiento Activo ni la Extraversión tienen un especial protagonismo en la relación con otras variables tal como predecíamos en la hipótesis sino más bien el Afrontamiento Pasivo y el Neuroticismo. En ambas variables, el Afrontamiento Pasivo y el Neuroticismo, el sentido de las relaciones con la Salud Física y Mental es negativo, mientras que con la sintomatología psicológica es en sentido positivo. Por otro lado, la CVRS se relaciona de forma negativa con la sintomatología psicológica. Y por último, el apoyo social no parece jugar un papel muy importante en el bienestar de los sujetos trasplantados de riñón.

### 3.3.2.3 Trasplantados de pulmón

Seguidamente, aparecen las correlaciones resultantes del análisis realizado con las variables de personalidad en los trasplantados de pulmón (tabla 35).

**Tabla 35. Correlaciones entre las características de personalidad (extraversión, neuroticismo, los estilos de afrontamiento y apoyo social percibido) en los trasplantados de pulmón (N= 22)**

	AP.EM.I	AP.AFEC	AP.INST	AP.TOT.	AF.AC	AF.PAS
E	-.05	.13	-.11	-.02	.09	.19
N	-.30	-.12	-.02	-.23	.21	.18
AF.AC	-.01	.06	-.01	.00		
AF.PAS	.08	-.11	.17	.07		

**Nota:** E: Extraversión; N: Neuroticismo; AP EM.I: Apoyo emocional informacional; AP.AFEC: Apoyo afectivo; AP. INST: Apoyo instrumental; AP.TOT: Apoyo total; AF.AC: Afrontamiento activo; AF.PAS: Afrontamiento pasivo. \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$ .

En el caso de este grupo, la inestabilidad emocional y el Afrontamiento Pasivo no presentan relaciones positivas significativas como ocurría en los trasplantados de hígado y riñón. Tampoco en este grupo el Afrontamiento Activo se asocia positivamente con un mayor apoyo social percibido como se observaba en los trasplantados de riñón.

Al considerar las relaciones que guardan estas variables con las dimensiones de calidad de vida (ver tabla 36) vemos una pauta de covariación negativa pero menos significativa que en las muestras de hígado y riñón. Así, la inestabilidad emocional solo presenta coeficientes negativos y significativos con dos dimensiones psicológicas de calidad de vida: Rol Emocional ( $r = -.45$ ,

**Tabla 36. Correlaciones entre las variables de personalidad (medidas a través del EPQ, COPE y MOS) y la calidad de vida medida a través del cuestionario genérico SF- 36 en los trasplantados de pulmón (N=22)**

	E	N	AFR.A	AFR.P	AP.EI	AP.AF	AP.IN	AP.T
<b>FUNC.FÍSICO</b>	.38	-.31	.07	.12	-.22	-.06	-.07	-.17
<b>ROL FÍSICO</b>	.32	-.29	.11	.15	-.06	-.21	-.02	-.11
<b>DOLOR</b>	.23	-.26	-.29	-.15	-.21	-.25	-.21	-.26
<b>SALUD GENERAL</b>	.26	-.22	-.21	.26	.112	-.20	-.21	-.04
<b>VITALIDAD</b>	.34	-.40	.05	-.14	.14	-.14	-.11	.02
<b>FUNC.SOCIAL</b>	.16	-.18	.13	.10	-.10	-.21	-.08	-.14
<b>ROL EMOCIONAL</b>	.16	-.45*	-.23	-.13	-.03	.02	.00	-.01
<b>SALUD MENTAL</b>	.38	-.63**	.15	.05	.22	.06	.07	.17
<b>PCS</b>	.38	-.34	-.09	.12	-.11	-.24	-.15	-.18
<b>MCS</b>	.29	-.49*	-.02	-.05	.05	-.06	-.03	.01

**Nota:** E: Extraversión; N: Neuroticismo; AFR.A: Afrontamiento activo; AFR.P: Afrontamiento pasivo; AP E.I: Apoyo emocional informacional; AP.AF: Apoyo afectivo; AP. IN: Apoyo instrumental; APT: Apoyo total. \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$

$p < .05$ ) y Salud Mental ( $r = -.63$ ,  $p < .01$ ). En línea con ello, N covaría inversamente con la puntuación sumatorio de las dimensiones de salud mental. A su vez, no se observa ningún coeficiente significativo con los aspectos físicos de la calidad de vida, aunque la tendencia sea a la obtención de coeficientes negativos. Por otro lado, el Afrontamiento Pasivo presenta una pauta diferente: no sólo no hay coeficientes significativos inversos con las dimensiones de calidad de vida como ocurría en los dos grupos anteriores, sino que incluso algunos de ellos son positivos. Asimismo, entre la calidad de vida y los diferentes tipos de apoyo social, tampoco se establece ninguna relación significativa.

En la Tabla 37 se muestran los coeficientes de correlación entre las características de personalidad y los síntomas psicopatológicos. Cabe destacar lo siguiente:

a) Como cabía esperar el Neuroticismo de nuevo es la dimensión de personalidad que más correlaciones positivas y significativas mantiene con los síntomas psicopatológicos. Al igual que en el caso de la muestra de hígado los coeficientes más fuertes se encuentran con la Ansiedad ( $r = .72$ ,  $p < .001$ ) y la Depresión ( $r = .75$ ,  $p < .001$ ). También son especialmente elevados con Hostilidad ( $r = .70$ ,  $p < .001$ ). Además dentro de los trasplantados de pulmón, los introvertidos serían más proclives a desarrollar síntomas de Ansiedad Fóbica ( $r = -.51$ ), Depresión ( $r = -.45$ ) y Obsesión-Compulsión ( $r = -.44$ ).

**Tabla 37. Correlaciones entre las escalas del SCL-90 y las dimensiones de personalidad en la muestra de trasplantados de pulmón (N=22)**

	E	N	A.F.A	A.F.PA	AP.EI	AP.AF	AP.IN	AP.T
<b>SOM</b>	-.37	.49*	.42	.53*	-.20	-.11	-.08	-.18
<b>OBS/COM</b>	-.44*	.61**	.41	.20	-.10	-.144	-.1	-.13
<b>SUSCEP.</b>	-.22	.55**	.12	.07	-.23	.05	-.05	-.15
<b>DEPR.</b>	-.45*	.75***	.38	.29	-.20	-.12	-.07	-.18
<b>ANSIEDAD</b>	-.39	.72***	.54*	.43	-.22	.06	-.05	-.13
<b>HOST.</b>	-.32	.70***	.36	.30	-.35	-.27	-.01	-.30
<b>ANS.FOB</b>	-.51*	.63**	.13	-.21	-.14	-.13	-.16	-.17
<b>IDE.PAR.</b>	-.10	.34	.34	-.02	.05	.14	-.00	.07
<b>PSICOT.</b>	-.40	.62**	.26	-.09	-.34	-.19	-.22	-.33
<b>DEP.MEL.</b>	-.38	.51*	.02	.14	.01	-.12	-.10	-.06
<b>IGG</b>	-.43*	.69***	.40	.27	-.20	-.09	-.10	-.18

**Nota:** SOM: Somatización; OBS/COM: Obsesión-compulsión; SUSCEP.: susceptibilidad emocional; DEPR: Depresión; HOST: Hostilidad; ANS.FOB: ansiedad fóbica; IDE.PAR: Ideación Paranoide; PSICOT: Psicoticismo; DEP.MEL: Depresión Melancólica; IGG: Índice General Global; E: Extraversión; N: Neuroticismo; A.F.A: Afrontamiento activo; A.F.PA: Afrontamiento pasivo; AP E.I: Apoyo emocional informacional; AP.AF: Apoyo afectivo; AP.IN: Apoyo instrumental; AP.T: Apoyo total. \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$

b) Una pauta diferente se observa en relación con los trasplantados de hígado y riñón por lo que al afrontamiento se refiere. Así, en los trasplantados pulmonares las relaciones del Afrontamiento Pasivo con los síntomas no son relevantes ya que solo se encuentra un coeficiente significativo con Somatización ( $r = .53$ ,  $p < .05$ ). Curioso es que en esta muestra el uso de estrategias activas se asocia con mayores niveles de Ansiedad ( $r = .54$ ,  $p < .05$ ).

c) Por último, apoyo social percibido y síntomas psicológicos no mantienen ningún tipo de relación significativa.

En la tabla 38 se muestran las relaciones entre las dimensiones del SCL-90 y el SF-36. El panorama de relaciones es un tanto diferente al encontrado con los trasplantados de hígado y riñón. Vemos que en el caso de los trasplantados de pulmón, las dimensiones psicológicas de la calidad de vida presentan relaciones inversas fuertes con los síntomas psicológicos (aunque con la excepción del funcionamiento social), al igual que ocurría en los trasplantados de hígado, pero a diferencia de ellos, las covariaciones negativas con las dimensiones de salud física son menos sistemáticas en el sentido de que se conectan con unos aspectos de la calidad de vida más que con otros. Este mismo aspecto es el que diferencia a los trasplantados de pulmón de los de riñón, ya que en este grupo las covariaciones con las dimensiones de salud física eran escasas.

**Tabla 38. Correlaciones entre las escalas del cuestionario de Síntomas psicológicos (SCL-90) y calidad de vida (SF-36) en los trasplantados de pulmón (N=22)**

	F.FIS.	R.FIS.	DOL.	S.GEN	VIT.	F.SOC.	R.EM.	S.MEN	PCS	MCS
S	-.32	-.41	-.43*	-.40	-.71***	-.31	-.62**	-.68***	-.50*	-.69***
OC	-.55**	-.59**	-.56**	-.36	-.60**	-.43*	-.65**	-.75***	-.66**	-.71***
SUS	-.46*	-.56*	-.51*	-.47*	-.77***	-.52*	-.75***	-.81***	-.64**	-.83***
D	-.56**	-.53*	-.54**	-.36	-.62**	-.37	-.66**	-.77***	-.63**	-.71***
A	-.38	-.47*	-.55**	-.40	-.64**	-.40	-.72***	-.70***	-.57**	-.74***
HT	.05	-.05	-.09	-.22	-.14	-.06	-.12	-.47*	-.10	-.22
AF	-.49	-.42	-.38	-.32	-.52*	-.27	-.67**	-.71***	-.51*	-.66**
IDP	-.20	-.22	-.44*	-.32	-.33	-.22	-.67**	-.47*	-.36	-.54**
PSI	-.31	-.36	-.37	-.36	-.53*	-.24	-.58**	-.72***	-.45*	-.62**
DM	-.55**	-.45*	-.28	-.28	-.44*	-.27	-.49*	-.66**	-.50*	-.55**
IGG	-.47*	-.51*	-.52*	-.52	-.66**	-.40	-.72***	-.81***	-.61**	-.77***

**Nota:** F.FIS: Funcionamiento físico; R.FIS: Rol Físico; DOL: Dolor; S.GEN: Salud general; VIT.: Vitalidad; F.SOC: Funcionamiento Social; R.EM: Rol emocional; S.MEN: Salud mental; PCS: Componente de Salud Física; MCS: Componente de Salud Mental; S: Somatización; OC: Obsesión compulsión; SUS: Susceptibilidad interpersonal; D: Depresión; A: Ansiedad; HT: Hostilidad; AF: Ansiedad Fóbica; IDP: Ideación Paranoide; PSI: Psicoticismo; DM: Depresión Melancólica; IGG: Índice Global de Gravedad. \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$

Centrándonos en los coeficientes con una significación estadística más potente, en la escala de Salud Mental del SF-36, es donde aparecen más correlaciones significativas y negativas con los síntomas psicológicos del SCL-90, oscilando el porcentaje de varianza compartida desde el 65% con Susceptibilidad Interpersonal e IGG hasta Somatización con un 46% pasando por los síntomas de Depresión con un 59%, Obsesión-Compulsión con un 56%, Psicoticismo con un 51%, Ansiedad Fóbica con un 50% y Ansiedad con un 49%.

En líneas generales, el MCS se relaciona significativamente con la mayoría de los síntomas psicológicos del SCL-90. De nuevo, el valor más alto los encontramos en la Susceptibilidad Interpersonal con un 70% de varianza compartida pasando por el IGG con un 59%, Ansiedad con un 54%, Depresión con un 50%, Obsesión-Compulsión y Somatización con un 46%.

La Susceptibilidad Interpersonal parece jugar un papel importante en el bienestar psicológico de los trasplantados pulmonares puesto que los valores más altos los encontramos en esta variable.

El Funcionamiento Físico, Rol Físico y Dolor, dimensiones más físicas del SF-36, también se relacionan negativa y significativamente pero no con todo tipo de síntomas psiquiátricos como ocurría en el caso de los trasplantados de hígado sino más particularmente con los síntomas Obsesivo-Compulsivos, de Susceptibilidad Interpersonal, Depresión y Ansiedad.

Por último, según muestra la tabla 39, las variables edad y tiempo desde el trasplante, no se relacionan significativamente con la calidad de vida. En todo caso existe la tendencia a experimentar menor dolor a una edad más joven ( $r = -.40$ ). Por tanto, las hipótesis 1.4. y 1.5 las desestimamos en la muestra de trasplantados de pulmón. Hay que recordar, que sin embargo, en los trasplantados de hígado y riñón sí que se observó, aunque en menor grado, alguna pauta de covariación significativa entre estas variables temporales y las otras dimensiones consideradas.

**Tabla 39. Correlaciones entre la edad y el tiempo transcurrido desde el trasplante con calidad de vida (SF-36) en los trasplantados de pulmón (N=22)**

	EDAD	TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE TRASPLANTE
<b>FUNCIONAMIENTO FÍSICO</b>	-.29	.10
<b>ROL FÍSICO</b>	-.05	-.04
<b>DOLOR</b>	-.40	-.17
<b>SALUD GENERAL</b>	.24	-.22
<b>VITALIDAD</b>	-.28	.03
<b>FUNCIONAMIENTO SOCIAL</b>	-.16	-.17
<b>ROL EMOCIONAL</b>	.14	.22
<b>SALUD MENTAL</b>	-.09	-.03
<b>PCS</b>	-.15	-.11
<b>MCS</b>	-.07	.06

En resumen, en este caso, tan solo se cumple el punto referido a la personalidad inestable de la hipótesis 1.3. En aquellos trasplantados de pulmón con personalidad inestable, se observa una pauta de covariación significativa con síntomas psicopatológicos, así como menor CVRS, aunque en este último caso, en menor medida que los trasplantados de hígado. Sin embargo, no se observa pauta de covariación significativa de N con Afrontamiento Pasivo, aspecto que si se cumplía en las otras muestras de trasplantados. La Extraversión y el apoyo social no muestran tampoco una pauta de covariación significativa con otras dimensiones de personalidad, calidad de vida o psicopatología.

En suma, respecto a las hipótesis 1.3. se pueden establecer las siguientes conclusiones:

- a) En líneas generales podemos concluir que el primer apartado de esta hipótesis relacionada con el neuroticismo sí que se cumple en las tres muestras de trasplantados.

En la muestra de trasplantados de hígado sí que se cumple lo postulado en la hipótesis totalmente, puesto que se observa una pauta de covariación entre personalidad inestable, afrontamiento pasivo, más síntomas psicopatológicos y menor CVRS.

En los trasplantados de riñón, la tendencia es similar, aunque más débil que en el caso anterior. Así la personalidad inestable se relaciona significativamente con afrontamiento pasivo, con síntomas psicopatológicos (menos con somatización) y solo se establecen relaciones significativas con tres dimensiones de CVRS (salud mental, rol emocional y funcionamiento social) y con el componente sumatorio respectivo (MCS).

En los trasplantados de pulmón, la pauta de covariación establecida entre la personalidad inestable y las otras variables es más débil todavía que en el caso de los trasplantados de riñón, puesto que no se instaura una relación significativa con afrontamiento pasivo. Sin embargo, sigue manteniendo relaciones significativas con los síntomas psicopatológicos (menos con ideación paranoide) y una pauta de covariación negativa con CVRS (salud mental, rol emocional y MCS).

- b) Tomando en consideración el segundo apartado de la hipótesis que predice las posibles relaciones entre extraversión y otras variables, la pauta observada es la siguiente: el afrontamiento activo no se relaciona significativamente con la personalidad extravertida en ninguna de las muestras de trasplantados. Sin embargo hay que matizar respecto a las covariaciones observadas entre extraversión y CVRS: en la muestra de trasplantados de hígado, sí que se observan relaciones significativas con todas las dimensiones de CVRS; en los trasplantados de riñón solo se establece una relación significativa (aunque débil) entre salud mental y personalidad extravertida y por último, entre los trasplantados de pulmón no observamos ninguna pauta de covariación positiva entre personalidad extravertida y CVRS.

Por tanto, concluimos que la personalidad extravertida se relaciona con mayor CVRS en la muestra de trasplantados de hígado, y débilmente en los trasplantados de riñón por lo que la hipótesis planteada tan solo se cumple parcialmente en esta muestra.

- c) Por último en cuanto al apoyo social es interesante señalar que en los trasplantados de hígado sí que se observa una relación tenue entre el apoyo instrumental y la calidad de vida tanto física como mental. Por otro lado, el apoyo emocional informacional y el apoyo afectivo se relacionan de forma significativa en sentido negativo con depresión.

Entre los trasplantados de riñón y pulmón no se instaura ningún patrón significativo de covariación entre apoyo social, CVRS y síntomas psicopatológicos.

Podemos concluir que el apoyo social, al menos en estas muestras de trasplantados, a excepción de en los trasplantados de hígado, no tiene un papel importante.

Finalmente, respecto a las hipótesis 1.4. y 1.5., señalar que se rechazarían en las tres muestras de trasplantados, a excepción de la muestra de riñón donde la hipótesis 1.5. sí se cumpliría puesto que la edad parece relacionarse con menor funcionamiento físico y posiblemente tienda a hacerlo también con un menor dolor en la muestra de pulmón.

#### **3.3.2.4. Calidad de vida: cuestionarios específicos y genérico en trasplantados de hígado, riñón y pulmón**

Para finalizar con el bloque de información correspondientes a las correlaciones, en este apartado trataremos de comprobar la Hipótesis 1.6., que decía básicamente: *Teniendo en cuenta los cuestionarios específicos de calidad de vida utilizados para cada una de las muestras de trasplantados, en términos generales se espera que todos ellos muestren una pauta de covariación negativa y elevada con el SF-36.*

En las tablas 40 (hígado), 41 (riñón) y 42 (pulmón) se muestran las matrices de correlación correspondientes a cada una de las muestras de trasplantados.

La tabla 40 expone la alta covariación existente entre las diferentes escalas de calidad de vida genérica del SF-36 y la calidad de vida específica de los trasplantados de hígado (SF-LDQOL) en sentido negativo tal y como comentábamos en el capítulo de descripción de los instrumentos, puesto que las altas puntuaciones en el SF-36 indican una buena CVRS y las altas puntuaciones en el SF-LDQOL una pobre CVRS. Únicamente las escalas del SF-LDQOL de Soledad, Problemas Sexuales y Estigma, presentan menor número de covariaciones con las escalas del SF-36, puesto que se trata de aspectos más específicos medidos a través de este cuestionario y que no han sido incluidos en la escala genérica.

**Tabla 40. Correlaciones entre la calidad de vida genérica (SF-36) y la calidad de vida específica (SF-LDQOL) de los trasplantados de hígado (N=82)**

	SIN.	EFE.	DO.	SOL.	DES	EST	PR.S	MYC	DIST
<b>F.FIS</b>	-.48***	-.62***	-.48***	-.17	-.50***	-.20	-.41***	-.44***	-.52***
<b>R.FIS</b>	-.41***	-.57***	-.37**	-.21	-.58***	-.27*	-.36**	-.39***	-.51***
<b>DOL</b>	-.51***	-.53***	-.59***	-.22*	-.44***	-.37**	-.29**	-.45***	-.56***
<b>S.GEN.</b>	-.34**	-.50***	-.52***	-.26*	-.62***	-.34**	-.25*	-.38***	-.56***
<b>VITAL</b>	-.47***	-.67***	-.61***	-.23*	-.61***	-.40***	-.30**	-.51***	-.65***
<b>F.SOC.</b>	-.45***	-.66***	-.56***	-.40***	-.59***	-.48***	-.30**	-.51***	-.63***
<b>R.EM.</b>	-.41***	-.49***	-.46***	-.19	-.38**	-.38***	-.28**	-.47***	-.51***
<b>S.MEN</b>	-.52***	-.65***	-.58***	-.36**	-.46***	-.50***	-.34**	-.53***	-.75***
<b>PCS</b>	-.53***	-.67***	-.57***	-.26*	-.65***	-.35**	-.40***	-.50***	-.64***
<b>MCS</b>	-.51***	-.67***	-.61***	-.30**	-.54***	-.48***	-.34**	-.56***	-.69***

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$ . F.FIS: Funcionamiento físico, R.FIS: Rol físico, S.GEN: Salud general, VITAL: Vitalidad, F.SOC: Funcionamiento social, R.EM: Rol emocional, S.MEN: Salud mental, PCS: Componente de salud física, MCS: Componente de salud mental, SIN: Síntomas relacionados con la enfermedad hepática, EFE: Efectos de la hepatopatía en las actividades de la vida diaria, DO: Problemas de sueño, SOL: Soledad, DES: Desesperanza o preocupación por el futuro, EST: Estigma/imagen corporal, PR.S: Problemas sexuales/Funcionamiento sexual, MYC: Memoria y concentración, DIST: Distrés o preocupación por la enfermedad.

Igualmente, en la tabla 41 vemos que las escalas del cuestionario específico de los trasplantados de riñón (ESRD): Capacidad Física Limitada y Disfunción Renal y Cardíaca conllevan pautas de correlación significativas con todas las escalas del cuestionario genérico SF-36 a excepción de Rol Emocional. Sin embargo, la Capacidad Física Limitada mantiene correlaciones más fuertes con un nivel de significación  $p < .001$  que la escala Disfunción Renal y Cardíaca. En ambas escalas la pauta de covariación es más fuerte con el Componente Físico del SF-36. Por el contrario, el Malestar Psicológico Asociado al Trasplante, como era de esperar desarrolla pautas correlacionales más significativas con un nivel de  $p < .001$  con aquellas escalas del SF-36 relacionadas con el Componente de Salud Mental (Funcionamiento Social, Rol Emocional y Salud Mental).

No obstante, no es semejante al patrón que observábamos entre el cuestionario específico SF-LDQOL de los trasplantados de hígado y el SF-36 donde las covariaciones eran más numerosas y significativas (ver tabla 41). En el caso que nos ocupa de los trasplantados de riñón, las pautas de covariación no son tan numerosas como entre los trasplantados de hígado debido básicamente a que las escalas Capacidad Cognitiva Limitada, Efectos Secundarios de los Esteroides, y Crecimiento Excesivo de Encías y Vello, no mantienen un número elevado de pautas de covariación significativas con las escalas del SF-36, puesto que son problemas más específicos incluidos en el ESRD y no tomados en consideración en el SF-36 por ser un cuestionario más genérico.

**Tabla 41. Correlaciones entre la calidad de vida genérica (SF-36) y la calidad de vida específica (ERSD) de los trasplantados de riñón (N=35)**

	CFL	CCL	DRC	ESS	CEV	MPA
<b>F.FIS</b>	-.62***	-.23	-.50**	-.20	-.00	-.03
<b>R.FIS</b>	-.52**	-.27	-.40*	-.07	-.46*	-.29
<b>DOL</b>	-.71***	-.32	-.51**	-.06	-.02	-.23
<b>S.GEN.</b>	-.45**	-.27	-.45**	-.31	-.23	-.41*
<b>VITAL</b>	-.64***	-.35*	-.52**	-.54**	-.24	-.45**
<b>F.SOC.</b>	-.50**	-.24	-.37*	.07	-.09	-.57***
<b>R.EM.</b>	-.14	-.30	-.18	.17	-.17	-.58***
<b>S.MEN</b>	-.48**	-.45**	-.41*	-.17	-.02	-.63***
<b>PCS</b>	-.77***	-.36*	-.60***	-.17	-.26	-.31
<b>MCS</b>	-.52**	-.45**	-.45**	-.11	-.18	-.75***

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$ . F.FIS: Funcionamiento físico, R.FIS: Rol físico, S.GEN: Salud general, VITAL: Vitalidad, F.SOC: Funcionamiento social, R.EM: Rol emocional, S.MEN: Salud mental, PCS: Componente de salud física, MCS: Componente de salud mental, CFL: Capacidad física limitada, CCL: capacidad cognitiva limitada, DRC: Disfunción renal y cardíaca, ESS: Efectos secundarios de los esteroides, CEV: Crecimiento excesivo de encias y vello, MPA: Malestar psicológico asociado al trasplante.

Por último en la tabla 42 se presentan los coeficientes obtenidos en la muestra de pulmón. La tabla sugiere que las escalas del cuestionario específico SGRQ dan lugar a pautas correlacionales significativas prácticamente con todas las escalas del cuestionario de CVRS SF-36. La excepción la encontramos en la escala de Síntomas, la cual no mantiene correlaciones significativas ni con Salud General, ni con Rol Emocional.

**Tabla 42. Correlaciones entre la calidad de vida genérica (SF-36) y la calidad de vida específica (SGRQ) en los trasplantados de pulmón (N=22)**

	SINTOMAS	ACTIVIDAD	IMPACTO
<b>F.FIS</b>	-.58**	-.81***	-.84***
<b>R.FIS</b>	-.75***	-.73***	-.74***
<b>DOL</b>	-.48*	-.50*	-.53*
<b>S.GEN.</b>	-.23	-.39	-.49*
<b>VITAL</b>	-.61**	-.59**	-.74***
<b>F.SOC.</b>	-.54**	-.48*	-.54**
<b>R.EM.</b>	-.38	-.57**	-.57**
<b>S.MEN</b>	-.55**	-.56**	-.66**
<b>PCS</b>	-.68**	-.77***	-.82***
<b>MCS</b>	-.58**	-.65**	-.72***

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$ . F.FIS: Funcionamiento físico, R.FIS: Rol físico, S.GEN: Salud general, VITAL: Vitalidad, F.SOC: Funcionamiento social, R.EM: Rol emocional, S.MEN: Salud mental, PCS: Componente de salud física, MCS: Componente de salud mental.

Según comentamos en la descripción de los instrumentos la escala Impacto contiene los ítems referidos a las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidos por la enfermedad respiratoria. Sin embargo,

curiosamente, las pautas correlacionales más fuertes de esta escala se producen con el Componente de Salud Física ( $r = -.82$ ) a través de los factores primarios Funcionamiento Físico ( $r = -.84$ ) y Rol Físico ( $r = -.74$ ). Asimismo, las escalas de Síntomas y Actividad también comportan pautas de covariación significativas más fuertes con el Componente Físico del SF-36.

En resumen, a la vista de los resultados podemos concluir en líneas generales que la hipótesis 1.6. se confirma. Los cuestionarios específicos de CVRS de los trasplantados de hígado SF-LDQOL y pulmón SGRQ sí que dan lugar a pautas de covariación negativas y elevadas con el cuestionario genérico de CVRS, SF-36, sobre todo en el caso de los trasplantados de hígado. Sin embargo, en el caso del cuestionario específico de los trasplantados de riñón ESRD, las pautas correlacionales son negativas y a veces elevadas, pero varias escalas creemos que por ser más específicas de este cuestionario no dan lugar a coeficientes significativos con las escalas del cuestionario SF-36. Por otra parte, en los trasplantados de pulmón, simplemente indicar que el patrón correlacional que se establece entre las dimensiones del SGRQ, aunque significativo en ambos casos, tiende a ser más fuerte con el componente físico (PCS) que con el componente mental (MCS) del SF-36.

#### **3.3.3.5. CVRS específica, características de personalidad y síntomas psicológicos en las tres muestras de trasplantados: hígado, pulmón y riñón**

En este apartado, ofrecemos información que nos permite retomar la hipótesis 1.3 sobre las pautas de covariación entre las diferentes variables evaluadas, pero en este caso ciñéndonos a los resultados que se obtienen con el cuestionario de CVRS específico utilizado en cada una de las muestras. Así, las relaciones del cuestionario específico de calidad de vida con las características de personalidad y con los síntomas psicológicos se presentarán sucesivamente para los trasplantados de hígado, riñón y pulmón.

Al observar la tabla 43 vemos como la personalidad inestable es la característica de personalidad que nuevamente desarrolla un mayor número de coeficientes significativos con las diferentes escalas de las que consta el cuestionario específico de calidad de vida de los trasplantados de hígado. Concretamente, con todas ellas, a excepción de con la escala de Soledad. Sin embargo, dichas covariaciones son débiles o moderadas ya que el porcentaje de varianza que comparte N con las distintas escalas del cuestionario SF-LDQOL oscila desde el 5.7% con los Problemas Sexuales hasta el 25% con el Distrés o preocupación por la enfermedad.

**Tabla 43. Correlaciones entre las variables de personalidad (medidas a través del EPQ, COPE y MOS) y el cuestionario de CVRS específica de los trasplantados de hígado (SF-LDQOL) (N=82)**

	SINT	EFE	DOR	SOL.	DES.	EST.	PR.S.	MYC	DIST	N°C.
<b>E</b>	-.08	-.27*	-.28*	-.04	-.26*	-.02	-.01	-.16	-.30**	-.16
<b>N</b>	.32**	.42***	.44***	.17	.34**	.33**	.24*	.48***	.50***	.26*
<b>AF.A</b>	.09	-.05	.05	-.27*	-.07	.02	.10	.06	-.02	-.03
<b>AF.P</b>	.22*	.36**	.32**	-.03	.26*	.29**	.11	.18	.36**	-.04
<b>APEI</b>	-.10	-.14	-.11	-.41***	-.29**	-.27*	-.19	-.15	-.16	.02
<b>AP.A</b>	-.13	-.10	-.12	-.52***	-.27*	-.34**	-.21	-.00	-.16	-.14
<b>AP.I</b>	-.05	-.05	-.04	-.25*	-.32**	-.20	-.16	-.09	-.12	.09
<b>AP.T</b>	-.10	-.12	-.10	-.43***	-.32**	-.29**	-.21	-.11	-.17	.00

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$  E: Extraversión, N: Neuroticismo, AF.A: Afrontamiento activo, AF.P: Afrontamiento pasivo, AP.E.I: Apoyo emocional informacional, AP.A: Apoyo afectivo, AP.I: Apoyo instrumental, AP.T.: Apoyo total, SINT: Síntomas relacionados con la enfermedad hepática, EFE: Efectos de la hepatopatía en las actividades de la vida diaria, DOR: Problemas de sueño, SOL: Soledad, DES: Desesperanza o preocupación por el futuro, EST: Estigma/imagen corporal, PR.S: Problemas sexuales/Funcionamiento sexual, MYC: Memoria y concentración, DIST: Distrés o preocupación por la enfermedad, N°C: Número de complicaciones.

En líneas generales, observando la pauta que siguen los coeficientes los resultados irían en consonancia con la hipótesis 1.3 que afirmaba que una peor CVRS se relaciona con una personalidad inestable y con un patrón de estilo de Afrontamiento Pasivo. Por otro lado, la personalidad extravertida desarrolla una pauta de covariación negativa pero menos relevante con las diferentes escalas del LDQOL. Por último los diferentes tipos de apoyo social covarían en sentido negativo con varias de las escalas de CVRS específica más vinculadas con las relaciones sociales (Soledad y Estigma) y Desesperanza hacia el Futuro de los trasplantados de hígado.

Por lo que se refiere a los síntomas psicológicos (tabla 44), aquellos que presentan mayor número de covariaciones positivas con nivel de significación  $p < .001$  con las escalas del cuestionario específico SF-LDQOL se corresponden con Somatización, Obsesión-compulsión, Depresión e Índice General de Gravedad. Por otro lado, las escalas específicas de CVRS en los trasplantados de hígado donde se observan más pautas de covariación significativas con un nivel de significación  $p < .001$  con los síntomas psicológicos son Memoria y Concentración, Distrés o Preocupación por la enfermedad, Problemas de sueño y Estigma. En suma, lo que más sobresale de estos resultados es el hecho de que la escala de Problemas sexuales/Funcionamiento sexual solo muestra un coeficiente de interés que es el que se encuentra con los síntomas de Somatización.

**Tabla 44. Correlaciones entre las escalas de síntomas psicológicos (SCL-90) y calidad de vida específica (SF-LDQOL) en los trasplantados de hígado (N=82)**

	SINT	EFE	DOR	SOL	DES.	EST.	PR.S.	MYC	DIST.
<b>SOM</b>	.56***	.56***	.66***	.21	.49***	.38***	.35**	.57***	.50***
<b>OC</b>	.45***	.44***	.58***	.14	.38***	.36**	.20	.68***	.46***
<b>SUS</b>	.35**	.47***	.45***	.36**	.39***	.51***	.19	.58***	.60***
<b>D</b>	.43***	.53***	.57***	.37**	.49***	.43***	.26*	.58***	.68***
<b>A</b>	.37**	.41***	.53***	.24*	.40***	.46***	.20	.54***	.58***
<b>HT</b>	.38***	.36**	.47***	.23*	.26*	.48***	.15	.54***	.38***
<b>AF</b>	.25*	.39***	.44***	.11	.37**	.59***	.10	.47***	.55***
<b>IDP</b>	.27*	.33**	.39***	.30**	.40***	.42***	.14	.51***	.43***
<b>PSI</b>	.37**	.40***	.35**	.34**	.37**	.51***	.21	.55***	.46***
<b>DM</b>	.42***	.39***	.57***	.24*	.36**	.40***	.21	.58***	.51***
<b>IGG</b>	.47***	.52***	.60***	.30**	.47***	.51***	.25*	.66***	.61***

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$ . SOM: Somatización, OC: Obsesión compulsión, SUS: Susceptibilidad interpersonal, D: Depresión, A: Ansiedad, HT: Hostilidad, AF: Ansiedad Fóbica, IDP: Ideación Paranoide, PSI: Psicoticismo, DM: Depresión Melancólica, IGG: Índice Global de Gravedad, N°C: Número de complicaciones, SINT: Síntomas relacionados con la enfermedad hepática, EFE: Efectos de la hepatopatía en las actividades de la vida diaria, DOR: Problemas de sueño, SOL: Soledad, DES: Desesperanza o preocupación por el futuro, EST: Estigma/imagen corporal, PR.S: Problemas sexuales/Funcionamiento sexual, MYC: Memoria y concentración, DIST: Distrés o preocupación por la enfermedad.

A continuación comentaremos los resultados obtenidos en la muestra de trasplantados de riñón con el cuestionario específico ERSD.

En cuanto a las características de personalidad (ver tabla 45) es el Afrontamiento Pasivo la variable que más se relaciona positivamente con las

**Tabla 45. Correlaciones entre las variables de personalidad (medidas a través del EPQ, COPE y MOS) y la calidad de vida específica medida a través del ERSD en los trasplantados de riñón (N=35)**

	CFL	CCL	DRC	ESS	CEV	MPA
<b>E</b>	-.03	-.08	.12	.30	.09	-.05
<b>N</b>	.19	.20	.20	-.03	.13	.46**
<b>AF A</b>	.21	-.02	.28	.47**	.08	.17
<b>AF PAS</b>	.30	.34*	.35*	.36*	.23	.61***
<b>AP EI</b>	-.00	.06	.14	.49**	.19	.08
<b>AP AF</b>	-.05	.08	.19	.46**	.23	.03
<b>AP INS</b>	.01	.11	.19	.47**	.13	.06
<b>AP T</b>	-.01	.08	.17	.50**	.20	.06

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$  E: Extraversión, N: Neuroticismo, AF.A: Afrontamiento activo, AF.PAS: Afrontamiento pasivo, AP.EI: Apoyo emocional informativo, AP.AF: Apoyo afectivo, AP.INS: Apoyo instrumental, AP.T.: Apoyo total, CFL: Capacidad física limitada, CCL: capacidad cognitiva limitada, DRC: Disfunción renal y cardíaca, ESS; Efectos secundarios de los esteroides, CEV: Crecimiento excesivo de cejas y vello, MPA: Malestar psicológico asociado al trasplante.

escalas del ESRD, particularmente el Malestar Psicológico Asociado al Trasplante ( $r = .61$ ), con un nivel de significación de  $p < .001$ .

Por su parte, un resultado sorprendente es el hecho de que la escala Efectos Secundarios de los Esteroides del cuestionario específico ESRD mantiene coeficientes positivos con el apoyo social, además de con las estrategias de afrontamiento activo y pasivo.

Por tanto, en el caso de los trasplantados de riñón, la hipótesis 1.3 solo parece cumplirse en el caso del afrontamiento pasivo.

Al observar la tabla 46, vemos que todas las escalas del cuestionario específico ESRD de los trasplantados de riñón en mayor o menor medida desarrollan patrones de correlaciones significativas con las escalas de síntomas psicológicos del SCL-90, al igual que ocurría con la escala de CVRS específica de los trasplantados de hígado. Como cabía esperar la escala de Malestar Psicológico Asociado al Trasplante es la que mantiene coeficientes más altos con los síntomas evaluados por la SCL-90, oscilando los porcentajes de varianza compartida desde el 56% con la escala de Ansiedad y el 54% con el Índice Global de Gravedad hasta el 26% de varianza compartida con la escala Hostilidad.

**Tabla 46. Correlaciones entre las escalas de síntomas psicológicos (SCL-90) y calidad de vida específica (ESRD) en los trasplantados de riñón (N=35)**

	CFL	CCL	DRC	ESS	CEV	MPA
<b>SOM</b>	.82***	.48**	.66***	.33	.21	.59***
<b>OC</b>	.33	.66***	.38*	.38*	.17	.59***
<b>SUS</b>	.35*	.50**	.30	.19	.06	.67***
<b>D</b>	.51**	.49**	.42*	.13	.20	.59***
<b>A</b>	.49**	.45**	.49**	.26	.52**	.75***
<b>HT</b>	.16	.25	.22	.04	.38*	.51**
<b>AF</b>	.42*	.35*	.36*	.08	.44**	.63***
<b>IDP</b>	.51**	.53**	.45**	.28	.16	.56***
<b>PSI</b>	.48**	.46**	.39*	.11	.26	.68***
<b>DM</b>	.45**	.46**	.30	.00	-.06	.62***
<b>IGG</b>	.57***	.57***	.50**	.23	.27	.74***

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$ . SOM: Somatización, OC: Obsesión compulsión, SUS: Susceptibilidad interpersonal, D: Depresión, A: Ansiedad, HT: Hostilidad, AF: Ansiedad Fóbica, IDP: Ideación Paranoide, PSI: Psicoticismo, DM: Depresión Melancólica, IGG: Índice Global de Gravedad, CFL: Capacidad física limitada, CCL: capacidad cognitiva limitada, DRC: Disfunción renal y cardíaca, ESS: Efectos secundarios de los esteroides, CEV: Crecimiento excesivo de encías y vello, MPA: Malestar psicológico asociado al trasplante.

Por su parte, la escala de Somatización del SCL-90 es la que mantiene coeficientes significativos más fuertes con las escalas específicas de calidad de vida, manteniendo una proporción de varianza compartida con la Capacidad Física Limitada del 67%, con Disfunción Renal y Cardíaca del 43%, Malestar

Psicológico Asociado al Trasplante del 34% y Capacidad Cognitiva Limitada del 23%.

Por otra parte, las escalas Efectos Secundarios de los Esteroides y Crecimiento Excesivo de Encías y Vello, son las que menos se relacionan con los síntomas psicológicos.

Por lo que se refiere a los trasplantados de pulmón (tabla 47), la Extraversión es la única característica de personalidad que desarrolla una pauta de covariación significativa en un sentido negativo a nivel de  $p < .05$  con las escalas del cuestionario específico SGRO, concretamente con Actividad e Impacto. Por otro lado, aunque los coeficientes no son significativos por el tamaño muestral, el Neuroticismo va en la línea de la hipótesis planteada ya que los coeficientes son positivos con las diferentes escalas del SGRO. Lo más llamativo de estos resultados es que tanto las estrategias de afrontamiento como el apoyo social se muestran como aspectos independientes de las escalas evaluadas por el SGRC.

**Tabla 47. Correlaciones entre las variables de personalidad (medidas a través del EPO, COPE y MOS) y la calidad de vida específica medida a través del SGRO en los trasplantados de pulmón (N=22)**

	SINTOMAS	ACTIVIDAD	IMPACTO
<b>E</b>	-.42	-.46*	-.45*
<b>N</b>	.23	.42	.40
<b>AF A</b>	-.15	.20	.03
<b>AF PAS</b>	.13	.05	-.14
<b>AP EI</b>	.16	.06	-.01
<b>AP AF</b>	.16	-.01	.01
<b>AP INS</b>	.04	-.09	-.00
<b>AP T</b>	.16	.01	.00

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$  E: Extraversión, N: Neuroticismo, AF.A: Afrontamiento activo, AF.PAS: Afrontamiento pasivo, AP.EI: Apoyo emocional informacional, AP.AF: Apoyo afectivo, AP.INS: Apoyo instrumental, AP.T.: Apoyo total

Al igual que ocurría con las escalas específicas de los trasplantados de hígado y riñón vemos que todas las escalas del cuestionario específico SGRO de los trasplantados de pulmón en mayor o menor medida desarrollan patrones de correlaciones significativas con los síntomas psicológicos (ver tabla 48).

En concreto, la escala de Impacto que es la que engloba las alteraciones psicológicas y sociales debidas a la enfermedad respiratoria, es la escala donde se circunscriben más coeficientes significativos a un nivel de  $p < .001$ . El porcentaje más alto de varianza compartida de dicha escala es de 54% con las siguientes escalas: Obsesión-compulsión, Depresión y Ansiedad Fóbica.

**Tabla 48. Correlaciones entre las escalas de síntomas psicológicos (SCL-90) y calidad de vida específica (SGRQ) en los trasplantados de pulmón (N=22)**

	SINTOMAS	ACTIVIDAD	IMPACTO
SOM	.61**	.64**	.63**
OC	.62**	.76***	.74***
SUS	.51*	.64**	.71***
D	.60**	.77***	.74***
A	.53*	.67**	.59**
HT	-.01	-.00	.00
AF	.53*	.72***	.74***
IDP	.31	.46*	.44*
PSI	.42*	.58**	.67**
DM	.60**	.67**	.63**
IGG	.60**	.73***	.73***

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$ . SOM: Somatización, OC: Obsesión compulsión, SUS: Susceptibilidad interpersonal, D: Depresión, A: Ansiedad, HT: Hostilidad, AF: Ansiedad Fóbica, IDP: Ideación Paranoide, PSI: Psicoticismo, DM: Depresión Melancólica, IGG: Índice Global de Gravedad

Por su lado, la escala de Actividad mantiene un porcentaje de varianza compartida elevada del 60% con la escala de Depresión y del 57% con la escala de Obsesión-Compulsión. Es decir, la varianza compartida resulta más elevada en la escala de Actividad que incluye los ítems relacionados con la limitación de la actividad debida a la disnea que en la escala de Impacto.

Por último, la escala de Síntomas que se refiere a la frecuencia y gravedad de los síntomas respiratorios, da lugar a coeficientes significativos pero más débiles con los síntomas psicológicos, oscilando los porcentajes de varianza compartida del 17% con la escala Psicoticismo al 38% con la escala de Obsesión-Compulsión.

Resaltar que la escala de Hostilidad es la única escala del SCL-90 que no desarrolla ninguna pauta de correlación significativa con el cuestionario específico SGRQ.

### 3.4. Análisis de regresión

Este apartado tiene como finalidad dar cuenta del objetivo 2. Concretamente, se trata de analizar el papel predictivo que desempeñan las variables de personalidad, el apoyo social total y el tiempo transcurrido desde el trasplante en relación con la calidad de vida específica de cada uno de los grupos de trasplantados así como en relación con la calidad de vida general medida a través del SF-36 y los síntomas psicológicos medidos por el SCL-90.

Los resultados los hemos ido desglosando en diferentes tablas para su mejor comprensión. En las siguientes 3 tablas (tablas 49 a 51) aparecen los resultados de los análisis de regresión de la muestra de los trasplantados de

hígado, seguidas de las otras muestras de trasplantados de riñón (tablas 52 a 54) y pulmón (tabla 55).

El procedimiento seguido ha sido el análisis de regresión paso a paso.

En suma, se trata de probar la hipótesis 2.1. que sugiere que *el tipo de personalidad (extraversión y neuroticismo), el tipo de afrontamiento, el apoyo social, así como el tiempo desde el trasplante se espera que desempeñen en alguna medida un papel en la predicción de la CVRS de los trasplantados tanto general y específica (especialmente en los aspectos comprometidos con la salud mental) como de los síntomas psicológicos medidos por el SCL90.*

### 3.4.1. Trasplantados de hígado

En la Tabla 49 se presentan los resultados de los análisis de regresión obtenidos en relación con el SF-LDQOL.

En líneas generales, puede observarse que el Neuroticismo y el Afrontamiento Pasivo juegan un papel relevante como variables independientes en la predicción del malestar físico y psicológico entre los trasplantados. De este modo, si observamos la tabla 49, el Neuroticismo es la variable independiente que mejor predice los síntomas específicos relacionados con la calidad de vida de los trasplantados de hígado, puesto que en todos ellos tiene un papel importante, a excepción de en la variable Soledad donde son el Apoyo Social (Beta= -.42;  $p < .001$ ), el Afrontamiento Activo (Beta= -.32;  $p < .01$ ), y el Tiempo Transcurrido desde el Trasplante (Beta= -.21;  $p < .05$ ) en sentido negativo las variables que predicen conjuntamente el 27% de ésta.

Concretamente el Neuroticismo explica el 24% de la varianza del Distrés (Beta= .50;  $p < .001$ ), cerca del 23% de los problemas de Memoria-Concentración (Beta= .49;  $p < .001$ ), el 18% de los problemas para Dormir (Beta= .44;  $p < .001$ ) y en menor medida (9%) los Síntomas específicos de los trasplantados (Beta= .32,  $p < .01$ ). En estos cuatro casos, el Neuroticismo es el único factor predictor. Pero en el resto de las variables dependientes, se combina con otras variables predictoras. Así en la variable Efectos, en la calidad de vida específica, el Neuroticismo se asocia con el Afrontamiento Pasivo y el Afrontamiento Activo; en la predicción de la Desesperación y el Estigma el Neuroticismo se asocia con el Apoyo Social.

En suma, las variables dependientes mejor explicadas por el análisis de regresión según el porcentaje de varianza explicada son las siguientes: en primer lugar la Soledad con un 27% de varianza explicada, el Distrés con un 24%, los Efectos y la Memoria-Concentración con un 23% de varianza explicada

**Tabla 49. Análisis de regresión en la muestra de trasplantados de hígado (N=82). Predicción de la calidad de vida específica medida a través del SF-LDQOL**

	R;R <sup>2</sup> corregida (Fgl, p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
<b>Síntomas</b>	.324; .094 F6,80 = 9.397; p< .01	20.52	N	.32**
<b>Efectos</b>	.512; .234 F6,78 = 9.261; p< .001	22.77	N Cope Pasivo Cope Activo	.31** .34** -.24*
<b>Dormir</b>	.437; .181 F6,80 = 18.899; p< .001	18.20	N	.44***
<b>Soledad</b>	.545; .270 F6,78 = 10.967; p< .001	12.78	MOS Cope Activo Tiempo desde el trasplante	-.42*** -.32** -.21*
<b>Desesperación</b>	.437; .170 F6,79 = 9.302; p< .001	22.24	N MOS	.30** -.27**
<b>Estigma</b>	.408; .145 F6,79 = 7.874; p< .01	17.49	N MOS	.29** -.24*
<b>Problemas sexuales</b>	--	--	--	--
<b>Memoria-concentración</b>	.490; .229 F6,80 = 20.902; p< .001	21.12	N	.49***
<b>Distrés</b>	.502; .243 F6,80 = 26.968; p< .001	20.89	N	.50***

**Nota:** N: Neuroticismo, MOS: Cuestionario de Apoyo social, COPE: Cuestionario de Afrontamiento

en ambos casos. Ciertamente, el porcentaje de varianza explicado no es alto, y aunque las variables predictoras que aparecen se comportan de forma coherente con lo que cabía esperar, habría que buscar en la explicación de la calidad de vida específica otras variables más relevantes e influyentes. Junto a ello, añadir que ninguna de las variables predictoras desempeñó papel alguno en relación con los posibles Problemas Sexuales de los trasplantados.

Concretamente, y si incidimos en el análisis de regresión que aparece en la tabla 50 donde se predice la calidad de vida medida a través del SF-36 de los trasplantados de hígado, el Neuroticismo como rasgo de personalidad está

**Tabla 50. Análisis de regresión en la muestra de trasplantados de hígado (N=82). Predicción de la calidad de vida genérica medida a través del SF-36**

	R ; R <sup>2</sup> corregida (F <sub>gl</sub> ; p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
<b>Funcionamiento Físico</b>	.419; .154 F <sub>6,79</sub> = 8.400; p < .001	22.51	E N	.30** -.23*
<b>Rol físico</b>	.278; .066 F <sub>6,80</sub> = 6.718; p < .05	43.75	Cope Pasivo	-.28*
<b>Dolor</b>	.479; .220 F <sub>6,80</sub> = 23.858; p < .001	26.10	N	-.48***
<b>Salud general</b>	.507; .238 F <sub>6,79</sub> = 13.667; p < .001	20.56	N E	-.41*** .21*
<b>Vitalidad</b>	.592; .325 F <sub>6,78</sub> = 14.011; p < .001	19.72	N Cope Pasivo Cope Activo	-.39*** -.35** .25*
<b>Funcionamiento Social</b>	.546; .271 F <sub>6,78</sub> = 11.051; p < .001	15.11	N MOS Cope Pasivo	-.32** .23* -.22
<b>Rol emocional</b>	.535; .268 F <sub>6,79</sub> = 15.811; p < .001	39.73	N Cope Pasivo	-.37** -.26*
<b>Salud mental</b>	.694; .475 F <sub>6,80</sub> = 74.297; p < .001	15.75	N	-.69***
<b>PCS</b>	.493; .224 F <sub>6,79</sub> = 12.690; p < .001	22.38	N E	-.37*** .23*
<b>MCS</b>	.662; .416 F <sub>6,78</sub> = 20.253; p < .001	18.44	N Cope Pasivo Cope Activo	-.48*** -.35** .20*

**Nota:** PCS: Componente sumario físico. MCS: Componente sumario mental. N: Neuroticismo, E: Extraversión, MOS: Cuestionario de Apoyo social, COPE: Cuestionario de Afrontamiento

presente en la explicación de 9 de las 10 variables-criterio analizadas (a excepción de la escala de Rol Físico). Específicamente, posee una relevancia especialmente importante para la Salud Mental (Beta=  $-.69$ ;  $p < .001$ ), MCS (Beta=  $-.48$ ;  $p < .001$ ), Dolor (Beta=  $-.48$ ;  $p < .001$ ) y Salud General (Beta=  $-.41$ ;  $p < .001$ ), todos en sentido negativo. Pero el poder predictivo del Neuroticismo se combina con otras variables predictoras para cada uno de los factores considerados como en el caso anterior. Así, por ejemplo, en los casos del Funcionamiento Físico, la Salud General y el PCS, el Neuroticismo se asocia con la Extraversión (con signos inversos respectivamente); en la predicción de la Vitalidad y el MCS, se asocia con el Afrontamiento Pasivo en sentido negativo y el Afrontamiento Activo en sentido positivo; en la predicción del Rol Emocional, se asocia tan solo con el Afrontamiento Pasivo y por último, en el Funcionamiento Social, se asocia con el Afrontamiento Pasivo y el Apoyo Social. Sin embargo, en la predicción de la Salud Mental y el Dolor, donde el valor predictivo del Neuroticismo es mucho mayor, nos encontramos únicamente con esta variable predictoras.

Por otra parte, las variables dependientes mejor explicadas por el análisis de regresión según el porcentaje de varianza son las siguientes: en primer lugar la Salud Mental con un 47%, en segundo lugar el MCS con un 42%, y en tercer lugar la Vitalidad con un 32%. Ciertamente el porcentaje de varianza explicado por cada una de las variables predictoras respecto a las variables dependientes es mejor que en el caso de los análisis presentados en la tabla anterior. Ello puede deberse a que existe una mayor coherencia en el nivel de generalidad entre predictor y criterio en el caso de estos análisis. Así el SF-36 constituye una variable de nivel tan general como las variables de personalidad consideradas (especialmente las dimensiones temperamentales), mientras que el SF-LDQOL está evaluando aspectos específicos de la calidad de vida de los trasplantados de hígado. En resumen, las variables dependientes relacionadas con el componente psicológico en comparación con aquellas relacionadas con el componente físico, están mejor explicadas por los predictores que hemos tenido en consideración. Así, en las variables de calidad de vida que forman parte del componente físico las variables de personalidad no parecen desempeñar un papel importante en su predicción: en el Funcionamiento Físico la variable Neuroticismo explica junto la Extraversión tan sólo el 15% de dicho funcionamiento; en el Rol Físico, el Afrontamiento Pasivo explica sólo el 6% de su varianza, siendo dicho porcentaje el más bajo de los encontrados; el Neuroticismo explica tan sólo el 22% de la varianza de la variable Dolor y el Neuroticismo junto con la Extraversión explican el 24% de la varianza de la Salud General.

Nuevamente, el Neuroticismo es la variable predictoras que más influye en las variables dependientes consideradas (ver tabla 51). Como es esperable,

Tabla 51. Análisis de regresión de la muestra de trasplantados de hígado (N=82). Predicción de los síntomas psicológicos medidos a través del SCL-90

	R ; R <sup>2</sup> corregida (F <sub>gl</sub> ; p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
<b>Somatización</b>	.585; .335 F <sub>6,80</sub> = 41.719; p < .001	.62	N	.58***
<b>Obsesión-compulsión</b>	.618; .375 F <sub>6,80</sub> = 49.504; p < .001	.65	N	.62***
<b>Susceptibilidad</b>	.618; .375 F <sub>6,80</sub> = 49.546; p < .001	.49	N	.62***
<b>Depresión</b>	.671; .443 F <sub>6,80</sub> = 65.408; p < .001	.61	N	.67***
<b>Ansiedad</b>	.744; .548 F <sub>6,80</sub> = 99.156; p < .001	.43	N	.74***
<b>Hostilidad</b>	.660; .428 F <sub>6,80</sub> = 61.719; p < .001	.52	N	.66***
<b>Ansiedad fóbica</b>	.525; .257 F <sub>6,79</sub> = 14.991; p < .001	.42	N Cope Pasivo	.38** .24*
<b>Ideación Paranoide</b>	.571; .318 F <sub>6,80</sub> = 38.691; p < .001	.58	N	.57***
<b>Psicoticismo</b>	.564; .309 F <sub>6,80</sub> = 37.248; p < .001	.43	N	.56***
<b>Depresión Melancólica</b>	.638; .392 F <sub>6,79</sub> = 27.148; p < .001	.61	N Cope Pasivo	.50*** .25**
<b>IGG</b>	.712; .501 F <sub>6,80</sub> = 82.472; p < .001	.43	N	.71***

**Nota:** COPE: Cuestionario de Afrontamiento, N: Neuroticismo, IGG: Índice General de Gravedad

los síntomas psicológicos son mejor predichos por las variables independientes consideradas y concretamente por el Neuroticismo. Esta afirmación se demuestra con los datos: los coeficientes Beta estandarizados y el porcentaje de varianza explicadas son más altos en la predicción de los síntomas psicológicos que en la calidad de vida. Así, en todos los síntomas psicológicos, el Neuroticismo tiene un valor predictivo importante. Especialmente, tiene un papel relevante en la explicación de la Ansiedad (Beta= .74;  $p < .001$ ), IGG (Beta= .71;  $p < .001$ ), Depresión (Beta= .67;  $p < .001$ ), Hostilidad (Beta= 0.66;  $p < .001$ ), Obsesión-Compulsión y Susceptibilidad Interpersonal (Beta= .62;  $p < .001$ ). Solamente se asocia con el Afrontamiento Pasivo en la predicción de la Ansiedad Fóbica y la Depresión Melancólica.

Tomando en consideración los síntomas psicológicos, se observa que la Ansiedad es el síntoma psicológico mejor definido con una varianza explicada del 55%, seguida por la variable IGG con una varianza explicada del 50%, la Depresión con un 44% y la Hostilidad con un 43%. Estos resultados son lógicos, puesto que los pacientes con depresión y ansiedad se caracterizan por poseer rasgos neuróticos. Las personas inestables emocionalmente son ansiosas, se preocupan con facilidad y están a menudo de mal humor o deprimidas. Por otro lado, no sorprenden estos resultados al tener en cuenta como elaboró Eysenck las escalas para evaluar las dimensiones de su modelo de personalidad, de forma que N puede entenderse como “una lista de síntomas más”, i.e., aquellos que con mayor frecuencia presentan los pacientes diagnosticados como neuróticos por la psiquiatría tradicional.

En este caso, el Afrontamiento Pasivo, un aspecto más cognitivo-motivacional de la personalidad, es la variable predictora más relevante a la hora de explicar los síntomas más característicos de los trasplantados de riñón ya que aparece en tres de las cuatro variables criterio que resultaron significativas en los análisis de regresión. Por tanto, a mayor Afrontamiento Pasivo, más limitaciones en la Capacidad Cognitiva, más Disfunción Renal y Cardíaca y más Malestar Psicológico asociado al Trasplante.

No obstante, los mejores resultados se obtienen cuando el estilo pasivo y la inestabilidad emocional se combinan para explicar cerca del 41% del Malestar Psicológico Asociado al Trasplante (Betas respectivos de .51;  $p < .01$  y de .29;  $p < .05$ ). Por otro lado, no deja de ser sorprendente el resultado obtenido en relación con los Efectos Secundarios de los Esteroides, donde el uso de las estrategias activas y el apoyo social percibido predicen una mayor cantidad de efectos negativos (ambas explican conjuntamente el 31% de la aparición de esos problemas).

### 3.4.2. Trasplantados de riñón

A continuación, recogemos los análisis de regresión relacionados con los trasplantados de riñón. En la Tabla 52 se encuentran los correspondientes a la calidad de vida específica. Como ocurría en el caso de los Problemas Sexuales en los trasplantados de hígado, no hay ningún predictor de las variables Capacidad Física Limitada y Crecimiento Excesivo de Vello y Problemas con las Encías.

En este caso, el Afrontamiento Pasivo, un aspecto más cognitivo-motivacional de la personalidad, es la variable predictora más relevante a la hora de explicar los síntomas más característicos de los trasplantados de riñón ya que aparece en tres de las cuatro variables criterio que resultaron significativas en los análisis de regresión. Por tanto, a mayor Afrontamiento Pasivo, más limitaciones en la capacidad cognitiva, más Disfunción Renal y Cardíaca y más Malestar Psicológico asociado al Trasplante.

**Tabla 52. Análisis de regresión de la muestra de trasplantados renales (N=35). Predicción de la calidad de vida específica a través del ESRD-SCL**

	R ; R <sup>2</sup> corregida (F <sub>gl</sub> ; p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
<b>CFL</b>	--	--	--	--
<b>CCL</b>	.343; .091 F <sub>6,33</sub> = 4.391; p < .05	5.70	Cope Pasivo	.34*
<b>DRC</b>	.348; .094 F <sub>6,33</sub> = 4.536; p < .05	4.77	Cope Pasivo	.35*
<b>ESS</b>	.595; .314 F <sub>6,32</sub> = 8.779; p < .01	2.92	MOS Cope Activo	.39* .34*
<b>CEV</b>	--	--	--	--
<b>MPA</b>	.665; .407 F <sub>6,32</sub> = 12.660; p < .001	4.24	Cope Pasivo N	.51** .29*

**Nota:** CFL: Capacidad Física Limitada; CCL: Capacidad Cognitiva Limitada; DRC: Disfunción Renal y Cardíaca; ESS: Efectos Secundarios de los Esteroides; CEV: Crecimiento Excesivo del Vello y Problemas con las Encías; MPA: Malestar Psicológico Asociado al Trasplante.

No obstante, los mejores resultados se obtienen cuando el estilo pasivo y la inestabilidad emocional se combinan para explicar cerca del 41% del Malestar Psicológico Asociado al Trasplante (Betas respectivos de .51;  $p < .01$  y de .29;  $p < .05$ ). Por otro lado, no deja de ser sorprendente el resultado obtenido en relación con los Efectos Secundarios de los Esteroides, donde el uso de las estrategias activas y el apoyo social percibido predicen una mayor cantidad de efectos negativos (ambas explican conjuntamente el 31% de la aparición de esos problemas).

En la regresión realizada para la predicción de los síntomas físicos y psicológicos medidos por el SF-36 (ver tabla 53), se observa que tres de las cuatro variables criterio relacionadas con la calidad de vida física,

**Tabla 53. Análisis de regresión de la muestra de trasplantados renales (N=35). Predicción de la calidad de vida genérica medida a través del SF-36**

	R ; R <sup>2</sup> corregida (F <sub>gl</sub> ; p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
<b>Salud general</b>	.514; .242 F <sub>6,33</sub> = 11.854; p < .01	13.67	N	-.51**
<b>Vitalidad</b>	.506; .233 F <sub>6,33</sub> = 11.349; p < .01	14.06	Cope Pasivo	-.50
<b>Funcionamiento social</b>	.514; .242 F <sub>6,33</sub> = 11.846; p < .01	11.77	Cope Pasivo	.51**
<b>Rol emocional</b>	.451; .179 F <sub>6,33</sub> = 8.436; p < .01	26.17	N	-.45**
<b>Salud mental</b>	.773; .572 F <sub>6,32</sub> = 23.699; p < .001	12.64	N Cope Pasivo	-.61*** -.30*
<b>PCS</b>	.345; .093 F <sub>6,32</sub> = 4.468; p < .05	19.63	Cope Pasivo	-.34*
<b>MCS</b>	.740; .520 F <sub>6,32</sub> = 19.418; p < .001	10.11	N Cope Pasivo	-.46** -.44**

**Nota:** PCS: Componente Sumario Físico MCS: Componente Sumario Mental, N: Neuroticismo, COPE: Cuestionario de Afrontamiento.

concretamente, Funcionamiento Físico, Rol Físico y Dolor no han dado lugar a resultados significativos. En todas las demás variables, el poder predictivo se lo reparten la dimensión de Neuroticismo y el Afrontamiento Pasivo (bien en solitario o en conjunto), de modo que la estabilidad emocional acompañada por el menor uso de estrategias pasivas o paliativas explicaría una mayor calidad de vida, especialmente por lo que se refiere a los aspectos relacionados con el bienestar psicológico. Así, ambas variables predicen el 57% del factor de Salud Mental y el 52% del Componente Sumatorio de Salud Mental (MCS). También podría destacarse que la inestabilidad emocional explica el 24% de la menor Salud General que a nivel físico informan los trasplantados (Beta= -.51;  $p < .01$ ). Porcentajes de varianza similares explica el Afrontamiento Pasivo en relación con la Vitalidad y el Funcionamiento Social que aparecen más limitados en aquellos que hacen un mayor uso de esas estrategias.

En el análisis de regresión realizado para predecir los síntomas psicológicos de los trasplantados renales (ver tabla 54), nuevamente el Neuroticismo en primer lugar y el Afrontamiento Pasivo en segundo lugar son los predictores más importantes. A ellos se unen el Tiempo Desde El Trasplante y el Apoyo Social que juegan un papel menos determinante en vaticinar los síntomas psicológicos. Concretamente, el Neuroticismo con un valor Beta de .84 ( $p < .001$ ) es el factor más importante en pronosticar el 70% de los síntomas de Hostilidad, siendo el valor Beta más elevado de los analizados hasta ahora. A continuación, el Neuroticismo también tiene un papel destacado en la predicción de los síntomas de Ansiedad (Beta= .65;  $p < .001$ ), Ideación Paranoide (Beta= .61;  $p < .001$ ), Depresión Melancólica (Beta= .60;  $p < .001$ ), IGG (Índice de Gravedad Global) (Beta= .56;  $p < .001$ ) y Depresión (Beta= .51;  $p < .001$ ). En el resto de los síntomas psicológicos, también interviene como factor predictor, a excepción de en la predicción de los síntomas de Somatización, donde el Afrontamiento Pasivo es la única variable predictora (Beta= .44;  $p < .01$ ). El Afrontamiento Pasivo, también es la variable con mayor peso en la predicción de los síntomas de Psicoticismo (Beta= .60;  $p < .001$ ).

Sin embargo, el Neuroticismo interviene conjuntamente con otras variables independientes. Tan solo para la predicción de los síntomas de Hostilidad e Ideación Paranoide lo hace en solitario sin la colaboración de las otras variables mencionadas. Así, el Neuroticismo se asocia con el Afrontamiento Pasivo en la predicción de la Obsesión-Compulsión, la Susceptibilidad Interpersonal, Ansiedad, Ansiedad Fóbica e IGG. Además, en la predicción de los síntomas de Depresión y de Psicoticismo, otra variable que se asocia junto con el Neuroticismo y el Afrontamiento Pasivo es el Apoyo Social, pero ésta con un sentido negativo. Por último, el Neuroticismo se asocia con el Tiempo desde el Trasplante para predecir los síntomas de Depresión Melancólica, de forma que la mayor inestabilidad emocional y el menor tiempo desde el trasplante predicen el 36% de estos.

**Tabla 54. Análisis de regresión de la muestra de trasplantados renales (N=35). Predicción de los síntomas psicológicos medidos a través del SCL-90**

	R ; R <sup>2</sup> corregida (F <sub>gl</sub> ; p)	Error típico	Variables predictoras	Coefficiente B estandarizado
<b>Somatización</b>	.443; .172 F <sub>6,33</sub> = 8.059; p < .01	.67	Cope Pasivo	.44**
<b>Obsesión-Compulsión</b>	.652; .389 F <sub>6,32</sub> = 11.823; p < .001	.57	Cope Pasivo N	.41** .38*
<b>Susceptibilidad</b>	.680; .427 F <sub>6,32</sub> = 13.300; p < .001	.54	N Cope Pasivo	.43** .39**
<b>Depresión</b>	.777; .566 F <sub>6,31</sub> = 15.753; p < .001	.53	N Cope Pasivo MOS	.51*** .37** -.28*
<b>Ansiedad</b>	.782; .588 F <sub>6,32</sub> = 25.248; p < .001	.42	N Cope Pasivo	.65*** .26*
<b>Hostilidad</b>	.844; .703 F <sub>6,33</sub> = 81.533; p < .001	.46	N	.84***
<b>Ansiedad Fóbica</b>	.589; .307 F <sub>6,32</sub> = 8.520; p < .01	.45	N Cope Pasivo	.38* .34*
<b>Ideación Paranoide</b>	.613; .356 F <sub>6,33</sub> = 19.836; p < .001	.65	N	.61***
<b>Psicoticismo</b>	.780; .570 F <sub>6,31</sub> = 16.005; p < .001	.35	Cope Pasivo MOS N	.61*** -.33** .27*
<b>Depresión Melancólica</b>	.632; .362 F <sub>6,32</sub> = 10.641; p < .001	.62	N Tiempo desde el trasplante	.60*** -.29*
<b>IGG</b>	.793; .605 F <sub>6,32</sub> = 27.080; p < .001	.37	N Cope Pasivo	.56*** .40**

**Nota:** COPE: Cuestionario de Afrontamiento, N: Neuroticismo, MOS: Cuestionario de Apoyo Social, IGG: Índice General de Gravedad.

Si tomamos en consideración las variables dependientes, observamos que la Hostilidad es el síntoma psicológico mejor explicado por el Neuroticismo con un 70% de varianza explicada, seguida por el IGG con un 60% de varianza explicada, la Ansiedad con un 58%, el Psicoticismo con un 57%, la Depresión con un 56% y la Susceptibilidad Interpersonal con un 42%.

### 3.4.3. Trasplantados de pulmón

En el caso de los trasplantados de pulmón, ninguna de las variables independientes permitió explicar ni los síntomas del cuestionario de calidad de vida específico ni la CVRS genérica evaluada por el SF-36. Por tanto, presentamos exclusivamente los análisis de regresión realizados en relación con los síntomas psicológicos evaluados por la SCL-90 (tabla 55).

De nuevo, el Neuroticismo y el Afrontamiento tanto el Pasivo como el Activo vuelven a ser los principales predictores. Concretamente, el Neuroticismo predice en mayor medida, en primer lugar, la Hostilidad (Beta= .77,  $p < .001$ ), además de la Depresión (Beta= .56;  $p < .05$ ) y la Ansiedad (Beta= .47;  $p < .05$ ). En la predicción de esta última variable dependiente, curiosamente el Afrontamiento Activo en sentido positivo también juega un papel relevante (Beta= .44;  $p < .05$ ). Por tanto la Ansiedad parece predecirse cuando el paciente trasplantado pulmonar afronta activamente los síntomas propios de su enfermedad además de poseer una tendencia a la inestabilidad emocional. Por su parte, el Afrontamiento Pasivo es el predictor más importante de la Somatización (Beta= .53;  $p < .05$ ).

Si observamos las variables dependientes consideradas, la Hostilidad es la variable mejor explicada, puesto que su porcentaje de varianza alcanza el 57%, seguida por la Ansiedad con un 44%. La Depresión con un 28% y la Somatización con un 23%, alcanzan valores más bajos.

\* \* \* \*

Como comentábamos en un principio, con los análisis realizados en este apartado, se trataba de probar la hipótesis 2.1. A modo de resumen podemos decir que en los *trasplantados de hígado* el Neuroticismo es la variable predictora más importante. La CVRS genérica (medida por el SF-36) es mejor predicha que la CVRS específica (SF-LDQOL) con las variables consideradas en este estudio. Concretamente, las variables Salud Mental y MCS de la calidad de vida genérica son las mejor explicadas. Por otro lado, los factores mejor explicados del SF-LDQOL son la Soledad y Distrés. Sin embargo, los síntomas psicológicos (SCL-90) son los que mejor se predicen, concretamente la Ansiedad con una varianza explicada del 55%, Índice Global de Gravedad con un 50%, la Depresión con un 44% y la Hostilidad con un 43%.

**Tabla 55. Análisis de regresión de la muestra de trasplantados pulmonares (N=22). Predicción de los síntomas psicológicos medidos a través del SCL-90**

	R ; R <sup>2</sup> corregida (F <sub>gl</sub> ; p)	Error típico	Variables Predictoras	Coefficiente B estandarizado
<b>Somatización</b>	.527; .233 F <sub>6,16</sub> = 6.166; p < .05	.60	Cope Pasivo	.53*
<b>Depresión</b>	.567; .280 F <sub>6,16</sub> = 7.597; p < .05	.48	N	.57*
<b>Ansiedad</b>	.713; .443 F <sub>6,15</sub> = 7.759; p < .01	.43	N Cope Activo	.47* .45*
<b>Hostilidad</b>	.771; .569 F <sub>6,16</sub> = 23.422; p < .001	.29	N	.77***

**Nota:** N: Neuroticismo, Cope: Cuestionario de Afrontamiento.

Respecto a los *trasplantados de riñón*, el Malestar Psicológico Asociado al Trasplante es el factor del ESRD-SCL (CVRS específica) mejor explicado. El Afrontamiento Pasivo es la variable predictora más relevante para explicar la CVRS específica. Además actúa junto con el Neuroticismo para predecir la CVRS general y los síntomas psicológicos. Otras variables predictoras hacen su aparición pero no son tan relevantes. Por otro lado, los valores más altos de varianza explicada en la CVRS genérica nos indican que dicha CVRS está mejor explicada que la específica, a pesar de que algunas escalas del SF-36 (Funcionamiento Físico, Rol Físico y Dolor) no dieron lugar a resultados significativos. Como ocurría en los trasplantados de hígado, en los trasplantados de riñón la Salud Mental y el MCS, son las variables mejor explicadas del SF-36. Teniendo en cuenta que las variables predictoras básicamente están más relacionadas con aspectos psicológicos (personalidad, apoyo social, afrontamiento) los resultados son lógicamente esperados.

Similarmente a la muestra de trasplantados de hígado, los síntomas psicológicos son mejor explicados que la CVRS puesto que el tanto por cien de varianza oscila desde el 70% de Hostilidad hasta el 42% de los síntomas de Susceptibilidad Interpersonal.

En cuanto a los *trasplantados de pulmón*, las variables independientes utilizadas tan solo han podido predecir o explicar cuatro síntomas psicológicos del SCL-90: Hostilidad, Ansiedad, Depresión y Somatización. Por tanto, como en los otros dos grupos de trasplantados, los síntomas psicológicos son mejor explicados que la CVRS sea genérica o específica. Al igual que en el caso de los

trasplantados de riñón, la Hostilidad es el síntoma psicológico mejor explicado. Tanto el Neuroticismo como el Afrontamiento Activo y Pasivo, vuelven a ser los principales predictores.

En conclusión, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, la hipótesis 2.1. se confirma parcialmente en algunos de sus aspectos y dependiendo de la muestra de trasplantados. En el caso de los trasplantados de hígado el Neuroticismo desempeña un papel, aunque débil en la predicción de la calidad de vida específica. El peso es más fuerte si consideramos el Componente de Salud Mental de la calidad de vida genérica (MCS). Por otra parte la Extraversión y el Neuroticismo en sentido inverso contribuyen a explicar una parte de los cambios que se observan en salud física. Sin duda, el Neuroticismo explica en mayor medida los síntomas psicológicos de la SCL-90. Por otra parte, se esperaba que el apoyo social contribuyera a predecir de alguna manera la mejor calidad de vida en sus aspectos físicos, pero el papel del apoyo social ha sido irrelevante. Si consideramos los trasplantados de riñón, el panorama cambia, aunque sigue yendo en la línea de la hipótesis planteada. Así, cuando se trata de predecir las dimensiones de calidad de vida específicas es el afrontamiento pasivo más que la inestabilidad emocional la variable que parece ejercer un peso más importante en comparación con el resto. Y lo mismo ocurre cuando se analiza la calidad de vida genérica, donde el Afrontamiento Pasivo solo o junto con el Neuroticismo aparecen como predictores de interés. Este mismo panorama se observa en el caso de la predicción de los síntomas psicológicos: de nuevo el Afrontamiento Pasivo en solitario o en conjunción con el Neuroticismo aparece como el mejor predictor. Por tanto, es la importancia del afrontamiento pasivo en este grupo lo que lo diferencia en gran medida del grupo de trasplantado de hígado. En todo caso, en este grupo, ni el Apoyo Social, ni la Extraversión desempeñan un papel relevante en la predicción de los aspectos físicos de la calidad de vida. Por último, en el grupo de trasplantados de pulmón no se confirmaría la hipótesis. Por una parte, ninguna de las variables mostró un peso suficiente para predecir la CVRS, ni la específica, ni la genérica. Por otra, el Neuroticismo como siempre emergió como la variable más relevante para predecir, al menos, algunos de los síntomas psicológicos.

### **3.5. Trasplantados de hígado: género y complicaciones tras el trasplante**

En este apartado estudiaremos el papel modulador desempeñado por el *género* y las *complicaciones postrasplante* en la muestra de trasplantados de hígado ya que representa el grupo más numeroso.

En primer lugar trataremos de probar la *hipótesis 3.1* que señalaba lo siguiente: *“se espera que las mujeres trasplantadas de hígado tengan peor*

CVRS, más distrés psicológico y perciban menor apoyo social que los hombres trasplantados."

A continuación trataremos de probar la hipótesis 3.2. la cual sugería que: "Se espera que aquellos trasplantados de hígado que informan haber tenido complicaciones posean una peor CVRS que aquellos otros trasplantados que informan no haberlas tenido y que ello se vea reflejado en las puntuaciones obtenidas por unos y otros tanto en el cuestionario genérico como en el específico empleado en la investigación".

### 3.5.1. Género

Para estudiar las diferencias de género se ha utilizado como estadístico de comparación la U de MannWhitney. En primer lugar, se presenta el análisis diferencial entre hombres y mujeres en relación a las características de personalidad (ver tabla 56). La tabla muestra, en contra de lo esperado según la hipótesis 3.1., que no se observan diferencias significativas en función del género, al menos en el tipo de personalidad predominante, el afrontamiento empleado y el tipo de apoyo social elegido en función del género de los trasplantados.

**Tabla 56. Género y características de personalidad (N=82)**

	Hombres (N=67)		Mujeres (N=15)		U	d
	M	DT	M	DT		
E	7,60	2,67	6,87	3,07	446.5	/
N	3,45	3,26	5,53	4,27	351.0	/
AF.AC	30,90	8,31	30,27	7,90	465.0	/
AF.PAS	20,13	5,69	21,60	5,75	426.0	/
AP. EM.I	42,04	8,74	42,53	9,80	461.5	/
AP.AFEC	22,49	3,64	22,87	4,00	429.0	/
AP.INST	17,34	4,30	16,93	4,67	496.5	/
AP.TOT	81,88	15,29	82,33	16,49	470.5	/

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$  E:Extraversión, N:Neuroticismo, AF.AC: Afrontamiento activo, AF.PAS: Afrontamiento pasivo, AP.EM.I: Apoyo emocional informacional, AP.AFEC: Apoyo afectivo, AP. INST: Apoyo instrumental, AP.TOT: Apoyo total, AF.AC: Afrontamiento activo, AF.PAS: Afrontamiento pasivo.

En la tabla 57, por el contrario, observamos que las diferencias en calidad de vida entre hombres y mujeres que han recibido un injerto de hígado son más significativas y además dichas diferencias son en la dirección esperada según la hipótesis sugerida. En esta muestra, los hombres muestran significativamente mayor CVRS que las mujeres en las dimensiones de Dolor, Salud General, Vitalidad, Salud Mental y la Puntuación Total de Salud Física (PCS) y Salud Mental (MCS). Como sugieren los tamaños del efecto para las puntuaciones sumatorias, el efecto es fuerte para el Componente de Salud Física ( $d = .84$ ) y moderado para el Componente de Salud Mental ( $d = .59$ ).

Tabla 57. Género y CVRS evaluada con el SF-36 (N=82)

	Hombres (N=67)		Mujeres (N=15)		U	d
	M	DT	M	DT		
F.FIS	79,78	21,87	63,67	31,37	355.0	/
R.FIS	75,00	44,59	56,67	46,74	403.5	/
DOL	74,96	27,65	44,44	25,20	205.0***	1.15
S.GEN.	64,40	21,15	43,67	26,96	277.0**	.86
VITAL	67,99	22,56	50,33	25,74	286.0**	.73
F.SOC.	68,66	16,50	62,00	22,10	422.0	/
R.EM.	78,11	45,89	60,00	47,48	406.0	/
S.MEN	78,99	20,45	63,73	23,64	286.0**	.69
PCS	73,53	23,23	52,11	28,06	280.5**	.84
MCS	73,43	23,03	59,02	26,20	303.5*	.59

**Nota:** \* = p < .05; \*\* = p < .01; \*\*\* = p < .001 F.FIS: Funcionamiento físico, R.FIS: Rol físico, S.GEN: Salud general, VITAL: Vitalidad, F.SOC: Funcionamiento social, R.EM: Rol emocional, S.MEN: Salud mental, PCS: Componente de salud física, MCS: Componente de salud mental

Respecto a los síntomas psicológicos (ver tabla 58), las mujeres trasplantadas de hígado en esta muestra experimentan significativamente más síntomas de Somatización, Obsesión-Compulsión, Ansiedad, Depresión, Ideación Paranoide e Índice General de Gravedad que los hombres. La mayor parte de estas diferencias se asocian con efectos fuertes que oscilan entre unos valores de .77 para los síntomas de Depresión y de 1.12 para los de Somatización.

Tabla 58. Género y síntomas psicológicos (N=82)

	Hombres (N=67)		Mujeres (N=15)		U	d
	M	DT	M	DT		
SOM	0,67	0,68	1,49	0,79	194.5***	-1.12
OC	0,81	0,74	1,49	0,95	282.0**	-.80
SUS	0,49	0,52	0,86	0,91	420.0	/
D	0,60	0,68	1,30	1,13	315.0*	-.77
A	0,38	0,55	0,97	0,82	279.5**	-.86
HT	0,42	0,56	0,92	1,03	358.5	/
AF	0,22	0,48	0,30	0,55	466.0	/
IDP	0,43	0,50	1,11	1,11	292.5*	-.84
PSI	0,26	0,39	0,55	0,87	438.5	/
DM	0,90	0,70	1,36	1,02	373.0	/
IGG	0,53	0,51	1,07	0,80	301.5*	-.82

**Nota:** \* = p < .05; \*\* = p < .01; \*\*\* = p < .001 Nota: SOM: Somatización, OC: Obsesión compulsión, SUS: Susceptibilidad interpersonal, D: Depresión, A: Ansiedad, HT: Hostilidad, AF: Ansiedad Fóbica, IDP: Ideación Paranoide, PSI: Psicoticismo, DM: Depresión Melancólica, IGG: Índice Global de Gravedad

Por último, por lo que se refiere CVRS medida por el cuestionario específico SF-LDQOL (ver tabla 59), las mujeres trasplantadas de hígado muestran mayores Síntomas relacionados con la enfermedad hepática y más

problemas de sueño que los hombres de esta misma muestra. Los efectos asociados son moderados.

**Tabla 59. Género y CVRS evaluada a través del SF-LDQOL (N=82)**

	Hombres (N=67)		Mujeres (N=15)		U	d
	M	DT	M	DT		
<b>SINTOMAS</b>	14,07	18,54	30,20	28,99	299.0*	-.68
<b>EFFECTOS</b>	16,72	23,74	32,47	32,31	348.0	/
<b>DORMIR</b>	24,78	19,10	39,33	20,86	290.5*	-.73
<b>SOLEDAD</b>	7,91	15,18	10,00	14,27	468.0	/
<b>DES</b>	29,51	22,98	38,40	29,83	413.0	/
<b>ESTIGMA</b>	14,33	19,19	13,33	18,28	488.0	/
<b>PR SEX</b>	30,50	29,71	25,09	27,80	189.0	/
<b>MYC</b>	23,43	20,62	37,58	34,91	272.0	/
<b>DISTRES</b>	13,70	22,63	25,13	28,38	371.0	/

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$  Nota: SINTOMA: Síntomas relacionados con la enfermedad hepática, EFECTOS: Efectos de la hepatopatía en las actividades de la vida diaria, DORMIR: Problemas de sueño, DES: Desesperanza o preocupación por el futuro, ESTIGMA: Estigma/imagen corporal, PR.SEX: Problemas sexuales/Funcionamiento sexual, MYC: Memoria y concentración, DISTRES: Distrés o preocupación por la enfermedad.

En definitiva, las mujeres trasplantadas de hígado, parecen mostrar menor CVRS que los hombres, medida a través del cuestionario específico y genérico en ciertos aspectos, pero no en todas y cada una de las dimensiones que conforman dichos cuestionarios. Asimismo, las mujeres trasplantadas de hígado experimentan más síntomas psicológicos que los hombres. Sin embargo, no se observan diferencias significativas respecto a las características de personalidad. Por tanto, la hipótesis 3.1. podemos decir que se cumple parcialmente según los datos obtenidos en esta muestra.

### 3.5.2. Complicaciones tras el trasplante en los trasplantados de hígado

En este siguiente apartado tratamos de confirmar la hipótesis 3.2. que básicamente dice lo siguiente: *“Lógicamente se espera que aquellos trasplantados de hígado que informan haber tenido complicaciones posean una peor CVRS que aquellos otros trasplantados que informan no haberlas tenido (Ortega y Rebollo, 2006; Desai et al, 2008) y que ello se vea reflejado en las puntuaciones obtenidas por unos y otros tanto en el cuestionario genérico como en el específico empleado en la investigación”.*

Como estadístico de comparación para estos análisis se ha utilizado la t de Student. En la tabla 60 donde se recogen las características de personalidad, la única diferencia significativa que se observa es en relación al Neuroticismo, donde el grupo de trasplantados de hígado con una o más complicaciones parece mostrar una personalidad más inestable. El tamaño del efecto es moderado ( $d = .56$ ).

**Tabla 60. Complicaciones y características de personalidad (N=82)**

	Sin complicaciones (N=32)		Con 1 o más complicaciones (N=40)		t	d
	M	DT	M	DT		
<b>E</b>	8,00	2,49	7,13	3,01	1,35	/
<b>N</b>	2,56	2,58	4,33	3,79	-2.34*	-.56
<b>AF.A</b>	31,38	9,11	30,90	7,51	.24	/
<b>AF.P</b>	20,72	5,13	20,25	5,81	.36	/
<b>APEI</b>	42,09	7,60	42,35	9,71	-.13	/
<b>AP.A</b>	23,28	2,36	22,30	4,03	1.29	/
<b>AP.I</b>	17,03	4,46	17,78	4,03	-.73	/
<b>AP.T</b>	82,41	12,11	82,43	16,81	-.01	/

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$  E: Extraversión, N: Neuroticismo, AF.A: Afrontamiento activo, AF.P: Afrontamiento pasivo, APEI: Apoyo emocional informacional, AP.A: Apoyo afectivo, AP.I: Apoyo instrumental, AP.T: Apoyo total.

Según los resultados que se desprenden de la tabla 61, el grupo de trasplantados sin complicaciones manifiesta disfrutar significativamente de mejor Salud General y Salud Mental. Resaltar que el componente de salud física da lugar a un efecto moderado ( $d = .56$ ).

**Tabla 61. Complicaciones y CVRS evaluada a través del SF-36 (N=82)**

	Sin Complicaciones (N=32)		Con 1 o más complicaciones (N=40)		t	d
	M	DT	M	DT		
<b>F.FIS</b>	82,97	25,17	72,63	23,72	1.78	/
<b>R.FIS</b>	85,16	49,54	64,38	40,39	1.92	/
<b>DOL</b>	74,65	28,95	66,94	28,96	1.12	/
<b>S.GEN.</b>	71,09	20,78	54,63	21,64	3.28**	.78
<b>VITAL</b>	71,09	22,96	63,25	24,14	1.41	/
<b>F.SOC.</b>	70,94	16,34	66,75	18,17	1.03	/
<b>R.EM.</b>	86,46	46,27	76,67	40,09	.95	/
<b>S.MEN</b>	83,88	14,81	73,80	23,38	2.22*	.53
<b>PCS</b>	78,47	25,83	64,64	23,91	2.33*	.56
<b>MCS</b>	78,09	20,46	70,12	23,71	1.53	/

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$  F. FIS.: Funcionamiento físico, R.FIS: Rol físico, S.GEN: Salud general, VITAL: Vitalidad, F.SOC: Funcionamiento social, R.EM: Rol emocional, S.MEN: Salud mental, PCS: Componente de salud física, MCS: Componente de salud mental

Observando los datos donde aparecen las medias y desviaciones típicas de los síntomas psicológicos, la única diferencia significativa entre los grupos con y sin complicaciones tras el trasplante de hígado se encuentra en la variable Ansiedad (ver tabla 62). El grupo formado por los trasplantados de hígado con

**Tabla 62. Complicaciones y síntomas psicológicos (N=82)**

	Sin Complicaciones (N=32)		Con 1 o más complicaciones (N=40)		t	d
	M	DT	M	DT		
<b>SOM</b>	0,59	0,63	0,88	0,77	-1.76	/
<b>OC</b>	0,76	0,73	0,96	0,78	-1.13	/
<b>SUS</b>	0,42	0,44	0,58	0,66	-1.23	/
<b>D</b>	0,51	0,56	0,79	0,90	-1.59	/
<b>A</b>	0,28	0,41	0,55	0,68	-2.01*	-.50
<b>HT</b>	0,36	0,45	0,48	0,68	-.89	/
<b>AF</b>	0,17	0,38	0,21	0,47	-.40	/
<b>IDP</b>	0,41	0,49	0,61	0,73	-1.39	/
<b>PSI</b>	0,18	0,25	0,29	0,45	-1.33	/
<b>DM</b>	0,92	0,65	0,94	0,88	-.13	/
<b>IGG</b>	0,47	0,42	0,65	0,63	-1.49	/

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$  SOM: Somatización, OC: Obsesión compulsión, SUS: Susceptibilidad interpersonal, D: Depresión, A: Ansiedad, HT: Hostilidad, AF: Ansiedad Fóbica, IDP: Ideación Paranoide, PSI: Psicoticismo, DM: Depresión Melancólica, IGG: Índice Global de Gravedad

complicaciones tras la intervención, parece mostrar más síntomas de ansiedad que el grupo de trasplantados que manifiesta no sufrir ninguna complicación tras el implante del nuevo hígado. El efecto es moderado ( $d = .50$ ).

Por último, en la tabla 63, aparecen los datos del cuestionario específico SF-LDQOL. Las escalas Efectos de la Hepatopatía en las Actividades de la Vida Diaria, Desesperanza o Preocupación por el Futuro y Distrés o Preocupación por la Enfermedad, son las que resultan significativas. Justamente estas dos últimas escalas describen síntomas psicológicos y son precisamente con las que se asocia un efecto más fuerte:  $d = .70$  y  $d = .74$ , respectivamente.

A la vista de los resultados, a pesar de que las diferencias significativas entre ambos grupos no son muy numerosas, las que hemos comentado ciertamente son según la tendencia esperada puesto que el grupo de trasplantados de hígado con complicaciones muestra: una personalidad más inestable, peor salud general y salud mental, reflejada en una mayor Ansiedad (no existiendo diferencias significativas en los niveles de Depresión y Somatización, como en principio sugeríamos en la hipótesis 3.2.). Respecto al cuestionario específico se observan más Efectos de la Enfermedad en la Vida Diaria y más preocupación por el estado de salud y Futuro entre aquellos trasplantados de hígado que presentan complicaciones.

Tabla 63. Complicaciones y CVRS evaluada a través del SF-LDQOL (N=82)

	Sin Complicaciones (N=32)		Con 1 o más Complicaciones (N=40)		t	d
	M	DT	M	DT		
SINT	11,88	20,82	18,58	17,73	-1.45	/
EFE	11,66	23,59	24,03	25,87	-2.12*	-.50
DOR	23,28	19,08	29,50	21,33	-1.30	/
SOL	5,78	10,33	9,75	18,11	-1.17	/
DES.	21,00	24,51	37,68	22,99	-2.95**	-.70
EST	10,94	18,71	13,95	18,38	-.68	/
PR.S	22,56	28,95	33,24	27,86	-1.21	/
MYC	20,00	23,67	25,65	22,98	-.93	/
DIST	6,31	14,97	22,30	28,26	-3.08**	-.74

**Nota:** \*= $p < .05$ ; \*\*= $p < .01$ ; \*\*\*= $p < .001$  SINT: Síntomas relacionados con la enfermedad hepática, EFE: Efectos de la hepatopatía en las actividades de la vida diaria, DOR: Problemas de sueño, SOL: Soledad, DES: Desesperanza o preocupación por el futuro, EST: Estigma/imagen corporal, PR.S: Problemas sexuales/Funcionamiento sexual, MYC: Memoria y concentración, DIST: Distrés o preocupación por la enfermedad.

En resumidas cuentas, la hipótesis tiende a confirmarse, aunque hubiera sido esperable alguna diferencia significativa más sustancial en el caso de la CVRS evaluada a través del SF36.

## CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES

En este último capítulo, se presenta un resumen de los principales resultados obtenidos. A continuación reflexionamos sobre las decisiones definitivas en referencia a si efectivamente se han cumplido o no las hipótesis establecidas en el primer capítulo. Seguidamente, se expondrán las conclusiones así como las limitaciones encontradas en el presente estudio y posibles investigaciones futuras. Por último incidiremos en los últimos avances y noticias asociadas a la hepatitis C, trasplante hepático y trasplante en términos generales.

### 4.1. Resumen del estudio

En primer lugar, se expuso una **introducción** amplia con consideraciones generales en relación al trasplante de órganos, realizando un breve recorrido histórico de los primeros trasplantes a nivel mundial, y después centrándonos en la ejemplar historia de España con la formación de la Organización Nacional de Trasplantes y la figura del coordinador de trasplantes. Asimismo, hemos descrito aspectos médicos específicos de cada una de las poblaciones de trasplantados (hígado, riñón y pulmón). Por otro lado, en este apartado de introducción también incluimos investigaciones vinculadas con la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) en cada uno de los grupos de trasplantados. Finalizamos el apartado de introducción con una revisión de diferentes investigaciones relacionadas con las variables que hemos considerado en el presente estudio, es decir, las características sociodemográficas, de personalidad, síntomas psicológicos y apoyo social.

El **objetivo** de la presente investigación, se dirige a describir las muestras de trasplantados, es decir, personas trasplantadas de hígado, riñón y pulmón para conocer sus características sociodemográficas, sus perfiles de personalidad medios, los síntomas psicológicos predominantes, así como su calidad de vida relacionada con la salud, aunque en principio nuestros esfuerzos se centraron particularmente en la muestra de trasplantados de hígado. Las

hipótesis planteadas pretenden dar cuenta de las relaciones establecidas entre las variables evaluadas por los cuestionarios utilizados.

En cuanto a la **metodología**, se presentan los principales datos descriptivos de las tres muestras con las características sociodemográficas, tiempo desde el trasplante, causas del mismo y complicaciones tras la intervención quirúrgica. Los instrumentos de evaluación utilizados comunes a las tres muestras son el EPQ, MOS, SCL-90, el cuestionario genérico de calidad de vida SF-36 y los específicos (SF-LDQOL, ESRD-CL, SGRQ). En cuanto a los análisis estadísticos utilizados se han calculado porcentajes y realizado análisis bivariados (análisis de varianza y correlacionales) y multivariados (básicamente análisis de regresión paso a paso).

Respecto a los **resultados**, se ofrece la consistencia interna de las escalas y a continuación se comentan los datos obtenidos que tienen la finalidad de probar las hipótesis planteadas.

En primer lugar incluimos las características psicológicas para dar cuenta del objetivo 1 que consiste en describir los aspectos temperamentales y cognitivos de la personalidad, calidad de vida y síntomas psicológicos generales que caracterizan a la población trasplantada, así como estudiar las similitudes y/o diferencias que se observan en esos aspectos entre las tres muestras de trasplantados consideradas en el estudio: hígado, riñón y pulmón. Este análisis descriptivo se ha dividido en dos partes. Por una parte el análisis de las medias y desviaciones típicas obtenidas por la muestra total y los grupos en las distintas variables estudiadas. Por otra parte el análisis descriptivo se completa con el análisis de las correlaciones entre las variables estudiadas en cada una de las muestras de trasplantados.

En segundo lugar, incluimos el análisis de regresión paso a paso para analizar el papel predictivo que desempeñan las variables de personalidad, el apoyo social total y el tiempo transcurrido desde el trasplante en relación con la calidad de vida tanto genérica como específica así como con los síntomas psicológicos. Todo ello con el fin de cumplir con el objetivo 2.

Por último se presentan los resultados relativos al objetivo 3 que se interesaba por el papel modulador desempeñado por el género y las complicaciones postrasplante en la muestra de trasplantados de hígado ya que representa el grupo más numeroso. Para estudiar las diferencias de género se ha utilizado como estadístico de comparación la U de MannWhitney. Por su parte para conocer las diferencias en CVRS en trasplantados de hígado con y sin complicaciones, como estadístico de comparación se ha utilizado la t de Student.

El contenido más pormenorizado de los resultados así como las decisiones respecto a si confirmamos o no las hipótesis planteadas, aparecen a continuación.

## 4.2. Comprobación de hipótesis

A partir de los resultados obtenidos, trataremos de ir comprobando cada una de las hipótesis del estudio.

*En la hipótesis 1.1., que afirmaba que los síntomas psicológicos prevalentes en la población trasplantada en general, serán los síntomas ansiosos y depresivos, principalmente la hipótesis se confirma puesto que los síntomas más comunes tanto en la muestra total como en las submuestras son la Depresión Melancólica y la Obsesión-Compulsión. Sin embargo las puntuaciones no son excesivamente altas. ¿A qué son debidos estos resultados? En primer lugar anotar que las puntuaciones en ansiedad y depresión no son excesivamente altas porque afortunadamente los adelantos médicos han permitido que los trasplantados gocen de mejor salud física y esto influya en su salud psicológica. Además, también recordemos que las muestras están obtenidas de asociaciones donde los socios reciben apoyo mutuo de sus compañeros así como del servicio psicológico que cada una de las asociaciones ofrece.*

Ciertamente, y como señalamos en el apartado correspondiente, el trastorno obsesivo-compulsivo se ha desligado de los trastornos de ansiedad en el DSM-V donde ocupa un apartado dedicado íntegramente a este trastorno. De todos modos, las obsesiones se acompañan de una alta activación y el malestar significativo asociado provoca una evitación de dichas obsesiones (que pueden presentarse en forma de imágenes o pensamientos). Este funcionamiento recuerda bastante a cómo aparecen las fobias y otros trastornos de ansiedad, donde existe una evitación del objeto o situación fóbicos. Por otro lado, probablemente estos resultados sean debidos a que los trasplantados muestran síntomas fisiológicos (tales como bajo apetito, ideas sobre muerte, sentimientos de culpabilidad, dificultades en el sueño...) que pueden confundirse con síntomas propios de una depresión y que sin embargo también pueden atribuirse a los efectos de la enfermedad o incluso de la medicación que es necesario que se administren por su condición de trasplantados. Y por su parte, los síntomas de obsesión y compulsión pueden aparecer en estas muestras debido a que por su condición de trasplantados, sienten la necesidad de comprobar continuamente su funcionamiento corporal para asegurarse que se encuentran en buenas condiciones físicas.

Respecto a la **Hipótesis 1.2.**, que sugería que el grupo más deteriorado en su calidad de vida y que además presentaría más síntomas psicológicos sería el de los trasplantados hepáticos comparados con los renales y trasplantados de pulmón, debería rechazarse puesto que los trasplantados de hígado, al menos en este estudio, no solo no parecen mostrar una menor calidad de vida sino que incluso es superior en salud física y apoyo social que los trasplantados de riñón. En nuestro estudio son los trasplantados de riñón los que parecen sufrir de mayor deterioro. Sin embargo, dicho deterioro en principio no es muy significativo. Incluso la Salud Mental en las tres muestras parece ser superior que en la población general, comparada con las medias obtenidas en el estudio de Arostegui y Núñez (2008) tal y como comentábamos en el apartado de resultados. Posiblemente la sensación de haber revivido de nuevo tras el trasplante y adaptarse a la nueva situación tras el mismo de forma satisfactoria es considerada como ser resiliente. Según la psiquiatra Rafaela Santos, presidenta del Instituto Español de Resiliencia, la resiliencia es la resistencia frente a la adversidad junto a la capacidad para reconstruirse saliendo fortalecido del conflicto. En el caso de los trasplantados, esta capacidad evoluciona y de hecho es necesaria y adaptativa ante las circunstancias que se les presentan.

Quizás nuestra muestra de trasplantados de hígado sea bastante genuina, y se caracterice por ser altamente extravertida y con un alto apoyo social percibido mucho mayor que incluso la población general.

El grupo de trasplantados de riñón, por el contrario, muestra una calidad de vida inferior a la de las muestras de otros estudios. En un principio pensamos que posiblemente fuera debido a que el tiempo desde el trasplante era superior (una media de 12 años frente a los 7 de los otros dos grupos de trasplantados). Sin embargo, es en la hipótesis 1.4. donde nos centramos en la influencia que pueda tener la variable tiempo desde el trasplante con otras dimensiones.

Teniendo en cuenta la tabla 2 de este estudio, donde se recoge la comparación de calidad de vida medida por el SF-36 según el tipo de órgano trasplantado antes y después del injerto con un periodo de tiempo desde el trasplante de 36 meses (Ortega y Rebollo, 2006), los trasplantados de riñón serían el único grupo de trasplantados que *empeoraría* su calidad de vida tras recibir un riñón nuevo, mientras que en los otros grupos mejoraría. ¿Cuál es la posible explicación de estos resultados? Posiblemente aquellos que esperan en diálisis mejorar considerablemente su calidad de vida, vean disminuidas sus expectativas tras recibir el nuevo órgano puesto que han de seguir medicándose y seguir otras prescripciones médicas. Y en el caso de otros órganos, donde su deterioro influye no ya en la calidad de vida sino incluso en

la expectativa de vida, el recibir un órgano nuevo y que funcione correctamente supone una esperanza y un regalo impagable.

En cuanto a la **Hipótesis 1.3.**, recordar que *hace referencia a las pautas de covariación que cabe esperar en los trasplantados: por una parte el temperamento extravertido, las estrategias activas y el apoyo social relacionados con una mejor calidad de vida y por otra la inestabilidad emocional y las estrategias pasivas como aspectos más relacionados con un deterioro de esta*. Respecto a esta hipótesis, consideramos que se cumple parcialmente, puesto que el neuroticismo o inestabilidad emocional efectivamente sí que covaría con la CVRS en sentido negativo y con los síntomas psicológicos en sentido positivo. Sin embargo, la extraversión y el afrontamiento activo así como el apoyo social no dan lugar a pautas correlacionales significativas en líneas generales, salvo alguna excepción: en el caso de los trasplantados de hígado, la extraversión se relaciona positivamente con CVRS y la depresión se relaciona negativamente con el apoyo social informacional y afectivo.

Claramente se desprende de nuestro estudio, que el neuroticismo (una dimensión emocional) y los síntomas psicológicos característicos que se asocian con esta dimensión, covarian con una peor calidad de vida. Sin embargo, la extraversión que es una dimensión más social de la personalidad y el apoyo social no desarrollan tantas pautas correlacionales con la CVRS, al menos en la presente investigación.

Teniendo en cuenta las correlaciones de los cuestionarios específicos de CVRS con las características de personalidad y síntomas psicológicos, la tendencia de la hipótesis 1.3.a tiende a cumplirse.

Así, según los enunciados del EPQ respecto a la dimensión de Neuroticismo, tales como "¿Es usted una persona irritable?", "¿se siente herido con facilidad?", "¿se siente a menudo harto, "hasta la coronilla"?" resulta lógico que covaríen con la dimensión sintomática de Hostilidad del SCL-90. Dicha dimensión está formada por ítems tales como: "sentirse fácilmente molesto, irritado y enfadado", "arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar". Respecto a Ansiedad ítems del EPQ relacionados con neuroticismo tales como: "¿sufre usted de los "nervios"?", "¿se considera usted una persona intranquila?", "¿se considera usted una persona nerviosa?" se relacionaran con ítems del SCL-90 de la dimensión sintomática de Ansiedad tales como "sentirse tan inquieto que no puede estar sentado tranquilo", "nerviosismo o agitación interior". Respecto a ítems del neuroticismo del EPQ "¿se siente alguna vez desgraciado sin razón alguna?", "¿le asaltan a menudo sentimientos de culpa?, covariarán con la dimensión sintomática de Depresión del SCL-90 tales como

“sentirse triste”, “culparse a sí mismo de todo lo que le pasa”. Por tanto, no en vano las personas trasplantadas de las muestras utilizadas con tendencia a la inestabilidad emocional es más probable que desarrollen síntomas de ansiedad y depresión.

Por consiguiente, una persona trasplantada con salud emocional y equilibrio mental pobres manifestará una peor calidad de vida. Sin embargo, la extraversión y el apoyo social no son factores protectores de la calidad de vida. Una persona con alta extraversión y apoyo social no tiene porqué disponer de una peor o mejor calidad de vida. Ciertamente, las personas con tendencia a mostrarse con incapacidad de gestionar las propias emociones, es decir con mayor inestabilidad emocional, son más proclives a desarrollar síntomas psicológicos o posiblemente esta relación también puede desarrollarse a la inversa, esto es, aquellos con síntomas psicológicos tenderán a desarrollar pautas de pensamientos, sentimientos y comportamientos con características tendentes a la inestabilidad.

Es relativamente lógico y esperable que una persona trasplantada con tendencia a la inestabilidad emocional y síntomas psicológicos que a su vez pueden ir acompañados de síntomas físicos, desarrolle una pobre CVRS. Por tanto en cuestionarios genéricos de calidad de vida como el SF-36, estos sujetos contestaran ante cuestiones como: ¿Cuál es su salud actual? Que no es buena, puesto que la salud psicológica influye en el bienestar físico y por consiguiente en la calidad de vida.

Por otro lado, las personas trasplantadas con inestabilidad emocional tienen tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas tales como negación, desconexión conductual, autodistracción, uso de drogas o alcohol, de la religión y el desahogo emocional, puesto que ayudan a mitigar las emociones negativas.

Por otro lado, centrándonos en la hipótesis 1.3.b que sugería la obtención de pautas de covariación positivas entre personalidad extravertida, estilo activo de afrontamiento y calidad de vida, concluimos únicamente que la personalidad extravertida se relaciona con mayor CVRS en la muestra de trasplantados de hígado, y débilmente en los trasplantados de riñón, por lo que la hipótesis planteada tan solo se cumple parcialmente en esa muestra. En los trasplantados de pulmón, a pesar de no encontrar pautas correlacionales significativas, la tendencia observada es la esperada.

El afrontamiento activo no se relaciona significativamente con la personalidad extravertida en ninguna de las muestras de trasplantados ¿Por qué razón aparecen estos resultados? Una personalidad con tendencia a

relacionarse con los demás y a gustar del trato con la gente no tiene porqué utilizar estrategias más activas, aunque sería lo esperable dado que este tipo de estrategia aglutina aspectos como uso del humor, apoyo emocional y reinterpretación positiva que pueden considerarse estrategias de afrontamiento "prototipo" en una persona con tendencia a la extraversión. No obstante, ya matizábamos en la hipótesis correspondiente que los individuos pueden utilizar en igual medida un tipo u otro de estrategia (pasiva o activa) ante situaciones que perciban como muy amenazantes.

Señalamos que, en los trasplantados de hígado, la extraversión da lugar a una pauta menos relevante con la CVRS que el neuroticismo, teniendo en cuenta el cuestionario específico (SF-LDQOL). En el caso de los trasplantados de pulmón, la extraversión es la única característica de personalidad que se relaciona con la CVRS específica (SGRO). Sin embargo, en el caso de los trasplantados de riñón, no aparecen relaciones significativas con CVRS (ESRD). Por tanto, la hipótesis 1.3.b también se cumple en la dirección esperada en las muestras de trasplantados de hígado y riñón, pero no en los de pulmón tomando en consideración la extraversión. Y en el caso del afrontamiento activo no se desarrollan pautas correlacionales significativas con CVRS medida con los cuestionarios específicos.

Respecto a la hipótesis 1.3.c, el apoyo social no tiene un papel importante tal y como concluimos en el apartado de resultados en relación a la CVRS medida por el cuestionario genérico SF-36. A pesar de que las muestras provienen de asociaciones de trasplantados, el apoyo social percibido no influye en la calidad de vida y síntomas psicológicos en la dirección esperada. Una explicación posible es que el apoyo social puede resultar más eficaz en un primer momento, cuando el estresor más potente está presente, esto es, posteriormente al implante del nuevo órgano y la recuperación física depende de la actuación inmediata de otras personas. Entonces el apoyo psicológico, social e incluso económico, siguiendo el modelo psicosocial de Wilson y Cleary (1995), es totalmente necesario. Pero más adelante, cuando el bienestar físico llega a un nivel aceptable, el apoyo social se desvanece progresivamente y los sujetos trasplantados han de hacer frente personalmente con sus problemáticas del día a día en relación a su enfermedad (toma de medicación, cuidado de la alimentación e higiene...) y a otros estresores no relacionados con el trasplante.

Sin embargo y teniendo en cuenta la relación entre CVRS específica de los trasplantados de hígado y las características de personalidad, los diferentes tipos de apoyo social covarían en sentido negativo con varias de las escalas de CVRS específica más vinculadas con las relaciones sociales (Soledad y Estigma)

y Desesperanza hacia el Futuro en los trasplantados de hígado. Por tanto, en este caso, resulta más fiable el cuestionario específico de CVRS. En los trasplantados de riñón el apoyo social tan solo covaría con los efectos secundarios de los esteroides del ESRD. Entendemos que los pacientes que han de afrontar los efectos secundarios de los esteroides buscan y/o reciben apoyo social para encontrar un mayor equilibrio en su estado emocional y físico. Por su parte, en los trasplantados de pulmón no se observan covariaciones significativas entre apoyo social y CVRS. Posiblemente este resultado sea debido al tamaño muestral que es el más pequeño de las tres muestras consideradas en el presente estudio.

Siguiendo con la **Hipótesis 1.4.**, que trataría de comprobar si a mayor tiempo transcurrido desde el trasplante se observa una peor calidad de vida, especialmente en el caso de los trasplantados de hígado, podemos decir que esta hipótesis la rechazamos puesto que en ninguna de las muestras de trasplantados, el tiempo transcurrido desde el injerto es una variable de interés. Por tanto, a pesar del posible rechazo a largo plazo que pueden sufrir los trasplantados debido al mismo paso del tiempo y deterioro del órgano implantado, la calidad de vida no se ve disminuida. Según el estudio de Lewis y Howdle (2003) los trasplantados de hígado que fueron trasplantados hace más de 10 años, manifiestan tener peor calidad de vida. Sin embargo, en nuestra muestra, la media de tiempo desde el trasplante se sitúa en 7 años, por lo que no es posible averiguar si el resultado encontrado por estos autores es similar. La explicación por tanto podría deberse a que la mayor parte de la muestra de los trasplantados se sitúa en su mejor momento postrasplante: según el estudio de Santos et al (2008) es a partir de los 2 años después del trasplante, cuando existe mejor integración social y menos síntomas depresivos.

Es posible que sea necesario incluir una muestra con trasplantados más longevos para poder considerar que efectivamente el tiempo postrasplante es una variable que influye negativamente en la calidad de vida. Afortunadamente, el injerto del nuevo órgano ha producido, no solo un aumento de la expectativa de vida, sino también un incremento en la calidad de vida a lo largo de los años. Los avances médicos y farmacológicos también son variables a tener en cuenta.

Centrándonos en la **Hipótesis 1.5.**, que se focalizaba en el papel de la edad, hipotetizamos que aquellos trasplantados más jóvenes, mostrarían mayor calidad de vida, puesto que en un principio tendrían menos complicaciones asociadas. En este caso la aceptaríamos parcialmente puesto que la edad tan solo covaría negativamente con el funcionamiento físico en los trasplantados de riñón y posiblemente tienda a hacerlo también con un menor

dolor en la muestra de pulmón. Sin embargo, tal y como comentaban Rebollo et al. (2000) en un estudio donde la muestra que se obtuvo fue de trasplantados de riñón, la edad no parece ser un elemento determinante en las diferencias respecto a la calidad de vida relacionada con la salud.

Es posible que, en líneas generales, la influencia de las expectativas entre en juego en los resultados obtenidos, de modo que los trasplantados más jóvenes, esperen alcanzar una calidad de vida mayor que los trasplantados con más edad, pero dichas expectativas no se vean cumplidas debido a las complicaciones postrasplante, a la necesidad de depender de medicación de por vida siendo relativamente jóvenes, y a que dichas limitaciones puedan afectar a su funcionamiento diario en los diferentes ámbitos de su vida (social, familiar, laboral...). Como consecuencia de ello, los resultados en calidad de vida percibida por todos independientemente de la edad, son semejantes.

La **hipótesis 1.6** pronosticaba en términos generales *correlaciones más elevadas entre los cuestionarios específicos para evaluar la CVRS en los trasplantados hepáticos (SF-LDQOL), en los trasplantados de riñón (ESRD) y en los trasplantados de pulmón (SGRQ) y el SF-36, especialmente por lo que se refiere a los aspectos físicos de la calidad de vida.*

La hipótesis se cumple en líneas generales puesto que en los trasplantados de hígado sí que se obtienen correlaciones significativas y numerosas tanto con escalas específicas relacionadas con el componente físico (Síntomas, Efectos, Problemas de sueño...) como con el componente mental (Desesperanza, Distrés, Memoria-Concentración) del cuestionario específico SF-LDQOL con en el cuestionario SF-36.

En el caso de los trasplantados de riñón, las pautas correlacionales no llegan a ser tan numerosas como en el caso de los trasplantados de hígado. Esto es debido a que el SF-36 por ejemplo, no contempla la Capacidad Cognitiva Limitada que si la incluye el cuestionario ESRD ni tampoco los Efectos Secundarios de los Esteroides, y Crecimiento Excesivo de Encías y Vello por ser ítems específicos referidos a los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora de los trasplantados de riñón.

En los trasplantados de pulmón sí que se cumple que el cuestionario SGRQ de lugar a pautas correlacionales negativas y significativas sobre todo con el componente físico del SF-36 tal y como predecía la hipótesis. No es de extrañar, porque si observamos el cuestionario específico de CVRS, las afirmaciones de los ítems están relacionadas con las limitaciones más bien físicas de la enfermedad respiratoria.

Por tanto, la validez de constructo de los tres cuestionarios específicos está comprobada con los análisis realizados.

Por lo que se refiere a la **hipótesis 2.1**, que sugiere que el tipo de personalidad (extraversión y neuroticismo), el tipo de afrontamiento, el apoyo social, así como el tiempo desde el trasplante se espera que tengan el suficiente poder de predicción de la CVRS de los trasplantados tanto general y específica como de los síntomas psicológicos medidos por el SCL90, podemos decir que se cumpliría parcialmente, al observar los resultados de cada una de las muestras de trasplantados obtenidas en el estudio.

A la vista de los resultados obtenidos, y tal y como especificaba esta hipótesis, la dimensión de neuroticismo surge como el mejor predictor tanto de una parte sustancial de los síntomas evaluados por la SCL-90 como de las dimensiones comprometidas con la salud mental en los cuestionarios de calidad de vida. Sin embargo hay que puntualizar, que en el caso de los trasplantados de hígado, la muestra más numerosa, sí que se cumple, pero no así en el caso de los trasplantados de riñón donde el afrontamiento pasivo es el predictor más importante. Así, el afrontamiento tanto activo como pasivo no tiene un papel importante en la predicción de la CVRS ni de los síntomas psicológicos en el caso de los trasplantados de hígado. En este caso, por tanto, los trasplantados de hígado, entendemos que utilizan indistintamente tanto las estrategias activas como pasivas para afrontar los estresores que se les presentan, supuestamente tanto los relacionados con el trasplante como los eventos que aparecen en la vida diaria. Sin embargo el neuroticismo, al tratarse de una característica de personalidad más estable, es un predictor más relevante de sobre todo los síntomas psicológicos y el componente mental de la calidad de vida genérica.

Sin embargo, en los trasplantados de riñón es el afrontamiento pasivo la característica de personalidad que predice mejor tanto la CVRS genérica como específica y los síntomas psicológicos. Una posible explicación nos la encontramos en que los trasplantados de riñón si anteriormente al trasplante han estado en un periodo de diálisis, están acostumbrados a utilizar el afrontamiento pasivo como forma de mitigar las emociones negativas que supone estar en esta situación que puede ser vivida como estresante.

Por tanto, el afrontamiento pasivo o "afrontamiento orientado a la emoción" predominante en la presente muestra de trasplantados de riñón, y basándonos en la conclusión de Sutton y Murphy (1989) que citábamos en el apartado de estrategias de afrontamiento en la introducción, parece ser más frecuente entre los trasplantados de riñón puesto que perciben que la situación

actual por la que están viviendo no es cambiante. Es decir, los trasplantados de riñón perciben cierta estabilidad física y por tanto mental, con lo cual la estrategia de afrontamiento predominantemente utilizada es emocional. Al no percibir un problema, el mitigar las emociones negativas es la opción considerada más óptima para este grupo de trasplantados.

Por último, entre los trasplantados de pulmón, no se confirmaría la hipótesis. Por una parte, ninguna de las variables mostró un peso suficiente para predecir la CVRS, ni la específica, ni la genérica. Por otra, el neuroticismo como siempre emergió como la variable más relevante para predecir, al menos, algunos de los síntomas psicológicos. Este resultado posiblemente sea debido a que la CVRS medida a través del cuestionario específico SGRQ, mide más aspectos físicos.

Por último, se esperaba que el apoyo social predijera el componente físico de la calidad de vida, pero la importancia del mismo ha sido irrelevante. Posiblemente, el formar parte de una asociación provoca que los socios no den tanta importancia al posible apoyo que puedan recibir de los otros socios que están en la misma situación que ellos porque forman parte de su vida diaria. O el mayor apoyo social percibido como puntualizábamos anteriormente en la hipótesis 1.3., normalmente puede ser administrado en los primeros momentos tras el implante del nuevo órgano y cuando está en juego la vida del paciente. Es decir, tanto equipo médico como la red de apoyo del trasplantado protegen al paciente recién operado para que su calidad de vida tanto física como mental sea lo mejor posible. Sin embargo, y más adelante, cuando el trasplantado supera este momento crítico, poco a poco el entramado de red social que le ha proporcionado este apoyo va desapareciendo y la integración social se va produciendo. Por tanto, podría predecirse que el apoyo social sería más importante en la predicción de síntomas psicológicos y calidad de vida en momentos inmediatamente posteriores al trasplante y que como es obvio resultaría difícil de medir por el momento delicado que está viviendo el paciente.

Por otra parte, la **hipótesis 3.1** señalaba que *las mujeres trasplantadas de hígado se espera que tengan peor CVRS, más distrés psicológico y perciban menor apoyo social que los hombres trasplantados*, podemos decir que se cumple parcialmente puesto que las mujeres trasplantadas de hígado, parecen mostrar menor CVRS que los hombres, medida a través del cuestionario específico y genérico en ciertos aspectos, pero no en todas y cada una de las dimensiones que conforman dichos cuestionarios. Por tanto, las conclusiones obtenidas van en la línea de los resultados encontrados por Casanovas (2007). Según este estudio, las mujeres trasplantadas, no pueden cumplir su rol de

cuidadoras y por ello su CVRS se ve disminuida. Consideramos que la calidad de vida es una percepción subjetiva, por lo que a pesar de que sea aceptable, posiblemente tras el implante del nuevo hígado, si las expectativas para retomar sus tareas son elevadas tanto por parte de las mismas mujeres trasplantadas como por su entorno social sino se cumplen, la calidad de vida será percibida como pobre y aparecerá estrés y trastornos emocionales asociados.

Siguiendo con esta interpretación, es lógico que las mujeres TH sufran de más síntomas o distrés psicológico, como plantea la hipótesis, que los hombres TH. A pesar de los cambios sustanciales en la sociedad, las mujeres han de seguir realizando la mayor parte de las tareas domésticas y el cuidado de los que se encuentran en condiciones físicas inferiores (sean familiares de tercera edad que están a su cargo o los infantes) puesto que la edad media de la muestra se sitúa en 57 años, con el distrés y carga adicional que supone acarrear una condición física propia desfavorable puesto que ya hemos comentado que a pesar de que el trasplante haya podido ser un éxito los efectos secundarios del tratamiento pueden estar presentes.

Por último, no se encuentran diferencias significativas respecto a las características de personalidad. Existen muchos estudios al respecto, pero posiblemente los resultados obtenidos sean debidos a que las diferencias en función del género se disipan en la cultura actual respecto a la personalidad.

Por lo que se refiere al Apoyo Social no aparecen diferencias, a pesar de que existen diversos estudios que concluyen que la percepción de apoyo social es inferior en las mujeres que en los hombres trasplantados tal y como expusimos al enunciar la presente hipótesis. Posiblemente, la percepción de la red social sea más amplia debido a que pertenecen a la asociación de trasplantados y pueden compartir sus experiencias con otras personas sean hombres o mujeres que tienen una situación semejante. Respecto al tipo de afrontamiento no se observan diferencias predominantes respecto a hombres y mujeres dada la gravedad del estresor al que se han enfrentado ambos, tal y como planteamos en la hipótesis.

Finalmente, la **hipótesis 3.2.** sugería que *los trasplantados de hígado que informan haber tenido complicaciones poseerán una peor CVRS que aquellos otros trasplantados que informan no haberlas tenido y que ello se vea reflejado en las puntuaciones obtenidas por unos y otros tanto en el cuestionario genérico como en el específico empleado en la investigación*", podemos decir que tiende a confirmarse, aunque hubieran sido esperables más diferencias significativas. Sin embargo, las encontradas van en la dirección

esperada, puesto que los trasplantados de hígado con complicaciones muestran una personalidad más inestable, peor salud general y salud mental, concretamente ansiedad.

Posiblemente no encontremos más diferencias significativas en el cuestionario genérico de CVRS SF-36 porque no es lo suficientemente concreto como para determinar las diferencias entre el grupo de TH con y sin complicaciones. Sin embargo, el SF-LDQOL, por ser un cuestionario dirigido especialmente a esta población de trasplantados, sí que detecta que entre aquellos TH con complicaciones existen más efectos de la enfermedad en la vida diaria, más preocupación por el estado de salud y el futuro que entre aquellas que no presentan complicaciones.

Otra posible explicación de por qué no se observan más diferencias significativas según la hipótesis planteada sería la siguiente: los trasplantados de hígado con mayor número de complicaciones pueden haberse adaptado a la nueva situación, siendo conscientes de sus limitaciones y capacidades y reinterpretar la nueva situación en la que se encuentran como menos estresante.

### **4.3. Conclusiones**

En este apartado se recogen las principales conclusiones obtenidas en la presente investigación.

1. Las escalas ofrecen una buena consistencia interna, siendo sus valores aceptables, e incluso altos.

2. Las muestras de trasplantados alcanzan puntuaciones altas en Extraversión, Afrontamiento Activo y perciben un Apoyo Social alto. Se caracterizan por tener mayor bienestar en Rol Emocional y Salud Mental y menores puntuaciones en Salud Física y Vitalidad. La Depresión Melancólica y la Obsesión-Compulsión son los síntomas más comunes.

3. Las diferencias más significativas entre grupos son entre los trasplantados de hígado y riñón donde el primer grupo muestra más Apoyo Social y Salud Física y los trasplantados de pulmón muestran más Vitalidad que los trasplantados de riñón.

4. El Neuroticismo es la variable que da lugar a más pautas de covariación significativas, en general con los síntomas psicológicos positivamente y con la CVRS negativamente. El Afrontamiento Pasivo, también tiene un papel importante en el desarrollo de pautas correlacionales pero más secundariamente.

5. Ni la edad ni el tiempo desde el trasplante muestran apenas relaciones significativas con las otras variables.

6. Los cuestionarios específicos SF-LDQOL y SGRQ de CVRS presentan pautas de covariación positivas y elevadas con el cuestionario genérico SF-36.

7. El Neuroticismo es el predictor más importante de la CVRS y de los síntomas psicológicos. Los síntomas psicológicos son mejor predichos que la CVRS. Si nos centramos en la CVRS, la genérica es mejor predicha que la específica.

8. Respecto a las diferencias de género, los hombres muestran mayor CVRS que las mujeres en la muestra de trasplantados de hígado, observándose algunas diferencias significativas.

9. Entre los trasplantados de hígado, aquellos con complicaciones después de la cirugía, muestran más personalidad con tendencia al neuroticismo, peor salud general y mental, más ansiedad, más preocupación por el futuro y la salud y más efectos de la enfermedad en la vida diaria.

10. En definitiva, la calidad de vida relacionada con la salud es aceptable en las muestras de trasplantados y los niveles de síntomas psicológicos no son excesivamente elevados, por lo que concluimos que el trasplante es un método médico de elección en los casos en los que peligra la vida del paciente y que su calidad de vida se ve comprometida.

#### **4.4. Limitaciones del estudio y posibles soluciones**

En primer lugar, es necesario comentar que las muestras de trasplantados provienen de asociaciones, por lo que posiblemente, sus asociados pueden tener mayor calidad de vida (o al menos apoyo social) que el resto de la población de trasplantados.

La batería de cuestionarios tiene el condicionante de que para poder responderlos, es necesario mantener las funciones cognitivas y la suficiente capacidad y habilidad para poder contestar cada una de las preguntas. Se da la circunstancia de que varios cuestionarios, sobre todo el que evaluaba el tipo de afrontamiento que utilizaban los trasplantados, los dejaban en blanco. En estos casos, solo tomábamos en consideración el N de la muestra que había contestado todas las cuestiones. Posiblemente, si estos mismos sujetos hubieran acudido a la asociación para responder estas cuestiones podrían haberlas contestado si la causa era que no entendían lo que se les pedía. Pero el mismo método de evaluación utilizado aunque suponga una comodidad por ambas partes, tanto para los investigadores como para los sujetos que

contestan los test puesto que no habíamos de desplazarnos a la asociación, puede resultar una limitación, ya que si existen dudas o errores de cumplimentación, cuestiones en blanco etc. pueden invalidar las contestaciones y además no teníamos la posibilidad de rectificación. Esto es debido a que los sujetos no se identificaban con su nombre ni escribían por tanto ninguna forma de contacto, salvo alguna contada excepción, para salvaguardar su intimidad. Así, en el anterior trabajo de investigación que realicé cuyo objetivo principal era estudiar la calidad de vida de los enfermos de hepatitis C, me permitió conocer más de cerca la problemática de los asociados puesto que entrevisté personalmente a cada uno de los sujetos que compusieron la muestra y que tan amablemente participaron para contestar cada una de las cuestiones. En esta ocasión, todos contestaron las preguntas de la batería de cuestionarios que habíamos preparado para tal fin.

Los datos que salen a la luz en este estudio, reflejan la realidad que vivían hace 5 años los trasplantados. De manera que si a estos mismos sujetos que forman las muestras les ofreciéramos los mismos cuestionarios para cumplimentarlos, las conclusiones no serían las mismas. Es decir, los datos y conclusiones revelan la realidad de hace 5 años aproximadamente, no el momento presente de los sujetos trasplantados.

Un estudio longitudinal llevando a cabo una medición antes y después del trasplante para poder comparar la calidad de vida y síntomas psicológicos e incluso realizar una medición al cabo de los meses tras el trasplante nos habría permitido realizar muchas más comparaciones y poder conocer la evolución en el bienestar físico y mental de los sujetos.

Poder acceder a muestras más amplias y derivadas de hepatólogos nos habría permitido conseguir datos médicos más fiables. Sin duda, la colaboración con médicos especialistas y el acceso a través del consentimiento informado a las historias clínicas, nos daría la posibilidad de poder tratar con información médica más fidedigna.

Por otro lado, aunque en un apartado anterior, ya comparamos la calidad de vida de los trasplantados con la muestra general de un estudio, sería más adecuado haber conseguido una muestra de personas sanas por nuestra parte y haber comparado las diferentes variables, realizando los análisis estadísticos oportunos y así averiguar si efectivamente las muestras de trasplantados de la presente investigación disponían de mayor calidad de vida que el resto de la población considerada normal o al menos no trasplantada.

Habría resultado interesante valorar otras variables tales como las sociodemográficas: estado civil, nivel socioeconómico, nivel educativo para

poder realizar subgrupos y estudiar el valor que cada una de estas variables pudiera aportar a la investigación, es decir la influencia en la calidad de vida y los síntomas psicológicos. En este estudio no hemos podido realizar este tipo de análisis porque el tamaño de la muestra no nos lo permitió.

Asimismo, también habría resultado útil incluir en la presente investigación otras variables de interés más específicas como las expectativas respecto a lo que consideraban que iba a ser el trasplante o evaluaciones para recoger la capacidad neuropsicológica de los trasplantados. La capacidad neurocognitiva también puede verse comprometida en algunos casos tras el trasplante. Investigaciones recientes recogen los resultados obtenidos de evaluaciones relativas a este tema en los trasplantados de hígado (Tarter, Switala, Plail, Havrilla, Van Thiel, 1992; Pantiga, Rodrigo, Cuesta, Lopez, Arias, 2003; Gangeri, Bosisio, Brunelli, Tamburini, Serafin, Clerici, Caraceni, Mazzaferro, 2007; Saner, Nadalin, Radtke, Sotiropoulos, Kaiser, Paul, 2009, Sotil, Gottstein, Ayala, Randolph, Blei, 2009; Bajaj, Schubert, Heuman, 2010), pulmón (Crews, Jefferson, Broshek et al., 2003) y riñón (Sánchez, Ostroski, Morales-Buenrostro et al., 2008).

#### **4.5. Ámbito de aplicación (aspectos positivos de la investigación)**

A lo largo de los diferentes capítulos de los que consta el presente estudio hemos ido analizando la CVRS y personalidad utilizando muestras de nacionalidad española de trasplantados de hígado, riñón y pulmón. Tras realizar las búsquedas bibliográficas oportunas hemos señalado las investigaciones a nivel mundial encontradas en relación a estos temas y hemos comprobado que existen pocos estudios al respecto. Por tanto, nos encontramos con una de las pocas investigaciones que describe y analiza las diferentes características de personalidad.

Por otro lado, el instrumento de evaluación de CVRS específica de los trasplantados de hígado, el SF-LDQOL, se utiliza por primera vez en muestra española. Otros estudios españoles han utilizado la versión íntegra del LDQOL. Dado que no existe una adaptación española de la versión breve, tradujimos la versión en inglés al español, obteniendo a la vista de los resultados, una adecuada validez de constructo.

En cuanto a las implicaciones a nivel clínico y aplicado en psicología de la salud, sería interesante realizar evaluaciones psicológicas durante la fase pretrasplante de la personalidad previa y los síntomas psicológicos para realizar una intervención con anterioridad al trasplante y prevenir de este modo una pobre calidad de vida, síntomas psicológicos y complicaciones postrasplante.

Existen experiencias al respecto con población en espera de un trasplante en las que los resultados han sido positivos (López-Navas, Ríos, Riquelme, Martínez, Pons, Miras, Sanmartín, Ramírez y Parrilla, 2010; Napolitano, Babyak y Palmer, 2002).

En base a los resultados obtenidos, podríamos haber realizado un tratamiento psicológico y posterior seguimiento de aquellos casos en los que hubiera sido necesaria una atención psicológica. Al respecto existen también estudios que recogen el efecto de terapia psicológica frente a grupal (Baimes, Joseph y Jindal, 2004).

#### **4.6. Últimos avances. Actualidad**

A continuación incluimos las principales novedades en materia de trasplante y temática médica relacionada y que permitirán asimismo promover e inducir nuevas e interesantes investigaciones en el ámbito psicológico.

España sigue siendo actualmente uno de los países con más trasplantes. Este fabuloso resultado se ha conseguido gracias a la labor promovida por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), organismo que lleva coordinando los trasplantes a nivel español desde hace años. El Doctor Matesanz, director de la ONT, ha definido el año 2014 como "el mejor de la historia de la ONT", tanto por la celebración de su 25 aniversario como por la extraordinaria actividad desarrollada en España, que desde hace 23 años mantiene el liderazgo mundial de forma ininterrumpida. Concretamente, seis comunidades autónomas han superado los 40 donantes por millón de habitantes, e incluso los 45.

Por otro lado, los afectados de hepatitis C (VHC) han salido del anonimato y la población española ha sido consciente de este problema: durante este último año, defendieron sus derechos como pacientes para demostrar que su vida estaba en juego y que necesitaban que el Gobierno consiguiera que la nueva medicación (simeprevir cuyo nombre comercial es Olysio más interferón pegilado y ribavirina) estuviera disponible para más población. Según noticia de El País Digital, El Ministerio de Salud, a fecha del 28 de julio de 2015, quintuplicó en seis meses el gasto en fármacos para hepatitis C. Este incremento ha permitido atender durante este año con los nuevos tratamientos contra la enfermedad —que tienen una tasa de curación que ronda el 95% y apenas provocan efectos secundarios— a 3.153 enfermos, 1.716 más que en los primeros seis meses del año pasado.

Hay que recordar que una de las indicaciones para el trasplante de hígado es el VHC, y que el tratamiento médico del mismo podría prevenir la

intervención quirúrgica en aquellos casos en los que es posible y bajo prescripción médica, por supuesto. En relación con esta noticia se encuentra el papel que realizan las asociaciones de trasplantados, gracias a los cuales la población se concientiza de la necesidad de la donación de órganos para salvar vidas. De este modo organizan en el Día del Donante, en un ambiente festivo, y jornadas para tal fin.

Los diferentes medios de comunicación también se han hecho eco de los últimos avances en trasplantes y en células madre por parte de la denominada medicina regenerativa. Supone un hito histórico que gracias a las investigaciones llevadas a cabo a partir de células madre se puedan regenerar órganos y tejidos. Asombrosamente, si se pierde una parte del hígado, éste tiene la capacidad de regenerarse en su tamaño original pero no en su forma original. Sin embargo, no todos los órganos o tejidos tienen esta capacidad. Las futuras investigaciones llevadas a cabo permitirán a los científicos descubrir cómo una lesión hace que estas células madre regeneren la parte que falta en vez de simplemente formar tejido cicatricial (<http://www.eurostemcell.org/de/node/31708>). Sería interesante poder realizar investigaciones de índole psicológica para analizar la CVRS, síntomas psicológicos y diferencias de personalidad en diversas muestras de trasplantados cuyos órganos son provenientes o no de células madre. Un ejemplo de los nuevos trasplantes realizados en la medicina actual es el denominado trasplante de progenitores hematopoyéticos. Tradicionalmente se ha venido denominando trasplante de médula ósea, porque las células progenitoras hemopoyéticas se obtenían siempre de dicha médula, pero actualmente se extraen, en la mayoría de los casos, de la sangre y, en ocasiones, del cordón umbilical y de la placenta. Un reciente estudio en el que se evalúa la CVRS del trasplante de progenitores hematopoyéticos con el SF-36 concluye que la calidad de vida inicial de los pacientes con TPH es inferior a la población estándar, empeorando a los dos meses y produciéndose mejoría en el funcionamiento mental a los 9 meses tras el trasplante (Ruiz, López, Praena, Vázquez y Quijano-Campos, 2014).

Para finalizar, como curiosidad, el Doctor Matesanz, Director de la ONT, en una entrevista comentó que se están organizando las Miniolimpiadas de trasplantados. Esta es una prueba fehaciente de que el trasplante no solamente proporciona vida al receptor del nuevo órgano, sino que también proporciona calidad de vida a los años "regalados".

Vivir con un órgano trasplantado manteniendo una actitud positiva tal y como señalaba Calvo (2009), es la mejor opción.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### A

- Aadahl, M., Hansen, B. A., Kirkegaard, P. y Groenvold, M. (2002). Fatigue and Physical Function After Orthotopic. *Liver Transplantation*, 8(3): 251-259.
- Abdel-Kader, K., Unruh, M. L. y Weisbord, S. D. (2009). Symptom burden, depression and quality of life in chronic and end-stage kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 4(6):1057-1064.
- Åberg, F., Rissanen, A. M., Sintonen, H., Roine, R., Hockerstedt, K. y Isoniemi, H. (2009). Health-related quality of life and employment status of liver transplant patients. *Liver Transplantation* 15:64-72.
- Adler, M. L. (1972). Kidney transplantation and coping mechanisms *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 13(5): 337-341.
- Adler, F. R., Aurora, P., Barker, D. H., Barr, M. L., Blackwell, L. S., Bosma, O. H., Brown, S., Cox, D. R., Jensen, J. L., Kurland, G., Nossent, G. D., Quittner, A. L., Robinson, W. M., Romero, S. L., Spencer, H., Sweet, S. C., van der Bij, W., Vermeulen, J., Verschuuren, E. A. M., Vrijlandt, E. J. L. E., Walsh, W., Woo, M. S. y Liou, T. G. (2009). Lung transplantation for cystic fibrosis. *Proceedings of the American Thoracic Society*, 6:619-624.
- Aguilar, J. M., Tous, A. y Pueyo, A. (1990). Adaptación y estudio psicométrico del EPQ-R *Anuario de Psicología* 46: 101-118.
- Akman, B., Özdemir, F. N., Sezer, S., Micozkadioglu, H. y Haberal, M. (2004). Depression levels before and after renal transplantation, *Transplantation Proceedings*, 36: 11-113.
- Albrecht, G. y Devlieger, P. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48(8), 977-988.

Alonso, J., Prieto, L., Ferrer, M., Vilagut, G., Broquetas, J. M., Roca, J., Serra, J. y Antó, J. M. (1998). Testing the measurement properties of the Spanish version of the SF-36 Health Survey among male patients with chronic obstructive pulmonary disease. Quality of Life in COPD Study Group. *Journal Clinical of Epidemiology*; 51:1087-94

Álvarez-Baldeita, M. S., Báguena, M. J. y Ortega, J. (2014). Evolución psicológica a largo plazo en pacientes con obesidad mórbida que se someten a cirugía bariátrica. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.*

Arostegui, I. y Núñez, V. (2008). Aspectos estadísticos del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36. *Estadística Española*, 50(167): 147-192.

## **B**

Báguena, M.J., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C. y Villarroya, E. (2002). Estructura y dinámica de la personalidad en el estrés post-traumático en mujeres maltratadas. Informe Técnico, 1-206. Investigación subvencionada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Instituto de la Mujer).

Báguena, M. J., Beleña, A., Roldán, C., Díaz, A. y Villarroya, E. (2006). Mujeres maltratadas con y sin estrés post-traumático: análisis diferencial. En P.J. Costa, C.M. Lopes Pires, J. Veloso y C.T. Lopes Pires (comps.), *Stresse pós-traumático: modelos, abordagens & Práticas*, pp. 71-79. Diferença: Portugal.

Báguena, M. J., Beleña, A., Toldos, M., Díaz, A., Roldán, C. y Amigó, S. (2006). Mobbing, género y salud. Investigación subvencionada pel Ministeri de Treball i Assumptes Socials (Instituto de la Mujer), mimeo.

Báguena, M. J., Díaz, A., Beleña, A., Roldán, C. y Villarroya, E. (2006). Personality and post-traumatic symptomatology in battered women. In K Osterman y Blorquist (eds). *Contemporary Research on Aggression* (pp. 204-211). Vasa. Finland: Abo Akademi University.

Baimes, L., Joseph, J. T. y Jindal, R. M. (2004). Prospective randomized study of individual and group psychotherapy versus controls in recipients of renal transplants. *Kidney International* 65: 1937-1942.

- Bajaj, J., Schubert, C. y Heuman, D. M. (2010). Persistence of cognitive impairment after resolution of overt hepatic encephalopathy. *Gastroenterology*, 138(7):2332-2340.
- Barbour, K. A., Blumenthal, J.A. y Palmer, S. M. (2006). Psychosocial issues in the assessment and management of patients undergoing lung transplantation. *Chest* 129:1367-1374.
- Barcelos, S., Dias, A. S., Forgiarini, J. R. y Monteiro, M. B. (2008). Liver transplantation: effects in pulmonary capacity, functional condition and quality of life. [Artículo en portugués] *Arquivos de Gastroenterologia*, 45(3):186-91.
- Barranco, J. P. y Barranco, D. (2007). La reinserción social de las personas trasplantadas: aspectos humanos y jurídicos. *Actualizaciones en trasplantes* 2007:118-123. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Beilby, S., Moss-Morris, R. y Painter, L. (2003). Quality of life before and after heart, lung and liver transplantation. *The New Zealand Medical Journal*, 116(1171):1-7.
- Belchi, I., Vilardaga, R. y Bados, A. (2002). Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno adaptativo en espera de un trasplante de pulmones. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 62/63: 43-50.
- Blanch, J., Sureda, B., Flaviá, M., Marcos, V., de Pablo, J., de Lazzari, E., Rimola, A., Vargas, V. Navarro, V., Margarit, C. y Visa, J. (2004). Psychosocial adjustment to orthotopic liver transplantation in 266 recipients. *Liver Transplantation* 10(2):228-234.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Keefe, F. J., Davis, R. D., Lacaille, R. A., Carney, R. M. Freedland, K. E., Trulock, E. y Palmer, S. M. (2006). Telephone-based coping skills training for patients awaiting lung transplantation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74(3):535-544.
- Bogeat, J. (2010). Aspectos psicológicos en la diálisis. *Revista ALCER* 152: 40-42.
- Bourgeois, J., Canning, R., Sugget, K., Chambers, C., Rahim, N. y Rossaro, L. (2006). Depressive symptoms and physical/mental functioning with interferon/ribavirin treatment of posttransplant recurrent hepatitis C. *Psychosomatics* 47:3, 254-256.

- Bownik, H. y Saab, S. (2009). The effects of hepatitis C recurrence on health-related quality of life in liver transplant recipients. *Liver International*, 29: 19-30.
- Braun, F., Teren, K., Wilms, P., Günther, R., Allmann, J., Broering, D. C. y Kúchler, T. (2009). Quality of life after liver transplantation *Transplantation Proceedings*, 41(6):2564-6.
- Bravata, D. M., Olkin, I., Barnato, A. E., Keeffe, E. B. y Owens, D. K. (1999). Health-related quality of life after liver transplantation: a meta-analysis. *Liver Transplantation and Surgery*, 5(4):318-31.
- Burgos, V. A., Amador, A. y Ballesteros de Valderrama, B. P. (2007). Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado. *Univ. Psychologica* 6(2):383-397.
- Burra, P. (2009). Sexual dysfunction after liver transplantation. *Liver Transplantation*, 15 Suppl 2: 50-56.
- Burra, P., De Bona, M., Canova, D., Feltrin, A., Ponton, A., Ermani, M., Brolese, A., Rupolo, G. y Naccarato, R. (2005). Longitudinal prospective study on quality of life and psychological distress before and one year after liver transplantation. *Acta Gastroenterologica Belgica*, 68(1):19-25.
- Busschbach, J. J. V., Horiks, P. E. y van den Bosch, J. M. M. (1994). Measuring the quality of life before and after bilateral lung transplantation in patients with cystic fibrosis. *Chest* 105: 911-917.

## C

- Caccamo, L., Azara, V., Doglia, M., Sessini, M., Rossi, G., Gala, C. y Fassati, L. R. (2001). Longitudinal prospective measurement of the quality of life before and after liver transplantation among adults *Transplantation Proceedings* 33, 1880-1881.
- Calvo, M. A. (2009). Vivir con un órgano trasplantados manteniendo una actitud positiva. *Actualizaciones en trasplantes*, 2009, 169-173. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Canales, B. y Casanovas, T. (2009). Calidad de vida como medida clínica en el trasplante hepático. *Actualizaciones en trasplantes 2009*:152-155. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

- Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 56: 375-390.
- Casanovas, T., Vallejo, G., Herdmand, M., Verge, J. M., Tremosa, G., Rodríguez, E., Ramos, E., Baliellas, C., Figueras, J., Menchón, J. M. y Casais, L. A. (2003). Adaptación transcultural del cuestionario específico de calidad de vida para hepatopatías crónicas (LDQOL 1.0) para su uso en la población española. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 26(4):234-44 24.
- Casanovas, T. y Jané Cabré, L. (2006b). Calidad de vida y recuperación después del trasplante hepático. Actualizaciones en trasplantes, 2006: 125-129. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Casanovas, T. y Jané, L. (2007). Calidad de vida y recuperación después del trasplante hepático en el entorno femenino. Aspectos médicos, laborales, familiares y personales. *Actualizaciones en trasplantes 2007*: 105-108. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Casanovas, T. (2007b). Mujer, trasplante y calidad de vida. Papel de la mujer como trasplantada, cuidadora y sanitaria. *Actualizaciones en trasplantes 2007*, 114-117. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Casanovas, T. (2010). Hepatitis crónica C y trasplante hepático. Impacto del tratamiento antiviral en la calidad de vida. *Actualizaciones en trasplantes 2010*: 190-193.
- Casuso, L. (1996). *Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de Afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima*. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en psicología clínica no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Chen, L., Huang, D., Mou, X., Chen, Y. y He, J. (2011). Investigation of quality of life and relevant influence factors in patients awaiting lung transplantation. *Journal of Thoracic Disease* 3:244-248.
- Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Raichle, K. A., Bertolatus, J. A. y Lawton, W. J. (2000). Predicting change in depression following renal transplantation: Effect of patient coping preferences. *Health Psychology*, 19(4):348-353.
- Cicutto, L., Braidy, C. A., Moloney, S., Hutcheon, M., Holness, D. L. y Downey, G. P. (2004). Factors affecting attainment of paid employment after lung transplantation *The Journal of Heart and Lung Transplantation* 23(4): 481-486.

- Cirera, F., Reina, M., Lucas, J. L. y Franco, M. G. (2009). Diferencias entre el trasplante renal y otros tratamientos de la enfermedad renal crónica respecto a la calidad de vida. *Actualizaciones en trasplantes, 2009:163-168*. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Claar, R. L., Parekh, P. I., Palmer, S. M., Lacaille, R. A., Davis, R. D., Rowe, S. K., Babyak, M. A. y Blumenthal, J. A. (2005). Emotional distress and quality of life in caregivers of patients awaiting lung transplant. *Journal of Psychosomatic Research* 59:1-6.
- Cohen, L., Littlefield, C., Kelly, P., Maurer, J. y Abbey, S. (1998). Predictors of quality of life and adjustment after lung transplantation. *Chest* 113:633-644.
- Cofan Puyol, F. (2006). Ya estoy trasplantado de riñón:¿Y ahora qué?. Información práctica después del trasplante renal. Publicaciones Permanyer.
- Cohen, M., Katz, D. y Baruch, Y. (2007). Stress among the family caregivers of liver transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 17(1): 48-53
- Cowling, T., Jennings, L. W., Goldstein, R. M., Sanchez, E. Q., Chinnakotla, S., Klintmalm, G. B. y Levy, M. F. (2004). Liver transplantation and health-related quality of life: scoring differences between men and women. *Liver Transplantation*, 10(1): 88-96.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento. Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (92): 797-832.
- Crespo, R., Casas, R. y Contreras, M. D. (2008). Guía para el paciente renal según modalidades de tratamiento. Alcer Córdoba.
- Crews, W. D., Jefferson, A. L., Broshek, D. K., Rhodes, R. D., Williamson, J., Brazil, A. M., Barth, J. T. y Robbins, M. K. (2003). Neuropsychological dysfunction in patients with end-stage pulmonary disease: lung transplant evaluation. *Archives of Clinical Neuropsychology* 18: 353-362.
- Crossen, J. R., Keeffe, E. B., Benner, K. G., Garvey-Schray, A., Whalen, J. y Mesch, J. (1994). Psychological assessment of quality of life following liver transplantation. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 1(1), 71-81.

## D

- De Bona, M., Ponton, P., Ermani, M., Iemmolo, R. M., Feltrin, A., Boccagni, P., Gerunda, G., Naccarato, R., Rupolo, G. y Burra, P. (2000). The impact of liver disease and medical complications on quality of life and psychological distress before and after liver transplantation, *Journal of hepatology*, 33: 609-615.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S. y Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9(1): 13-28.
- Desai, R., Jamieson, N., Gimson, A. E., Watson, C. J., Gibbs, P., Bradley, J. A. y Praseedom, R. L. (2008). Quality of life up to 30 years following liver transplantation. *Liver Transplantation*, 14:1473-1479.
- Di Matteo, R., Lepper, H. y Croghan, T. (2010). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160:2101-2017.
- Díaz, R., Pérez San Gregorio, M. A., Pérez, J., Gallego de Corpas, A. y Correa, E. (2005). Aspectos psicológicos de los pacientes incluidos en lista de espera para trasplante hepático. *Actualizaciones en trasplantes 2005*:163-166. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- DiMartini, A., Dew, M. A., Day, N., Fitzgelard, G., Jones, B., de Vera, M. E. y Fontes, P. (2010). Trajectories of alcohol consumption following liver transplantation. *American Journal of Transplantation*, 10(10):2305-2312.
- Denollet, J. (2005). DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine* 67:89 –97
- Dew, M.A., Kormos, R. L., Roth, L. H., Murali, S., DiMartini, A. y Griffith, B. P. (1999). Early post-transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18(6):549-62.
- Dew, M. A., DiMartini, A. F., Steel, J., De Vito, A., Myaskovsky, L., Unruh, M. y Greenhouse, J. (2008). Meta-analysis of risk for relapse to substance use after transplantation of the liver or other solid organs. *Liver Transplantation*, 14(2):159-172

- Dobrovsky, G. (2010). El fenómeno huésped. Vínculo y subjetividad en trasplante de órganos. *Revista del área de psicopatología de la Facultad de Psicología de la Udelar (Uruguay)*:13
- Douglas, N. C., Shah, M. y Sauer, M.V. (2007). Fertility and reproductive disorders in female solid organ transplant recipients. *Seminars in Perinatology*; 31(6).
- Drent, G., De Geest, S., Dobbels, F., Kleibeuker, J. H., Haagsma, E. B. (2009). Symptom experience, nonadherence and quality of life in adult liver transplant recipients. *The Netherlands Journal of Medicine*, 67(5):161-168.
- Dudley, T., Chaplin, D., Clifford, C. y Mutimer, D. J. (2007). Quality of life after liver transplantation for hepatitis C infection. *Quality of life research*, 16:1299-1308.

## E

- Escobar, M. J., Guerrero, O., Quintas, J. y Salvador, M. (2005). Guía para el trasplantado renal. Las 20 preguntas más frecuentes. *Comisión de trasplantes. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla*.
- Espinosa, M., Rodil, R., Goikoetxea, M. J., Zulueta, J. y Seijo, L. M. (2006). Trasplante Pulmonar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(2):105-112.
- Estraviz, B., Quintana, J. M., Valdivieso, A., Bilbao, A., Padierna, A., de Urbina, J. O. y Sarabia, S. (2007). Factors influencing change in health-related quality of life after liver transplantation. *Clinical Transplantation*, 21(4): 481-499.
- Evans, R. W., Manninen, D. L., Garrison, L. P. Jr., Hart, L. G., Blagg, C. R., Gutman, R. A., Hull, A. R. y Lowrie, E. G. (1985). The quality of life of patients with end-stage renal disease. *The New England Journal of Medicine*, 312, 9, 553-559.
- Eysenck, H. (1970). *The structure of human Personality*. (3a. ed.). New York: Methuen.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton. Adaptación española de TEA, SA, Madrid.

Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J. y Barret, P. (1985). A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29.

## **E**

Fan, V. S., Curtis, R., Tu, S. P., McDonnell, M. B. y Fihn, S. D. (2002). Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung diseases *Chest* 122(2):429-436.

Fernández, R., Ortega, J. y Báguena, M. J. (2008). Estudio psicológico del paciente con obesidad mórbida sometido a intervención quirúrgica: análisis de las diferentes variables que puedan afectar a la pérdida de peso. *Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.*

Ferrer, M., Alonso, J., Prieto, L., Plaza, V., Monsó, E., Marrades, R., Aguar, M. C., Khalaf, A. y Antó, J. M. (1996). Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *European Respiratory Journal*, 9(6):1160-1166.

Ferrer, M., Villasante, C., Alonso, J., Sobradillo, V., Gabriel, R., Vilagut, G., Masa, J. F., Viejo, J. L., Jiménez-Ruiz, C. A. y Miravittles, M. (2002). Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory. Questionnaire *European Respiratory Journal* 19:405-413.

Fiebiger, W., Mitterbauer, C., Oberbauer, R. (2004). Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation. *Health and Quality of Life Outcomes* 2:2.

Franke, G. H., Reimer, J., Kohnle, M., Luetkes, P., Maehner, N. y Heemann, U. (1999). Quality of life in end-stage renal disease patients after successful kidney transplantation: development of the ESRD symptom checklist-transplantation module. *Nephron*, 83:31-9.

Frazier, P., Davis, S. y Dahl, K. (1995). Stressors, social support and adjustment in kidney transplant patients and their spouses. *Social Work in health care*, 21(2):93-108.

Fukunishi, I., Sugawara, Y., Takayama, T., Makuuchi, M., Kawarasaki, H. y Surman, O. S. (2001). Psychiatric disorders before and after living related transplantation *Psychosomatics*, 42 (4): 337-343.

Fukunishi, I., Sugawara, Y., Takayama, T., Kawarasaki, H. y Surman, O. S. (2002). Association between pretransplant psychological assessments and posttransplant psychiatric disorders in living related transplantation *Psychosomatics*, 43(1): 49-54.

Fusar-Poli, P., Lazzaretti, M., Ceruti, M., Hobson, R., Petrouska, K., Cortesi, M., Pozzi, E. y Politi, P. (2007). Depression after lung transplantation: causes and treatment. *Lung* 185(2): 55-65.

## **G**

Galán, A., Pérez, M. A., Martín, A. y Borda, M. (2008). Calidad de vida de los trasplantados en relación a otras situaciones médicas estresantes vividas por los enfermos pulmonares. *Psicothema* 20(2):266-272.

Gangeri, L., Bosisio, M., Brunelli, C., Tamburini, M., Serafin, P., Clerici, C. A., Caraceni, A. y Mazzaferro, V. (2007). Phenomenology and emotional impact of neuropsychiatric symptoms in orthotopic liver transplant for hepatocellular carcinoma. *Transplantation Proceedings*, 39: 1564-1568.

Garrido, M. J., Casas, M. C. y Gómez, M. A. (2009). Estudio descriptivo psicológico en los trasplantados hepáticos. *Actualizaciones en trasplantes 2009: 156-159*. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Gerbase, M. W., Spiliopoulos, A., Rochat, T., Archinard, M. y Nicod, L. P. (2005). Health-related quality of life following single or bilateral lung transplantation. A 7 year comparison to functional outcome. *Chest* 128:1371-1378.

Girard, F., Chouinard, P., Boudreault, D., Poirier, C., Richard, C., Ruel, M. y Ferraro, P. (2006). Prevalence and impact of pain on the quality of life of lung transplant recipients *Chest* 130:1535-1540.

Gledhill, J., Burroughs, A., Rolles, K., Davidson, B., Blizard, B. y Lloyd, G. (1999). Psychiatric and social outcome following liver transplantation for alcoholic liver disease: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research* 46(4):359-68.

Goetzmann, L., Scheuer, E., Naef, R., Vetsch, E., Buddeberg, C., Russi, E. W. y Boehler, A. (2005). Psychosocial situation and physical health in 50 patients >1 year after lung transplantation *Chest* 127: 166-170.

- Goetzmann, L., Scheuer, E., Naef, R., Klaghofer, R., Russi, E. W., Buddeberg, C. y Boehler, A. (2005b). Personality, illness perceptions, and lung function (FEV1) in 50 patients after lung transplantation. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2: Doc 6.
- Goetzmann, L., Wagner-Huber, R., Klaghofer, R., Muellhaupt, B., Clavien, P. A., Buddeberg, C. y Scheuer, E. (2006). Waiting for a liver transplant: psychosocial well-being, spirituality, and need for counselling. *Transplantation Proceedings*, 38(9):2931-6.
- Goetzmann, L., Klaghofer, R., Wagner-Huber, R., Halter, F., Boehler, A., Muellhaupt, B., Schanz, U. y Buddeberg, C. (2006b). Quality of life and psychosocial situation before and after a lung, liver or an allogeneic bone marrow transplant. *Swiss Medical Weekly* (136):281-290.
- Goetzmann, L., Moser, K. S., Vetsch, E., Klaghofer, R., Naef, R., Russi, E. W., Buddeberg, C. y Boehler, A. (2006c). What do patients think after a lung transplantation about their self, lung and social network? A quantitative analysis of categorical interview data. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 3: Doc 3.
- Goetzmann, L., Moser, K. S., Vetsch, E., Klaghofer, R., Naef, R., Russi, E. W., Buddeberg, C. y Boehler, A. (2007). How does psychological processing relate to compliance behavior after lung transplantation? A content analytical study *Psychology, Health and Medicine*, 12(1):94-106.
- Goetzmann, L., Sarac, N., Ambühl, P., Boehler, A., Irani, S., Muellhaupt, B., Noll, G., Schleuniger, M., Schwegler, K., Buddeberg, C. y Klaghofer, R. (2008). Psychological response and quality of life after transplantation: a comparison between heart, lung, liver and kidney recipients. *Swiss Medical Weekly*, 138(33-34):477-483.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L.* Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., de las Cuevas, C., Gracia Marco, R., Rodríguez-Pulido, F., Henry-Benítez, M. y Monterrey, A. L. (1989). The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*, Towson.
- Gotardo, D. R., Strauss, E., Teixeira, M. C. y Machado, M. C. (2008). Liver transplantation and quality of life: relevance of a specific liver disease questionnaire. *Liver International*, 28(1): 99-106.

- Gralnek, I. M., Hays, R. D., Kilbourne, A., Rosen, H. R., Keeffe, E. B., Artinian, L., Kim, S., Lazarovici, D., Jensen, D. M., Busuttil, R. W. y Martin, P. (2000). Development and evaluation of the Liver Disease Quality of Life instrument in persons with advanced, chronic liver disease– the LDQOL 1.0. *American Journal of Gastroenterology*, 95 (12): 3552-65.
- Greif-Higer, G., Wandel, E., Otto, G., Galle, P. R. y Beutel, M. E. (2008). Psychological conflicts between relatives during the long-term course after successful living organ donation. *Transplantation Proceedings*, 40:902-906.
- Griva, K., Stygall, J., Ng, J. H., Davenport, A., Harrison, M. J. y Newman, S. (2011). Prospective changes in health-related quality of life and emotional outcomes in kidney transplantation over 6 years. *Journal of transplantation* 2011. Artículo ID 671571.
- Gross, C. R., Savik, K., Bolam, R. M. y Hertz, M. I. (1995). Long-term health status and quality of life outcomes of lung transplant recipients. *Chest* 108: 1587-1593.
- Guimón, J., Ozamiz, A. y Yllá, L. (1983). Adaptación española del SCL-90 de Lipman y Derogatis. Actas del XV Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Tomo I. Jaca. Edita la Universidad de Zaragoza, Cátedra de Psiquiatría.
- Gurusamy, K. S., Osmani, B., Xirouchakis, E., Burroughs, A. K. y Davidson, B. R. (2009). Antiviral therapy for recurrent liver graft infection with hepatitis C virus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 21(1).

## H

- Hathaway, D., Winsett, R., Prendergast, M. y Subaiya, I. (2003). The first report from the patient outcomes registry for transplant effects on life (PORTEL): differences in side-effects and quality of life by organ type, time since transplant and immunosuppressive regimens. *Clinical Transplantation*. 17: 183-94.
- Heidarzadeh, M., Atashpeikar, S. y Jalilazar, T. (2010). Relationship between quality of life and self-care ability in patients receiving hemodialysis. *Iranian Journal of nursing and midwifery research*, 15(2):71-76.
- Hellgren, A., Berglund, B., Gunnarsson, U., Hansson, K., Norberg, U. y Bäckman, L. (1998). Health-related quality of life after liver transplantation. *Liver Transplantation and Surgery*, 4(3): 215-221.

- Hernández, D. E., Valdés, M. A., Grau, J. A., Almandoz, P. y Lam, M. (1988). Aspectos psicológicos, psiquiátricos y sociales en pacientes sometidos a trasplante de corazón y corazón pulmón *Revista Cubana de Psicología*, 5(3): 61-76.
- Ho, J. K., Ko, H. H., Schaeffer, D. F., Erb, S. R., Wong, C., Buczkowski, A. K., Scudamore, C. H. y Yoshida, E. M. (2006). Sexual health after orthotopic liver transplantation. *Liver Transplantation* 12:1478-84.
- Holmes, A. M. y Deb, P. (2003). The effect of chronic illness on the psychological health of family members. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6:13-22.
- Horsburgh, M. E., Beanlands, H., Locking-Cusolito, H., Howe, A. y Watson, D. (2000). Personality traits and self-care in adults awaiting renal transplant. *Western Journal of Nursing Research*, 407, 30, 431-437.
- Hunt, C. M., Tart, J. S., Dowdy, E., Philips, B., Williams, D. M. y Clavien, P. A. (1996). Effect of orthotopic liver transplantation on employment and health status. *Liver Transplantation and surgery*, 2(2):148-153.

## I

- Insensé, B., Vilardell, J., Aranzabal, J. y Lago, A. M. (1999). Quality of life in renal, hepatic and heart transplant patients. *Transplantation Proceedings* 31: 2647-2648.

## J

- Jané, L. y Casanovas, T. (2006). Sexualidad, calidad de vida y trasplante hepático. *Actualizaciones en trasplantes, 2006*. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Jané, L. y Casanovas, T. (2007). Calidad de vida, trasplante hepático y cáncer. *Actualizaciones en trasplantes 2007*. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Jones, P. W., Quirk, F. H., Baveystock, C. M. y Littlejohns, P. (1992). A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *American Review of Respiratory Disease*, 145:1321-7.

## K

- Kaltsouda, A., Skapinakis, P., Damigos, D., Ikonou, M., Kalaitzidis, R., Mavreas, V. y Siamopoulos, K. C. (2011). Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 12:28-36.
- Kanasky, W., Anton, S., Rodrigue, J. R., Perri, M. G., Szwed, T. y Baz, M. A. (2002). Impact of body weight on long-term survival after lung transplantation. *Chest* 121: 401-406.
- Kanwal, F., Spiegel, B., Hays, R., Durazo, F., Han, S., Saab, S., Bolus, R., Kim, S. y Gralnek, I. M. (2008). Prospective validation of the short form liver disease quality of life instrument. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 28, 1088–1101.
- Kober, B., Kuchler, T., Broelsch, C., Kremer, B. y Henne-Bruns, D. (1990). A psychological support concept and quality of life research in a liver transplantation program: An interdisciplinary multicenter study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 117-131.
- Köllner, V., Schade, I., Maulhardt, T., Maercker, A., Joraschky, P. y Guliemos, V. (2002). Posttraumatic stress disorder and quality of life after heart or lung transplantation. *Transplantation Proceedings* 34, 2192-2193.
- Krahn, L. y DiMartini, A. (2005). Psychiatric and psychosocial aspects of liver transplantation. *Liver Transplantation*, 11(10): 1157-1168
- Kugler, C., Strueber, M., Teqtbur, V., Niedermeyer, J. y Haverich, A. (2004). Quality of life 1 year after lung transplantation. *Progress in Transplantation* 14(4): 331-336
- Kugler, C., Geyer, S., Gottlieb, J., Simon, A., Haverich, A. y Dracup, K. (2009). Symptom experience after solid organ transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(2):101-110.

## L

- Laba, M., Pszeny, A., Gutowska, D., Jonas, M., Durlík, M., Paczek, L., Wasiak, D., Czerwinski, J. y Malkowski, P. (2008). Quality of life after liver transplantation-preliminary report. *Annals of Transplantation*, 13(4):67-71.

- Langenbach, M., Schmeisser, N., Albus, C. y Decker, O. (2008). Comparison of social support and psychosocial stress after heart and liver transplantation. *Transplantation Proceedings*, 40(4): 938-9.
- Lanuza, D., Lefaiver, C., McCabe, M., Farcas, G. A. y Garrity, E. Jr. (2000). Prospective study of functional status and quality of life before and after lung transplantation. *Chest* 118:115-122.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Levy, M., Jennings, L., Abouljoud, M. S., Mulligan, D. C., Goldstein, R. M., Husberg Bo, S., Gonwa, T. A. Y. y Klintmalm, G. B. (1995). Quality of life improvements at one, two, and five years after liver transplantation *Transplantation*, 59(4):515-518.
- Lewis, M. B. y Howdle, P. D. (2003). Cognitive dysfunction and health-related quality of life in long-term liver transplant survivors. *Liver transplantation*, 9(11): 1145-1148.
- Leyendecker, B., Bartholomew, U., Neuhaus, R., Hörhold, M., Blumhardt, G., Neuhaus, P. y Klapp, B. F. (1993). Quality of life of liver transplant recipients. A pilot study. *Transplantation*, 56(3): 561-7.
- Lim, I. y Molassiotis, A. (1999). Quality of life, coping and concerns in Chinese patients after renal transplantation. *International Journal of Nursing Studies* 36: 313-322.
- Limbos, M. M., Chan, C. K. y Kestes, S. (1997). Quality of life in female lung transplant candidates and recipients *Chest* 112:1165-1174.
- Limbos, M. M., Joyce, D. P., Chan, C. K. N. y Kesten, S. (2000). Psychological functioning and quality of life in lung transplant candidates and recipients. *Chest* 118:408-416.
- Lindqvist, R., Carlsson, M. y Sjöden, P. O. (2004). Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of advanced nursing* 45(1):47-52.
- Littlefield, C., Abbey, S., Fiducia, D., Cardella, C., Greig, P., Levy, G., Maurer, J. y Winton, T. (1996). Quality of life following transplantation of the heart, liver and lungs. *General Hospital Psychiatry* 18, 36S-47S.

- LoBiondo-Wood, G., Williams, L., Wood, P. y Shaw, B. W. (1997). Impact of liver transplantation on quality of life: a longitudinal perspective. *Applied Nursing Research*, 10 (1):27-32.
- Lok, P. (2008). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients en Australia. *Journal of advanced nursing*, 23(5): 873-881.
- López, M. O. y Del Castillo, D. (2007). Calidad de vida en el paciente trasplantado renal. *Actualizaciones en Trasplantes*, 2007. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- López-Navas, A., Ríos, A., Riquelme, A., Martínez Alarcón, L., Pons, J. A., Miras, M., Sanmartín, A., Ramírez, P. y Parrilla, P. (2010). Importance of introduction of a psychological care unit in a liver transplantation unit. *Transplantation Proceedings*, 42, 302-305.
- Lucena, C., Jiménez, M. E. y Mellado, J. (2006). Embarazo en las pacientes trasplantadas: consideraciones generales. *Actualizaciones en trasplantes*, 2006, 138-140.

## M

- Magaz, A. (2003). Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos [tesis doctoral]. Universidad de Deusto.
- Martín, A., Pérez, M. A. y Pérez, J. (2009). Calidad de vida un año después del trasplante. *Actualizaciones en Trasplantes*, 2009: 144-147. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Matas, A. J., Halbert, R. J. y Barr, M. L. (2002). Life satisfaction and adverse effects in renal transplant recipients: a longitudinal analysis. *Clinical Transplantation*, 16:113-121.
- Matesanz, R. (2006). El milagro de los trasplantes. De la donación de órganos a las células madre. Fundación MM. Investigación médica.
- Mattarozzi, K., Cretella, L., Guarino, M. y Stracciari, A. (2012). Minimal hepatic encephalopathy: follow-up 10 years after successful liver transplantation. *Transplantation*, 93(6): 639-643.
- Monleón, J., Aixalá, J. y Perales, A. (2008). El trasplante hepático en la mujer. Sexualidad y gestación. *Actualizaciones en trasplantes*, 2008: 158-161

- Morales, P., Lorea, Y., Salamero, F. y Solé, A. (2003). Guía del paciente en espera de trasplante y trasplantado pulmonar. *Meditex*.
- Morana, J. G. (2009). Psychological evaluation and follow-up in liver transplantation. *World Journal of gastroenterology* 15(6):694-696.
- Myaskovsky, L., Dew, M. A., Switzer, G. E., Hall, M., Kormos, R. L., Goycoolea, J. M., DiMartini, A. F., Manzetti, J. D. y McCurry, K. R. (2003). Avoidant coping with health problems is related to poorer quality of life among lung transplant candidates. *Progress in transplantation*, 13(3): 183-92.
- Myakovsky, L., Dew, M. A., Switzer, G. E., McNulty, M. L., DiMartini, A. F. y McCurry, K. R. (2005). Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. *Social Science and Medicine* 60: 2321-2332.

## N

- Napolitano, M. A., Babyak, M. A., Palmer, S., Tapson, V., Davis, R. D. y Blumenthal, J. A. (2002). Effects of a telephone-based psychosocial intervention for patients awaiting lung transplantation. *Chest* 122: 1176-1184.
- Nickel, R., Egle, U. T., Wunsch, A., Lohse, A. W. y Otto, G. (2002). Coping in patients after liver transplantation with regard to their membership in a self-group [Artículo en alemán] *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 40(5):285-90.
- Nickel, R., Wunsch, A., Egle, U. T., Lohse, A. W. y Otto, G. (2002b). The relevance of anxiety, depression and coping in patients after liver transplantation. *Liver transplantation*, 8(1): 63-71.

## O

- Ocampo, L. E., Zapata, C. M., Villa, A. J. y Vinaccia, S. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes trasplantados de riñón, hígado y médula ósea. *Psicología y Salud*, 17(1):125-131.
- O'Carrol, R., Couston, M., Cossan, J., Masterton, G. y Hayes, P. C. (2003). Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study, *Liver Transplantation*, 9:712-720.

- OMS (1994). Actividades de la OMS, 1992-1993: informe bienal del Director General a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas.
- Ortega, F. y Rebollo, P. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud en pacientes portadores de un trasplante de órganos sólido. *Actualizaciones en trasplantes 2004*. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Ortega, F. y Rebollo, P. (coord.)(2006). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes receptores de un trasplante de órgano sólido. Ediciones Mayo.
- Ortega, T, Valdes, C., Rebollo, P. y Ortega, F. (2007). Evaluation of reliability and validity of Spanish version of the ESRD-SCL Transplantation Module. *Transplantation*, Dec. 15; 84 (11): 1428-35.
- Ortega, T., Deulofeu, R., Salamero, P., Casanovas, T., Rimola, A. Pont, T., Caldes, A., Twose, J. y Ortega, F. (2009). Impact of health related quality of life in Catalonia liver transplant patients *Transplantation Proceedings*, 41: 2187-2188.
- Oteo, E. (2010). *Estudio sobre los aspectos psicológicos de la fibromialgia en mujeres*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.

## P

- Pantiga, C., Rodrigo, L., Cuesta, M., Lopez, L. y Arias, J. (2003). Cognitive deficits in patients with hepatic cirrhosis and in liver transplant recipients. *The Journal of Neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 15:84-89.
- Parekh, P., Blumenthal, J., Babyak, M., Merrill, K., Carney, R. M., Davis, R. D. y Palmer, S. M. (2003). Psychiatric disorder and quality of life in patients awaiting lung transplantation. *Chest* 124:1682-1688
- Parker, K. P., Kutenr, N. G., Bliwise, D. L., Bailey, J. L. y Rye, D. B. (2003). Nocturnal sleep, daytime sleepiness, and quality of life in stable patients on hemodialysis. *Health and quality of life outcomes*, 1:68-77
- Pérez, M. A., Martín, A., Gallego, A. y Santamaría, J. L. (2000). Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados. Futuras líneas de intervención psicológica. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 5(1), 71-87.

- Pérez, M. A. y Martín, A. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Revista de psicología general y aplicada*, 55(3), 439-453.
- Pérez, M. A., Martín, A., Asián, E. y Pérez, J. (2004). Repercusiones psicológicas del trasplante hepático *MAPFRE Medicina*, 15(4), 251-257.
- Pérez, M. A., Martín, A. y Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and health Psychology*, 5(3), 99-114.
- Pérez, M. A., Martín, A., Asián Chaves, E. y Pérez-Bernal, J. (2005b). Salud mental de la familia tras el trasplante de órganos. *Actualizaciones en trasplantes 2005*, 151-155.
- Pérez, M. A., Martín, A., Galán, A. y Pérez-Bernal, J. (2005c). Psychologic stages in renal transplant. *Transplantation Proceedings*, 37, 1449-1452.
- Pérez, M. A., Martín, A., Díaz, R. y Pérez-Bernal, J. (2006). The influence of posttransplant anxiety on the long-term health of patients. *Transplantation Proceedings*, 38, 2406-2408.
- Pérez, M. A., Martín, A. y Galán, A. (2007). Symptoms of anxiety and depression in different stages of organ transplant. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 633-639.
- Pérez, M. A., Martín, A. y Pérez, J. (2008). Psychological differences of patients and relatives according to post-transplantation anxiety. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(1), 250-258.
- Pérez, M. A. y Pérez, J. (2008b). Un año después del trasplante: Influencia de la salud mental de la familia en la calidad de vida de los pacientes. *Actualizaciones en Trasplantes*, 135-139.
- Pérez, M. A., Martín, A., Gallego de Corpa, A. I. y Pérez, J. (2009). Influencia de la salud mental en la supervivencia de los trasplantados. *Actualizaciones en trasplantes*, 140-143.
- Pérez, M. A., Martín, A., Domínguez, E., Maldonado, M. D. y Pérez, J. (2010). Trasplante hepático y calidad de vida. *Actualizaciones en trasplantes*, 2010: 197-200.

- Pérez, M. A., Martín, A., Perez, J. y Maldonado, M. D. (2010b). Quality of life in Spanish patients with liver transplant *Clinical Practice and epidemiology in mental health* 6:79-85
- Planas, R. y Salmerón, J. (coord.) (2007). Enfermedades hepáticas. Consejos prácticos. Asociación Española Para el Estudio del Hígado. 2007. *Publicaciones Permanyer*.
- Prihodova, L., Nagyova, I., Rosenberg, J., Roland, R., van Dijk, J. P. y Groothoff, J. W. (2009). Impact of personality and psychological distress on health-related quality of life in kidney transplant recipients. *Transplant International*, 23(5):484-492.

## **R**

- Ratcliffe, J., Longworth, L., Young, T., Bryan, S., Burroughs, A. y Buxton, M. (2002). Assessing health-related quality of life pre-and post-liver transplantation. A prospective multicenter study. *Liver Transplantation*, 8(3):263-270.
- Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J. M., Badia, X., Álvarez-Ude, F., Díaz-Corte, C., Naves, M., Navascúes, R. A., Ureña, A. y Álvarez-Grande, J. (2000). Health related quality of life of kidney transplanted patients: variables that influence it. *Clinical Transplantation*, 14:199-207
- Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J. M., Álvarez-Ude, F., Navascúes, R. y Álvarez-Grande, J. (2001). Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 16:1675-1680
- Rebollo, P., Ortega, F., Valdés, C., Fernández-Vega, F., Ortega, T., García-Mendoza, M. y Gómez, E. (2004). Influence of erectile dysfunction on health related quality of life of male kidney transplant patients. *International Journal of Impotence Research*, 16: 282-287.
- Revilla, L., de la Luna del Castillo, J., Bailón, E. y Medina, I. (2005). Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia* 6(1): 10-18.
- Riekert, K. A., Bartlett, S. J., Boyle, M. P., Krishnan, J. A. y Rand, C. S. (2007). The association between depression, lung function, and health-related quality of life among adults with cystic fibrosis *Chest* 132: 231-237.

- Rivera-Spoljaric, K. y Faro, A. (2007). Fibrosis quística: ¿Cuándo referir un niño para trasplante pulmonar? *Neumología pediátrica* 2(2):84-89
- Rodrigue, J., Baz, M., Kanasky, W. Jr. y MacNaughton, K. L. (2005). Does lung transplantation improve health-related quality of life? The University of Florida experience. *The journal of health and lung transplantation* 24(6):755-763.
- Rodrigue, J. R., Baz, M. A., Widows, M. R. y Ehlers, S. L. (2005b). A randomized evaluation of quality-of-life therapy with patients awaiting lung transplantation. *American Journal of Transplantation* 5:2425-2432
- Rodríguez, E. y Casanovas, T. (2010). Gestión de las emociones y trasplante. Actualizaciones en trasplante, 2010, 185-189. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- Rodríguez, M. C., Conejos, C., Fuenmayor, A., Mirada, C., Sanz, E., Torruella, C. y Vela, A. (2009). Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 12(1): 26-30
- Rogal, S. S., Landsittel, D., Surman, O., Chung, R. T. y Rutherford, R. A. (2011). Pre-transplant depression, antidepressant use, and outcomes of orthotopic liver transplantation. *Liver Transplantation*, 17(3):251-260
- Rojas, O., Krauskopf, V., Umaña, J. A. y Erazo, R. (2010). Intervención psiquiátrica en programa de trasplantes. *Revista Médica de Clínica Las Condes*, 21(2):286-292.
- Ruiz, M., López, L., Praena, J. M., Vázquez, M. y Quijano-Campos, J. C. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos. *Index de Enfermería* [online]. 23(4):209-213.
- Ruppar, T. y Russell, C. (2009). Medication adherence in successful kidney transplant recipients *Progress in Transplantation* 19(2):167-172.
- Russell, R. T., Feurer, I. D., Wisawatapnimit, P., Salomon, R. M. y Pinson, C. W. (2008). The effects of physical quality of life, time, and gender on change in symptoms of anxiety and depression after liver transplantation. *Journal of Gastroenterology Surgery* 12(1):138-44.

**S**

- Saab, S., Wiese, C., Ibrahim, A. B., Peralta, L., Durazo, F., Han, S., Yersiz, H., Farmer, D. G., Ghobrial, R. M., Goldstein, L., Tong, M. J. y Bussutil, R. W. (2007). Employment and quality of life in liver transplant recipients. *Liver transplantation*, 13:1330-1338.
- Saab, S., Ibrahim, A. B., Surti, B., Durazo, F., Han, S., Yersiz, H., Farmer, D. G., Ghobrial, R. M., Goldstein, L. I., Tong, M. J. y Busuttil, R. W. (2008). Pretransplant variables associated with quality of life in liver transplant recipients. *Liver International*, 28(8):1087-94.
- Saab, S., Bownik, H., Ayoub, N. y Younossi, Z. (2011). Differences in health-related quality of life scores after orthotopic liver transplantation with respect to selected socioeconomic factors *Liver Transplantation*, 17( 5), 580–590.
- Sainz-Barriga, M., Baccarani, U., Scudeller, L., Risaliti, A., Toniutto, P. L., Costa, M. G., Ballestrieri, M., Adani, G. L., Lorenzin, D., Bresadola, V., Ramacciato, G. y Bresadola, F. (2005). Quality of life assessment before and after liver transplantation *Transplantation Proceedings*, 37(6):2601-4
- Sanchez, W. y Talwalkar, J. A. (2006). Palliative care for patients with end-stage liver disease ineligible for liver transplantation. *Gastroenterology Clinics of North America*, 35(1):201-19.
- Sánchez-Román, S., Ostrosky-Solís, F., Morales-Buenrostro, L. E., Alberú-Gómez, J., Nicolini-Sánchez, J. H. y García-Ramos, G. (2008). Insuficiencia renal crónica y sus efectos en el funcionamiento cognoscitivo. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8 (2): 97-113.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M. A. y Jiménez, M. P. (1995). Trastornos psicósomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). Manual de psicopatología (pp. 401-469). Madrid: Interamericana.
- Saner, F. H., Nadalin, S., Radtke, A., Sotiropoulos, G. C., Kaiser, G. M. y Paul, A. (2009). Liver transplantation and neurological side effects. *Metabolic Brain Disease*, 24(1): 183-7
- Santana, M. J., Feeny, D., Jackson, K., Weinkauff, J. y Lien, D. (2009). Improvement in health-related quality of life after lung transplantation. *Canadian Respiratory Journal* 16(5): 153-158.

- Santos Junior, R., Miyazaki, M. C., Domingos, N. A., Valério, N. I., Silva, R. F. y Silva, R. C. (2008). Patients undergoing liver transplantation: psychosocial characteristics, depressive symptoms and quality of life. *Transplantation proceedings*, 40: 802-804.
- Santos Luna, J., Redel Montero, J. M., Vaquero Barrios, M. J. y Cobos Ceballos, M. J. (2010). Paciente subsidiario de trasplante pulmonar. Manejo del enfermo Trasplantado. *Manual de diagnóstico y terapéutica en neumología*. 2ª edición, 675-686.
- Sharif, F., Mohebbi, S., Tabatabaee, H. R., Sberi-Firoozi, M. y Gholamzadeh, S. (2005). Effects of psycho-educational intervention on health-related quality of life of patients with chronic liver disease referring to Shiraz University of Medical Sciences *Health and quality of life outcomes* 3:81-86.
- Sherbourne, C. D. y Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science and Medicine*, 32: 705-14.
- Sherbourne, C. D. (1992). Social functioning: social activity limitations measures. In A.L. Stewart y J.E. Ware (eds.), *Measuring functional status and well-being: The Medical Outcomes Study approach* (pp. 173-181). Durham, N.C.; Duke University Press.
- Siegal, B. (1995). Post- renal transplant compliance: The cognitions, emotions and coping behaviors. Tesis doctoral. Universidad de Stanford
- Singer, M. A., Hopman, W. M. y MacKenzie, T. A. (2000). Physical functioning and mental health in patients with chronic medical conditions. *Quality of life research* 8: 687-691
- Smeritschnig, B., Jaksch, P., Kocher, A., Seebacher, G., Aigner, C., Mazhar, S. y Klepetko, W. (2005). Quality of life after lung transplantation: a cross-sectional study. *The Journal of heart and lung transplantation*, 24(4):474-480.
- Sotil, E. U., Gottstein, J., Ayala, E., Randolph, C. y Blei, A. T. (2009). Impact of preoperative overt hepatic encephalopathy on neurocognitive function after liver transplantation. *Liver Transplantation*, 15(2):184-92.
- Stavem, K., Bjortuft, O., Lund, M. B., Kongshaug, K., Geiran, O. y Boe, J. (2000). Health-related quality of life in lung transplant candidates and recipients. *Respiration* 67:159-165.

- Stilley, C. S., Miller, D. J., Manzetti, J. D., Marino, I. R. y Keenan, R. J. (1999). Optimism and coping styles: A comparison of candidates for liver transplantation with candidates for lung transplantation. *Psychotherapy and Psychosomatics* 68(6):299-303.
- Stilley, C. S., Dew, M. A., Pilkonis, P., Bender, A., McNulty, M., Christensen, A., McCurry, K. y Kormos, R. (2005). Personality characteristics among cardiothoracic transplant recipients, *General Hospital Psychiatry*, 27(2), 113-118.
- Stilley, C. S., DiMartini, A., de Vera, M., Flynn, W., King, J., Sereika, S., Tarter, R., Dew, M. A. y Rathnamala, G. (2010). Individual and environmental correlates and predictors of early adherence and outcomes after liver transplantation. *Progress in Transplantation*, 20(1): 58-67.
- Stilley, C. S., DiMartini, A., Tarter, R., De Vera, M., Sereika, S., Dew M. A. y Flynn, W. (2010). Liver transplant recipients: Individual, social and environmental resources. *Progress in Transplantation*, 20(1): 68-74.
- Sutton, T. D. y Murphy, S. P. (1989). Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. *Nursing Research*, 38(1): 46-49.

## I

- Tarter, R. E., Switala, J., Plail, J., Havrilla, J. y Van Thiel, D. H. (1992). Severity of hepatic encephalopathy before liver transplantation associated with quality of life after transplantation. *Archives of internal medicine*, 152(10):2097-101
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Barroso, E. y Monteiro, E. (2006). Psychiatric approach of liver transplant [Artículo en portugués]. *Acta Médica Portuguesa*, 19(2):165-79.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Mateus, E. y Monteiro, E. (2009). Psychosocial determinants of quality of life 6 months after transplantation: longitudinal prospective study. *Transplantation Proceedings*, 41(3), 898-900.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I. y Monteiro, E. (2009b). Importance of depression and active coping in liver transplant candidates' quality of life. *Progress in transplantation*, 19(1):85-89.

- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I. y Monteiro, E. (2009c). Adherence correlates in liver transplant candidates. *Transplantation Proceedings*, 41(5).
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Mateus, E. y Monteiro, E. (2009d). When does quality of life improve after liver transplantation? A longitudinal prospective study. *Transplantation Proceedings* 41: 904-905.
- Telles-Correia, D., Cortes-Pinto, H., Barbosa, A., Mega, I. y Monteiro, E. (2009e). Quality of life following liver transplantation: a comparative study between Familial Amyloid Polineuropathy and liver disease patients *BMC Gastroenterology*, 9:54-58
- Telles-Correia, D., Barbosa, A. y Mega, I. (2010). Personality and transplantation [Artículo en portugués] *Acta Medica Portuguesa*, 23(4):655-62.
- TenVergert, E. M., Essink-Bot, M. L. y Geertsma, A., van Enckevort, P. J., de Boer, W. J. y van der Bij, W. (1998). The effect of lung transplantation on health-related quality of life. *Chest* 113:358-364.

## V

- Van den Berg-Emons, R., Van Ginneken, B., Wijffels, M., Tilanus, H., Metselaar, H., Stam, H. y Kazemier, G. (2006). Fatigue is a major problem after liver transplantation. *Liver Transplantation*, 12(6):899-901.
- Van der Plas, S. M., Hansen, B. E., de Boer, J., Stijnen, T., Passchier, J. A., de Man, R. y Schalm, S. W. (2003). Generic and disease-specific health related quality of life in non-cirrhotic, cirrhotic and transplanted liver patients: a cross-sectional study *BMC Gastroenterology* 3:33.
- Van Ginneken, B. T., Van den Berg-Emons, R. J., Kazemier, G., Metselaar, H. J., Tilanus, H. W. y Stam, H. J. (2007). Physical fitness, fatigue and quality of life after liver transplantation *European Journal of Applied Physiology*, 100(3):345-53.
- Van Ginneken, B. T., van den Berg-Emons, R. J., van der Windt, A., Tilanus, H. W., Metselaar, H. J., Stam, H. J. y Kazemier, G. (2009). Persistent fatigue in liver transplant recipients: a two year follow up study. *Clinical Transplantation* [Epub ahead of print]
- Varma, V., Webb, K. y Mirza, D. (2010). Liver transplantation for alcoholic liver disease. *World Journal of gastroenterology*, 16(35):4377-4393

- Vermeulen, K. M., van der Bij, W., Erasmus, M. E., Duiverman, E. J., Koëter, G. H., TenVergert, E. M. (2004). Improved quality of life after lung transplantation in individuals with cystic fibrosis. *Pediatric Pulmonology*, 37, 5, 419-426.
- Vermeulen, K. M., Bosma, O. H., van der Bij, W., Koëter, G. H. y Tenvergert, E. M. (2005). Stress, psychological distress and coping in patients on the waiting list for lung transplantation: an exploratory study. *Transplant International* 18(8): 954-959.
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A. y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2):135-150.
- Voepel-Lewis, T., Starr, A., Ketefian, S. y White, M. J. (1990). Stress, coping and quality of life in family members of kidney transplant recipients *ANNA Journal* 17(6):427-431.

## W

- Ware, J. E. Jr., Snow, K. K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center.
- Watanabe, T. e Higara, S. (1999). Psychiatric symptoms during the week after renal transplantation. *Transplantation Proceedings*, 31, 251-253.
- White, C. y Gallagher, P. (2010). Effect of patient coping preferences on quality of life following renal transplantation. *Journal of advanced nursing* 66(11):2550-2559.
- White, M. J., Ketefian, S., Starr, A. J. y Voepel-Lewis, T. (1990). Stress, coping and quality of life in adult kidney transplant recipients *ANNA journal* 17(6):421-424.
- Wilson, I. B. y Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related-quality of life. *Jama*; 273: 59-65.
- Woodman, C. L., Geist, L. J., Vance, S., Laxson, C., Jones, K. y Kline, J. N. (1999). Psychiatric disorders and survival after lung transplantation *Psychosomatics* 40(4): 293-297.

Wutzler, U., Venner, M., Villmann, T., Decker, O., Ott, U., Steiner, T. y Gumz, A. (2009). Recording of dissimulation and denial in the context of the psychosomatic evaluation at living kidney transplantation using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory *GMS Psycho-Social-Medicine*, 6:1-11

## Z

Zaydfudim, V., Feurer, I. D., Moore, D. E., Wisawatapnimit, P., Wright, J. K. y Wright, P. C. (2009). The negative effect of pretransplant overweight and obesity on the rate of improvement in physical quality of life after liver transplantation, *Surgery*, 146(2):174-80.

Zhang, S. J., Huang, L. H., Wen, Y. L., Hu, Z. H., Jin, J., Shen, L. H. y Cai, L. X. (2005). Impact of personality and coping mechanisms on health related quality of life in liver transplantation recipients. *Hepatobiliary an Pancreatic Diseases International*, 4(3), 356-9.

## WEBGRAFIA

<http://www.eurostemcell.org/de/node/31708>

Mir, J. (2011). La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes trasplantados hepáticos. Artículo de la página web: [www.aehc.es](http://www.aehc.es) (fuera de servicio).



**ANEXOS**



## **a. Cuestionario específico para Trasplantados Hepáticos**

Los siguientes cuestionarios tienen como finalidad conocer el grado de calidad de vida de las personas trasplantadas o aquellas que están en lista de espera. Los datos conseguidos formarán parte de un estudio realizado en colaboración con la Facultad de Psicología (Universidad de Valencia) y la Asociación de Trasplantados Hepáticos.

Sólo es necesario exclusivamente contestar las preguntas, por lo que si quiere hacer alguna consulta personal debe dirigirse a Roser Benedito (la psicóloga de la asociación). La información que usted proporciona será tratada de un modo estrictamente confidencial.

Contestar a este cuestionario es absolutamente voluntario.

Si está conforme con lo descrito, firme a continuación:

## CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Código:

Fecha:

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo:  Hombre  Mujer

3. Estado civil actual:  Soltero(a)  Casado(a)  Vivo con pareja  
 Separado/divorciado(a)  Viudo(a)

4. ¿Tiene hijos?  No  Sí ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

5. Nivel de estudios:  Primarios  Secundarios (BUP ó Formación Profesional)  
 Estudios universitarios de grado medio (Diplomatura)  
 Estudios universitarios de grado superior

6. Certificado de minusvalía:  Si  No

Situación socioeconómica:  Baja  Media  Alta

Situación Laboral:  Activo  Paro  Baja laboral  
 Jubilado  Discapacitado

Causa del trasplante:

Tiempo desde el trasplante de hígado:

Medicación tras el trasplante:

Complicaciones antes del trasplante:

Complicaciones después del trasplante:

**Cuestionario SF-LDQOL 1.0**  
**(Short Form of Liver Disease Quality of Life instrument)**

Las siguientes preguntas se refieren a problemas de salud que puede haber tenido, relacionados con su enfermedad o trasplante hepático.

1.	<b>Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido los siguientes problemas?</b>	Cada día o casi cada día	4-5 días por semana	2-3- días por semana	1 día por semana	Menos de 1 día por semana	Nunca
	a. Dolor corporal						
	b. Mal sabor de las comidas						
	c. Hinchazón en los pies/piernas						
	d. Sangrado por las encías						
	e. Náuseas (estómago revuelto) y/o vómitos						
	f. Dificultad para respirar o falta de aire						
2.	A algunas personas, <b>las consecuencias de su enfermedad o trasplante hepático les molestan en su vida diaria</b> . Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto los efectos de su enfermedad o trasplante hepático han sido molestos para usted en las siguientes situaciones?	Extremadamente molesto	Muy molesto	Moderadamente molesto	Un poco molesto	Poco molesto	Nada molesto
	a. Capacidad para realizar tareas cotidianas domésticas (limpiar, hacer reparaciones, etc.)						
	b. Capacidad para viajar						
	c. La medicación que usted toma						
Las siguientes preguntas se refieren a problemas de <b>concentración y memoria</b> que usted pueda haber tenido.							
		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Raras veces	Nunca	
3.	Hacer actividades que impliquen pensar y concentrarse						

4.	<b>Durante las últimas 4 semanas</b> , con qué frecuencia...					
	a. Ha estado confuso/a o desorientado/a					
	b. ¿Ha tenido problemas de memoria?					
		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Raras veces	Nunca
5.	<b>Durante las 4 últimas semanas</b> , con qué frecuencia ha tenido usted problemas para <b>recordar...</b>					
	a. ¿Cosas que la gente le ha dicho?					
6.	Con qué frecuencia, <b>durante las 4 últimas semanas...</b>					
	a. ¿Se ha sentido frustrado/a por su enfermedad o trasplante hepático?					
	b. ¿Se ha sentido agobiado/a por su enfermedad o trasplante?					
7.	Las siguientes preguntas se refieren a su <b>actividad sexual y su satisfacción.</b>	Ningún problema	Pocos problemas	Algunos problemas	Muchos problemas	
	Durante las <b>4 últimas semanas</b> , ¿la falta de interés sexual le ha causado algún <b>problema</b> ?					
8.	¿Ha tenido alguna actividad sexual <b>en las últimas 4 semanas</b> ?					
	<i>Si</i>	Pase a la siguiente pregunta				
	<i>No</i>	Pase a la pregunta 11				
9.	¿Las siguientes situaciones le han causado <b>problemas</b> durante <b>las últimas 4 semanas</b> ?	Ningún problema	Pocos problema	Algunos problema	Muchos problema	
	a. Dificultad para tener un orgasmo					
	b. Capacidad para satisfacer a su pareja					
10.	<b>Durante las últimas 4 semanas</b> , ¿cree que sus relaciones sexuales han sido <b>satisfactorias</b> ?	Muy satisfactorias	Bastante satisfactorias	Ni satisfactorias ni insatisfactorias	Bastante insatisfactorias	Muy insatisfactorias
	<b>señale la categoría</b>					

11.	Durante <b>las últimas 4 semanas...</b>	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Raras veces	Nunca
	a. ¿Duerme lo suficiente para levantarse descansado/a por la mañana?					
	b. ¿Se encuentra somnoliento/a y dormido/a durante el día?					
	c. ¿Tiene problemas para mantenerse despierto/a durante el día?					
	d. ¿Se ha quedado dormido/a durante el día (5 min o más)?					
	e. ¿Consigue dormir las horas que necesita?					
12.	Con qué frecuencia, <b>durante las últimas 4 semanas...</b>	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Raras veces	Nunca
	a. ¿Le ha faltado compañía?					
	b. ¿Ha tenido a quien acudir?					
	c. ¿Se ha sentido rechazado/a?					
	d. ¿Se ha sentido aislado/a?					
	e. ¿Ha encontrado compañía cuando la necesitaba?					
13.	¿En qué medida usted <b>está de acuerdo o no</b> con las siguientes afirmaciones?	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	No estoy seguro/a	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
	a. Hago menos planes de futuro que antes de mi enfermedad o trasplante hepático					
	b. Confío mucho en el futuro					
	c. Veo el futuro muy negro					
14.	¿En qué medida usted <b>está de acuerdo o no</b> con las siguientes afirmaciones?					
	a. Mi enfermedad o trasplante hepático hace que llame la atención en público					
	b. Hay gente que se siente incómoda conmigo a causa de mi enfermedad o trasplante hepático					
	c. A causa de mi enfermedad o trasplante hepático me siento diferente y con defectos					
	d. Algunas personas me evitan a causa de mi enfermedad o trasplante hepático					



## **b. Cuestionario específico para Trasplantados Pulmonares**

Los siguientes cuestionarios tienen como finalidad conocer el grado de calidad de vida de las personas trasplantadas o aquellas que están en lista de espera. Los datos conseguidos formarán parte de un estudio realizado en colaboración con el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología (Universidad de Valencia) y la Asociación de Trasplantados Hepáticos.

La información que usted proporciona será tratada de un modo estrictamente confidencial. Contestar a este cuestionario es absolutamente voluntario.

Si está conforme con lo descrito, firme a continuación:

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION**

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE  
TRASPLANTADOS PULMONARES**

Código:

Fecha:

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo:  Hombre  Mujer

3. Estado civil actual:  Soltero(a)  Casado(a)  Vivo con pareja  
 Separado/divorciado(a)  Viudo(a)

4. ¿Tiene hijos?  No  Sí ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

5. Nivel de estudios:  Primarios  Secundarios (BUP ó Formación Profesional)  
 Estudios universitarios de grado medio (Diplomatura)  
 Estudios universitarios de grado superior

6. Certificado de minusvalía:  Si  No

Situación socioeconómica:  Baja  Media  Alta

Situación Laboral:  Activo  Paro  Baja laboral  
 Jubilado  Discapacitado

Causa del trasplante:

Tiempo desde el trasplante de pulmón:

Medicación tras el trasplante:

Complicaciones antes del trasplante:

Complicaciones después del trasplante:

*CUESTIONARIO RESPIRATORIO  
ST. GEORGE*

Forma de  
administración del  
cuestionario: →

1  Auto-administrado →

2  Entrevistador

7c. ¿Ha necesitado ayuda?

1  Sin ninguna ayuda

2  Con ayuda

**INSTRUCCIONES:** Este cuestionario está hecho para ayudarnos a saber mucho más sobre sus problemas respiratorios y cómo le afectan a su vida. Usamos el cuestionario, no tanto para conocer los problemas que los médicos y las enfermeras piensan que usted tiene, sino para saber qué aspectos de su enfermedad son los que le causan más problemas.

Por favor, lea atentamente las instrucciones y pregunte lo que no entienda. No gaste demasiado tiempo para decidir las respuestas.

Conteste cada pregunta **señalando con una cruz el cuadro correspondiente a la respuesta elegida, (ASÍ ☒).**

*MARQUE UNA SOLA RESPUESTA*

A CONTINUACIÓN ALGUNAS PREGUNTAS PARA SABER CUANTOS PROBLEMAS RESPIRATORIOS HA TENIDO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO. POR FAVOR, **MARQUE UNA SÓLA RESPUESTA EN CADA PREGUNTA.**

1. Durante el último año, ¿ha tenido tos?

Casi todos los días de la semana

Varios días a la semana

Unos pocos días al mes

Sólo cuando tuve infecciones respiratorias

Nada en absoluto

2. Durante el último año, ¿ha arrancado? (sacar esputos)

Casi todos los días de la semana

Varios días a la semana

Unos pocos días al mes

Sólo cuando tuve infección en los pulmones

Nada en absoluto

3. Durante el último año, ¿ha tenido ataques de falta de respiración?

Casi todos los días de la semana

Varios días a la semana

Unos pocos días al mes

Sólo cuando tuve infección en los pulmones

Nada en absoluto

4. Durante el último año, ¿ha tenido ataques de pitos o silbidos en los pulmones?

Casi todos los días de la semana

Varios días a la semana

Unos pocos días al mes

Sólo cuando tuve infección en los pulmones

Nada en absoluto

5. Durante el último año, ¿cuántos ataques tuvo por problemas respiratorios que fueran graves o muy desagradables?

Más de 3  
ataques

3 ataques

2 ataques

1 ataque

Ningún ataque

6. ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios?

**(SI NO TUVO NINGÚN ATAQUE SERIO VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N°7)**

Una semana o más

De 3 a 6 días

1 ó 2 días

Menos de 1 día

7. Durante el último año, ¿cuántos días buenos (**con pocos problemas respiratorios**) pasaba en una semana habitual?

Ninguno

Uno o dos días

Tres o cuatro  
días

Casi cada día

Cada día

8. Si tiene pitos o silbidos en los pulmones, ¿son peores por la mañana?

No

Sí

9. ¿Cómo diría usted que está de los pulmones?

**Por favor, marque una sola de las siguientes frases:**

- 1  Es el problema más importante que tengo
- 2  Me causa bastantes problemas
- 3  Me causa algún problema
- 4  No me causa ningún problema

10. Si ha tenido algún trabajo remunerado, **por favor marque una sola de las siguientes frases: (SI NO HA TENIDO UN TRABAJO REMUNERADO VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N°. 11)**

- 1  Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar
- 2  Mis problemas respiratorios me dificultan en mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo
- 3  Mis problemas respiratorios no me afectan (o no me afectaron) en mi trabajo

11. A continuación algunas preguntas sobre las actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted**

<b><u>últimamente:</u></b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
	<b>(1)</b>	<b>(0)</b>
11.1. Me falta la respiración estando sentado o incluso estirado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2. Me falta la respiración cuando me lavo o me visto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3. Me falta la respiración al caminar por dentro de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4. Me falta la respiración al caminar por fuera de casa, en terreno llano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5. Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6. Me falta la respiración al subir una cuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11.7. Me falta la respiración al hacer deporte o al jugar.....</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración.

**Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente:**

<b><u>usted últimamente:</u></b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
	<b>(1)</b>	<b>(0)</b>
12.1. Tengo dolor cuando toso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2. Me canso cuando toso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3. Me falta la respiración cuando hablo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4. Me falta la respiración cuando me agacho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5. La tos o la respiración me molestan cuando duermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6. Enseguida me agoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. A continuación algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. **Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo está usted últimamente:**

	SÍ	NO
	(1)	(0)
13.1. La tos o la respiración me dan vergüenza en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2. Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3. Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4. Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5. Creo que mis problemas respiratorios no van a mejorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6. Por culpa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona débil o inválida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7. Hacer ejercicio es peligroso para mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8. Cualquier cosa me parece que es un esfuerzo excesivo..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. A continuación algunas preguntas sobre su medicación.

**(SI NO ESTÁ TOMANDO NINGUNA MEDICACIÓN, VAYA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA N°. 15)**

	<b>NO</b>	<b>SI</b>
	<b>(0)</b>	<b>(1)</b>
14.1. Creo que la medicación me sirve de poco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2. Me da vergüenza tomar la medicación en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3. La medicación me produce efectos desagradables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4. La medicación me altera mucho la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades.

**Por favor, marque todas las casillas que usted crea que son adecuadas a causa de sus problemas respiratorios:**

	<b>NO</b>	<b>SÍ</b>
	<b>(0)</b>	<b>(1)</b>
15.1. Tardo mucho para lavarme o vestirme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.2. Me resulta imposible ducharme o bañarme o tardo mucho rato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 15.3. Camino más despacio que los demás, o tengo que pararme a descansar
- 15.4. Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas, o tengo que parar a descansar
- 15.5. Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir despacio o parar.....
- 15.6. Si he de correr o caminar rápido, tengo que parar o ir más despacio
- 15.7. Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como subir una cuesta, llevar cosas por las escaleras, caminar durante un buen rato, arreglar un poco el jardín, bailar, o jugar a los bolos.....
- 15.8. Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, hacer "jogging", nadar, jugar a tenis, cavar en el jardín o quitar la nieve con una pala .....
- 15.9. Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competición.....

16. Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios le afectan normalmente en su vida diaria. **Por favor, marque todas las respuestas que usted crea que son adecuadas a causa de sus problemas respiratorios:**

- |   | SÍ<br>(1)                | NO<br>(0)                |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 16.1. Puedo hacer deportes o jugar                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.2. Puedo salir a distraerme o divertirme               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.3. Puedo salir de casa para ir a comprar               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.4. Puedo hacer el trabajo de la casa                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5. Puedo alejarme mucho de la cama o de la silla ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A CONTINUACIÓN HAY UNA LISTA DE OTRAS ACTIVIDADES QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS PUEDEN IMPEDIRLE HACER. **(NO TIENE QUE MARCARLAS, SÓLO SON PARA RECORDARLE LA MANERA CÓMO SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS PUEDEN AFECTARLE).**

Ir a pasear o sacar a pasear el perro

Hacer cosas en la casa o en el jardín

Hacer el amor

Ir a la iglesia, al bar, al club o a su lugar de distracción

Salir cuando hace mal tiempo o estar en habitaciones llenas de humo

Visitar a la familia o a los amigos, o jugar con los niños

POR FAVOR, ESCRIBA AQUÍ CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD IMPORTANTE QUE SUS PROBLEMAS RESPIRATORIOS LE IMPIDAN HACER

---

17. A continuación, ¿Podría marcar la frase **(sólo una)** que usted crea que describe mejor cómo le afectan sus problemas respiratorios?

- 1  No me impiden hacer nada de lo que quisiera hacer
- 2  Me impiden hacer 1 ó 2 cosas de las que quisiera hacer
- 3  Me impiden hacer la mayoría de cosas que quisiera hacer
- 4  Me impiden hacer todo lo que quisiera hacer



### **c. Cuestionario específico para Trasplantados Renales**

Los siguientes cuestionarios tienen como finalidad conocer el grado de calidad de vida de las personas trasplantadas. Los datos conseguidos formarán parte de un estudio realizado en colaboración con la Facultad de Psicología (Universidad de Valencia) y la Asociación de Alcer Turia.

Sólo es necesario exclusivamente contestar las preguntas, por lo que si quiere hacer alguna consulta personal debe dirigirse al psicólogo de la asociación. La información que usted proporciona será tratada de un modo estrictamente confidencial.

Contestar a este cuestionario es absolutamente voluntario.

Si está conforme con lo descrito, firme a continuación:

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE  
TRASPLANTADOS RENALES**

Código:

Fecha:

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Sexo:  Hombre  Mujer

3. Estado civil actual:  Soltero(a)  Casado(a)  Vivo con pareja  
 Separado/divorciado(a)  Viudo(a)

4. ¿Tiene hijos?  No  Sí ¿Cuántos? \_\_\_\_\_

5. Nivel de estudios:  Primarios  Secundarios (BUP ó Formación Profesional)  
 Estudios universitarios de grado medio (Diplomatura)  
 Estudios universitarios de grado superior

6. Certificado de minusvalía:  Si  No

Situación socioeconómica:  Baja  Media  Alta

Situación Laboral:  Activo  Paro  Baja laboral  
 Jubilado  Discapacitado

Causa del trasplante:

Tiempo desde el trasplante de riñón:

Medicación tras el trasplante:

Complicaciones antes del trasplante:

Complicaciones después del trasplante:

ESRD-scl

Forma de  
administración del  
cuestionario: →

1  Auto-administrado →

2  Entrevistador

7c. ¿Ha necesitado ayuda?

1  Sin ninguna ayuda

2  Con ayuda

**INSTRUCCIONES:**

La siguiente lista contiene varios problemas físicos y psicológicos que la gente padece de vez en cuando.

Por favor marque con una cruz para cada pregunta el número que mejor describa su situación.

¡Por favor conteste todas las preguntas!

Elija su respuesta y haga una marca así: ☒

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

Actualmente, cuánto sufre de...

Categoría	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
Número	0	1	2	3	4

01.	Mala salud general	0	1	2	3	4
02.	Limitaciones de la capacidad física	0	1	2	3	4
03.	Preocupación por el aspecto físico	0	1	2	3	4
04.	Limitaciones de las capacidades cognitivas	0	1	2	3	4
05.	Pensamientos sobre el trasplante	0	1	2	3	4
06.	Pensamientos inquietantes sobre el donante de su trasplante	0	1	2	3	4
07.	Incertidumbre sobre cuánto tiempo funcionará el trasplante	0	1	2	3	4
08.	Pesadillas	0	1	2	3	4
09.	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
10.	Insomnio	0	1	2	3	4
11.	Malestar general	0	1	2	3	4

Actualmente, cuánto sufre de...

Categoría	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
Número	0	1	2	3	4

12.	Dificultad para mantener la concentración	0	1	2	3	4
13.	Nerviosismo	0	1	2	3	4
14.	Mareos fuertes	0	1	2	3	4
15.	Ansiedad	0	1	2	3	4
16.	Mala memoria (de cosas recientes)	0	1	2	3	4
17.	Pérdida de vista	0	1	2	3	4
18.	Pérdida de oído	0	1	2	3	4
19.	Zumbidos en los oídos	0	1	2	3	4
20.	Mal humor	0	1	2	3	4
21.	Palpitaciones	0	1	2	3	4
22.	Presión arterial elevada	0	1	2	3	4
23.	Dolor de huesos	0	1	2	3	4
24.	Dolor en las articulaciones	0	1	2	3	4
25.	Dolor muscular	0	1	2	3	4
26.	Resfriados o gripe	0	1	2	3	4
27.	Crecimiento excesivo del vello facial	0	1	2	3	4
28.	Inflamación de las encías	0	1	2	3	4

Actualmente, cuánto sufre de...

Categoría	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
Número	0	1	2	3	4

29.	Sangrado de las encías	0	1	2	3	4
30.	Cara hinchada	0	1	2	3	4
31.	Propensión a infecciones	0	1	2	3	4
32.	Pies hinchados	0	1	2	3	4
33.	Dolor de estómago	0	1	2	3	4
34.	Hormigueo en las piernas	0	1	2	3	4
35.	Sensación de agotamiento	0	1	2	3	4
36.	Alteraciones de las encías	0	1	2	3	4
37.	Aumento del vello corporal	0	1	2	3	4
38.	Cara hinchada al despertar por la mañana	0	1	2	3	4
39.	Cambios faciales	0	1	2	3	4
40.	Piernas hinchadas	0	1	2	3	4
41.	Propensión a tener hematomas	0	1	2	3	4
42.	Sed intensa	0	1	2	3	4
43.	Alteraciones de la memoria	0	1	2	3	4

## **Cuestionarios comunes para todos los Trasplantados**



**CUESTIONARIO DE SALUD SF-36**  
**VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)**

**INSTRUCCIONES :**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

**MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1.	En general, usted diría que su salud es:					
		Mucho mejor ahora que hace un	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
2.	¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?					
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.						
		Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada		
3.	Su salud actual, ¿le limita para hacer <b>esfuerzos intensos</b> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?					
4.	Su salud actual, ¿le limita para hacer <b>esfuerzos moderados</b> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?					

		Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
5.	Su salud actual, ¿le limita para <b>coger o llevar la bolsa de la compra?</b>			
6.	Su salud actual, ¿le limita para <b>subir varios pisos</b> por la escalera?			
7.	Su salud actual, ¿le limita para <b>subir un solo piso</b> por la escalera?			
8.	Su salud actual, ¿le limita para <b>agacharse o arrodillarse?</b>			
9.	Su salud actual, ¿le limita para caminar <b>un kilómetro o más?</b>			
10.	Su salud actual, ¿le limita para caminar <b>varias manzanas</b> (varios centenares de metros)?			
11.	Su salud actual, ¿le limita para caminar <b>una sola manzana</b> (unos 100 metros)?			
12.	Su salud actual, ¿le limita para <b>bañarse o vestirse por sí mismo?</b>			
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.				
		<b>Si</b>	<b>No</b>	
13.	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?			
14.	Durante las 4 últimas semanas, ¿ <b>hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?			
15.	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que <b>dejar de hacer algunas tareas</b> en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?			

		Si	No
16.	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo <b>dificultad</b> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		
17.	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que <b>reducir el tiempo</b> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
18.	Durante las 4 últimas semanas, ¿ <b>hizo menos</b> de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
19.	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan <b>cuidadosamente</b> como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
20.	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?						
		No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
21.	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?						

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
22.	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?					

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
23.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
24.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
25.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
28.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
30.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
31.	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?						
		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca	
32.	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						
<p>POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA <b>CADA UNA</b> DE LAS SIGUIENTES FRASES.</p>							
		Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa	
33.	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.						
34.	Estoy tan sano como cualquiera.						
35.	Creo que mi salud va a empeorar.						
36.	Mi salud es excelente.						



## EPO-R

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que tienen que ver con su modo de pensar, sentir y comportarse. No existen respuestas correctas o incorrectas. Los fines que persigue esta prueba son estrictamente científicos. Su tarea consiste en marcar aquella alternativa que más se corresponda con su manera de ser en la vida diaria.

1. ¿Tiene a menudo altibajos en su estado de ánimo?	Si	No
2. ¿Es usted una persona conversadora, locuaz?	Si	No
3. ¿Se siente alguna vez desgraciado sin razón alguna?	Si	No
4. ¿Es usted una persona animada?	Si	No
5. ¿Es usted una persona irritable?	Si	No
6. ¿Le gusta conocer a gente nueva, hacer amistades?	Si	No
7. ¿Se siente herido con facilidad?	Si	No
8. Normalmente ¿puede relajarse y disfrutar en una reunión social animada?	Si	No
9. ¿Se siente a menudo harto, "hasta la coronilla"?	Si	No
10. ¿Toma usted por lo general la iniciativa para hacer nuevos amigos?	Si	No
11. ¿Se considera usted una persona nerviosa?	Si	No
12. ¿Le resulta fácil animar una reunión social que está resultando aburrida?	Si	No
13. ¿Se considera usted una persona intranquila?	Si	No
14. ¿Tiende usted a mantenerse en un segundo plano en los acontecimientos sociales?	Si	No
15. ¿Se considera usted una persona tensa, irritable, de "poco aguante"?	Si	No
16. ¿Le gusta mezclarse con la gente?	Si	No
17. ¿Se queda preocupado demasiado tiempo después de una experiencia embarazosa, molesta?	Si	No
18. ¿Le gusta que haya mucha animación, bullicio, a su alrededor?	Si	No
19. ¿Sufre usted de los "nervios"?	Si	No
20. ¿Permanece usted generalmente callado cuando está con otras personas?	Si	No
21. ¿Se siente a menudo solo?	Si	No
22. ¿Piensan otras personas que usted es muy enérgico y activo?	Si	No
23. ¿Le asaltan a menudo sentimientos de culpa?	Si	No
24. ¿Es usted capaz de organizar una fiesta?	Si	No



## CUESTIONARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Las siguientes afirmaciones tratan de conocer la manera con la que usted se enfrenta al estrés en su vida cotidiana. Existen muchos modos de tratar con los problemas y, por supuesto, las diferentes personas tratan con las cosas de distinta manera. Cada una de las siguientes afirmaciones dice algo sobre una forma concreta de afrontar el estrés. Quisiéramos saber en qué medida usted ha hecho lo que los ítems dicen, cuantas veces o con qué frecuencia. No responda pensando en si parece que ha funcionado o no, sino **si usted lo ha hecho**. Utilice el siguiente código para contestar e intente evaluar cada ítem en su mente por separado.

**1** = No he estado haciéndolo **nada**

**2** = He estado haciéndolo **un poco**

**3** = He estado haciéndolo **moderadamente**

**4** = He estado haciéndolo **muchas veces**

- \_\_\_\_\_ 1. Me he orientado hacia al trabajo o a otras actividades para apartarlo de mi cabeza.
- \_\_\_\_\_ 2. He concentrado mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
- \_\_\_\_\_ 3. Me he dicho a mi mismo que "esto no es real".
- \_\_\_\_\_ 4. He utilizado el alcohol u otras drogas para sentirme mejor.
- \_\_\_\_\_ 5. He intentado obtener el apoyo emocional de los demás.
- \_\_\_\_\_ 6. He renunciado a tratar con ello.
- \_\_\_\_\_ 7. He tomado medidas para intentar hacer que la situación sea mejor.
- \_\_\_\_\_ 8. Me he estado negando a creer que ha sucedido.

- \_\_\_\_\_ 9. Me he estado diciendo a mi mismo cosas que me permitan escapar de los sentimientos tan poco agradables.
- \_\_\_\_\_ 10. He utilizando el alcohol u otras drogas que me ayuden a ir tirando.
- \_\_\_\_\_ 11. He intentado verlo desde otro ángulo para hacer que las cosas parezcan más positivas.
- \_\_\_\_\_ 12. He intentado elaborar una estrategia sobre lo que hacer.
- \_\_\_\_\_ 13. He intentado conseguir la simpatía y la comprensión de alguien.
- \_\_\_\_\_ 14. He renunciado a intentar afrontarlo.
- \_\_\_\_\_ 15. He buscado algo bueno en lo que ha sucedido.
- \_\_\_\_\_ 16. He hecho bromas sobre ello.
- \_\_\_\_\_ 17. He hecho cosas para pensar menos, tales como ir al cine, mirar la TV, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.
- \_\_\_\_\_ 18. He aceptado la realidad de que el hecho ha sucedido.
- \_\_\_\_\_ 19. He expresado mis sentimientos negativos.
- \_\_\_\_\_ 20. He intentado buscar apoyo en la religión o en las creencias espirituales.
- \_\_\_\_\_ 21. He aprendido a vivir con ello.
- \_\_\_\_\_ 22. He pensado mucho en los pasos a seguir.
- \_\_\_\_\_ 23. He rezado o meditado.
- \_\_\_\_\_ 24. He bromeado sobre la situación.

### CUESTIONARIO MOS

Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre)

N.º de amigos íntimos o familiares ...	
--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. De cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(Marque con un círculo uno de los números de cada fila)

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5

<b>PREGUNTA</b>	<b>NUNCA</b>	<b>POCAS VECES</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>LA MAYORÍA DE VECES</b>	<b>SIEMPRE</b>
Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

**SCL-90**

A continuación se presenta una lista de problemas y quejas que las personas tenemos algunas veces. Utilizando la escala que se presenta más abajo, rodee por favor con un círculo el número de la derecha que mejor describa cuanto malestar le causó el acoso que experimentó durante el PASADO MES, incluyendo hoy. Marque únicamente un número para cada problema y no se deje, por favor, ningún ítem sin contestar.

	<b>Nada</b> <b>0</b>	<b>Un poco</b> <b>1</b>	<b>Moderadamente</b> <b>2</b>	<b>Bastante</b> <b>3</b>	<b>Mucho</b> <b>4</b>
1.	Dolores de cabeza				0 1 2 3 4
2.	Nerviosismo o agitación interior				0 1 2 3 4
3.	Pensamientos desagradables repetitivos que no puede quitarse de la cabeza				0 1 2 3 4
4.	Desmayos o mareos				0 1 2 3 4
5.	Pérdida de interés o placer sexual				0 1 2 3 4
6.	Sentirse crítico/a hacia los demás				0 1 2 3 4
7.	La idea de que alguien pueda controlar sus pensamientos				0 1 2 3 4
8.	Creer que los demás son culpables de muchos de sus problemas				0 1 2 3 4
9.	Dificultad para recordar cosas				0 1 2 3 4
10.	Preocupación por el desorden y la dejadez				0 1 2 3 4
11.	Sentirse fácilmente enfadado/a o irritado/a				0 1 2 3 4
12.	Molestias en el corazón o en el pecho				0 1 2 3 4
13.	Sensación de miedo en los espacios abiertos o en la calle				0 1 2 3 4
14.	Sentirse con pocas energías o decaído/a				0 1 2 3 4
15.	Pensamientos de poner fin a su vida				0 1 2 3 4
16.	Oír voces que los demás no oyen				0 1 2 3 4
17.	Temblores				0 1 2 3 4

	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
18.	Creer que no se puede confiar en la mayor parte de la gente				0 1 2 3 4
19.	Poco apetito				0 1 2 3 4
20.	Llorar con facilidad				0 1 2 3 4
21.	Sentirse tímido/a incómodo/a con el otro sexo				0 1 2 3 4
22.	Sentimientos de estar atrapado/a				0 1 2 3 4
23.	Asustarse súbitamente sin razón				0 1 2 3 4
24.	Explosiones de mal genio que no puede controlar				0 1 2 3 4
25.	Miedo de salir solo/a de su casa				0 1 2 3 4
26.	Culparse a si mismo/a de cosas				0 1 2 3 4
27.	Dolores en la parte baja de la espalda				0 1 2 3 4
28.	Sentirse bloqueado/a para hacer cosas				0 1 2 3 4
29.	Sentirse solo/a				0 1 2 3 4
30.	Sentirse triste				0 1 2 3 4
31.	Preocuparse demasiado o dar vueltas continuamente sobre las cosas				0 1 2 3 4
32.	Desinterés por las cosas				0 1 2 3 4
33.	Sentirse temeroso				0 1 2 3 4
34.	El hecho que sus sentimientos son heridos fácilmente				0 1 2 3 4
35.	Pensar que otras personas conocen sus pensamientos íntimos				0 1 2 3 4
36.	Sentir que los demás no le entienden o son poco comprensivos con usted				0 1 2 3 4

	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
37.	Encontrar que la gente es poco amistosa o que usted les desagrada				0 1 2 3 4
38.	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas				0 1 2 3 4
39.	Palpitaciones o aceleración del ritmo cardiaco				0 1 2 3 4
40.	Náuseas o trastornos estomacales				0 1 2 3 4
41.	Sentirse inferior a los demás				0 1 2 3 4
42.	Dolores musculares				0 1 2 3 4
43.	Sentir que está observado/a o que hablan de usted				0 1 2 3 4
44.	Dificultad para conciliar el sueño				0 1 2 3 4
45.	Tener que comprobar y volver a comprobar lo que hace				0 1 2 3 4
46.	Dificultad para tomar decisiones				0 1 2 3 4
47.	Sentir miedo de viajar en autobús, metro o tren				0 1 2 3 4
48.	Dificultad para respirar				0 1 2 3 4
49.	Rachas o momentos de frío o calor				0 1 2 3 4
50.	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque lo asustan				0 1 2 3 4
51.	Quedarse con la mente en blanco				0 1 2 3 4
52.	Sensaciones de adormecimiento u hormigueo en algunas partes de su cuerpo				0 1 2 3 4
53.	Sentir un nudo en la garganta				0 1 2 3 4
54.	Sentirse desesperanzado/a sobre el futuro				0 1 2 3 4

	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
55.	Dificultad para concentrarse				0 1 2 3 4
56.	Debilidad en algunas partes de su cuerpo				0 1 2 3 4
57.	Sentirse tenso/a y con los nervios de punta				0 1 2 3 4
58.	Sensación de pesadez en brazos o piernas				0 1 2 3 4
59.	Pensamientos sobre la muerte o de morirse				0 1 2 3 4
60.	Comer en exceso				0 1 2 3 4
61.	Sentirse incómodo/a cuando la gente le mira o habla de usted				0 1 2 3 4
62.	Tener pensamientos que no son suyos				0 1 2 3 4
63.	Tener fuertes deseos de pegar, herir o dañar a alguien				0 1 2 3 4
64.	Despertarse muy temprano por la mañana				0 1 2 3 4
65.	Tener que repetir las mismas acciones, por ejemplo, tocar, contar, lavarse				0 1 2 3 4
66.	Dormir de manera inquieta o desvelarse fácilmente				0 1 2 3 4
67.	Tener fuertes deseos de romper o de destrozar cosas				0 1 2 3 4
68.	Tener pensamientos o creencias que otros no comparten				0 1 2 3 4
69.	Sentirse muy tímido/a con los demás				0 1 2 3 4
70.	Sentirse incomodo/a cuando hay mucha gente, como por ejemplo en las tiendas o en el cine				0 1 2 3 4
71.	Sentir que todo le representa un esfuerzo				0 1 2 3 4
72.	Momentos de terror o pánico				0 1 2 3 4
73.	Sentirse incomodo/a al comer o beber en público				0 1 2 3 4

	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
74.	Involucrarse frecuentemente en discusiones				0 1 2 3 4
75.	Sentirse nervioso/a cuando le dejan solo/a				0 1 2 3 4
76.	Pensar que los demás no valoran sus logros				0 1 2 3 4
77.	Sentirse sólo/a, incluso cuando está con gente				0 1 2 3 4
78.	Sentirse tan intranquilo/a que no puede estar quieto/a				0 1 2 3 4
79.	Sentimientos de inutilidad				0 1 2 3 4
80.	La sensación que algo malo le va a ocurrir				0 1 2 3 4
81.	Gritar o tirar cosas				0 1 2 3 4
82.	Sentir miedo de desmayarse en público				0 1 2 3 4
83.	Pensar que la gente se aprovechará de usted si les deja				0 1 2 3 4
84.	Tener pensamientos sexuales que le preocupan mucho				0 1 2 3 4
85.	La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados				0 1 2 3 4
86.	Pensamientos e imágenes de naturaleza amenazadora				0 1 2 3 4
87.	La idea de que algo grave pasa en su cuerpo				0 1 2 3 4
88.	No sentirse nunca cercano/a compenetrado/a con otra persona				0 1 2 3 4
89.	Sentimientos de culpa				0 1 2 3 4
90.	La idea que algo funciona mal en su mente				0 1 2 3 4