



UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

Departamento de Investigación Clínica

**INFLUENCIA DE LOS PATRONES PSIQUIÁTRICOS Y
PSICOLÓGICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN EL
TRASPLANTE RENAL Y HEPÁTICO**

Tesis para optar al grado de doctor presentada por:

Ana Carolina Londoño Ramírez

Dirigida por los doctores

Carlos J. van-der Hofstadt Román

Jesús Rodríguez Marín

Alicante, 2017

Esta tesis se ha realizado en el Hospital General Universitario de Alicante con la supervisión sistemática del Departamento de Psicología de la Salud de la Facultad de Ciencias Socio Sanitarias de la Universidad Miguel Hernández de Elche.



D. JAVIER FERNANDEZ SÁNCHEZ,
Director del Departamento de Medicina Clínica de
la Universidad Miguel Hernández

AUTORIZA:

La presentación y defensa como Tesis Doctoral del trabajo
“Influencia de los patrones psiquiátricos y psicológicos sobre la
calidad de vida en el trasplante renal y hepático” presentado por
Dña. Ana Carolina Londoño Ramírez bajo la dirección de los
doctores, Dr. D. Jesús Rodríguez Marín y Dr. D. Carlos J. van-der
Hofstadt Román.

Lo que firmo en San Juan de Alicante a 25 de
Mayo de 2017.



Prof. J. Fernández

Director

Dpto. Medicina Clínica

DEPARTAMENTO DE MEDICINA CLINICA



Campus de San Juan. Ctra. de Valencia (N-332), Km. 87 – 03550 San Juan de Alicante

Tel.: 96 5919449 – Fax: 96 5919450

c.electrónico: med.psiqui@umh.es

Dr. D. JESÚS RODRÍGUEZ MARÍN y Dr.
D. CARLOS J. VAN-DER HOFSTADT ROMÁN, como
Directores de Tesis Doctoral

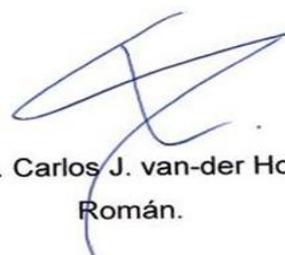
CERTIFICAN:

Que el trabajo "INFLUENCIA DE LOS PATRONES PSQUIÁTRICOS Y PSICOLÓGICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN EL TRASPLANTE RENAL Y HEPÁTICO" realizado por Dña. Ana Carolina Londoño Ramírez ha sido llevado a cabo bajo nuestra dirección y se encuentra en condiciones de ser leído y defendido como Tesis Doctoral en la Universidad Miguel Hernández.

Lo que firmamos para los oportunos efectos en San Juan de Alicante a 25 de mayo de 2017.



Fdo. Dr. Jesús Rodríguez-Marín.



Fdo. Dr. Carlos J. van-der Hofstadt
Román.





“No es tu condición,
sino lo que piensas de tu condición,
lo que determina tu calidad de vida”

Christopher Reeves

Deseo expresar mis agradecimientos a la Universidad Miguel Hernández quien a través de la beca de formación de personal en investigación permitió que yo pudiese dedicarme a este proyecto.

A los directores de esta Tesis Doctoral, los Doctores Jesús Rodríguez Marín y Carlos J. van-der Hofstadt Román, porque sin su dirección, conocimiento, atención y entusiasmo nunca se habría podido realizar este trabajo. Gracias, sobre todo, por su comprensión, apoyo personal y acogida en su grupo de investigación del Servicio de Psicología Clínica del Hospital General Universitario de Alicante.

Al Doctor Enrique Pérez Martínez Jefe de la Sección de Psiquiatría y Coordinador de la Red de Salud Mental del Departamento de Alicante - Hospital General, por su apoyo incondicional en la realización de este proyecto, y por el privilegio intelectual que supone trabajar cerca de personas con tan intensa experiencia médica, docente e investigadora.

A los profesionales de la coordinación de trasplante del Hospital General Universitario de Alicante, Dr. Carlos Santiago Guervós coordinador Sectorial de Alicante, a la Enfermera Purificación Gómez coordinadora de Trasplantes. Y de manera especial, a la inestimable ayuda de la Auxiliar de Enfermería de la Coordinación de Trasplantes, Suny Martínez, por su apoyo a la hora de reclutar pacientes que ingresaban en la lista de espera para trasplante, este trabajo ha podido culminar con éxito.

Al equipo del comité de trasplante Hepático del Hospital General Universitario de Alicante y de manera especial a los doctores Félix Lluís, Gonzalo Rodríguez, José María Palazón, Fernando Carnicer, Sonia Pascual, Pablo Bellot, María Rodríguez, por su siempre desinteresada colaboración y trabajo en equipo.

Al equipo de Urología - Trasplante renal, en especial al Doctor Antonio Miguel Pelluch, y al equipo de Nefrología especialista en trasplantes. A todos los profesionales de los Centros de diálisis de Alicante: HGUA, Vitas - Perpetuo Socorro, Vista Hermosa, Hospital Clínica Benidorm, Hospital de la Marina Baixa de la Vila Joiosa, Hospital de Elda, por brindarme un espacio y su colaboración para poder realizar este trabajo en sus centros.

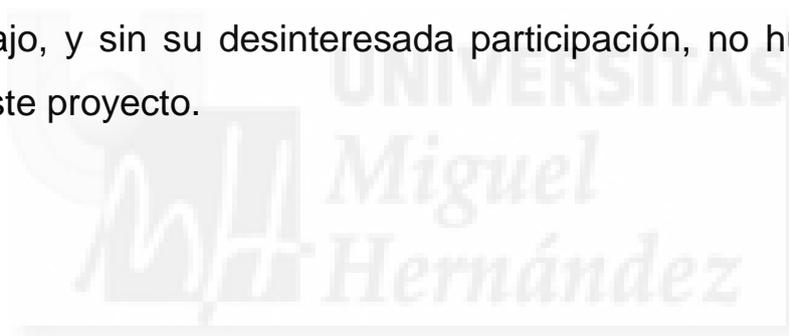
A los estudiantes y todos los profesionales del Servicio de Psicología Clínica del Hospital General Universitario de Alicante, por el placer de compartir el día a día con ellos, y porque de una u otra manera han participado en la creación de la tesis. Gracias por su ayuda a la Psicóloga, María José Zamora, por su importante contribución para poder realizar este trabajo, por su amistad, apoyo incondicional y sabios consejos.

A mi familia Pablo, Abril, Catalina, Bubba, y mis suegros, por su incondicional apoyo y constante ánimo. A mi hija Abril, cuya sonrisa fortalece mi espíritu para continuar dando lo mejor de mí.

A mi madre, Josefina y mi hermano Oscar Enrique, por su cariño infinito, por aportar las bases de los que soy, por alentarme a sobrepasar los obstáculos, por ayudarme a crecer rodeada de afecto y hacer posible mi formación humana y profesional.

A todas aquellas personas que, de una manera u otra, hicieron posible la realización de esta tesis doctoral, “han sido incontables el número de puertas que se han tenido que tocar... mil gracias a todos los que las abrieron”.

Y por supuesto a todos los pacientes, en especial a los de la lista de espera para trasplante. Ellos son la auténtica realidad de este trabajo, y sin su desinteresada participación, no hubiera sido posible este proyecto.



INDICE

1 ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1.1	Introducción	2
1.2	Aspectos Generales del Trasplante Renal y Hepático	5
1.3	Características de los Pacientes	7
1.4	Calidad de Vida	11
1.4.1	La Calidad de Vida en el Paciente Trasplantado	13
1.4.2	La Calidad de Vida en el Trasplante Renal	14
1.4.3	La Calidad de Vida en el Trasplante Hepático	19
1.5	Aspectos Sociodemográficos, Trasplante y Calidad de Vida	23
1.6	Aspectos Clínicos, Trasplante y Calidad de Vida	24
1.6.1	Adicciones, Trasplante y Calidad de Vida	28
1.7	Problemas Psicológicos Asociados al Trasplante de Órganos	29
1.8	Aspectos Psicopatológicos	36
1.8.1	Personalidad, Trasplante y Calidad de Vida	36
1.8.2	Estrategias de Afrontamiento, Trasplante y Calidad de Vida	39
1.8.3	Competencia Personal Percibida en Salud, Trasplante y Calidad de Vida	43

1.8.4	Apoyo Social y Familiar en Trasplante y Calidad de Vida	45
1.9	Justificación del estudio	47
2	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	49
2.1	Objetivo General	50
2.2	Objetivos Específicos	50
2.3	Cuestiones Centrales	52
2.4	Hipótesis	54
3	MÉTODOS	57
3.1	Diseño del Estudio	58
3.2	Sujetos de Estudio	59
3.2.1	Criterios de Inclusión	60
3.2.2	Criterios de Exclusión	60
3.2.3	Criterios de Retirada del Estudio	61
3.3	Cálculo de la Muestra	61
3.4	Variables de Estudio	62
3.4.1	Variables Dependientes	62
3.4.2	Variables Independientes	62
3.5	Instrumentos Utilizados	67
3.5.1	Cuestionario de Calidad de Vida SF-36	67
3.5.2	Inventario de Personalidad de Eysenck	68

3.5.3	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión	69
3.5.4	Escala de Competencia Percibida en Salud	70
3.5.5	Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento	70
3.5.6	Escala de Apoyo Social y Familiar	71
3.6	Procedimiento	73
3.6.1	Fuentes de Información	74
3.6.2	Proceso de los Datos	75
3.6.2.1	Recogida y Gestión de Datos	75
3.6.2.2	Revisión de Datos	75
3.7	Aspectos Éticos	76
3.8	Análisis de Datos	77
4	RESULTADOS	78
4.1	Descripción de la muestra	80
4.1.1	Variables Sociodemográficas	81
4.1.2	Variables Clínicas	86
4.1.2.1	Etiología del Daño Hepático y Renal	86
4.1.2.2	Comorbilidades y Complicaciones	88
4.1.2.3	Antecedentes de Adicciones	96
4.1.3	Indicadores Psicopatológicos	100
4.1.4	Resultado en Calidad de Vida	106

4.2	Variables que Modifican la CV de los Pacientes en Lista de Espera	108
4.2.1	Influencia de las Variables Sociodemográficas	108
4.2.2	Influencia de las Variables Clínicas	112
4.2.2.1	Etiología del Daño Hepático y Renal y la CVRS	112
4.2.2.2	Comorbilidades y Complicaciones y la CVRS	114
4.2.2.3	Antecedentes de Adicciones y la CVRS	117
4.2.2.4	Indicadores Psicopatológicos y la CVRS	118
4.3	Seguimiento de la CVRS de los Trasplantados y No Trasplantados.	127
4.4	Diferencias de la CVRS entre los cuatro grupos	131
4.5	Neuroticismo y Resultados de Seguimiento en la CVRS	133
5	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	136
5.1	Resumen de Resultados	137
5.2	Discusión de Resultados	142
5.3	Limitaciones del Estudio	156
5.4	Aplicabilidad de la Investigación	157
6	CONCLUSIONES	159
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

<i>FIGURAS</i>	<i>Pág.</i>
FIGURA 1: Descripción de los periodos y grupos de población a estudiar.	79
<i>TABLAS</i>	<i>Pág.</i>
TABLA 1: Variables sociodemográficas de los pacientes que ingresaron a lista de espera para TH o TR	82
TABLA 2: Origen y procedencia de los pacientes que ingresaron lista de espera para TH y TR	84
TABLA 3: Variables económicas de los pacientes que ingresaron a la lista de espera para TH y TR	86
TABLA 4: Etiología del daño hepático de los pacientes que ingresaron lista de espera para TH	87
TABLA 5: Etiología del daño renal de los pacientes que ingresaron lista de espera para TR	88
TABLA 6: Comorbilidades de los pacientes en lista de espera	89
TABLA 7: El tiempo con el diagnóstico y la percepción del empeoramiento de los pacientes en lista de espera	90
TABLA 8: Complicaciones médicas en el último año de los pacientes en lista de espera	92
TABLA 9: Complicaciones de los pacientes en lista de espera para	94

	TH	
TABLA 10:	Complicaciones de los pacientes en lista de espera para TR	95
TABLA 11:	Antecedente de adicciones de los pacientes que ingresaron a lista de espera para TH y TR	99
TABLA 12:	Descripción de los antecedentes de adicciones de los pacientes en lista de espera, entre los 4 grupos	100
TABLA 13:	Variables psicológicas de los pacientes que ingresaron a lista de espera para TH y TR	102
TABLA 14:	Frecuencias de utilización de estrategias de afrontamiento de la población en lista de espera para trasplante	103
TABLA 15:	Descripción de la percepción de apoyo familiar de los pacientes en lista de espera	105
TABLA 16:	Puntuación de CVRS del período de lista de espera para trasplante, según el SF-36 de los cuatro grupos	107
TABLA 17:	CVRS del período de lista de espera y nivel de escolaridad	109
TABLA 18:	CVRS del período de lista de espera estratificada por ingresos económicos	109
TABLA 19:	CVRS del período de lista de espera estratificada por condición civil	110
TABLA 20:	CVRS del período de lista de espera estratificada por edad mayor de 60 años	111
TABLA 21:	CVRS del período de lista de espera estratificada por sexo	112

TABLA 22:	CVRS del período de lista de espera estratificada por etiología en pacientes de TH	113
TABLA 23:	CVRS del período de lista de espera estratificada por etiología de TR	114
TABLA 24:	CVRS del período de lista de espera estratificada por procedimiento de diálisis en pacientes en lista para TR	115
TABLA 25:	CVRS del período de lista de espera estratificada por tiempo de diálisis en pacientes en lista para TR	115
TABLA 26:	CVRS del período de lista de espera estratificada por número de hospitalizaciones	117
TABLA 27:	CVRS del período de lista de espera estratificada por consumo de alcohol	118
TABLA 28:	CVRS del período de lista de espera estratificada por neuroticismo	119
TABLA 29:	CVRS del período de lista de espera estratificada por extroversión	120
TABLA 30:	CVRS del período de lista de espera estratificada por presencia de ansiedad	121
TABLA 31	CVRS del período de lista de espera estratificada por presencia de depresión	122
TABLA 32	CVRS del período de lista de espera estratificada por la Competencia personal percibida en salud	124
TABLA 33	CVRS del período de lista de espera estratificada por el la estrategia de afrontamiento – “Pensamiento positivo”	125

TABLA 34	CVRS del período de lista de espera estratificada por la variable “Nivel de apoyo social”	126
TABLA 35	Comparativo de la CVRS del período de seguimiento	128
TABLA 36	Comparativo de los resultados de las variables “Ansiedad”, “Depresión” y “Competencia personal percibida en salud,” en el período de seguimiento	129
TABLA 37	Frecuencias de utilización de estrategias de afrontamiento, medidas en el período de seguimiento	130
TABLA 38	Comparativo de las variables de percepción de apoyo social y familiar en el período de seguimiento	131
TABLA 39	Comparativo de las diferencias en CVRS entre los cuatro grupos	132
TABLA 40	CVRS en el período de seguimiento, estratificada por neuroticismo alto y bajo	134
TABLA 41	Grado de neuroticismo y CVRS del período de seguimiento, en pacientes trasplantados	134
TABLA 42	Grado de neuroticismo y CVRS del período de seguimiento, en pacientes no trasplantados	135

LISTADO DE ABREVIATURAS

CEIC: Comité Ético de investigación Clínica

CMV: Citomegalovirus

CPPS: Competencia personal percibida en salud

CPS: Estatificación de daño hepático “Child-Pugh”

CRD: Cuaderno de Recogida de Datos

CV: Calidad de Vida

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

DM: Diabetes Mellitus

DT: Desviación Típica

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

ERT: Enfermedad Renal Terminal

FunFi: Dimensión de CVRS – “Función Física”

FunSo: Dimensión de CVRS – “Función Social”

HAD: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

HTA: Hipertensión Arterial

HGUA: Hospital General Universitario de Alicante

IAM: Infarto Agudo de Mlocardio

PegIFN: Interferón alfa pegilado

LimFi: Dimensión de CVRS – “Limitaciones del Rol por Problemas Físicos”

LimEm: Dimensión de CVRS – “Limitaciones del Rol por Problemas Emocionales”

MELD: "Model for End-stage Liver Disease"

TH: Trasplante Hepático

TR: Trasplante Renal

ONT: Organización Nacional de Trasplantes

PerSG: Dimensión de CVRS – “Percepción de Salud General”

RSaFi: Dimensión de CVRS – “Resumen de Salud Física”

RSaMen: Dimensión de CVRS – “Resumen de Salud Mental”

SalMen: Dimensión de CVRS – “Salud mental”

SF-36: Cuestionario de Calidad de Vida

VHC: Virus de la Hepatitis C

CAPÍTULO 1
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA



1.1 Introducción.

El trasplante de órganos se posiciona como una alternativa de éxito en pacientes con una patología crónica e irrecuperable. España ha sido líder mundial en donación y trasplantes durante 25 años consecutivos, según informes de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT, 2017) en el 2016 esta actividad ha alcanzado máximos históricos tanto en la donación, como en la realización de trasplantes, con 2.018 donantes y 4.818 órganos trasplantados, es el segundo año que supera los 100 trasplantes por millón de población (ONT, 2017).

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es bien conocido en la medicina clínica y se aplica con frecuencia en la evaluación de las modalidades quirúrgicas para determinar su éxito terapéutico. Es un concepto amplio que abarca cuatro aspectos principales del bienestar humano: físico, psicológico, social y espiritual (Burra et al., 2007). En el trasplante, existen discrepancias en los resultados de la CVRS, debido a que en algunos estudios son inferiores a lo esperado, probablemente asociado a la persistencia de problemas en el funcionamiento físico, psicológico y social de algunos pacientes (Butt, Yount, Caicedo, Abecassis y Cella, 2008; Gordon, Ladner, Caicedo y Franklin, 2010).

La CVRS es una medida de resultado independiente, un indicador válido de beneficio de un tratamiento médico o quirúrgico y una medida de la efectividad del tratamiento en enfermedades en

fase terminal y en el trasplante, al proporcionar información importante sobre el bienestar general de los pacientes y permitir valorar la eficacia del procedimiento en estudios clínicos (Keown, 2001; Spilker, 1990).

Con el fin de desarrollar el marco teórico de este trabajo, se analizaron los estudios y la evidencia científica existente sobre la Influencia de los patrones psicológicos y psiquiátricos en la CVRS de las personas que reciben un trasplante hepático y renal, mediante una revisión sistemática, en torno a las preguntas: “¿Hay pruebas empíricas de la influencia sobre la CVRS en los candidatos a trasplantes hepático y renal de las variables: *aspectos biológicos y demográficos*, condiciones psicopatológicas de *ansiedad y depresión*, adicciones al *alcohol* u otras sustancias, *rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento, competencia percibida en salud, y percepción de apoyo familiar?* y *¿con que instrumentos se han medido estas diferencias?*”.

Se seleccionaron dos bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud, Pubmed / Medline y Psycinfo, en el periodo de 1969 a 2016, obteniendo 1.280 citas únicas. De este conjunto de citas se extrajeron sólo las que se referían a seres humanos y estaban publicadas en inglés o en español, lo que resultó en 710 citas. Acto seguido, según el contenido del resumen se descartaron 508 y 202 fueron agrupadas por categorías dependiendo de los temas de interés.

El estado del arte se desarrollará empezando por la descripción del proceso de trasplante y la influencia de las condiciones particulares de los pacientes que presentan una patología terminal hepática y renal sobre CVRS; posteriormente se realizará una breve conceptualización de la CVRS, para abordar la descripción de la CVRS en el paciente trasplantado, centrándonos en el trasplante hepático y renal, describiendo aspectos biológicos, y los comportamientos adictivos que están relacionados con el trasplante y la CVRS.

Como la tesis trata de determinar si existe una influencia de los patrones psicológicos y psiquiátricos sobre la CVRS en los pacientes que reciben un trasplante hepático y renal, se profundizará sobre los problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos, la relación entre la personalidad, las estrategias de afrontamiento, la competencia personal percibida en salud, las variables psicosociales, y el apoyo social y familiar, con el trasplante y la CVRS.

Es importante aclarar que, como nuestro objetivo es evaluar la CV en los candidatos a trasplante, en este texto utilizaremos indistintamente CVRS, cuando nos queramos referir a la calidad de vida del paciente trasplantado.

1.2 Aspectos Generales del Trasplante Renal y Hepático.

El primer trasplante de órganos fue un trasplante renal en 1954, y dado su éxito ampliamente reconocido, marcó el inicio de una nueva era para los pacientes con Enfermedad Renal Terminal (ERT) (Murray, 2011). Los avances en la inmunosupresión y la introducción de la ciclosporina a mediados de 1980 fueron un avance importante, que llevó a tasas de supervivencia a un año de más del 90%, y al 80% la supervivencia del injerto (Clayton, Excell, Campbell, McDonald y Chadban, 2010). En paralelo, la descripción y aceptación generalizada del concepto de muerte encefálica dieron lugar a una segunda etapa de predominio de trasplante con donante fallecido.

En España la primera operación de Trasplante Renal (TR) obtenido de un cadáver fue en 1965 y el primer trasplante hepático (TH) exitoso se realizó en 1984. Hoy se efectúan en 24 hospitales de todo el estado y son más de cuatro mil los enfermos que anualmente reciben un trasplante en nuestro país (ONT: <http://www.ont.es/home/Paginas/Trasplantedehigado.aspx>).

Actualmente con el aumento de la incidencia de la ERT y la cirrosis hepática, los avances logrados en la técnica, en la inmunosupresión postrasplante, y la organización de los grupos de trabajo en el manejo y protocolización de los donantes, el trasplante ha demostrado que es más rentable, al prolongar la supervivencia de los pacientes afectados (García, Harden y Chapman, 2012; Whalen, Clancy y Jardine, 2012). Ello conlleva a que sea un campo

en expansión, que debe abordar con una serie de singulares retos más allá de la intervención quirúrgica y los desafíos biológicos.

A diferencia del paciente cirrótico, en el paciente con ERT la diálisis es una alternativa terapéutica que posterga la decisión del tratamiento quirúrgico. Pese a lo anterior, el éxito de los trasplantes de riñón como terapia para la enfermedad renal en la etapa terminal supera los tratamientos de diálisis, tanto por la calidad y cantidad de vida, como por costo-efectividad (García, Harden y Chapman, 2012).

Por otra parte, en el paciente cirrótico el TH brinda una perspectiva de sobrevida a su patología. Después de un TH, los receptores suelen experimentar mejoría clínica y sostenida en su bienestar físico y en su CVRS (Butt, Yount, Caicedo, Abecassis y Cella, 2008; Griva et al., 2011). Sin embargo, un tres por ciento de los pacientes experimentan un exceso de morbilidad, lo que plantea la necesidad realizar medidas de vigilancia activa sobre los riesgos asociados con el TH, para mejorar la información sobre posibles características de los pacientes que les haga más susceptibles de complicaciones asociadas al trasplante; identificar este subgrupo, podría ayudar en la toma de decisiones por parte de los mismos pacientes y el equipo médico, y desarrollar programas para ayudarles (Butt, Parikh, Skaro, Ladner y Cella, 2012).

1.3 Características de los Pacientes.

Los pacientes ancianos con ERT y cirrosis presentan condiciones de fragilidad, dado que están en mayor riesgo de desarrollar problemas relacionados con el envejecimiento, como: alteración de la función física, riesgo aumentado de caídas, mala alimentación y aumento de la frecuencia de alteraciones cognitivas, y como es de esperar, estos factores afectan los resultados de los tratamientos. Además, en esta población aumentan las consideraciones psicosociales complejas debido a la ausencia de un mecanismo de apoyo suficiente y la necesidad de más recursos que los requeridos por pacientes más jóvenes. Sin embargo, como elemento positivo hay que destacar el manejo adecuado de inmunosupresión, que usualmente implica menores dosis en pacientes con edad avanzada, una consecuencia lógica de la inmunosenescencia (Friedman, 2011). Pese a estas condiciones descritas, los excelentes resultados del trasplante en receptores de edad avanzada, animan a continuar considerando este procedimiento en pacientes seleccionados, evaluando además de la condición general del candidato, la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria y realizar ejercicio moderado (Friedman, 2011).

Una de las diferencias entre los pacientes dependiendo del tipo de trasplante, es el tiempo que llevan sufriendo la enfermedad. Los pacientes con ERT tienen un deterioro progresivo y presentan la opción de la diálisis, antes de llegar a la necesidad del trasplante, por lo que en ellos se observa una mayor duración de la

enfermedad. Por el contrario, la mayoría de pacientes cirróticos se encuentran en una delicada y comprometida situación vital cuando llegan a una lista de trasplante. Los estudios existentes muestran que a mayor duración de la enfermedad antes del trasplante hay más riesgo de padecer trastornos psicológicos después de este (Trumper y Appleby, 2001).

Debido a la prolongada sostenibilidad de la ERT a través del tratamiento actual y de terapias como la diálisis, se observa un efecto más prolongado en el tiempo sobre la psiquis del paciente con fallo renal, lo que influye en que se considere que los pacientes con TR tengan necesidades emocionales y preocupaciones particulares. La preocupación sobre la viabilidad del injerto aumenta significativamente en el tiempo, y es mayor con el empeoramiento de las evaluaciones físicas (Griva et al., 2011).

Igualmente, se han hallado más trastornos psicológicos en aquellos pacientes que han estado sometidos a diálisis más de dos años, en comparación con los que han estado sometidos menos tiempo. Se piensa que una de las razones es que la diálisis prolongada genera un importante deterioro cognitivo (por ejemplo, encefalopatía por diálisis) que puede provocar diversos trastornos psicológicos (Watanabe y Higara, 1999). Sánchez y colaboradores (2006) encontraron datos que indican que hay más sujetos con depresión en una muestra de pacientes en hemodiálisis. En esta muestra destaca un patrón de introversión en la personalidad, con tendencia a esperar afecto y atención, a estar preocupados por su persona y a tomar sus propias decisiones (Sánchez, Montejo y Llorca, 2006).

En la enfermedad hepática, la etiología (viral, metabólica, colestásica o neoplásica) influye en la CVRS después del trasplante. La hepatitis por virus de la hepatitis C (VHC) y otras enfermedades relacionadas con el VHC, como la insuficiencia renal, deterioran la CVRS. Con anterioridad al 2011, el tratamiento disponible para el VHC era la combinación de interferón alfa pegilado (PegIFN) y ribavirina durante 24 o 48 semanas según las características del paciente, los estudios de ese periodo muestran que los pacientes con VHC recurrente tienen una menor CVRS que cualquiera de los que fueron sometidos a trasplante por otras causas de enfermedad hepática (De Bona et al., 2000). En algunos casos se informa la recurrencia del VHC después del trasplante de hígado, como el principal factor determinante del empeoramiento clínico y psicológico después de la cirugía (Terrault y Wright, 1995).

A los seis meses después del trasplante, los pacientes con VHC que experimentan recurrencia virológica muestran significativamente mayor depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, que los pacientes anti-VHC negativos. Los altos niveles de ansiedad y neurosis pre-trasplante también se asocian con menor CVRS un año después del trasplante. En consecuencia, una atención óptima para el bienestar general de los pacientes con infección por el VHC exige también una evaluación y conocimiento adecuado del estado neurológico y psicológico del paciente (Amodio et al., 2012).

El tratamiento de los trastornos relacionados con el VHC con PegIFN tiene un efecto sobre la CVRS. El PegIFN se asocia a un

deterioro transitorio de la CVRS, debido a la relación del medicamento con la aparición de síntomas depresivos, así como a otros efectos secundarios del tratamiento. Sin embargo, en los sujetos que obtienen una respuesta virológica sostenida se experimenta una mejora en la CVRS. Sólo en raras ocasiones el tratamiento con PegIFN causa efectos perjudiciales permanentes en la CVRS, debido a los efectos secundarios psiquiátricos o neurológicos residuales (Amodio et al., 2012). El tratamiento del VHC ha ido cambiando muy rápidamente en los últimos años. Aunque las posibilidades de curación han aumentado con los nuevos fármacos antivirales de acción directa, se desconoce el impacto de estos nuevos tratamientos en la CVRS de los pacientes en proceso de TH.

Los pacientes sometidos a trasplante relacionados con cirrosis por alcohol (una indicación a menudo cuestionada por el riesgo de reincidencia), presentan manifestaciones psicológicas tempranas que afectan las puntuaciones de depresión, ansiedad, ideas paranoides y psicóticas. Pese a que algunos de estos pacientes presentan mayores niveles de ansiedad y depresión, la CVRS reportada en el primer año post trasplante es tan alta como la de los pacientes sometidos a trasplante por otras etiologías (Wiesner, Lombardero, Lake, Everhart y Detre, 1997). Las recaídas de alcohol pueden conducir a daños en el hígado y aumento de la mortalidad (Faure et al., 2012; Lucey, 2014), con lo que se intuye que esta condición empeoraría la CV futura.

1.4 Calidad de Vida.

La CV es un término que comenzó a utilizarse en los años sesenta en el campo de las ciencias sociales y en la economía, que pasó a utilizarse en las ciencias de la salud como forma de evaluar los resultados de los procedimientos médico-quirúrgicos, valorar la relación coste-eficacia y que permitiera adecuar con base en esta información las políticas sanitarias a seguir (Pérez-Corral, 1994). Levy y Anderson proponen la siguiente definición: “por CV entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo (...). Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenencia a ciertas instituciones y confianza en otros” (Levy y Anderson, 1975).

En situaciones específicas de alteración de la salud se ha empleado el término CVRS para hablar de un valor asignado a la duración de la vida, modificado por las oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidades, que se ven influidas por la enfermedad, las lesiones, tratamientos o políticas de salud (Patrick y Erickson, 1993). La CVRS también se refiere a los dominios físicos, psicológicos y sociales de la salud, considerados como áreas distintas que se ven influidas por las experiencias, creencias, expectativas y percepciones de una persona (Brock, 1993).

La CVRS ha sido definida como el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectados por su enfermedad, su tratamiento y manifestaciones clínicas (Rodríguez-Marín y Neipp, 2008; Walker y Rosser, 1987). Otros como Patrick y Erickson (1993) definen la CVRS como: el valor asignado a la duración de la vida, modificado por las oportunidades sociales, percepciones, estados funcionales y discapacidades, que se ven influidas por la enfermedad, las lesiones, tratamientos o políticas de salud. La evaluación de la CVRS por lo general se centra en la función física, el estado psicológico, la función social, los síntomas somáticos, la función sexual, la función ocupacional y, en ocasiones, en el estado financiero. Hay varios enfoques a la evaluación de CVRS. La mayoría de ellos implican alguna forma de evaluación subjetiva preferiblemente realizada por el entrevistado cuya CVRS se encuentra bajo exploración, ya que los niveles de concordancia entre el juicio de la CVRS del médico y del paciente son generalmente bajos (Sprangers y Aaranson, 1992).

Lo previo es en parte explicado por el hecho de que las expectativas respecto a la salud y la capacidad individual para hacer frente a las limitaciones y las discapacidades afectan la percepción que una persona tiene de su salud y su satisfacción con la vida; ello genera que dos personas con “similares estados de salud” puedan tener una CVRS muy diferente. Dado esto, los resultados clínicos convencionales deben considerar como objetivos primarios la necesidad de integrar las opiniones de los pacientes sobre su salud, tratando de reflejar la forma en que realmente

sienten y lo mucho que su enfermedad afecta a su forma de vida (Burra et al., 2007).

Las anteriores definiciones de la CVRS reflejan dos conceptos fundamentales: (1) que la salud tiene múltiples dimensiones (física, psicológica y social), y (2) que la salud es más que la ausencia de la enfermedad, por lo que los diferentes modelos conceptuales de CVRS integran las características medibles de cada una de estas dimensiones.

1.4.1 La Calidad de Vida en el Paciente Trasplantado.

El perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y los nuevos fármacos inmunosupresores han incrementado el número de trasplantes con excelentes resultados en términos de supervivencia. El aumento en el número de receptores de trasplantes ha dado lugar a una nueva comunidad socio-médica de "gente transplantada", caracterizada no sólo por la clínica, sino también por determinados rasgos psicopatológicos. Los pacientes transplantados muestran cambios en sus relaciones con sus familias y con el personal médico, debido a su enfermedad crónica de larga duración y a su cirugía, experimentada muchas veces como un ritual de muerte y renacimiento a una nueva vida (Burra et al., 2007).

Actualmente se amplía la percepción del procedimiento, más allá de la finalidad del trasplante como técnica para asegurar la supervivencia del paciente, y se concibe como un tratamiento que

puede ofrecer al paciente alcanzar el mismo estado de salud del que disfrutaba antes de la enfermedad, realizado con la finalidad de lograr un equilibrio entre la eficacia funcional del injerto y la integridad física y psicológica del paciente. Para lograr este objetivo se debe partir del conocimiento del individuo, no solo de su patología, y estado de salud previo, sino de su estructura y función psíquicas (Burra et al., 2007).

Un ejemplo de lo anterior, es descrito en el estudio de Baranyi y colaboradores, donde el 31,7% (39/123) de pacientes trasplantados de órgano sólido, presentaban patología mental clínicamente significativa, entre la que se encontraba síntomas: obsesivo-compulsivos (92,3%), somatización (87,2%), ansiedad (84,6%), depresión (82,1%) y ansiedad fóbica (69,2%). Estos receptores de trasplante con alteración psicológica tuvieron significativamente menores niveles de ajuste en el funcionamiento psicosocial antes del trasplante que aquellos sin la patología mental. Así mismo, la sintomatología psicológica o psiquiátrica en los trasplantados se asoció con disminuciones en la CVRS post trasplante (Baranyi, Krauseneck y Rothenhäusler, 2013).

1.4.2 La Calidad de Vida en el Trasplante Renal.

A pesar de la gran importancia de la diálisis en el tratamiento del paciente con ERT, el deterioro de la CVRS que sufren estos pacientes hace necesario el plantearse nuevas estrategias terapéuticas. Se ha observado que, los pacientes con un TR

funcionante y los pacientes con enfermedad renal crónica que no se encuentran en diálisis, informan mejor CVRS que los pacientes que requieren diálisis. Este resultado parece ser independiente de los posibles factores de confusión, como: efecto del centro/institución y el estado clínico (Neri, McEwan, Sennfält y Baboolal, 2012).

La CVRS es una medida de resultado importante en pacientes con enfermedad renal crónica, que puede ayudar a predecir la morbilidad y mortalidad en relación con el trasplante. Sobre este aspecto hablan los estudios de cohorte prospectivo de los grupos de Molnar, Griva, Hathaway y Chisholm-Burns, que evalúan la asociación entre la CVRS y los resultados clínicos en pacientes con TR. Algunos aspectos importantes de estos trabajos son:

- El grupo de Molnar observa que a menor puntuación en las dimensiones de “Resumen de salud física” y “Funcionamiento físico” del SF-36, existe un mayor riesgo de mortalidad en pacientes con TR, que se mantiene a largo plazo (Molnar et al., 2011).
- Al igual que el grupo de Molnar, Griva y colaboradores, encuentran que independientemente de factores de riesgo clínicos y sociodemográficos, el deterioro de la CVRS física aumenta el riesgo de mortalidad y el fracaso del injerto durante un año post-TR (Griva, Davenport y Newman, 2013).
- En el estudio del grupo de Hathaway, evalúan pacientes con fallo renal mientras estaban en lista de espera y realizan seguimiento de la CVRS a los 6 y 12 meses del post-TR.

Además de encontrar una mejora significativa en todas las dimensiones de CVRS que se mantiene durante el año de seguimiento, determinan tres parámetros predictores que influyen en la variabilidad de la CVRS que son: el número de ingresos hospitalarios (que representan la morbilidad temprana después del trasplante), el trabajo (en representación de la autonomía económica), y el apoyo social (Hathaway et al., 1998).

- Finalmente, el trabajo del grupo de Chisholm-Burns encuentra que el nivel de educación y la fatiga asociada al proceso de recuperación son predictores significativos de la situación laboral (Chisholm-Burns, Erickson, Spivey y Kaplan, 2012).

En el año 2011 el equipo de trabajo de Chkhotua analizó la CVRS en 4 grupos de pacientes: 1) en hemodiálisis, 2) en diálisis peritoneal, 3) receptores que perdieron sus injertos y volvieron a diálisis, 4) receptores de TR, y las contrastó con un grupo de individuos sanos, discriminando por las variables de edades y sexo. Lo que objetivaron fue:

- I. Las puntuaciones del estado de ánimo en los trasplantados y los controles, fueron similares y significativamente mayores que la de los pacientes de diálisis. El TR mejora significativamente la CVRS, alcanzando el nivel de los individuos sanos. La CVRS de los pacientes con hemodiálisis y diálisis peritoneal fue similar, y menor que la de la población sana. Como era de esperar, la pérdida del injerto se asocia con el deterioro significativo de la CVRS.

- II. Las puntuaciones medias del SF-36 no fueron significativamente diferentes entre el grupo control y los receptores de trasplantes. Los pacientes que realizan hemodiálisis y diálisis peritoneal, incluyendo pacientes previamente trasplantados que han vuelto a diálisis, puntuaron significativamente peor en las ocho dimensiones del SF-36, en comparación con los receptores de trasplante y los sujetos sanos.
- III. Finalmente, al comparar el grupo control y los receptores de trasplante, estos últimos presentaron una puntuación significativamente más alta en: "tendencia de fatiga", "dolor de extremidades" y "quejas cardiacas" (Chkhotua, Pantsulaia y Managadze, 2011).

Pacientes con insuficiencia renal crónica (N = 262) que fueron seguidos durante 7 años, evaluando los cambios en el tratamiento, presentaron cambios significativos en la CVRS y la percepción de enfermedad asociados a los cambios en la medicación después del trasplante o ante el fracaso del trasplante. A un año del pos-trasplante, la CVRS de este grupo mejora y los pacientes reportan menos síntomas, mínimas consecuencias y menos comorbilidad, acompañados de percepciones de control más fuertes. Después de un fallo del trasplante, la CVRS disminuye, y los pacientes refieren más síntomas, consecuencias, interrupciones de enfermedad, por un tiempo más crónico, y sensación de menor control (Griva, Davenport, Harrison y Newman, 2012).

Al estudiar la CVRS influida por la procedencia del órgano donado, después de ajustar por edad, sexo y educación, los

receptores de donante vivo experimentan mejor CVRS que los receptores de cadáver en las dimensiones “Limitaciones del rol por problemas físicos”, “Percepción de salud general” y mejor puntuaciones en el “Resumen de Salud física” ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias en la dimensión de “Salud mental”. Los receptores de donante vivo también tenían mejor aclaramiento renal (62,1 vs. 55,9 ml / min, $p = 0,01$). Después del ajuste adicional para la depuración renal, y la participación social entre los dos grupos, las diferencias en la CVRS permanecieron similares. No se encontraron diferencias entre ambos grupos en el seguimiento a cinco años (De Groot et al., 2013).

El entender el trasplante como un proceso implica que se reflexione sobre la CVRS dependiendo de ciertos estados que pueden ser afectados por las condiciones psicológicas de los individuos en diferentes periodos del proceso. Ponto y colaboradores (2001) observan que, a corto y a largo plazo, hay una mejora de la CVRS que es explicado por el sentimiento de liberación con respecto a la dependencia de la diálisis. Sin embargo, en el periodo intermedio (7-36 meses) los pacientes sufren un deterioro volviendo a los niveles pre-trasplante. Una posible explicación para ello es que, en la fase inmediatamente posterior al trasplante, los pacientes tienen un sentimiento de liberación, al haber finalizado la incertidumbre de la cirugía y la espera del órgano de trasplante, pero conforme pasa el tiempo han de afrontar diversos problemas somáticos (por ejemplo, los efectos secundarios de los medicamentos, las complicaciones médicas, etc.) y sociales (por ejemplo, la reincorporación laboral, la vida

social, etc.). Estos problemas podrían explicar el deterioro percibido por los pacientes en su CVRS, lo cual ocurre antes de que se logre una adaptación definitiva al trasplante (Ponto et al., 2001). Pese a estos datos, se ha observado que la disminución de la CVRS en el TR no es una consecuencia inevitable ni anclada a las condiciones de la duración o el avance de la enfermedad, aunque, a medida que transcurre la enfermedad, se presenta un empeoramiento de la CVRS por afectaciones en áreas como el “Dolor corporal” y el “Funcionamiento físico”, que puede estar asociado a la condición de inmunosupresión crónica o a la incidencia de diabetes en los receptores del TR (Griva et al., 2011).

1.4.3 La Calidad de Vida en el Trasplante Hepático.

El primer estudio longitudinal de CVRS en TH fue realizado por Tarter y su grupo en 1991. En dicho estudio se evaluaron los cambios en la CVRS en 53 pacientes desde que se encontraban listados para el TH hasta 2 años después de la cirugía, y se compararon con 35 controles sanos. Los resultados de este estudio mostraron que, en general, la CVRS mejora significativamente después de la cirugía, pero sólo el dominio físico alcanza niveles similares a los de la población control, mientras que los dominios psíquicos se mantienen por debajo (Tarter, Switala, Plail y Van Thiel, 1991). Este resultado se repite en estudios posteriores que muestran que el TH puede permitir la recuperación completa del estado funcional, pero que los problemas psíquicos y sociales persisten en algunos pacientes (Masala et al., 2012; Wang et al.,

2012). Por ello, se entendió que las intervenciones dirigidas a conocer el funcionamiento psíquico de los pacientes previos al trasplante y a mejorar los programas de rehabilitación, apoyo psicosocial normal, y el seguimiento en todas las fases del tratamiento, puede dar a los pacientes una vida más satisfactoria después del trasplante (Masala et al., 2012).

Existen otros estudios que demuestran la mejoría de la CVRS post-TH utilizando el SF-36, e identifican factores de riesgo que influyen en la CVRS postoperatoria. Algunos de esos trabajos son:

- El grupo de Sirivatanauksorn en el 2012, compara la CVRS de los pacientes pre-TH y post-TH y la de sus cónyuges y/o cuidadores y observan que tanto los pacientes post-TH, como sus cónyuges y/o cuidadores, muestran una CVRS significativamente mejor en las dimensiones de: “Funcionamiento físico y social”, “Limitaciones de rol debido a problemas físicos o emocionales”, “Dolor corporal”, “Vitalidad”, así como en la “Percepción de salud general” y “Salud mental”. El grupo post-TH también mejora significativamente en aspectos como: fatiga, actividad física, síntomas abdominales, síntomas sistémicos, función emocional, y preocupación (Sirivatanauksorn et al., 2012).
- Wang y colaboradores, en el 2012, analizaron la CVRS entre pacientes con enfermedad hepática terminal, TH y población general, y observaron que los pacientes con enfermedad hepática terminal tenían puntuaciones más bajas en todas las dimensiones del SF-36 en comparación con la población

general; que los pacientes de TH tenían puntuaciones en CVRS- “Salud mental” equivalentes a las del grupo de enfermedad hepática terminal, pero puntuaciones más altas en las siete dimensiones restantes; y que las puntuaciones de los pacientes TH eran comparables con la población general, siendo equivalentes en las dimensiones de CVRS: “Función física”, “Dolor corporal”, “Vitalidad”, “Función social” y “Limitaciones del rol por problemas emocional”, pero tuvieron puntuaciones más bajas en los tres dominios restantes (“Limitaciones del rol por problemas físicos”, “Salud Mental” y “Percepción de salud general”). Así mismo, encontraron que los ingresos familiares escasos se encontraban asociados con la reducción de las puntuaciones en “Función física” y “Limitaciones del rol por problemas emocionales”; y que, un mejor nivel educativo se asociaba con el aumento de las puntuaciones de “Salud mental” (Wang et al., 2012).

- El grupo de Luo observó que la CVRS en el pre-TH fue menor que la de la población general, pero mejoró significativamente un año después de la operación. Además, sus resultados sugirieron que el carcinoma hepatocelular, la hipertensión pre-TH y puntuaciones altas en las escalas de la enfermedad hepática en fase terminal (Child Pugh, MELD) fueron factores de riesgo independientes que empeoraban el componente físico global postoperatorio. En este estudio también se evidenció que el nivel de la educación superior, el estado civil soltero o separado y el nivel bajo de ingresos

tuvieron un impacto negativo en el componente mental global postoperatorio (Luo et al., 2012).

- Zahn y su grupo, estudiaron la influencia de algunos aspectos sociodemográficos y clínicos en la CVRS post-TH (a los 2 y 136 meses). Encontraron que los factores asociados con la mejora de la CVRS fueron: la edad (≤ 45 años) y la puntuación MELD pre-TH (menor que 13). Los trasplantados por hepatitis viral crónica y en pacientes desempleados, presentaron puntuaciones bajas en todas las dimensiones del SF-36 para mientras que el género y el número de trasplantes no introdujeron diferencias significativas en la CVRS. La depresión post-TH fue significativamente más frecuente entre los pacientes con puntuaciones de MELD ≥ 13 , así como en aquellos trasplantados a causa de la hepatitis viral crónica o en pacientes desempleados. Ni la edad, ni el género influyeron en el estado depresivo (Zahn et al., 2013).
- Finalmente, el grupo de Mabrouk demostró que los beneficiarios pre-TH con MELD ≥ 15 , Child-Pugh clase C y antecedentes de carcinoma hepatocelular presentaban bajas puntuaciones de CVRS. Paralelamente y como era de esperarse, los receptores sin complicaciones quirúrgicas postoperatorias tenían una mejor CVRS. Al comparar los receptores con episodios de rechazo, infección por citomegalovirus (CMV) y recurrencia de VHC, con aquellos sin complicaciones médicas, los primeros presentaban puntuaciones más bajas en los componentes “Resumen de

salud física y mental” del SF- 36, aunque la diferencia no era significativa (Mabrouk et al., 2012).

1.5 Aspectos Sociodemográficos, Trasplante y Calidad de Vida.

El análisis social de la CVRS se realiza constatando la influencia sobre ella de indicadores como: edad, sexo, nivel educativo, situación de empleo, ingresos y estatus marital y familiar. Al evaluar el impacto de estas variables en la CVRS se observa que existe una relación positiva entre el nivel de ingresos y el nivel de bienestar subjetivo. En cuanto al empleo, algunos autores han encontrado que las personas en paro son un grupo con un nivel muy bajo de bienestar, incluso cuando se controlaron las diferencias por nivel de ingresos con grupos con personas con empleo. Esto sugiere que el paro tiene un impacto negativo sobre el bienestar subjetivo que va más allá de las dificultades económicas que obviamente conlleva (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1993).

El nivel educativo interacciona con la variable de ingresos, y estos se relacionan con el bienestar. Así mismo, las personas casadas informan de un bienestar subjetivo mayor que cualquier categoría de personas no casadas. Algunos estudios informan que el matrimonio es el predictor más potente del bienestar incluso cuando se controla el efecto del nivel educativo, del nivel de ingresos y del estatus ocupacional (Barriga et al., 1988; Bryant y Veroff, 1982).

En la enfermedad renal crónica, la edad avanzada y la progresión de la enfermedad se asociaron con peor CVRS (Ibrahim et al., 2015). Paralelamente, en pacientes en diálisis las variables sociodemográficas como el sexo femenino, el bajo ingreso económico, y la menor escolaridad, se asociaron de forma independiente con la presencia de síntomas depresivos (Polner et al., 2011).

1.6 Aspectos Clínicos, Trasplante y Calidad de Vida.

Dado los múltiples aspectos que influyen en la CVRS, parece razonable que algunos parámetros de la función renal y hepática por si solos no puedan reflejar suficientemente las complicaciones clínicas y los factores psicológicos que se asocian a una disminución en la CVRS. Sin embargo, existen ciertas variables médicas a tener en cuenta en el trasplante, dada su relevante vinculación con la evolución clínica y la CV.

En la ERT la CVRS está influenciada por factores como la tasa de filtración glomerular, la anemia, el estado nutricional, y la albúmina (Ibrahim et al., 2015). En este grupo de pacientes, la hipertensión se relaciona con peor CVRS a pesar de estar asintomáticos. Esta asociación puede deberse a la interacción con otras variables como la cronicidad de la enfermedad y el progresivo deterioro de la función renal, que conlleva a cambios en el estilo de vida y en la salud, para mantener las función renal (Soni, Weisbord y Unruh, 2010). La deficiencia de hierro también es altamente prevalente en la ERT y se asocia con un mayor riesgo de mortalidad

(Eisenga et al., 2016). El grupo de Polner evidenció que antecedentes de: infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular, presencia de deterioro visual o auditivo, y dificultades con las actividades básicas de la vida diaria, se asociaron de forma independiente con la presencia de síntomas depresivos (Polner et al., 2011).

La anemia que comúnmente acompaña a la ERT, por lo general, remite dentro de 10 - 16 semanas después de un trasplante de riñón exitoso. Sin embargo, los resultados de algunos estudios longitudinales muestran una prevalencia muy alta de anemia durante los primeros 5 años post-TR en el 30-40% de los TR (Bamgbola, 2016). Esta variable es relevante, dado que la anemia se asocia con una mala CVRS en pacientes en diálisis y con el deterioro de la función renal en pacientes post-trasplante, teniendo una importante influencia en la “Salud mental” negativa en los pacientes con TR (Abacı et al., 2015), y a su vez, la anemia es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica y pérdida del injerto (Rostami, Shafighi, Baghersad y Einollahi, 2011).

Los receptores de TR presentan grados variables de discapacidades físicas y psíquicas relacionadas con la enfermedad, algunos de ellos atribuidos a los efectos adversos de los inmunosupresores. Al comparar la CVRS en pacientes que recibieron inmunosupresión con ciclosporina vs tacrolimus, se observa que los pacientes tratados con tacrolimus mostraron puntuaciones significativamente mayores en las dimensiones de

“Función física” y “Percepción de salud general” del SF-36 (Reimer, Franke, Philipp y Heemann, 2002).

En el TH se ha encontrado que algunos aspectos físicos, sociales y mentales de los pacientes, no son directamente atribuibles a la función del hígado en sí, sino a sus complicaciones asociadas (Younossi et al., 2001). El funcionamiento físico de los pacientes con cirrosis hepática grave se limita considerablemente por las principales complicaciones como son, la encefalopatía crónica, ascitis, la mala nutrición, y la fatiga. Este deterioro en el dominio físico desempeña un papel sinérgico de deterioro en el dominio social y psicológico y en la CVRS pre-trasplante (Banihashemi et al., 2015).

Por lo anterior, las escalas de estadificación usadas para evaluar el pronóstico de una enfermedad hepática crónica como el Child-Pugh (CPS) y el MELD, también han sido evaluadas como variables que influyen en la CVRS. Los estudios han demostrado que la CVRS se deteriora con el aumento de CPS, mientras que no parece que el aumento del MELD esté relacionado con la puntuación de la CVRS. Esto podría explicarse porque la ascitis y encefalopatía son factores que contribuyen al aumento del CPS, pero no a la del MELD (Younossi et al., 2001). El grupo de Jara no observó ninguna influencia de la etiología de la enfermedad hepática, el sexo o la edad en la CVRS. Ellos encontraron una correlación negativa significativa entre la puntuación del CPS y las puntuaciones de “Percepción de salud general”. Así, los pacientes

CPS estadio A mostraron una mejor CVRS en todas las dimensiones, mientras que los pacientes con CPS estadio C mostraron menor “Salud mental” y mayor “Limitación del rol por problemas emocionales”. Del mismo modo, los pacientes con ascitis leves mostraron mayores puntuaciones en todas las dimensiones de CVRS en comparación con los pacientes que mostraban los grados más altos ascitis (Jara et al., 2014).

En la cirrosis hepática el sodio sérico se utiliza a menudo como un marcador de la gravedad de la enfermedad; la hiponatremia indica la retención de agua libre y es un marcador indirecto de la hipertensión portal durante la cirrosis. La hiponatremia se considera en general un predictor de la mortalidad temprana, que al unirse a la puntuación MELD del índice de gravedad permite una priorización de trasplante de órganos, mostrando el riesgo de mortalidad en los casos de cirrosis grave (Kim et al., 2008). Además, este parámetro se ha visto relacionado con la CVRS: a mayor puntuación MELDNa, disminuye la CVRS en las dimensiones de “Vitalidad”, “Función física y social”, y se observa asociada al aumento de la fatiga (Jara et al., 2014).

Ante estos resultados, algunos autores proponen medir la relación de algunas variables potencialmente tratables, que tienen un efecto desproporcionado en la CVRS y la “Percepción de salud general” previa al trasplante, como son: la ascitis, la hipoproteinemia, y el CPS, para ayudar a complementar estrategias terapéuticas más efectivas que mejoren la CVRS de los pacientes que esperan un TH (Jara et al., 2014).

1.6.1 Adicciones, Trasplante y Calidad de Vida.

La prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, como ansiedad, depresión y fobia social, es particularmente elevada en pacientes con abuso o dependencia al alcohol. Los síntomas de ansiedad y depresión que acompaña a la adicción al alcohol, conducen a un aumento en la gravedad de las patologías y tienen un efecto negativo en la CVRS. Precisamente, Saatcioglu y colaboradores observaron que los niveles de ansiedad aumentan en los pacientes dependientes de alcohol, y que, relacionado con esto, la CVRS era menor en las dimensiones de “Resumen de salud física y mental”, sin variar en la de “Función social” (Saatcioglu, Yapici y Cakmak, 2008).

Los candidatos a TH con un historial de abuso de sustancias muestran un nivel de estrés emocional e inestabilidad significativamente mayor, patrones de comportamiento desadaptados, pensamientos desordenados, impulsividad, agitación y conductas de afrontamiento mal adaptativas, al contrario que aquellos pacientes con un historial negativo de abuso de sustancias (Stilley, Miller, Gayowski y Marino, 1999). El grupo de Ewusi-Mensah, encontró que en su población hospitalizada con enfermedad hepática y trastornos psiquiátricos diagnosticados, dos tercios de los pacientes presentaban una cirrosis alcohólica y el tercio restante presentaba otras causas de cirrosis (Ewusi-Mensah, Saunders, Wodak, Murray y Williams, 1983).

El hallazgo de un diagnóstico de depresión mayor en pacientes que ingresan en tratamiento de su dependencia al

alcohol, predice tiempos más cortos hasta la primera bebida y recaídas en la población con cirrosis alcohólica que ha sido trasplantada (Greenfield et al., 1998; Tripp, Clemons, Goldstein y McCarthy Stewart 1996).

Por su parte, el consumo de tabaco tiene repercusiones considerables en la salud de los candidatos a TH, y sin embargo no ha sido objeto de mucha atención de la investigación. El consumo de tabaco ha sido asociado con la pérdida del injerto y la mortalidad en pacientes trasplantados, y se ha relacionado con una menor ganancia en la CVRS después de la intervención quirúrgica (Ehlers, Rodrigue, Widows, Reed y Nelson, 2004).

Aunque suponemos que las drogas psicotrópicas de abuso (heroína, cocaína, marihuana, anfetaminas, etc.) causan alteraciones físicas y psicosociales que afectan la CV de los pacientes trasplantados, no hemos encontrado un apoyo bibliográfico para sostener esa suposición. El tetrahidrocannabinol, componente activo de la marihuana, incrementa la enfermedad hepática crónica y puede contribuir a la patogénesis de diversas enfermedades hepáticas, pudiendo exacerbarlas (Caraceni, Domenicali y Bernardi, 2008).

1.7 Problemas Psicológicos Asociados al Trasplante de Órganos.

Dentro de las complicaciones psicológicas y psiquiátricas más importantes que podemos encontrar en un trasplantado, se detectan unas condiciones auto-limitadas en el tiempo como son: el

delirium, los trastornos sexuales y las fantasías sobre el donante; y otras que perduran en el tiempo como los trastornos del estado de ánimo, que se consideran de mayor complejidad por su implicación en la recuperación clínica y en la CVRS (Engle, 2001; Huffman, Popkin y Stern, 2003; Sanner, 2003).

La enfermedad renal y la hepática en fase terminal producen una ruptura del comportamiento y modo de vida habitual del sujeto, generando una situación de desequilibrio que obliga a las personas a utilizar sus estrategias de afrontamiento para conseguir adaptarse (Pérez, Martín, Gallego y Santamaría, 2000). Se ha observado que a mayor duración de la enfermedad antes del trasplante hay más riesgo de padecer trastornos psicológicos después del procedimiento (Trumper y Appleby, 2001).

Pérez et al, agrupa los problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos en: repercusiones psicosociales, psicológicas y psiquiátricas para el paciente trasplantado, dificultades adaptativas y repercusiones psicológicas en los familiares del trasplantado (Pérez, Marín y Galán, 2005).

Dado que la adaptación a un injerto es un proceso dinámico, estos problemas psicológicos se pueden manifestar dependiendo de la evolución del trasplante. Se piensa que estos pacientes atraviesan por tres fases tras el trasplante: 1) **Fase de alerta**: etapa en que los pacientes han de mantener unas pautas de tratamiento muy rígidas (alimentación, medicación, ejercicio físico, etc.) y, por otro lado, han de integrarse en un entorno socio-laboral que muchas veces no es el más adecuado por sus condiciones físicas.

A esto hay que añadir, por un lado, que al principio los pacientes temen la posibilidad de rechazar el órgano ante el más mínimo síntoma, es decir, se hallan en una situación de constante alerta; y, por otro lado, que la dinámica familiar puede encontrarse alterada por las consecuencias del trasplante, especialmente por haber soportado la angustiante espera del órgano. Todo ello repercute negativamente en la recuperación psicológica de los pacientes trasplantados. 2) **Fase de adaptación**: donde la mayoría de los pacientes se han habituado a las prescripciones terapéuticas, se han integrado en el entorno socio-laboral, dejan de temer el rechazo del órgano ya que aprecian que su evolución física es favorable y, además, la familia está más recuperada psicológicamente por lo que puede prestarle más apoyo. Todo ello hace que los trasplantados se adapten a todas las circunstancias que conlleva el trasplante y, consecuentemente, que disminuyan los desequilibrios psicológicos. Y, por último, 3) **Fase de agotamiento**: en la que aumentan de nuevo los desequilibrios psicológicos, dado que se descubre que el trasplante no significa una vida como la de antes de empezar la enfermedad, sino la oportunidad de seguir viviendo bajo vigilancia médica y vuelve a aparecer el temor a la pérdida del trasplante, ya que la mayoría de los pacientes interiorizan que a medida que pasa el tiempo disminuye la supervivencia del injerto (Pérez, Martín, Gallego y Santamaría, 2000).

El estudio de todos estos problemas psicológicos y de salud mental debería tenerse en cuenta en el proceso de trasplante, ya

que, se intuye su influencia en el resultado de la intervención y en la CVRS de los pacientes sometidos a la misma.

La aparición de síntomas depresivos con posterioridad al TH, o su incremento durante el primer año está asociado con la disminución de la supervivencia y con un riesgo de mortalidad de más de dos veces en comparación con aquellos cuyos síntomas depresivos fueron significativamente bajos. Así mismo el aumento de síntomas depresivos después del TR se asocia con incremento del 3% en el riesgo de pérdida del injerto a los 5 años (Rosenbergera, Dewb, Cronc y DiMartini, 2012). Adicionalmente, los fármacos inmunosupresores (especialmente corticoesteroides e inhibidores de la calcineurina) y los cambios fisiológicos, pueden precipitar el deterioro de la salud mental, con las consecuencias negativas sobre la morbilidad y CVRS en el paciente trasplantado (Miotto et al., 2010).

En general, los trastornos del estado de ánimo pueden ser considerados como la vía común del desarrollo final de la interacción entre múltiples factores estresantes fisiopatológicos, psicológicos y socioeconómicos, que una enfermedad crónica le impone al individuo que la padece. En particular, los trastornos depresivos son entre 1,5 y 4 veces más frecuentes en los pacientes con enfermedades médicas que en la población general (Zalai, Szeifert y Novak, 2012).

Los síntomas de la depresión clínica afectan aproximadamente al 25% de los pacientes en hemodiálisis y

pueden estar asociados con una baja CVRS y aumento de la mortalidad. Por ello es importante conocer la prevalencia de trastornos psicológicos graves en pacientes con ERC avanzada y evaluar su impacto en los resultados de la ERC en el cuidado renal rutinario (Zalai, Szeifert y Novak, 2012).

El grupo de Østhus (2012) evaluó la relación entre CVRS y la depresión, en pacientes en diálisis crónica aceptados (n=122) o rechazados (n=93) para TR, y en pacientes a la espera de aceptación a la lista de espera (n = 86), durante 3,6 años. Sus resultados manifestaron la presencia de depresión clínicamente significativa en el 30% de los pacientes del estudio. Después de ajustar por comorbilidad, edad, género y grupo de diálisis, se evidenció menos depresión y mejor CVRS asociada a estar en la lista de espera para TR (Østhus, Preljevic, Sandvik, Dammen y Os, 2012). Los datos preliminares indican que algunos de los agentes antidepresivos limitados en el tiempo, y psicoterapias personalizadas y estructuradas pueden ser seguras y efectivas para el tratamiento de la depresión en esta población (Zalai, Szeifert y Novak, 2012).

La epidemiología de los trastornos depresivos no está bien estudiada en la población de TR. Sin embargo, en un estudio con personas TR la depresión se asocia con un riesgo dos veces mayor de fracaso del injerto y a la muerte después del trasplante (Dobbels et al., 2008).

Otros trastornos del estado del ánimo como los trastornos de ansiedad, presentan una prevalencia entre el 3 y el 33% durante los primeros años post-trasplante. En líneas generales, estos trastornos aumentan cuando los pacientes reciben el alta hospitalaria debido fundamentalmente a dos razones: por un lado, porque pierden seguridad debido a la interrupción de una atención médica continuada e intensiva propia del hospital que les lleva a pensar en el riesgo de infección, rechazo y muerte y, por otro lado, porque sus familiares suelen distanciarse de ellos debido a que consideran que los pacientes han regresado a una vida completamente normal (Engle, 2001).

En el proceso de TH también encontramos estudios sobre alteraciones emocionales y CVRS. El grupo de Santos (Santos et al., 2012) evaluó la presencia de síntomas depresivos y la CVRS en 100 candidatos a TH (73 hombres y 27 mujeres) mediante el SF-36, y entrevistas estructuradas. En el momento de la evaluación, el 63% de los pacientes tenían pareja, 55 pacientes no trabajaban debido a la enfermedad, 27 pacientes estaban trabajando activamente, y 11 pacientes fueron retirados de la lista de trasplante. Se identificaron temores relacionados con el trasplante (por ejemplo, temor a la cirugía y a la muerte) en el 38% de los pacientes. Los datos de este estudio demostraron una correlación negativa significativa entre las puntuaciones de depresión y siete de las ocho áreas del SF-36, así como un deterioro en la capacidad funcional, los aspectos sociales, los aspectos económicos, y la salud mental. Los datos también indicaron que los aspectos psicológicos relacionados con los trasplantes requieren de la intervención psicológica, ya que pueden

afectar el proceso de recuperación, la CVRS, y la adhesión al tratamiento de los pacientes candidatos a trasplantes (Santos et al., 2012).

Jin y colaboradores evaluaron la CVRS y la angustia psicológica en pacientes post-TH de donante vivo a los 6, 12, 24, y 36 meses post-TH, observando que los pacientes recuperaron el bienestar psicológico rápidamente después del trasplante; lo que influyó positivamente en la CVRS de los receptores del TH. Encontraron una mejoría sorprendente en la CVRS durante el primer año después del trasplante, sobre todo en las dimensiones del SF-36 de “Limitaciones de rol por problemas físicos”, “Dolor corporal”, “Vitalidad”, “Funcionamiento social”, y las puntuaciones de la escala de “Resumen de salud física y mental”. Ninguna de las puntuaciones de dominio del SF-36 difirió significativamente entre los 12 y 24 meses. Tampoco se observaron diferencias significativas en la sintomatología psicológica referida en las cuatro evaluaciones realizadas (Jin et al., 2013).

Pérez-San Gregorio y su grupo en el 2013, analizaron las diferencias en la CVRS y la salud mental entre los receptores de TH y los cirróticos no trasplantados, utilizando el HAD y el SF-36. De acuerdo con sus resultados, concluyeron que, aunque los receptores de TH no perciben su salud de manera positiva, si presentan mayores puntuaciones en CVRS y menores en el HAD que la de los pacientes cirróticos (Pérez-San Gregorio et al., 2013). En otro estudio similar (Martín-Rodríguez et al., 2012), se observó que los pacientes con TH con mejor “Percepción de salud general”,

mostraban puntuaciones más bajas del HAD (mejor salud mental), a diferencia de los pacientes cirróticos y de aquellos trasplantados que mostraban peor “Percepción de la salud general”. Los pacientes trasplantados con peor “Percepción de salud general” presentaron los mismos niveles de ansiedad y depresión que los pacientes con enfermedad hepática grave en la fase pre-TH; alcanzando algunos de estos el umbral clínico en la escala de depresión.

1.8 Aspectos Psicopatológicos.

1.8.1 Personalidad, Trasplante y Calidad de Vida.

Hay múltiples definiciones de “personalidad”, Vernon (1979, 2, 498) propone un resumen de todas ellas, diciendo que “la personalidad es la organización relativamente estable de las disposiciones motivacionales de una persona, que surge de la interacción entre los instintos biológicos y el ambiente social y físico”. Y señala que el término implica tanto atributos cognitivos físicos y afectivos, aunque por lo general se refiere principalmente a los rasgos afectivos, sentimientos, actitudes y mecanismos complejos e inconscientes, a los intereses e ideas que determinan las características del comportamiento y pensamiento humano”. Ese comportamiento habría que entenderlo como “hábitos específicos de respuesta a situaciones específicas”. En la medida en que el comportamiento humano está íntimamente ligado a su estado de salud o enfermedad, parece bastante evidente que la personalidad también lo ha de estar.

Efectivamente, hay estudios que ha investigado la relación entre los tipos de personalidad y sus relaciones con la enfermedad, con la hipótesis de que puede contribuir como predictores de morbilidad y mortalidad (Wilson, Centerbar, Kermer y Gilbert, 2005), y ser importantes determinantes del resultado de salud a largo plazo después de un TH (O'Carrol, Couston, Cossar, Masterton y Hayes, 2003). Así mismo pueden ayudar a educar al equipo médico en el abordaje interpersonal con algunos pacientes, en especial de aquellos que se constituyen en un reto por su dificultad, como en el caso del trasplante (Telles-Correia, Barbosa y Mega, 2010).

Los modelos teóricos de la personalidad que más se han utilizado en el ámbito sanitario, son de dos tipos: el de tres factores (modelo tridimensional de Eysenck) y el de cinco factores (Oswald, Waller y Drinkwater, 1970). Estos modelos brindan una explicación de la influencias de la personalidad frente a una patología. Según el modelo tridimensional, el neuroticismo es un indicador de la inestabilidad emocional y de la hiper-reactividad, y las personas que obtienen una puntuación elevada en esta escala se relacionan con un afecto negativo (Eysenck, 1982; Eysenck y Eysenck, 1985; Eysenck, 1990). Por el contrario, las personas que reciben una puntuación más alta para extroversión son por lo general desinhibidas, impulsivas, con muchos contactos sociales y a menudo participan en actividades de grupo, lo que se asocia a un afecto positivo (Eysenck, 1982).

El neuroticismo se considera un predictor de diversos trastornos mentales y físicos, así como de la comorbilidad entre ellos, y de la frecuencia del uso de los servicios de salud y de la salud mental. De hecho, el neuroticismo parece ser un predictor de la calidad y la longevidad de nuestras vidas (Lahey, 2009). En Inglaterra, el neuroticismo se ha visto relacionado con el aumento de riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular y, por el contrario, la extraversión es un factor protector de muerte por enfermedad respiratoria (Shiple, Weiss, Der, Taylor y Deary, 2007).

Utilizando el modelo de Eysenck, el grupo de Zhang encontró que, después de 11 meses del TH, a mayor extroversión mejor CVRS, y a mayor neuroticismo menor CVRS en todas las dimensiones del SF-36 (Zhang, Huang, Wen, Hu y Jin, 2005) De igual forma, el grupo de O'Carroll demostró que la ansiedad y el nivel de neuroticismo antes del TH son los mejores predictores de la CVRS en el primer año post-TH. Los pacientes más ansiosos y con una mayor puntuación de neuroticismo reportaron peor CVRS 1 año después del TH. Los autores consideraron que los individuos altamente neuróticos y/o ansiosos pueden tener expectativas poco realistas sobre el TH y pueden ser más propensos a estar decepcionados con el resultado final (O'Carroll, Couston, Cossar, Masterton y Hayes, 2003).

El grupo de Telles-Correia publicó un estudio donde observaron que las puntuaciones altas de neuroticismo eran un

importante predictor de mortalidad post-TH (Telles-Correia, Barbosa, Mega, Barroso y Monteiro, 2011).

En TR, Prihodova y sus colaboradores encontraron que el aumento de la extraversión también se asocia con una mejor CVRS en su componente mental. Las personas extrovertidas tienden a desarrollar mecanismos de adaptación más activos y a preferir la estimulación externa, con lo que pueden ser fácilmente distraídos de las preocupaciones por su patología. El mismo estudio demostró una relación inversa entre el neuroticismo y la “Percepción de salud general”, encontrando que las personas con rasgos de neuroticismo más bajos tendían a obtener mejores puntuaciones en el funcionamiento físico, y a tener una mejor “Percepción de salud general”, así como mejor CVRS “Resumen de salud física y mental”. Esos investigadores pensaron que una razón para sus hallazgos podría ser que las personas con rasgos de neuroticismo más altos tienden a ser más negativas en la forma de percibir el mundo, por lo que es probable que estén excesivamente alerta hacia los estímulos negativos que se encuentran. No es de extrañar, entonces, que los pacientes con alto rasgo de neuroticismo estén más preocupados con sus síntomas de salud, y se quejen más y por lo tanto perciban peor CVRS (Prihodova et al., 2010).

1.8.2 Estrategias de Afrontamiento, Trasplante y Calidad de Vida.

El afrontamiento se define como el conjunto de “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se

desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986). Las estrategias de afrontamiento pueden influir positivamente en que los pacientes busquen y reciban información relacionada con la salud, y aumenten el cuidado de su trasplante, o influir negativamente mediando en la no adhesión al régimen de tratamiento (Christensen, Wiebe, Benotsch y Lawton, 1996; Frazier, Tix, Klein y Arikian, 2000; Griva et al., 2011).

Existen básicamente dos líneas predominantes de entender el afrontamiento: las estrategias por aproximación (activo), concebidas como el esfuerzo cognitivo o conductual para manejarse directamente con el evento estresante, y estrategias de evitación (pasivo), que consiste en evadir el pensar en el estresor o en realizar conductas de escape para intentar reducir la tensión que produce un problema (Moos y Schaefer, 1993). Las estrategias no se excluyen una a la otra y pueden ser utilizadas de forma combinada. Así, las respuestas evitativas parecen ser útiles en un primer momento, en la medida en que reducen el estrés, impiden que la ansiedad llegue a ser perturbadora y permiten un reconocimiento gradual de la amenaza, mientras que las estrategias por aproximación, permiten la acción apropiada para detectar y sacar ventaja de los cambios en una situación, a fin de hacerla más controlable (Rodríguez-Marín, Pastor y Lopez-Roig, 1993).

En los trasplantados, las estrategias de afrontamiento aproximativas (por ejemplo, buscar y recibir información relacionada

con la salud) en comparación con las evitativas se asocian a una mayor adaptación psicológica (Christensen, Wiebe, Benotsch y Lawton, 1996; Frazier, Tix, Klein y Arikian, 2000). El afrontamiento activo es un predictor importante de la duración de la estancia después de un TH (Telles-Correia, Barbosa, Mega y Monteiro, 2011).

La personalidad está íntimamente relacionada con las estrategias de afrontamiento hasta el punto de que se puede decir que un determinado estilo de afrontamiento se puede corresponder con un perfil/patrón de personalidad. La extroversión influye en estilos positivos de vida y en el afrontamiento por aproximación que se han asociado con una mejor CVRS (Willoughby, Kee y Demi, 2000). Por el contrario, el neuroticismo se ha relacionado con estilos de afrontamiento evasivos y con problemas en el ajuste psicológico e inadecuado seguimiento del régimen de tratamiento (Grey y Berry, 2004).

Los pacientes con alto nivel de neuroticismo son propensos a tener más dificultades de afrontamiento (tienden a utilizar la evitación). El incremento de la preocupación acerca de la viabilidad del TR y la percepción de la propia responsabilidad, pueden sugerir la determinación/resolución del paciente por ejercer algún control sobre lo incierto e impredecible del pronóstico del injerto o la probable reaparición de enfermedad renal subyacente (Griva et al., 2011). Por el contrario, en los altos niveles de neuroticismo se observan unas expectativas negativas hacia la enfermedad (por ejemplo «me siento agotado y muy débil por mi enfermedad y hay veces que no sé si realmente seré capaz de superarlo»), que se

asocian con el incremento de la sintomatología ansiosa y depresiva y empeoramiento desde una perspectiva física del autoconcepto y el auto-comportamiento (estrategias de afrontamiento por evitación). Esto puede deberse fundamentalmente a que las expectativas negativas aumentan los pensamientos irracionales sobre el funcionamiento del órgano implantado, lo cual les lleva a pensar en la posibilidad de una evolución desfavorable del trasplante con un gran temor al rechazo del órgano y, consecuentemente, en la muerte (Pérez, Martín, Gallego y Santamaría, 2000). Por el contrario, las personas con bajo nivel de neuroticismo pueden ser reconducidas positivamente a utilizar estrategias de afrontamiento por aproximación que mejoren el cuidado de su trasplante (Griva et al., 2011).

Por lo general, la evitación y la aceptación-resignación, se asocian con una peor percepción de la “Función física”, la “Percepción de salud general” y la “Salud mental”, la “Vitalidad” y la “Limitaciones del rol por problemas emocionales”, lo que conlleva a una CVRS más baja (Jurado et al., 2011). Los mecanismos de adaptación de los pacientes están influenciados por sus antecedentes culturales, étnicos, condiciones geográficas y situaciones económicas. En un estudio publicado en el 2005, comparan los mecanismos de adaptación de los receptores de hígado en la población china con estudios americanos, y reportan que los pacientes TH en China utilizan menos la aproximación y más evitación /aceptación. Debido a ello, encuentran que la CVRS de su población es más baja que la de los americanos, lo que refuerza que la aproximación es positivamente relevante para la

mejoría de la CVRS en pacientes TH, no así la evitación y la aceptación (Zhang, Huang, Wen, Hu y Jin, 2005).

1.8.3 Competencia Personal Percibida en Salud, Trasplante y Calidad de Vida.

La competencia personal es un constructo propuesto por Wallston en 1992, que se entiende como la capacidad de llevar a cabo conductas, cuando la percepción de la competencia del individuo es alta (Wallston, 1992). En 1995, realizó una adaptación al contexto de la salud, que pretende ser una medida del grado en que las personas nos sentimos capaces de manejar eficazmente nuestra salud. En ese sentido, tener una competencia personal percibida alta en cuanto a nuestra salud consiste en: valorar la salud como un bien muy importante, creer que nuestros hábitos pueden influir positivamente en la salud y creer que somos capaces de realizar esas conductas saludables (Smith, Wallston y Smith, 1995).

Las personas que perciben positivamente su capacidad para controlar su entorno afrontan mejor las enfermedades crónicas e incluso, los trastornos graves de ansiedad. Por ello, la competencia autopercebida tiene un gran poder predictivo sobre las conductas relacionadas con la salud. En concreto las personas que crean que son capaces de realizar con éxito conductas que sirven para prevenir o curar enfermedades, realizarán con mayor probabilidad estas conductas y, además, serán más persistentes y no se desanimarán con fracasos ocasionales (Castro , 1994).

Aunque no existe estudios en trasplantados que evalúen este factor, la Competencia Personal Percibida en Salud (CPPS) está asociada con mejores resultados y estado de salud, así como con un menor número de síntomas depresivos, y una mejor CVRS en otras patologías (Gandhi et al., 2014). Las puntuaciones altas en CPPS correlacionan con comportamientos más saludables como: aumento de ejercicio, mejoría de los hábitos dietéticos, disminución de fumar y beber, y el aumento de la búsqueda de información en comportamientos saludables. Por último, cuanto mayor es CPPS mayor es la confianza en los proveedores de la asistencia sanitaria y mayor apoyo social (Bachmann et al., 2016; Gandhi et al., 2014). Recientemente se ha publicado un estudio donde las puntuaciones altas en CPPS de los pacientes hospitalizados con síndrome coronario agudo y/o insuficiencia cardíaca congestiva se relacionan positiva y significativamente con los comportamientos de salud y con la CVRS. Así mismo, una baja puntuación en CPPS se asocia con una disminución de la CVRS después de la hospitalización (Bachmann et al., 2016).

Esta asociación también se ha observado en pacientes con ERT en tratamiento de hemodiálisis hay pruebas de que existen mejores niveles de CVRS en los pacientes con mayor puntuación en locus de control interno, es decir, en aquellos pacientes que creen que con su conducta pueden influir en el mantenimiento de la salud, así como modificar el curso y resultado de la enfermedad (Christensen, Wiebe, Benotsch y Lawton, 1996).

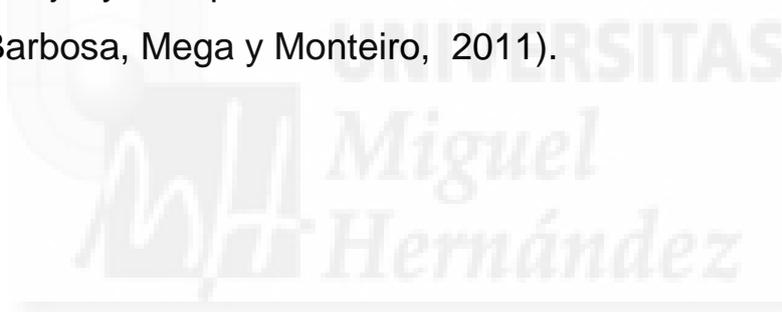
1.8.4 Apoyo Social y Familiar en Trasplante y Calidad de Vida.

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos, individuales y sociales, con que cuenta una persona para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares) (Castro, Campero y Hernández, 1997). Es una compleja red en la que una persona obtiene y da información, consigue ayuda y satisface sus necesidades emocionales. En la ERT el apoyo social alto se asocia con una mejor supervivencia, menor depresión y mayor cumplimiento de la medicación (Patel et al., 2005). De otro modo, en los pacientes en diálisis un apoyo social bajo se relaciona con un aumento de la mortalidad y disminución de la CVRS (Untas et al., 2010), así como con el aumento de los tiempos de hospitalización (Plantiga et al., 2010).

La ausencia de apoyo por parte de la familia aumenta los trastornos psicológicos en los trasplantados y además es uno de los predictores más relevantes en la falta de adhesión terapéutica por parte de los pacientes (Frazier, Tix, Klein y Arikian, 2000). En pacientes trasplantados se observa más ansiedad y más conductas y pensamientos depresivos cuando sus relaciones familiares empeoran a raíz del trasplante, observando una relación directa de los trastornos emocionales con la percepción de la falta de apoyo físico y psicológico por parte de la familia, o cuando este apoyo es percibido como ineficaz. Por ejemplo, cuando el paciente se siente más criticado que apoyado, o aprecian una preocupación

inadecuada, bien por ser excesiva o por ser deficitaria (Frazier et al., 1995; Pérez, Martín, Gallego y Santamaría, 2000).

En el TH el grupo de Banihashemi observa que el apoyo social alto se relaciona con mayor salud psicológica, y comprensión del proceso de trasplante, menores puntuaciones en ansiedad y depresión, y mejores puntuaciones en la CVRS, sobre todo en las dimensiones de “Limitaciones del rol por problemas emocionales”, “Función social”, “Vitalidad” y “Salud mental” (Banihashemi et al., 2015). Así mismo, el grupo de Telles encontró una asociación significativa entre el aumento de la mortalidad, un apoyo social percibido bajo y las puntuaciones altas en neuroticismo (Telles-Correia, Barbosa, Mega y Monteiro, 2011).



1.9 Justificación del estudio

Tras el inicio del programa de TH en el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), en septiembre de 2012, y la integración de la unidad de psiquiatría y psicología clínica en el comité de TH, se genera el vínculo y el interés de conocer los aspectos psicológicos, psicopatológicos y la CVRS de nuestra población, que posteriormente se extendió a los pacientes en lista de espera para TR.

Recientes investigaciones centran una especial atención a la interacción entre los factores psicológicos que podrían estar interviniendo en la CVRS post-TH y renal, los aspectos psicológicos y psiquiátricos más estudiados son los *rasgos de personalidad*, las condiciones psicopatológicas de *ansiedad y depresión*, los antecedentes de adicción y adicciones activas al *alcohol* u otras sustancias, las *estrategias de afrontamiento*, la *competencia percibida en salud*, y la percepción de *apoyo familiar* de los candidatos a trasplante (Poppe, Crombez, Hanouille, Vogelaers y Petrovic, 2013; Miller et al., 2013; Prihodova et al., 2010; Telles-Correia, Barbosa, Mega y Monteiro, 2011).

Este trabajo pretende aumentar el conocimiento científico sobre las características psicopatológicas y rasgos de personalidad, de los candidatos a TH o renal y analizar su influencia sobre la CVRS post-trasplante. Eso nos permitirá saber si en el futuro se deberían implementar intervenciones sobre los factores

psicosociales asociados con el estado de salud y la CVRS de estos pacientes después del trasplante. Pensamos que este trabajo podría contribuir a ***mejorar la eficacia y/o la eficiencia de la práctica médico-quirúrgica***, porque podría encontrar predictores psicológicos y sociales de la respuesta al trasplante, y generar una línea de investigación futura que explore los aspectos relacionados con la mejoría de la evolución clínica como el cumplimiento terapéutico, las recaídas en el consumo de alcohol u otras sustancias y su relación con la CVRS de los pacientes trasplantados.



CAPITULO 2

OBJETIVOS E HIPÓTESIS



2.1 Objetivo General.

Establecer la posible existencia de una relación significativa entre la CVRS y las características psicológicas y psiquiátricas de los pacientes receptores del TH y renal, pre y post trasplante.

2.2 Objetivos Específicos.

1. Conocer las condiciones socio-demográficas de los pacientes en lista de espera para TH y renal.
2. Identificar la prevalencia de etiologías y patologías asociadas al daño hepático o renal, de los pacientes en lista de espera para trasplante, en cada grupo.
3. Conocer la prevalencia de diálisis y tipo de diálisis de los pacientes en que ingresan en la lista de espera para TR.
4. Examinar la percepción de empeoramiento, asociada al número de hospitalizaciones y causas de la hospitalización en el último año, de los pacientes en lista de espera para trasplante, en cada grupo.
5. Establecer los antecedentes de adicción o consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas (cocaína, marihuana, anfetaminas o benzodiacepinas), de los pacientes antes y después del trasplante, en cada grupo.
6. Evaluar el grado de neuroticismo y extroversión, de los pacientes en lista de espera para trasplante, en cada grupo.

7. Valorar la presencia de ansiedad y depresión de los pacientes en lista de espera para trasplante y en los seguimientos de cada grupo.

8. Calcular el grado de competencia percibida en salud de los pacientes al encontrarse en lista de espera para trasplante, y en los seguimientos de cada grupo.

9. Identificar las estrategias de afrontamiento de los pacientes al encontrarse en lista de espera para trasplante, y en los seguimientos de cada grupo.

10. Evaluar la percepción de apoyo social de los pacientes al encontrarse en lista de espera para trasplante, y en los seguimientos de cada grupo.

11. Determinar la percepción de la CVRS de los pacientes al encontrarse en lista de espera para trasplante y evaluar si hay diferencias significativas entre los dos grupos.

12. Investigar si hay diferencias significativas en la CVRS en función de variables sociodemográficas y clínicas, de los candidatos a TH o renal.

13. Identificar si hay diferencias significativas en la CVRS en función de variables psicológicas de los candidatos a TH o renal.

14. Valorar el resultado de la CVRS de las personas que reciben el trasplante y las que continúan en lista de espera y evaluar si hay diferencias significativas en la CVRS entre los grupos trasplantados y los no trasplantados.

15. Relacionar la CVRS inicial de los pacientes al encontrarse en lista de espera frente a la CVRS de los seguimientos dependiendo de si recibió el trasplante o no, en ambos grupos.

16. Determinar si alguna de las variables psicológicas evaluadas al inicio del proceso en lista de espera influye en la mejoría o empeoramiento de la CVRS de los grupos trasplantados y los no trasplantados.

2.3 Cuestiones Centrales.

1. ¿Interviene el tipo de TH o renal en los resultados de la CVRS?
2. ¿Influyen las características socio-demográficas en la CVRS antes y después del trasplante?
3. ¿Contribuye la etiología del daño hepático o renal en los resultados de la CVRS antes y después del trasplante?
4. ¿La presencia de comorbilidades y estar en diálisis, empeoran los resultados de la CVRS de los pacientes en lista de espera?
5. ¿Favorece la presencia de hospitalizaciones y complicaciones los resultados de la CVRS de los pacientes en lista de espera?
6. ¿Intervienen los antecedentes de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas en los resultados de la CVRS de los pacientes en lista de espera?
7. ¿Influye el grado de neuroticismo y extroversión en la CVRS en los pacientes en lista de espera?
8. ¿Afecta la presencia de ansiedad y depresión la CVRS en los pacientes en lista de espera?

9. ¿Repercute el grado de competencia percibida en salud en la CVRS pre - trasplante?
10. ¿Contribuyen las estrategias de afrontamiento en la CVRS pre - trasplante?
11. ¿Influye el nivel de apoyo familiar y social en la CVRS pre - trasplante?
12. ¿Influye el grado de extroversión en la CVRS en la CVRS pre- trasplante?
13. ¿Influye el grado de neuroticismo en la CVRS del seguimiento en los pacientes Trasplantados y no trasplantados?
14. ¿Existen diferencias en los resultados de la CVRS entre los grupos trasplantados y los no trasplantados?
15. ¿Explica alguna de las variables psicológicas los resultados en la CVRS del seguimiento?

2.4 Hipótesis.

Hipótesis 1: Los pacientes en lista de espera para TR presentarán mejor CVRS que los pacientes en lista de espera para TH en al menos cuatro dimensiones de CVRS y el “Resumen de salud física”.

Hipótesis 2: Cuanto mayores sean los ingresos económicos, mayor será la CVRS en la “Función social”, y “Limitaciones de rol por problemas emocionales” o el “Resumen de salud mental” en el pre-trasplante.

Hipótesis 3: Las personas mayores de 60 años presentarán una menor puntuación en la CVRS en las dimensiones de “Función Física”, “Dolor” y “Función Social” en el pre-trasplante.

Hipótesis 4: Los pacientes con cirrosis hepática asociado a VHC presentarán menor CVRS en la “Percepción de salud general”, y “Resumen de salud física”, pre-trasplante.

Hipótesis 5: A mayor tiempo de recibir diálisis, será menor la CVRS en la “Percepción de salud general” y al menos una de las medidas resumen “Resumen de salud física” y “Resumen de salud mental”.

Hipótesis 6: Los pacientes en lista de espera para trasplante con antecedente de alcoholismo, presentarán menores puntuaciones de CVRS en las dimensiones de: “Limitaciones de rol

por problemas emocionales”, “Función social” o “Resumen salud mental”.

Hipótesis 7: A mayor neuroticismo, habrá menor puntuación de CVRS en las dimensiones de: “Función física”, “Vitalidad”, “Función social”, “Salud mental”, y en el “Resumen de salud mental”, de los pacientes en lista de espera para trasplante y en el seguimiento.

Hipótesis 8: A mayor extroversión, habrá mayor puntuación en las dimensiones “Resumen de salud física”, y “Resumen de salud mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante.

Hipótesis 9: A mayor ansiedad y/o depresión habrá menor puntuación en las dimensiones de “Salud mental” y “Resumen de salud mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante.

Hipótesis 10: A mayor grado de competencia percibida en salud, habrá mayor puntuación en las dimensiones de “Percepciones de salud general”, “Función social”, “Salud mental” y “Resumen de salud mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante.

Hipótesis 11: A mayor puntuación de pensamiento positivo, habrá mejor puntuación en las dimensiones de “Salud mental” y “Resumen de salud mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante.

Hipótesis 12: A mayor nivel de apoyo social y familiar, será mejor la puntuación de CVRS en las dimensiones de “Salud mental” y “Resumen de salud mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante.

Hipótesis 13: Los pacientes trasplantados (TH y TR) tendrán mejores resultados en la CVRS en “Percepciones de salud general” y “Resumen de salud física” frente a los no trasplantados.





CAPITULO 3
MÉTODOS

3.1 *Diseño del Estudio.*

Se trata de un estudio observacional longitudinal de cohorte prospectivo respecto a los aspectos psiquiátricos, psicológicos y clínicos de pacientes que, por sus condiciones de enfermedad, entraron en una lista de espera para TH o renal, y fueron después trasplantados o no. Se valoró su estado psicológico y calidad de vida al ingreso en el protocolo de trasplante, y se realizó un seguimiento a los seis meses después de la intervención, o a los 12 meses si seguía en lista de espera para trasplante.

El programa de TH se inició en septiembre de 2012 en el HGUA, siendo el único centro hospitalario de la provincia y el segundo de la Comunidad Valenciana que dispone de este programa. Dado que este estudio se origina a partir de la creación de este programa, se decide incluir en él a toda la población que ingrese en la lista de espera para TH durante el periodo de Junio de 2013 a Julio de 2014, y que acceda a firmar el consentimiento informado para su inclusión en el estudio.

Al plantearse el proyecto, surge el interés del programa de TR que funciona en nuestro hospital desde 1988 de evaluar las características psicológicas y psiquiátricas de los pacientes candidatos a trasplante. Los sujetos captados desde el Comité de TH y desde el Servicio de Nefrología, y TR, dieron su consentimiento informado para entrevistarlos, realizar cuestionarios y acceder a su historia clínica, y ser seguidos en un período de un año.

Se ofertó participar en este estudio a todos los pacientes que ingresaron en lista de espera para TH y TR durante Junio de 2013 a Julio de 2014, después de corroborar los criterios de inclusión y exclusión solo una de las personas negó dar su consentimiento firmado, 199 personas accedieron a participar en el estudio y firmaron su consentimiento (89 pacientes con cirrosis hepática y 110 pacientes con enfermedad renal terminal). Todos realizaron la visita inicial, sin embargo, 52 no realizaron los seguimientos, de estos: 15 fallecieron, 17 recayeron en el consumo de alcohol y 20 se desestimaron de la lista de trasplante por progresión de la enfermedad y continuaron sus controles con el especialista de su zona. Los 147 sujetos restantes de la población al ingresaron en la lista de espera para trasplante, 70 para TH y 77 para TR.

3.2 Sujetos de Estudio.

Fueron incluidos en el estudio los pacientes mayores de 18 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica en fase terminal o Cirrosis Hepática tratados en el HGUA, con criterios de trasplante, que cumplieran los criterios de idoneidad para incorporarse al programa de TH o TR del HGUA durante el periodo comprendido entre junio de 2013 a julio de 2014.

3.2.1 Criterios de Inclusión.

- Ser mayores de 18 años.
- Ingresar y permanecer en el programa de TH o renal.
- Aceptar libremente el participar en el estudio, con consentimiento informado por escrito.
- Tener capacidad y autonomía para rellenar las pruebas autoaplicadas.
- Presentar abstención de ingesta de alcohol o otras sustancias psicotóxicas de al menos 6 meses.

3.2.2 Criterios de Exclusión.

1. Mostrar capacidades disminuidas para dar su consentimiento informado.
2. Exhibir incapacidad para responder en la entrevista o realizar los cuestionarios, p. ej., no hablar o entender el castellano.
3. Presentar patologías mentales graves en fase aguda o descompensada, p. ej., psicosis y demencias
4. Indicar síntomas de abstinencia al alcohol, como: síndrome de abstinencia, alucinaciones, delirios.
5. Ser retirado de la lista de trasplantes.

3.2.3 Criterios de Retirada del Estudio.

Los pacientes podrán abandonar el estudio en cualquier momento a petición propia, o ser retirados en cualquier momento a criterio del investigador por detección de alguno de los criterios de exclusión que le impidiera recibir un trasplante.

3.3 Cálculo de la Muestra.

En la población española se ha descrito un valor medio de puntuación del ítem “Salud mental” de la SF-36 de 74 con una desviación típica (DT) de 19.0 (Alonso et al., 1998). Asumiendo la misma DT en nuestra población de pacientes, para conseguir una potencia del 80% para detectar diferencias en el contraste de la hipótesis nula $H_0: \mu_1 = \mu_2$ mediante una Prueba T-Student bilateral para dos muestras independientes, teniendo en cuenta que el nivel de significación es del 5%, y asumiendo que la media del grupo de Referencia es de 74 unidades, la media del grupo Experimental es de 65 unidades y la DT de ambos grupos es de 19 unidades, será necesario incluir 71 unidades experimentales en el grupo de Referencia y 71 unidades en el grupo Experimental, totalizando 142 unidades experimentales en el estudio.

3.4 Variables de Estudio.

3.4.1 Variables Dependientes.

La **CVRS** total percibida por los pacientes medida mediante el cuestionario de calidad de vida SF-36.

Las variables en este caso son:

- 1) “Función física”: FunFi
- 2) “Función social”: FunSo
- 3) “Limitaciones del rol por problemas físicos”: LimFi
- 4) “Limitaciones del rol por problemas emocionales”:
LimEm
- 5) “Salud mental”: SalMen
- 6) “Vitalidad”
- 7) “Dolor corporal”
- 8) “Percepción de salud general”: PerSG
- 9) “Resumen de salud física”: RSaFi
- 10) “Resumen de salud mental”: RSaMen

3.4.2 Variables Independientes.

Los **Aspectos Socio-demográficos** (evaluados mediante la historia clínica estructurada).

- 11) Edad (años),
- 12) Sexo (Hombre, mujer)
- 13) Estado civil (Soltero, Casado o viviendo con su propia familia nuclear, Divorciados, Viudos)
- 14) Educación (No primaria, Primaria, Secundaria, Superiores)

- 15) Origen (Europeos no Españoles, Latinos, Marroquíes, Españoles)
- 16) Procedencia, hemos establecido 4 grupos que agrupan regiones contiguas geográficamente que pueden compartir características comunes entre su población (1= Alicante, Muchamiel, San Vicente del Raspeig, San Juan; 2= Elche, Callosa, Orihuela; 3= Alcoy, Elda; 4= Torrevieja, Santa Pola, Benidorm, Villajoyosa, Campello, Denia)
- 17) Ingresos (<500 €, 501 – 1000 €, 1001 – 1500 €, 1501 – 1999 €, > 2000 €)
- 18) Situación laboral (Empleados, Temporalmente de baja, Desempleado, Hogar, Pensionistas)

Aspectos Clínicos (recogidos de la historia clínica).

- 19) Etiologías daño hepático (Alcohol, Virus de la Hepatitis C, Hepatocarcinoma, Poliquistosis/autoinmune)
- 20) Etiologías daño renal (Glomerulonefritis, Enfermedad Poliquistosis y/o Hereditarias, DM, HTA y /o Vasculares, Nefropatía por Reflujo, Patología no filiada)
- 21) Comorbilidades (Hipertensión, Diabetes, Enfermedad isquémica/Cardiopatía, Enfermedades óseas, Enfermedad vascular periférica, Antecedente de Cáncer en remisión de enfermedad, Asma/Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Otras patologías)
- 22) Tiempo con el diagnóstico (años)

Complicaciones Médicas.

- 23) Percepción de empeoramiento Si/No
- 24) Tiempo de percepción de empeoramiento (años)
- 25) Hospitalizaciones (Si/No)
- 26) Número de hospitalizaciones en el último año, frecuencia (0,1,2,3...)
- 27) Días de hospitalización en el último año (sumatoria)
- 28) Causas de hospitalización (Infección, Ascitis, Encefalopatía, Varices esofágicas, Procedimientos, HTA/Diabetes, Alteraciones de la función renal, Anemia, Hiperuricemia, Tromboembolismo)
- 29) Diálisis: si/no
- 30) Tipo de diálisis: hemodiálisis/ diálisis peritoneal

Antecedente de adicciones.

- 31) Consumo tabaco (Si/No)
- 32) Consumo tabaco (paquetes/año)
- 33) Consumo de Alcohol (Niega ingesta de alcohol, Consumo de alcohol ocasional <29 gramos de alcohol /diarios y Alcoholismo definido como consumo de alcohol mayor a 30 gramos de alcohol /diarios)
- 34) Cantidad de ingesta de alcohol en alcohólicos (gramos de alcohol/día)
- 35) Consumo de otros Psicotóxicos: si/no
- 36) Tipo de Psicotóxico (cocaína, heroína, benzodiacepinas, Marihuana, anfetaminas)

Aspectos Psicopatológicos (recogidos de los instrumentos).

- 37) Grado de Neuroticismo medida mediante el Inventario de Personalidad de Eysenck (bajo <12 puntos, alto \geq 12 puntos)
- 38) Nivel de neuroticismo (0,1,2,3...)
- 39) Grado de Extroversión medido mediante el Inventario de Personalidad de Eysenck (bajo <12 puntos, alto \geq 12 puntos)
- 40) Nivel de extroversión (0, 1, 2, 3...)
- 41) Competencia Percibida en Salud medido mediante el cuestionario de Competencia Percibida en Salud (Buena competencia \geq 3 puntos, Mala competencia < 3 puntos)
- 42) Nivel de competencia Percibida en Salud (0, 1, 2, 3, 4, 5).
- 43) Sospecha de Ansiedad, medida mediante la Escala HAD (ansiedad \geq 8 puntos, No síntomas < 8 puntos)
- 44) Nivel de ansiedad (0, 1, 2, 3...)
- 45) Sospecha de Depresión, medida mediante la Escala HAD (depresión \geq 8 puntos, No síntomas < 8 puntos)
- 46) Nivel de depresión (0, 1, 2, 3...)

Estrategias de afrontamiento, medidas mediante el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento. Las variables en este caso son:

- 47) Contabilización de ventajas: Ventajas
- 48) Resignación
- 49) Pensamiento desiderativo

- 50) Religiosidad
- 51) Pensamiento positivo
- 52) Represión emocional
- 53) Búsqueda de soluciones: soluciones
- 54) Búsqueda de apoyo social: Búsqueda apoyo
- 55) Escape
- 56) Auto culpación
- 57) Culpar a otros

Apoyo social y familiar percibido, medido mediante la Escala de percepción de apoyo social y familiar.

- 58) Cantidad de proveedores de apoyo social percibido: proveedores (escala 1 a 10)
- 59) Satisfacción del apoyo recibido (escala 1 a 5)
- 60) Nivel de apoyo social (escala 1 a 50)
- 61) Intensidad de apoyo (escala 1 a 12)
- Tipos de apoyo (escala 0 a 1):
- 62) Escuchándole
- 63) Animándole
- 64) Distrayéndole
- 65) Informándole
- 66) Aconsejándole
- 67) Visitándole
- 68) Ofreciéndose
- 69) Haciendo tareas por Usted
- 70) Económicamente
- 71) Interesándose
- 72) Acompañándole

3.5 Instrumentos Utilizados

Los instrumentos utilizados han sido validados al español y utilizados previamente en población trasplantada para medir las diferentes variables.

3.5.1 Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 (Alonso, Prieto y Antó, 1995; Ware et al., 2000).

Es un cuestionario genérico de medición de la CVRS compuesto por 36 ítems que cubren tres áreas: el estado funcional, el bienestar emocional y la percepción de salud general. El área del estado funcional está representada por las siguientes dimensiones: “Función física”, “Función social”, “Limitaciones del rol por problemas físicos”, y “Limitaciones del rol por problemas emocionales”. El área del bienestar emocional incluye las dimensiones de: “Salud mental”, “Vitalidad”, y “Dolor corporal”. Finalmente, la evaluación general de la salud incluye la dimensión de “Percepción de salud general” y el cambio de la salud en el tiempo (que no forma parte de la puntuación final). Las puntuaciones pueden ir de 0 a 100 (a mayor puntuación mejor estado de salud). Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para la dimensión correspondiente) hasta 100 (el mejor estado de salud).

El cuestionario no ha sido diseñado para generar una puntuación global, sin embargo, permite el cálculo de dos puntuaciones

resumen mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, la medida “Resumen de salud física” y la medida “Resumen de salud mental”; en ésta las puntuaciones de referencia presentan una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 se aceptan como indicadores de un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia. La recodificación de los ítems y puntuación de las escalas se hizo en ordenador, utilizando los algoritmos para las medias y desviaciones standard de la población española (Alonso et al., 1998).

3.5.2 *Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck, 1960; Eysenck, 1970; Sánchez y Cuadras, 1972; Eysenck, 1990; Eysenck, 1994).

Este inventario se centra en el análisis factorial como metodología de la investigación de la Personalidad. Consiste en un inventario de 57 preguntas, aplicable a hombres y mujeres, adolescentes y adultos, que deben responderse Sí o No, y que aportan información acerca de dos importantes dimensiones humanas: Neuroticismo e Extroversión, e incluye, además, una Escala de deseabilidad social. Fue traducido al castellano y validado factorialmente por Sánchez y Cuadras (1972).

Los 57 ítems se distribuyen en las tres escalas de la siguiente manera, y evalúan la personalidad de la siguiente manera:

- Graduación de extroversión (“E” 24 ítems), valora la presencia de extroversión baja o alta: extroversión baja con puntuaciones menores 12 y extroversión alta con puntuaciones mayores o iguales a 12.
- Graduación de neuroticismo (“N” 24 ítems), valora la presencia de neuroticismo bajo o alto: neuroticismo bajo con puntuaciones menores 12 y neuroticismo alto con puntuaciones mayores o iguales a 12.
- Deseabilidad social (“S” 9 ítems), que valora el rasgo de agradar en la valoración: Se considera alta deseabilidad social a las puntuaciones mayores de 5 y baja deseabilidad social a las puntuaciones menores o iguales a 4.

3.5.3 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) (Zigmon, 1983).

Es un instrumento que evalúa las respuestas de ansiedad y depresión en enfermos físicos, mentales y en la población general. Está formado por 14 ítems (7 para la ansiedad y 7 para la depresión), que presentan una serie de frases relacionadas con la percepción del sujeto de su estado emocional y afectivo en las últimas semanas. Los ítems se contestan mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos en función del grado de acuerdo del sujeto con la afirmación presentada; la gradación de las alternativas de respuesta cambia en cada ítem para adaptarlas al enunciado. Para la obtención de las puntuaciones, sumaremos las respuestas de cada uno de los ítems correspondientes de cada factor, el de

Ansiedad (1,3,5,7,9,11,13) y por otro lado, el de Depresión (2,4,6,8,10,12,14), sabiendo que el rango de puntuaciones para ambos factores va de 0 a 21, o bien de 0 a 3 en caso de dividirse por el número de ítems del factor, para cada subescala (a mayor puntuación, mayor sintomatología). Se establecen puntos de corte para las dos subescalas: 0-7 “no caso”, 8-10 “sospecha” y mayor de 10 “caso clínico”. Este cuestionario ha sido traducido y validado previamente (Tejero, 1986), y estudiadas sus propiedades psicométricas (Terol, 2007).

3.5.4 Escala de Competencia Percibida en Salud (Pastor et al., 1997: Adaptada de Smith, Wallston y Smith, 1995).

Se trata de un instrumento unidimensional de siete ítems que evalúa las creencias sobre la propia competencia para afrontar los problemas de salud, esta escala utiliza un formato tipo Likert con 5 posibilidades de respuesta que van desde 1 para completamente de acuerdo, hasta 5 para completamente en desacuerdo. Para la corrección de la escala se debe invertir la puntuación de los ítems nº 2, 3, 6 y 7. A mayor puntuación, mayor percepción de competencia.

3.5.5 Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (Rodríguez- Marín, 1990; Rodríguez- Marín, 1992).

Está formado por 36 ítems, la escala de respuesta para ambas versiones es de formato tipo Likert de cinco puntos de

frecuencia de uso de la estrategia, donde 1 = Nunca, y 5 = Casi siempre. El cuestionario incluye 11 factores, cada uno con las estrategias cognitivas y conductuales representativas del factor. Los factores son: contabilización de ventajas (29, 30); resignación (24, 26); pensamientos desiderativos (9, 10, 11, 12); religiosidad (33, 36); pensamientos positivos (1, 4, 25, 31, 32); expresión emocional (6*, 7, 13*, 16) con dos ítems inversos, búsqueda de soluciones (8, 17, 18, 34, 35), búsqueda de apoyo social (2, 5, 20), escape (14, 21, 23), autoculpación (3, 19) y culpación de otros (15, 22, 21, 28). La corrección por factores se realiza sumando las puntuaciones directas de los ítems o acciones de afrontamiento específicas del factor, y dividiendo por el número total de ítems del factor (Rodríguez- Marín, 1990; Rodríguez- Marín, 1992).

Este instrumento permite conocer las estrategias en función de su frecuencia de uso (“Casi siempre”, “A menudo”, “Alguna vez”, “Rara vez” y “Nunca”). Considerando que las personas que empleaban las estrategias responden a “Casi siempre” y “A menudo” y las personas que no la emplean responden a “Rara vez” y “Nunca”. Siendo la respuesta “Alguna vez” una medida intermedia.

3.5.5 Escala de Apoyo Social y Familiar (Rodríguez- Marín, 1993).

Diseñada para la evaluación funcional y global de apoyo social percibido en mayores de 18 años. Aporta información de la red de proveedores de apoyo, formada por 10 ítems de proveedores

(esposo/a, hijos, padres, hermanos/as, compañeros de trabajo, amigos, vecinos, médicos, el personal de rehabilitación, otros).

También ofrece información sobre la satisfacción del apoyo, puntuada en una escala que utiliza un formato tipo Likert con 5 posibilidades de respuesta que van desde 1 para “Nada”, hasta 5 para “Mucho”.

Además cuantifica el Nivel de apoyo percibido, que objetiva la satisfacción de cada proveedor, con un rango que oscila entre 10 a 50 puntos. A mayor puntuación, más altos niveles de apoyo social percibido.

Por otra parte discrimina los tipos de apoyo en 12 dimensiones: Escuchándole, Animándole, Distrayéndole, Informándole, Aconsejándole, Visitándole, Ofreciéndose, Haciendo tareas por usted, Económicamente, Interesándose, Acompañándole, De otra manera (indicar). Se calcula como porcentaje de cada característica de apoyo utilizada por el conjunto de proveedores.

Y por último, cuantifica la Intensidad de Apoyo, valor obtenido de la sumatoria de los porcentajes de los 12 tipos de apoyo, y que puntúa de 1 a 12.

Con todos estos items se recoge información sobre la percepción de la disponibilidad de las personas que pueden prestar ayuda práctica y/o apoyo emocional en las áreas afectiva, económica, laboral y familiar (Rodríguez- Marín, 1993).

Dado que una de las medidas más explicativas de esta escala es la de nivel de apoyo percibido, hemos considerado un nivel de apoyo alto a las puntuaciones > 25, un nivel de apoyo moderado, a

las puntuaciones en un rango entre 15 y 25 y el nivel de apoyo bajo <15.

3.6 Procedimiento.

El periodo de inclusión de pacientes en el estudio fue de un año. Todos los pacientes que ingresaron en la lista de espera para trasplante renal tenían similares oportunidades de que se les asigne un órgano compatible. Los pacientes en lista de espera para TH, cuentan con un sistema para priorizar la realización del trasplante en función de la probabilidad de supervivencia por la enfermedad hepática en fase terminal, el MELD (“Model for end-stage Liver Disease”), asignando un órgano compatible por grupo sanguíneo a una persona que no se encuentre de los primeros de la lista de espera. Fueron del grupo trasplantado todos aquellos pacientes trasplantados durante los 12 meses de duración del estudio. Los pacientes del grupo no trasplantado fueron todos los no trasplantados al cumplirse los 12 meses de duración del estudio (julio 2013 - julio 2014).

Tanto a los pacientes del grupo trasplantado, como a los pacientes del grupo no trasplantado, se les realizaron seguimientos de las variables a estudiar, de forma que se pudieron analizar los datos antes y después en el grupo trasplantado y nos permitió contrastar la información obtenida de aquellos que aunque fueron evaluados por necesitar el trasplante, no lo habían recibido a la finalización del estudio. Las visitas se programaron así:

- Visita basal: Al llegar la solicitud de evaluación del paciente por los equipos de trasplante, los pacientes fueron entrevistados y se pidió su consentimiento para participar en el estudio, participando en una entrevista clínica y realizando unos cuestionarios. Tanto los pacientes del grupo trasplantado, como los de control tuvieron una primera evaluación al ingresar en el protocolo de trasplante.
- Las evaluaciones de seguimiento fueron realizadas en los pacientes del grupo trasplantado a los 6 meses posterior al trasplante, y en los del grupo control, al completar el año de duración del estudio.

En las visitas se evaluaron las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas que se han descrito.

3.6.1 Fuentes de Información.

Las variables del estudio eran recogidas en el momento de la visita con el paciente en la consulta de psiquiatría y psicología de la salud del HGUA. Contamos con un cuaderno de recogida de datos (CRD) en formato papel, diseñada para el estudio, donde se registraron los indicadores sociodemográficos, y clínicos, obtenidos por el paciente y los reflejados en la historia clínica (informatizada y en papel). Los instrumentos del estudio se presentaban como documentos anexos al CRD. La base de datos derivada de la cumplimentación de las variables comprendidas en el CRD y los

cuestionarios constituían las fuentes de información del estudio a través de la que se analizaban los datos registrados.

3.6.2 Proceso de los Datos.

3.6.2.1 Recogida y Gestión de Datos

El manejo de estos pacientes durante el transcurso del estudio, así como la recogida de datos y correspondiente transcripción desde la historia clínica, fue responsabilidad de la investigadora, quien se encargó de recoger las variables del estudio durante todo el seguimiento del paciente en el CRD.

Para mantener la plena confidencialidad del paciente, cada uno de los pacientes incluidos en el estudio fue identificado con un código numérico. Cada CRD incluyó además la fecha de la visita/inclusión de datos y las variables descritas. No se incluyeron datos de carácter personal en el CRD.

3.6.2.2 Revisión de Datos

El investigador principal del estudio es el responsable de garantizar que los datos incluidos en el CRD se corresponden con los datos clínicos de los pacientes. Se dispone de una base de datos codificada donde se volcaron los datos recogidos en los CRD. Una vez finalizado el estudio, se procedió al cierre efectivo de la base de datos. Esta base de datos se validó para asegurar la calidad de la misma y, finalmente, se realizó el análisis estadístico correspondiente.

3.7 Aspectos Éticos.

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki, normativa 64^a sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, revisada en la asamblea general, Fortaleza, Brasil, Declaración de Helsinki (2013), las normas de Buena Práctica Clínica y la legislación vigente en esta materia. Todos los pacientes incluidos en el estudio leyeron la hoja de información al paciente y firmaron el consentimiento informado.

Todos los datos de los pacientes fueron anonimizados mediante la asignación de un código al archivo de datos y solo personal debidamente autorizado tuvo acceso a los datos personales identificables. Siempre se mantuvieron los niveles más altos de conducta profesional y confidencialidad, cumpliendo con el artículo 7 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la ley mencionada, se facilitó que los participantes pudieran ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de los datos.

Con el fin de garantizar la confidencialidad de los datos de los pacientes participantes en el estudio, solo tuvieron acceso a los mismos el investigador responsable y su equipo de colaboradores, el Comité Ético de investigación Clínica (CEIC) y las autoridades sanitarias competentes.

Previamente al inicio del estudio, el protocolo fue aprobado por el comité ético del HGUA (Ref: PI_2013/28).

3.8 Análisis de Datos.

Una vez finalizado el estudio los datos fueron volcados en ordenador en base de datos con programa de software estadístico SPSS versión 20.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA) para su posterior análisis.

Se llevó a cabo un análisis univariante para la descripción de la muestra. Las variables continuas con distribución normal se expresaron como media \pm desviación estándar, mientras que aquellas con distribución no normal, a través de medianas y rangos intercuartílicos. Se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Los contrastes de hipótesis se plantearon como bilaterales, con una significación de 0,05.

También se realizaron pruebas T para muestras independientes, así como Anovas de medidas repetidas para analizar la evolución de las variables psicológica y médicas de los seguimientos. Una vez que determinamos las diferencias entre las medias, utilizamos las pruebas de rango post hoc- Bonferroni para determinar qué medias diferían e identificar subconjuntos homogéneos de medias que no se diferencian entre sí.



CAPITULO 4
RESULTADOS

Un total de 199 pacientes ingresaron en la lista de espera para TH y TR en el periodo comprendido entre junio 2013 julio de 2014. Todos ellos realizaron la visita inicial. Sin embargo, 52 no pudieron realizar el seguimiento dado que 15 fallecieron, 17 recayeron en el consumo de alcohol y 20 se desestimaron de la lista de trasplante por progresión de la enfermedad y continuaron sus controles con el especialista de su zona. 147 pacientes terminaron los seguimientos y completaron adecuadamente los cuestionarios (70 pacientes en lista de espera para TH y 77 pacientes en lista de espera para TR), sin que en ningún caso se diera una pérdida de información que determinara su eliminación del estudio por influir en los resultados (figura 1).

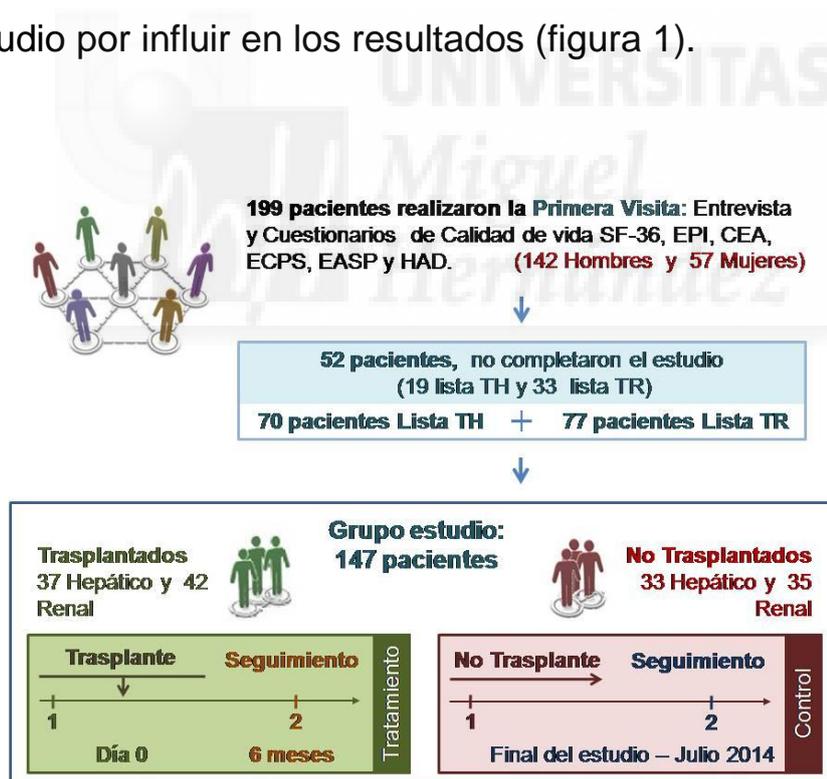


Figura 1.

Descripción de los periodos y grupos de la población a estudiar.

Primero se procederá a la descripción de la muestra y las mediciones realizadas en la primera visita teniendo en cuenta si fueron incluidos en la lista de espera para TH o TR, y luego se comparan algunas variables de interés dentro de cada grupo entre los que fueron trasplantados y los que no lo fueron. Los resultados de la CVRS obtenidos en esta primera visita fueron contrastados frente a las características sociodemográficas, clínicas y factores psicológicos, con el fin de evaluar si existen variables independientes que influyan en los resultados de la CVRS.

Seguidamente, se presentan los resultados de la primera visita y los seguimientos, de cada uno de los 4 grupos, trasplantados y no trasplantados, y se analizan las comparaciones de los resultados del seguimiento entre los cuatro grupos. Finalmente se describen las variables independientes que pueden estar influyendo sobre el resultado de la CVRS de los pacientes trasplantados.

4.1. Descripción de la Muestra.

En este apartado se presentan los resultados descriptivos de las características sociodemográficas, clínicas, variables psicológicas, y CV de los 147 pacientes que ingresaron a la lista de espera para TH o TR (tablas de la 1 a la 16).

4.1.1 Variables Sociodemográficas.

Las variables sociodemográficas consideradas son: edad, sexo, estado civil, nivel académico, nivel económico, origen, y procedencia.

En la **Tabla 1** se presenta la distribución de las principales variables sociodemográficas. Para los pacientes que ingresaron en la lista de espera para TH, la media de edad fue de 55.6 (DT= 8) y el rango 33-70 años, de los cuales 58 eran hombres (83%) y 12 eran mujeres (17%). La mayoría de ellos estaban casados, 46 (66%) o viviendo con su propia familia nuclear, 8 (11%) solteros, 11 (16%) divorciados y 5 (7%) viudos. En el grupo de pacientes que ingresan a la lista de espera para TR, la media de edad fue de 52 (DT= 12.3) y el rango 18 - 76 años, de los cuales 46 eran hombres (60%) y 31 eran mujeres (40%). La mayoría de ellos estaban casados, 52 (68%) o viviendo con su propia familia nuclear, 8 (10%) solteros, 13 (17%) divorciados y 4 (5%) viudos. De las anteriores variables, solo la diferencia por sexo fue significativa, con una $p=0.002$, una V de Cramer = 0.002, que nos indica que los factores son independientes.

Con respecto al nivel académico, del grupo en lista de espera para TH, 9 (13%) no tenían estudios, 35 (50%) poseían estudios primarios, 23 (33%) estudios secundarios y 3 (4%) estudios superiores. Los resultados fueron similares a los que se presentaban en el grupo en lista de espera para TR donde el 7 (9%) no tenían estudios, el 34 (44%) estudios primarios, el 23 (30%) estudios secundarios y el 13 (17%) estudios superiores.

Tabla 1

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON A LISTA DE ESPERA PARA TH O TR.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Lista TH (n=70)	Lista TR (n=77)	Valor p
Edad en años media±(DT)	55.6 (8.0)	52 (12,3)	0,063
Sexo, n (%)			
Hombres	58 (83%)	46 (60%)	0.002**
Mujeres	12 (17%)	31 (40%)	
Estado Civil, n (%)			
Solteros	8 (11%)	8 (10%)	0.958
Casados	46 (66%)	52 (68%)	
Divorciados	11 (16%)	13 (17%)	
Viudos	5 (7%)	4 (5%)	
Nivel académico, n (%)			
No primaria	9 (13%)	7 (9%)	0.102
Primaria	35 (50%)	34 (44%)	
Secundarios	23 (33%)	23 (30%)	
Superiores	3 (4%)	13 (17%)	

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal; **p<.005 (V de Cramer=0.002); gl para n,%= 1; gl para media±DT=147; DT, desviación típica.

En la **Tabla 2** se presenta la distribución de la muestra por origen y procedencia. La mayoría de los pacientes que ingresaron en la lista de espera para TH y TR eran españoles, 62 (89%) y 71 (92%), respectivamente; 7 europeos no españoles ingresaron en la

lista de espera para trasplante, 3 (4%) en la de TH y 4 (5%) en la de TR; 6 personas latinas, 4 (6%) a TH y 2 (3%) a TR; y sólo 1 persona (1%) de origen marroquí ingresó a lista de espera para TH.

Entre los españoles no se encontraron diferencias asociadas a los lugares de nacimiento de los pacientes que ingresaron en las listas de trasplante. En la lista de espera de TH, 40 (65%) eran originarios de la Comunidad Valenciana, 12 (19%) de las comunidades Andaluza y de Murcia; y 10 (16%) de Madrid y Castilla la Mancha. En la lista de espera de TR, 48 (68%) eran originarios de la Comunidad Valenciana, 12 (17%) de las comunidades Andaluza y de Murcia; y 11 (15%) de Madrid y Castilla la Mancha.

Tampoco hubo diferencias significativas desde el punto de vista de procedencia entre ambos grupos (TH y TR) en lista de espera. En la lista de TH, 24 (34%) eran de Alicante y alrededores, 13 (19%) de la zona interior suroeste (Elche, Callosa, Orihuela), 19 (27%) de la zona noroeste (Alcoy, Elda) y 14 (20%) de zonas de playa (Torrevieja, Santa Pola, Benidorm, Campello, Denia). En la lista de TR 37 (48%) eran de Alicante y alrededores, 8 (10%) de la zona interior suroeste, 19 (25%) de la zona noroeste y 13 (17%) de

zonas de playa (Torrevieja, Santa Pola, Benidorm, Campello, Denia).

Tabla 2

Origen y procedencia de los pacientes que ingresaron a lista de espera para TH y TR.

Variables demográficas	Lista TH (n=70)	Lista TR (n=77)	Valor p
Origen, n (%)			0.813
Europeos no Españoles	3 (4%)	4 (5%)	
Latinos	4 (6%)	2 (3%)	
Marroquí	1 (1%)	0	
Españoles	62 (89%)	71 (92%)	
Comunidad Valenciana	40 (65%)	48 (68%)	
Comunidad Andaluza, Murcia	12 (19%)	12 (17%)	
Madrid, Castilla la Mancha.	10 (16%)	11 (15%)	
Procedencia, n (%)			0.299
Alicante, Muchamiel, San Vicente, San Juan n (%)	24 (34%)	37 (48%)	
Elche, Callosa, Orihuela	13 (19%)	8 (10%)	
Alcoy, Elda	19 (27%)	19 (25%)	
Torrevieja, Santa Pola, Benidorm, Villajoyosa, Campello, Denia	14 (20%)	13 (17%)	

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal

En la **Tabla 3** se presenta la distribución de las variables económica y laboral de los pacientes que ingresaron a ambas listas de espera. De los pacientes en lista para TH, el 64% recibía un salario mensual menor o igual a 1000€, 8 (12%) menos de 500€, 36 (52%) entre 500 - 1000€, 11 (16%) entre 1001 - 1500€, 7 (10%) entre 1501 - 1999€ y 7 (10%) más de 2000€. De los pacientes en lista para TR, el 47% recibía un salario mensual menor o igual a 1000€, 10 (13%) menos de 500€, 26 (34%) entre 500 - 1000€, 25 (32%) entre 1001 - 1500€, 4 (5%) entre 1501 - 1999€ y 12 (16%) más de 2000€.

No se encontraron diferencias significativas con la situación laboral al momento de ingresar a la lista de espera para trasplante entre ambos grupos. De los pacientes en lista para TH, 13 (19%) se encontraban empleados, 4 (6%) temporalmente de baja, 19 (27%) desempleados, 5 (7%) dedicados al hogar y 29 (41%) recibían una pensión por causas médicas. De los pacientes en lista para TR, 11 (14%) se encontraban empleados, 10 (13%) temporalmente de baja, 13 (17%) desempleados, 7 (9%) dedicados al hogar y 36 (47%) recibían una pensión por causas médicas.

Tabla 3

Variables económicas de los pacientes que ingresaron a lista de espera para TH y TR.

Variables económicas	Lista TH (n=70)	Lista TR (n=77)	Valor p
Salario, n (%)			0.061
< 500€	8 (12%)	10 (13%)	
500 - 1000€	36 (52%)	26 (34%)	
1001 - 1500€	11 (16%)	25 (32%)	
1501 - 2000€	7 (10%)	4 (5%)	
>2000€	7 (10%)	12 (16%)	
Situación Laboral, n (%)			0.208
Empleados	13 (19%)	11 (14%)	
Temporalmente de baja	4 (6%)	10 (13%)	
Desempleado	19 (27%)	13 (17%)	
Hogar	5 (7%)	7 (9%)	
Pensionistas	29 (41%)	36 (47%)	

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal

4.1.2 Variables Clínicas.

4.1.2.1 Etiología del Daño Hepático y Renal.

En la **Tabla 4** se discrimina entre la causa de daño hepático de los pacientes en lista de espera. Entre las 70 personas que ingresaron en lista de espera de TH, algunos presentaban más de una etiología, existiendo cuatro etiologías principales causantes del daño hepático: el alcohol en 43 pacientes (61%), VHC en 33 pacientes (47%), hepatocarcinoma en 25 pacientes (36%) y 4

pacientes (6%) presentaban enfermedades poliquísticas y autoinmune.

Aunque la presencia de hepatocarcinoma aumenta la puntuación de prioridad ante el trasplante, no se observó diferencias significativas entre las patologías que causaron el daño hepático, entre los sujetos que estando en lista fueron trasplantados y los que no lo fueron.

Tabla 4

Etiología del daño hepático de los pacientes que ingresaron lista de espera para TH.

Variables clínicas	Total (n= 70)	TH (n= 37)	No TH (n= 33)	Valor p
Etiología, n (%)				0.359
Alcohol	43 (61%)	22 (62%)	21 (64%)	
Virus Hepatitis C	33 (47%)	18 (49%)	15 (45%)	
Hepatocarcinoma	25 (36%)	17 (46%)	8 (24%)	
Enfermedad Poliquística	4 (6%)	2 (5%)	2 (7%)	

Nota: TH, Trasplante hepático; No TH, No trasplante hepático.

De la misma manera, entre las 77 personas que ingresaron en lista de espera de TR, se encontró que coexistía más de una etiología, hallando cinco patologías principales y una no filiada causantes del deterioro renal: 23 (29%) glomerulonefritis, 15 (19%) enfermedad poliquística y hereditaria, 10 (13%) diabetes mellitus, 13 (17%) nefropatía vascular, 7 (9%) nefropatía por reflujo, y 14 (18%) no filiadas (**Tabla 5**).

Tabla 5

Etiología del daño renal de los pacientes que ingresaron lista de espera para TR.

Etiología	Total (n= 77)	TR (n= 42)	No TR (n= 35)	Valor p
Etiología, n (%)				0.120
Glomerulonefritis	23 (30%)	16 (38%)	7 (20%)	
Enfermedad poliquística/ hereditarias	15 (19%)	5 (12%)	10 (29%)	
Diabetes mellitus	10 (13%)	6 (14%)	4 (11%)	
HTA/Vascular	13 (17%)	6 (14%)	7 (20%)	
Nefropatía por reflujo	7 (9%)	3 (7%)	4 (11%)	
No filiada	14 (18%)	9 (21%)	5 (14%)	

Nota: TR, Trasplante renal; No TR, No trasplante renal; HTA, hipertensión arterial.

4.1.2.2 Comorbilidades y Complicaciones.

En la **Tabla 6** se enseña la descripción de comorbilidades. Estas se presentaban en 58 (83%) de los que entraron en la lista de TH y 75 (97%) de los que ingresaron en lista para TR. No se observaron diferencias entre las comorbilidades referidas por ambos grupos. De los pacientes en lista para TH, 21 (36%) presentaban HTA, 22 (38%) DM, 6 (10%) IAM/cardiopatías, 10 (17%) enfermedades óseas, 6 (10%) enfermedad vascular periférica, 3 (5%) antecedente de cáncer en remisión, 2 (3%) asma/EPOC y 37 (64%) otras patologías diversas. De los pacientes en lista para TR, 55 (73%) presentaban HTA, 12 (16%) DM, 14 (19%) IAM/cardiopatías, 7 (9%) enfermedades óseas, 3 (4%)

enfermedad vascular periférica, 2 (3%) antecedente de cáncer en remisión, 5 (6%) asma/EPOC y 47 (63%) otras patologías diversas.

Tabla 6

Comorbilidades de los pacientes en lista de espera.

Variables clínicas	Lista TH (n=70)	Lista TR (n=77)	Valor p
Comorbilidades, n (%)	58 (83%)	75 (97%)	0.443
Hipertensión Arterial	21 (36%)	55 (73%)	
Diabetes	22 (38%)	12 (16%)	
Enfermedad Isquémica/Cardiopatías	6 (10%)	14 (19%)	
Enfermedades óseas	10 (17%)	7 (9%)	
Enfermedad Vascular periférica	6 (10%)	3 (4%)	
Cáncer	3 (5%)	2 (3%)	
Asma/EPOC	2 (3%)	5 (6%)	
Otras	37 (64%)	47 (63%)	

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal; EPOC, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

En la **Tabla 7** se presentan las medias de los tiempos de diagnóstico en años, el número de personas con percepción de empeoramiento y el periodo de tiempo desde que presenta esa percepción de empeoramiento en años. Se encontraron diferencias significativas ($p=0.032$, con tamaño del efecto moderado, d de cohen <0.5) entre los tiempos transcurridos desde el diagnóstico en ambos grupos. La media fue de 9.5 años (DT= 9.9; e intervalo de confianza de 7.1 – 11.9 años) para las personas que ingresaban a la lista de TH, mientras las personas de la lista de TR presentaban una media de 13.1 años (DT= 10.3; e intervalo de confianza de 10.8

– 15.5 años). Así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de personas que en el grupo de TH manifestaban estar peor 36 (56%), con un tamaño del efecto bajo, frente a 34 (44%) que no percibían deterioro asociado a su patología. En el grupo de TR, 56 (73%) personas manifestaban estar peor, frente a 21 (27%) personas que no percibían deterioro asociado a su patología. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.004$) entre ambos grupos, sin embargo el tamaño del efecto fue bajo, V de Cramer < 0.3 .

Tabla 7

El tiempo con el diagnóstico y la percepción del empeoramiento de los pacientes en lista de espera.

Variables clínicas	Lista TH (n= 70)	Lista TR (n= 77)	Valor p	TE
Tiempo con diagnóstico				
años, media \pm (DT)	9.5 (9.9)	13.1 (10.3)	0,032*	0.358
Empeoramiento, n (%)	36 (56%)	56 (73%)	0.004**	0.234
años, media \pm (DT)	2.8 (3.5)	2.2 (2.6)	0.348	

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal; * $p<.05$; ** $p<.005$; gl para n,%= 1; gl para media \pm DT de Tiempo con diagnóstico=147; gl para media \pm DT de Empeoramiento=92; TE: tamaño del efecto (d de Cohen para medias y V de Cramer para frecuencias)

No se encontraron diferencias significativas entre los tiempos transcurridos desde que el paciente percibe el empeoramiento, que fue de 2.8 años (DT= 3.4; intervalo de confianza de 1.6 – 3.9 años) para las personas que ingresaron a la lista de TH y 2.2 años (DT=

2.6; e intervalo de confianza de 1.5 – 2.8 años) para las personas de la lista de TR.

La **Tabla 8** detalla el número de personas que fueron hospitalizadas en el último año, la media de la cantidad de hospitalizaciones que han tenido, la media de duración en días de las hospitalizaciones y las principales causas de hospitalización. De la lista de TH, 50 (71%) personas presentaron al menos una hospitalización en el último año, con una media de 2 hospitalizaciones (DT= 1.7) en el último año y una duración media de 14.2 días (DT= 15; intervalo de confianza de 10 – 18.4 días). Mientras que en la lista de TR, 42 (54%) personas presentaron al menos una hospitalización en el último año, con una media de 1.8 hospitalizaciones (DT= 1.7) en el último año y una duración media de 14.2 días (DT= 11.6; intervalo de confianza 10.6 – 17.8 días).

En ambos grupos coexisten patologías causantes de las hospitalizaciones. No se observaron diferencias entre las causas de hospitalización durante el último año entre ambos grupos. De los pacientes en lista para TH 11 (17%) presentaban infecciones, 15 (30%) ascitis, 18 (36%) encefalopatía, 15 (30%) varices esofágicas, 12 (24%) intervenciones quirúrgicas, 1 (2%) HTA/Diabetes, 4 (8%) alteración de función renal, 6 (12%) anemia, 3 (6%) hiperuricemia y 1 (2%) tromboembolismo. De los pacientes en lista para TR, 17 (40%) presentaban infecciones, 20 (47%) intervenciones quirúrgicas, 6 (14%) HTA/Diabetes, 6 (14%) alteración de función renal, 3 (7%) anemia, 3 (7%) hiperuricemia y 1 (2%) tromboembolismo. Aunque el valor p para las causas de

hospitalización fue de $p=0.001$. Cuando se realizó la evaluación del tamaño del efecto se observó una V de Cramer de 0.6, lo que significa que en las causas de hospitalización comunes para ambos grupos hay una correlación relativamente intensa y que el valor p está influido por la no existencia de personas con ascitis, encefalopatía y varices esofágicas en el grupo de Lista de TR.

Tabla 8

Complicaciones médicas en el último año de los pacientes en lista de espera.

Variables clínicas	Lista TH (n=70)	Lista TR (n=77)	Valor p
Hospitalizaciones, n (%)	50 (71%)	42 (54%)	0.26
Frecuencia, media±(DT)	2 (1.7)	1.8 (1.7)	0.407
Días de hospitalización media±(DT)	14,2 (15)	14.2 (11.6)	0.992
Causas de la hospitalización, n (%)			0.001**
Infección	20 (40%)	14 (33%)	
Ascitis	15 (30%)	6 (14%)	
Encefalopatía	18 (36%)	0	
Varices esofágicas	15 (30%)	0	
Intervenciones quirúrgicas	21 (42%)	15 (36%)	
HTA/Diabetes	3 (6%)	8 (19%)	
Alteración de función renal	9 (18%)	10 (24%)	
Anemia	6 (12%)	22 (52%)	
Hiperuricemia	3 (6%)	20 (48%)	
Tromboembolismo	1 (2%)	1 (2%)	

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal; HTA, hipertensión arterial; ** $p<.001$ (V de Cramer = 0,6).

Dado que las variables que determinan las comorbilidades y complicaciones de los grupos en lista de espera para TH y TR (descritas en la tabla 8), dan información sobre la condición clínica en la CVRS de los individuos que esperan una intervención, nos pareció importante evaluar si existían diferencias en el comportamiento de estas variables entre los individuos que recibieron el trasplante y los que no de cada grupo (**Tablas 9 y 10**). En la **tabla 10**, además describimos el número de personas del grupo de la lista de TR que están en diálisis, el tipo de diálisis y los años de diálisis.

En la **Tabla 9** se describe el comportamiento de las complicaciones, entre los individuos que estando en lista de espera para TH fueron finalmente trasplantados y los que no lo fueron. El tiempo con el diagnóstico fue significativamente mayor en los que no reciben el trasplante, 7.35 años (DT= 8.8) para los TH frente a 11.9 años (DT= 10.6) para los no TH ($p=0.030$), con un tamaño del efecto medio, d de Cohen <0.5 . No se observan diferencias en el número de personas con percepción de empeoramiento, ni el periodo de tiempo desde que presenta esa percepción de empeoramiento en años. Tampoco en el número de personas que fueron hospitalizadas en el último año, la media de la cantidad de hospitalizaciones, ni la media de duración en días de las hospitalizaciones.

Tabla 9*Complicaciones de los pacientes en lista de espera para TH.*

Variables clínicas	TH (n = 37)	No TH (n = 33)	Valor p	TE
Tiempo con diagnóstico años, media ±(DT)	7.35 (8.8)	11.9 (10.6)	0.030*	0.467
Empeoramiento , n (%)	18 (49%)	18 (55%)	0.400	
años, media ±(DT)	2.5 (3.4)	3.11 (3.6)	0.475	
Hospitalizaciones , n (%)	27 (73%)	23 (70%)	0.516	
Frecuencia, media ±(DT)	2 (1.9)	2 (1.3)	0.180	
Días de hospitalización media ±(DT)	10.3 (15.8)	20.5 (16.4)	0.075	

Nota: TH, Trasplante hepático; No TH, No trasplante hepático; *p<.05; gl para n,%= 1; gl para media±DT =70. DT, desviación típica; TE: tamaño del efecto (d de Cohen)

En la **Tabla 10** describimos el comportamiento de las Complicaciones, entre los individuos que estando en lista de espera para TR fueron finalmente trasplantados y los que no lo fueron. Observamos valores similares entre los TR y los no TR para el periodo de tiempo con el diagnóstico, media de 12.4 años (DT= 10.3) en los TR y 13.6 (DT=10.4) para los no TR. Tampoco hubo diferencias en el número de personas con percepción de empeoramiento, en el periodo de tiempo desde que presenta esa percepción de empeoramiento en años, el número de personas que fueron hospitalizadas en el último año, o la media de la cantidad de hospitalizaciones.

Se presentaron diferencias significativas ($p=0.039$), con un tamaño del efecto alto (d de Cohen >0.5), en los días de hospitalización en el último año, media de 10 días (DT=5.7;

intervalo de confianza de 7.3 - 12.5) para los TR y de 18 días (DT=13.9; intervalo de confianza de 11.7 – 23.7) en los no TR.

Tabla 10

Complicaciones de los pacientes en lista de espera para TR.

Variables clínicas	TR (n = 42)	No TR (n = 35)	Valor p	TE
Tiempo con diagnóstico				
años, media \pm (DT)	12.4 (10.3)	13.6 (10.4)	0.490	
Empeoramiento, n (%)	29 (69%)	27 (80%)	0.204	
años, media \pm (DT)	1.9 (1.6)	2.5 (3.3)	0.123	
Hospitalizaciones, n (%)	19 (45%)	23 (66%)	0.058	
media \pm (DT)	1.3 (1.0)	2 (2.1)	0.087	
Días de hospitalización				
media \pm (DT)	10 (5.7)	18 (13.9)	0.039*	0.728
Diálisis, n (%)	31 (74%)	31 (89%)	0.089	
Tipo de diálisis, n (%)				
Hemodiálisis	19 (61%)	16 (52%)	0.304	
Peritoneal	12 (39%)	15 (48%)		
Años de diálisis				
media \pm (DT)	5.1 (19.1)	13.6 (32.1)	0.020*	0.442

Nota: TR, Trasplante renal; No TR, No trasplante renal; * $p < .05$; DT, desviación típica; gl para $n, \% = 1$; gl para media \pm DT para lista TR=77; gl para $n, \% = 1$; gl para media \pm DT para años de diálisis=31. TE: tamaño del efecto (d de Cohen)

Dado que algunos pacientes en lista de espera para trasplante, pueden estar en diálisis, se evaluó el número de personas que estaban en diálisis, el tipo de diálisis y los años que

llevan realizando este procedimiento. De nuestra lista de espera para TR, 62 (80%) pacientes estaban en diálisis, 31 (19 en hemodiálisis y 12 en diálisis peritoneal) en el grupo que recibió TR, y 31 (16 en hemodiálisis y 15 en diálisis peritoneal) en el grupo no TR. No se observaron diferencias significativas entre estos grupos. Sin embargo, si se halló una diferencia significativa, con un tamaño del efecto moderado, respecto del tiempo en años de espera para realizar la diálisis, que para el grupo trasplantado tenía una media de 5.1 años (DT=19.1) y para el grupo no trasplantado tenía una media de 13.6 años (DT=32.1), con un valor $p=0.02$ y un tamaño de efecto medio, d de Cohen <0.5 , que corrobora la diferencia.

4.1.2.3 *Antecedentes de Adicciones.*

La **Tabla 11** pormenoriza los antecedentes de adicciones que presentaban los dos grupos de pacientes listados para trasplante. De los pacientes en lista para TH 53 (76%) habían fumado una media de 34 paquetes/ año (DT= 38.9; intervalo de confianza de 23.2 – 44.6). Así mismo 52 (68%) de los pacientes en lista para TR habían fumado una media de 22 paquetes/ año (DT= 15.5; e intervalo de confianza de 17.8 – 26.4). Aunque los resultados no mostraron una diferencia significativa entre el número de fumadores. Si mostraron diferencias significativas para la cantidad paquetes/ año, con una $p =0.044$ y un tamaño del efecto medio, d de Cohen de 0.399, que corrobora la diferencia.

En el consumo de alcohol, realizamos 3 grupos: los que negaban cualquier consumo de alcohol, los que declaraban

consumo ocasional o diario inferior a 29 gramos (gr) de alcohol al día y los que presentaban una ingesta más de 30 gr de alcohol al día (alcoholismo). Se observó una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al antecedente de ingesta de alcohol entre los dos grupos en lista de espera ($p=0.001$) y la cantidad de alcohol ingerida al día ($p=0.002$), con un tamaño del efecto alto, d de Cohen >0.5 , que corrobora la diferencia. En el grupo de la lista para TH, 12 (17%) negaban la ingesta de alcohol, 5 (7%) referían un consumo ocasional y 53 (76%) presentaban antecedente de alcoholismo, con un antecedente de consumo medio de 144.8 gr alcohol/día (DT= 121.9 e intervalo de confianza de 111.2 a 178.4), mientras que en el grupo de la lista para TR, 37 (48%) negaban la ingesta de alcohol, 17 (22%) referían un consumo ocasional y 23 (30%) presentaban antecedente de alcoholismo, con un antecedente de consumo medio de 60.7 gr alcohol/día (DT= 30.7 e intervalo de confianza de 47.4 a 73.9).

Menos del 16% (24 personas) de la población en lista de espera para TR o TH presentaban antecedente de consumo de otras sustancias psicotóxicas en manejo por las Unidades de Conductas Adictivas (UCA). Del grupo en lista de espera para TH, 19 (79%) decían haber consumido en algún periodo de su vida al menos alguna sustancia, coexistiendo el consumo de sustancias, 17 (89%) cocaína, 9 (47%) heroína, 6 (32%) benzodiazepinas, 6 (32%) marihuana, 1 (5%) anfetaminas. Del grupo en lista de espera para TR, 5 (21%) decían haber consumido en algún periodo de su vida al menos alguna sustancia, coexistiendo el consumo de sustancias, 4 (80%) cocaína, 3 (60%) marihuana y 2 (40%) anfetaminas. Pese a

que se encuentran diferencias clínicamente significativas en cuanto al número de pacientes con antecedente de consumo, $p=0.000$, V de Cramer 0.001; no se encuentran diferencias en el tipo de sustancias entre los dos grupos en lista de espera para trasplante.

Dado las diferencias significativas encontradas en los antecedentes de adicciones, en la **Tabla 12** se evaluó la relación de estas variables entre los cuatro grupos de pacientes. Se observa una distribución homogénea en la cantidad de personas con antecedente de tabaco, la cantidad de consumo registrada en paquetes/ año es igual entre los pacientes del grupo de espera para TH y TR, sin embargo el grupo de TH tiene un consumo mayor al de los otros tres grupos, que lo diferencia del grupo de TR y no TR.

Para la clasificación de consumo de alcohol, el porcentaje de alcoholismo fue 81% ($n=30$) en TH, 70% ($n=23$) en no TH, y menos del 30 % en ambos grupos de TR y no TR. El grupo no TH presenta un antecedente de consumo mayor al de los otros tres grupos, siendo esta diferencia significativa, $p=0.001$.

Tabla 11

Antecedente de adicciones de los pacientes que ingresaron a lista de espera para TH y TR.

Adicciones	Lista TH (n=70)	Lista TR (n=77)	Valor p	TE
Tabaquismo, n (%)	53 (76%)	52 (68%)	0.180	
Paquete /año media±(DT)	34 (38.9)	22 (15.5)	0.044**	0.399
Niega Ingesta Alcohol	12 (17%)	37 (48%)	0.001***	0.458
Consumo de alcohol, n (%)	5 (7%)	17 (22%)		
Alcoholismo ⁽¹⁾, n (%)	53 (76%)	23 (30%)		
gr/día, media±(DT)	144.8 (121.9)	60.7 (30.7)	0.002**	0.946
Psicotóxicos, n (%)	19 (79%)	5 (21%)	0.001**	0.001
Cocaína	17 (89%)	4 (80%)	0,277	
Heroína	9 (47%)	0		
Benzodiazepinas	6 (32%)	0		
Marihuana	6 (32%)	3 (60%)		
Anfetaminas	1 (5%)	2 (40%)		

Nota: TH, Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal; * p<.1; **p<.05; ***p<.001; gl para n,%= 1; gl para media±DT para Tabaquismo=105; gl para media±DT para Alcoholismo=76; TE: tamaño del efecto (d de Cohen para medias y V de Cramer para frecuencias).

Tabla 12

Descripción de los antecedentes de adicciones de los pacientes en lista de espera, entre los 4 grupos.

Adicciones	Lista TH		Lista TR		Valor p
	TH (n=33)	No TH (n=37)	TR (n=42)	No TR (n=35)	
Tabaquismo, n (%)	26 (70%)	27 (82%)	27 (64%)	25 (71%)	
Paquete /año	28,7	22.4	13.3	16.9	0.091
media±(DT)	(47.5) ^a	(19.2) ^{a, b}	(17.2) ^b	(15.4) ^b	
Niega Ingesta Alcohol	5 (14%)	7 (21%)	19 (45%)	18 (51%)	
Consumo de alcohol, n (%)	2 (5%)	3 (9%)	11 (26%)	6 (17%)	
Alcoholismo, n (%)	30 (81%)	23 (70%)	12 (29%)	11 (32%)	
gr/día, media±(DT)	105.3	196.3	66.0	54.8	0.001*
	(96.4) ^{a, b}	(134) ^c	(33.5) ^b	(27.8) ^b	
Psicotóxicos, n (%)	8 (22%)	11 (33%)	2 (5%)	2 (6%)	

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal; TH, Trasplante hepático; No TH, No trasplante hepático; TR, Trasplante renal; No TR, No trasplante renal; *p<.001; gl para n,%= 1; gl para media±DT para Tabaquismo=147; gl para media±DT para Alcoholismo=76. Las vocales hacen referencia a la diferencia entre grupos, así los que tienen una a se parecen entre ellos, y difieren de la b o c. Se resaltan en negrita los valores que más se diferencian.

4.1.3 Indicadores Psicopatológicos.

En la **Tabla 13** podemos ver la distribución de variables psicológicas de los pacientes que ingresaron a lista de espera para TH y TR. La variable de neuroticismo fue analizada en función de puntuar para alto o bajo neuroticismo. 39 personas (26.5%) presentan neuroticismo alto, 25 de la lista de espera para TH (11 TH y 14 no TH) y 14 de la lista de espera para TR (8 TR y 6 no TR).

Las medias de puntuación estaban en 13.9 (DT= 1.6) y 15.2 (DT= 1.9), respectivamente.

125 (85%) personas puntuaron para extroversión alta, 61 (87%) de la lista de espera para TH y 64 (83%) de la lista de espera para TR, frente a 21 (15%) que puntuaban para extroversión baja, 9 (13%) de la lista de espera para TH y 13 (17%) de la lista de espera para TR. Aunque no se observaron diferencias entre el número de personas que puntuaron para extroversión alta y extroversión baja entre las listas de espera para TH o TR, si se observó una diferencia significativa entre las medias de las puntuaciones de estos grupos, con un valor $p=0.011$, y un d de Cohen=0.463, que corrobora la diferencia.

También se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos entre las personas que percibían tener una buena competencia percibida en salud frente a las que percibían tener una mala competencia, 108 (73%) personas presentaban puntuaciones de buena competencia percibida, 44 (63%) en la lista de TH y 62 (80%) en la lista de TR; frente a 26 (37%) en la lista de TH y 15 (20%) en la lista de TR que puntuaban una mala competencia en salud.

En cuanto a la ansiedad, se encontraron 14 (20%) pacientes con ansiedad en la lista de TH y 15 (19%) en la lista de TR. Las puntuaciones medias fueron de 11 (DT=2.9) para TH y una media de 10 (DT=1.8) para TR. La presencia de depresión era diferentemente significativa entre los dos grupos a la espera de

trasplante. De la lista de TH 17 (24%) presentaban depresión, frente a 8 (10%) de la lista de TR. Se observó una media de 10.5 (DT=1.5) para TH y una media de 9.6 (DT=2.3) para TR.

Tabla 13

Variables psicológicas de los pacientes que ingresaron a lista de espera para TH y TR.

Variables psicológicas	Lista TH (n=70)	Lista TR (n=77)	Valor p	TE
Grado de Neuroticismo			0.013*	0.016
Neuroticismo alto, n (%)	25 (36%)	14 (18%)		
media±(DT)	13.9 (1.6)	15.2 (1.9)	0.032*	0.722
Neuroticismo bajo, n (%)	45 (64%)	63 (82%)		
media±(DT)	7.7 (2.7)	6.7 (2.7)	0.617	
Grado de Extroversión			0.327	
Extroversión alta, n (%)	61 (87%)	64 (83%)		
media±(DT)	15.1 (2.4)	16.2 (2.4)	0.011*	0.463
Extroversión baja, n (%)	9 (13%)	13 (17%)		
media±(DT)	10.8 (0.4)	8.8 (1.9)	0.008**	1.393
Competencia Percibida en Salud			0.014*	0.017
Buena competencia, n (%)	41 (59%)	60 (78%)		
media±(DT)	3.77 (0.6)	3.85 (0.5)	0.488	
Mala competencia, n (%)	29 (41%)	17 (22%)		
media±(DT)	2.4 (0.4)	217.7 (1.9)	0.017*	0.874
Alteraciones emocionales				
Ansiedad, n (%)	14 (20%)	15 (19%)	0.861	
media±(DT)	11 (2.9)	10 (1.8)	0.025	0.414
Depresión, n (%)	17 (24%)	8 (10%)	0.05*	0.05
media±(DT)	10.5 (1.5)	9.6 (2.3)	0.226	

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal; *p<.05;**p<.005; gl para media±DT=147; TE: tamaño del efecto (d de Cohen para medias y V de Cramer para frecuencias).

Las estrategias de afrontamiento más empleadas por nuestra población de 147 pacientes, al entrar en lista de espera para trasplante, fueron: “Pensamiento positivo”, “Búsqueda de ventajas” y “Resignación”. Aunque la variable de auto-culpa es frecuentemente más utilizada por el grupo de pacientes en lista de espera para TH 37 (53%) frente a 4 (5%) de la lista para TR. No se observan diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento empleadas entre ambos grupos (**Tabla 14**).

Tabla 14

Frecuencias de utilización de estrategias de afrontamiento de la población en lista de espera para trasplante.

Estrategias de afrontamiento	Población	Lista TH	Lista TR
	n=147 n (%)	n=70 n (%)	n=77 n (%)
Pensamiento positivo	132 (90%)	63 (90%)	69 (90%)
Busqueda de ventajas	101 (69%)	44 (63%)	57 (74%)
Resignación	81 (55%)	40 (57%)	41 (53%)
Búsqueda de apoyo	74 (50%)	40 (57%)	34 (44%)
Búsqueda de soluciones	62 (42%)	33 (47%)	29 (38%)
Pensamiento desiderativo	58 (39%)	32 (46%)	26 (34%)
Reprime emociones	49 (33%)	17 (24%)	32 (42%)
Auto-culpa	41 (28%)	37 (53%)	4 (5%)
Religiosidad	35 (24%)	22 (31%)	13 (17%)
Escape	17 (12%)	7 (10%)	10 (13%)
Culpa a otros	8 (5%)	4 (6%)	4 (5%)

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal.

En la **Tabla 15** se presenta una descripción del apoyo social y familiar percibido para ambos grupos en lista de trasplante.

Para las personas en lista de TH, la media en el número de proveedores fue de 5.4 (DT= 0.5), la media de satisfacción del

apoyo fue de 4.3 (DT=0.14), y la media del nivel de apoyo fue 23.1 (DT= 9.5). La media de intensidad del apoyo fue de 5 (DT=0.52).

Para las personas en lista de TR la media en el número de proveedores fue de 5.5 (DT= 0.4), la media de satisfacción del apoyo fue de 4.3 (DT=0.13), la media del nivel de apoyo fue de 23.6 (DT=8.8) y la media de intensidad del apoyo fue de 5 (DT=0.52).

Entre los tipos de apoyos ofrecidos, los utilizados al menos por la mitad de los proveedores fueron: “Interesándose” (70%), “Animándole” (70%), “Escuchándole” (60%) y “Aconsejándole” (50%). Se observa que los pacientes de la lista para TH y TR, perciben similares tipos de apoyo, el único que parece ser más valorado en el grupo de TH es el de “Informándole” ($p=0.051$).

Al analizar el nivel de apoyo en alto, bajo o moderado, no se observaron diferencias entre los grupos en lista de espera para TH y TR.

Tabla 15

Descripción de la percepción de apoyo familiar de los pacientes en lista de espera.

Apoyo Social y Familiar	Lista TH	Lista TR	Valor p
	(n=70) media±(DT)	(n=77) media±(DT)	
Proveedores	5.4(2.1)	5.5 (1.9)	0.474
Satisfacción	4.3 (0.6)	4.3 (0.6)	0.465
Nivel de apoyo Social	23.1(9.5)	23.6 (8.8)	0.759
Intensidad del apoyo	5 (2.2)	4.8 (2.0)	0.557
Tipos de apoyo ofrecidos			
Interesándose	0.7 (0.3)	0.67 (0.3)	0.444
Animándole	0.7 (0.2)	0.7(0.3)	0.113
Escuchándole	0.6 (0.3)	0.7(0.3)	0.491
Aconsejándole	0.5 (0.3)	0.5(0.3)	0.504
Distrayéndole	0.4 (0.3)	0.4 (0.3)	0.993
Informándole	0.4 (0.3)	0.3 (0.2)	0.051*
Visitándole	0.4(0.3)	0.4 (0.3)	0.990
Ofreciéndose	0.4 (0.3)	0.4 (0.3)	0.239
Acompañándole	0.4 (0.2)	0.4 (0.2)	0.878
Realizando tareas	0.3 (0.3)	0.3 (0.2)	0.125
Económicamente	0.2 (0.2)	0.2 (0.2)	0.976
	n(%)	n(%)	
Nivel de apoyo alto	27 (38%)	32 (42%)	0.644
Nivel de apoyo moderado	34 (49%)	32 (42%)	
Nivel de apoyo bajo	9 (13%)	13 (16%)	

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante renal; gl para media±DT=147; DT, desviación típica; *p<0.5 (d de Cohen 0.189).

4.1.4 Resultado en Calidad de Vida

La **Tabla 16** presenta las puntuaciones de CV según el SF-36 de los pacientes que ingresaron a lista de espera para TH y TR, se discrimina los resultados entre los pacientes que reciben el trasplante y los que no, de cada grupo. No se observan diferencias en las puntuaciones de CVRS entre las personas de TH y no TH, tampoco entre las personas de TR y no TR.

Sin embargo, los pacientes que ingresan en la lista de espera para TR presentan mayores puntuaciones de manera significativa frente a los de la lista de espera de TH, en las dimensiones de CVRS: de “Función Física”, “Dolor”, “Percepción de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, y las dos variables resumen, “CVRS-Resumen de Salud Física” y “CVRS-Resumen Salud Mental”. Lo que se traduce en que dentro de cada grupo en lista de espera para trasplante, las puntuaciones son homogéneas, pero entre el grupo de la lista de espera para TR presenta mejores puntuaciones en la CVRS que el grupo que espera un TH.

Tabla 16

Puntuación de CVRS del período de lista de espera para trasplante, según el SF-36 de los cuatro grupos.

Variables	Lista para TH		Lista para TR		Valor p
	TH (n= 37)	No TH (n= 33)	TR (n= 42)	No TR (n= 35)	
SF-36	media±(DT)	media±(DT)	media±(DT)	media±(DT)	
FunFi	64.8 (33)^a	66.1 (29) ^a	79.2 (25)^b	78.6 (24) ^b	0.043*
LimFi	41.2 (44) ^a	34.1 (40) ^a	52.4 (43) ^b	55.7 (44) ^b	0.135
Dolor	43.3 (18)^a	45.7 (20) ^a	54.1 (19)^b	56.1 (20) ^b	0.012*
PerSG	42.8 (19)^a	42,2 (21) ^a	54.4 (20)^b	49.9 (20) ^b	0.025*
Vitalidad	48.2 (30)^a	38.6 (30) ^a	56.3 (23)^b	57.3 (26) ^b	0.016*
FunSo	64.8 (33)^a	66.1 (29) ^a	79.2 (25)^b	78.6 (24) ^b	0.043*
SaMen	62.2 (25) ^a	65,7 (27) ^a	73 (22) ^b	73 (20) ^b	0.122
LimEm	71.2 (39) ^a	81.2 (38) ^a	91.3 (26) ^b	84.8 (34) ^b	0.078
RSaFi	38.2 (10)^a	33.7 (10) ^a	40.1 (8)^b	39.7 (8) ^b	0.018*
RSaMen	43.4 (12)^a	46.5 ± 12 ^a	50.8 ± 10^b	50.4 ± 11 ^b	0.021*

Nota: Lista TH, pacientes en lista de espera para Trasplante hepático; Lista TR, pacientes en lista de espera para Trasplante rena; TH, Trasplante hepático; No TH, No trasplante hepático; TR, Trasplante renal; No TR, No trasplante renal; FunFi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental"; *p<.05 (se resaltan en negrita los valores significativos); gl para media±DT=147; Las vocales hacen referencia a la diferencia entre grupos, así los que tienen una a se parecen entre ellos, y difieren de la b o c.

Se confirma la Hipótesis 1, puesto que los pacientes en lista de espera para TR presentaron mejor CVRS que los pacientes en lista de espera para TH en cinco dimensiones de CVRS y el "Resumen Salud física y mental".

4.2 Variables que Modifican la CV de los Pacientes en Lista de Espera.

A continuación analizaremos las diferentes variables sociodemográficas, clínicas, antecedente de adicciones, y psicológicas que pueden estar influyendo en los resultados de la evaluación de la CVRS de los pacientes en lista de espera.

4.2.1 Influencia de las Variables Sociodemográficas.

Al analizar las variables que pudieran estar influyendo en la CVRS de los pacientes en lista de espera para trasplante, no se encuentran diferencias significativas al comparar las puntuaciones de CVRS según el nivel de escolaridad, los ingresos económicos o la condición de estar casado (**Tablas 17 a 19**). Tampoco se encontraron diferencias al comparar las puntuaciones de CVRS según el origen y la procedencia.

Tabla 17*CVRS del período de lista de espera y nivel de escolaridad.*

	Sin Escolaridad n=16 media± (DT)	Básicos n=69 media± (DT)	Superiores n=62 media± (DT)	Valor p
FunFi	75.8 (27.2)	75.1 (29.0)	68.8 (28.9)	0.405
LimFi	46.9 (46.4)	49.3 (45.4)	42.7 (41.1)	0.694
Dolor	48.9 (20.1)	50.7 (22.0)	49.4 (18.0)	0.907
PerSG	42.8 (20.3)	48.8 (21.2)	47.7 (20.5)	0.590
Vitalidad	47.8 (36.7)	53.2 (29.4)	48.3 (23.7)	0.561
FunSo	75.8 (27.2)	75.1 (29.4)	68.7 (28.9)	0.405
SaMen	63.8 (30.1)	68.7 (24.7)	69.9 (21.5)	0.659
LimEm	95.9 (11.3)	78.9 (37.3)	82.8 (35.6)	0.216
RSaFi	39.3 (11.6)	38.6 (9.5)	37.3 (8.9)	0.638
RSaMen	47.0 (10.5)	48.0 (12.6)	48.0 (11.7)	0.953

Nota: Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental"; gl para media±DT=147.

Tabla 18

CVRS del período de lista de espera estratificada por ingresos económicos.

	< 1000€ n=80 media± (DT)	> 1000€ n=67 media± (DT)	Valor p
FunFi	70.6 (29.3)	75.5 (27.7)	0.309
LimFi	44.4 (43.0)	49.2 (44.3)	0.503
Dolor	48.7 (23.6)	51.7 (14.8)	0.371
PerSG	48.4 (22.0)	46.7 (19.4)	0.629
Vitalidad	48.6 (30.4)	53.6 (24.3)	0.282
FunSo	70.6 (29.3)	75.5 (27.7)	0.309
SaMen	67.2 (24.5)	71.2 (22.6)	0.317
LimEm	78.8 (38.0)	86.6 (30.6)	0.181
RSaFi	38.0 (10.5)	38.4 (8.1)	0.814
RSaMen	46.8 (12.2)	49.4 (11.5)	0.203

Nota: Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental". gl para media±DT=147.

Se rechaza la Hipótesis 2, puesto que a mayores ingresos económicos no se evidenció mayor CVRS en la “Función social”, ni en las “Limitaciones de rol por problemas emocionales”, así como tampoco en la medida de “Resumen de Salud mental” en el pre-trasplante.

Tabla 19

CVRS del período de lista de espera estratificada por condición civil.

	No Casados n=49	Casados n=98	
	media± (DT)	media± (DT)	Valor p
FunFi	73.0 (28.3)	72.3 (29.1)	0.890
LimFi	45.4 (42.9)	46.7 (44.1)	0.868
Dolor	50.6 (19.9)	49.6 (20.2)	0.797
PerSG	49.4 (22.2)	46.8 (20.1)	0.483
Vitalidad	52.8 (25.6)	49.4 (29.1)	0.499
FunSo	73.0 (28.3)	72.3 (29.1)	0.890
SaMen	66.8 (22.2)	69.6 (24.8)	0.517
LimEm	80.9 (36.0)	83.1 (34.4)	0.719
RSaFi	38.7 (9.4)	37.8 (9.5)	0.613
RSaMen	47.4 (11.7)	48.1 (12.1)	0.720

Nota: Funfi: “Función física”; LimFi: “Limitaciones de rol por problemas físicos”; PerSG: “Percepciones de salud general”; FunSo: “Función social”; SaMen: “Salud mental”; LimEm: “Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen: “Resumen Salud Mental”; gl para media±DT=147.

Se observaron algunas diferencias significativas al estratificar los resultados de CVRS entre los mayores de 60 años de edad y el sexo (**Tablas 20 a 22**). Aunque las medias en las variables de CVRS como: “Función Física”, “Dolor”, “Función Social”, “Salud Mental” y “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales”, era menor en el grupo mayor de 60 años, el tamaño de efecto fue bajo, d de cohen <0.3 , lo que no corrobora el hallazgo de la diferencia.

También se observó una media menor en el grupo de mujeres respecto de las variables de CVRS “Dolor” y medida de “Resumen Salud Mental”, con un tamaño de efecto bajo, d de cohen <0.3 , lo que no corrobora el hallazgo de la diferencia.

Tabla 20

CVRS del período de lista de espera estratificada por edad mayor de 60 años.

	< 60 años n=106 media± (DT)	> 60 años n=41 media± (DT)	Valor p	TE
FunFi	74.8 (26.4)	66.5 (33.8)	0.014*	0.276
LimFi	50.0 (43.4)	36.6 (43.0)	0.589	
Dolor	51.2 (16.9)	46.6 (26.5)	0.001**	0.208
PerSG	48.5 (20.7)	45.5 (21.0)	0.888	
Vitalidad	51.4 (28.7)	48.4 (26.1)	0.625	
FunSo	74.8 (26.4)	66.5 (33.8)	0.014*	0.273
SaMen	67.0 (25.6)	73.0 (18.7)	0.037*	0.267
LimEm	84.1 (32.8)	78.0 (39.9)	0.030*	0.167
RSaFi	39.0 (8.9)	35.8 (10.5)	0.363	
RSaMen	47.9 (11.9)	47.8 (12.2)	0.711	

Nota: FunFi: “Función física”; LimFi: “Limitaciones de rol por problemas físicos”; PerSG: “Percepciones de salud general”; FunSo: “Función social”; SaMen: “Salud mental”; LimEm: “Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen: “Resumen Salud Mental”; * $p<.05$ (se resalta con negrita los valores significativos); gl para media±DT=147; TE: tamaño del efecto (d de Cohen).

Se confirma la hipótesis 3, puesto que las personas mayores de 60 años presentan una menor puntuación en la CVRS en las dimensiones de “Función Física”, “dolor” y “Función social” en el pre-trasplante.

Tabla 21*CVRS del período de lista de espera estratificada por sexo.*

	Hombre n=104 media± (DT)	Mujer n=43 media± (DT)	Valor p	TE
FunFi	75.1 (26.8)	66.3 (32.5)	0.108	
LimFi	47.8 (43.5)	42.4 (43.8)	0.923	
Dolor	50.5 (17.6)	48.5 (25.2)	0.009*	0.092
SalGen	47.9 (21.0)	47.1 (20.4)	0.944	
Vitalidad	51.5 (27.5)	48.3 (29.1)	0.250	
FunSo	75.1 (26.8)	66.3 (32.5)	0.108	
SalMen	70.2 (23.7)	64.8 (24.3)	0.465	
LimEm	84.1 (33.3)	78.3 (38.4)	0.118	
RSaFi	38.2 (9.3)	37.9 (9.9)	0.887	
RSaMen	48.9 (11.0)	45.5 (13.7)	0.051	0.273

Nota: Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental"; *p<.05; gl para media±DT=147; TE: tamaño del efecto (d de Cohen).

4.2.2 Influencia de las Variables Clínicas.

4.2.2.1 Etiología del Daño Hepático y Renal y la CVRS.

Al estudiar el efecto de la etiología en la CVRS de pacientes en lista para TH, aunque en el grupo que padece de VHC se observan las puntuaciones más bajas en "Percepciones de salud General", "Vitalidad" y la medida de "Resumen de Salud Mental", con unas medias de 34.1 (DT= 20.0), 31.4 (DT= 26.6) y 35.7 (DT= 9.0), respectivamente. Sin embargo, ninguna presentó diferencias significativas (**Tabla 22**).

Así mismo, al examinar el efecto de la etiología en la CVRS de pacientes en lista para TR, el grupo que padece de DM se observan las puntuaciones más bajas en “Limitaciones de Rol por Problemas Físicos”, “Vitalidad” y “Percepciones de Salud General”; con unas medias de 44,4 (DT= 48,1), 47,9 (DT= 24,0) y 47,0 (DT= 23,2) respectivamente. Tampoco en este grupo ninguna presentó diferencias significativas (**Tabla 23**).

Tabla 22

CVRS del período de lista de espera estratificada por etiología en pacientes de TH.

	Hepatocarcinoma n=25 media± (DT)	VHC n=33 media± (DT)	Alcohol n=43 media± (DT)	valor p
FunFi	77.1 (31.0)	59.8 (36.4)	66.3 (30.2)	0.521
LimFi	54.2 (51.0)	41.1 (43.4)	39.8 (42.6)	0.330
Dolor	45.8 (27.0)	42.1 (24.9)	45.7 (13.4)	0.755
PerSG	50.5 (5.4)	34.1 (20.0)	43.6 (22.2)	0.326
Vitalidad	53.3 (32.4)	31.4 (26.6)	46.6 (32.4)	0.418
FunSo	77.1 (31.0)	59.8 (36.4)	66.3 (30.2)	0.503
SaMen	57.3 (22.0)	61.7 (28.4)	64.5 (26.4)	0.240
LimEm	66.7 (42.2)	69.0 (44.3)	78.3 (37.0)	0.461
RSaFi	41.0 (10.5)	35.7 (9.0)	36.9 (10.6)	0.498
RSaMen	43.9 (7.0)	41.8 (11.9)	45.2 (12.9)	0.414

Nota: Funfi: “Función física”; LimFi: “Limitaciones de rol por problemas físicos”; PerSG:

“Percepciones de salud general”; FunSo: “Función social”; SaMen: “Salud mental”; LimEm:

“Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen:

“Resumen Salud Mental”.

Se rechaza la Hipótesis 4, puesto que los pacientes con cirrosis hepática asociado a VHC presentan puntuaciones en todas las dimensiones de CVRS similares a otras etiologías.

Tabla 23

CVRS del período de lista de espera estratificada por etiología de TR.

	GI n=23 media± (DT)	Poq n=15 media± (DT)	Reflujo n=7 media± (DT)	DM n=10 media± (DT)	Vascular n=10 media± (DT)	Valor p
FunFi	73 (25.2)	70 (27.3)	100 (0)	76 (20.2)	79 (29.4)	0.625
LimFi	46 (43.7)	56 (45.5)	71 (36.8)	44 (48.1)	50 (45.2)	0.679
Dolor	55 (18.4)	58 (20.7)	61 (14.2)	48 (24.0)	44 (18.5)	0.446
PerSG	52 (14.6)	51 (18.7)	60 (37.6)	47 (23.2)	57 (22.9)	0.317
Vitalidad	51 (20.5)	58 (22.4)	70 (37.0)	49 (26.3)	56 (27.2)	0.393
FunSo	73 (25.2)	70 (27.3)	100 (0)	76 (20.2)	79 (29.4)	0.625
SalMen	69 (21.5)	70 (24.1)	77 (38.9)	72 (17.1)	76 (18.0)	0.494
LimEm	80 (38.6)	82 (39.3)	100 (0)	96 (11.0)	86 (33.3)	0.910
RSaFi	40 (6.3)	40 (8.7)	44 (5.8)	35 (10.3)	39 (9.5)	0.163
RSaMen	47 (12.4)	48 (12.9)	56 (13.6)	52 (6.8)	51 (9.2)	0.988

Nota: GI, Glomerulonefritis; Poq, Enfermedad poliquística o hereditaria, Reflujo, Nefropatía por reflujo; Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental".

4.2.2.2 Comorbilidades y Complicaciones y la CVRS.

Al buscar el efecto de la diálisis y el tiempo en diálisis, en la CVRS de pacientes en lista para TR, tampoco encontramos ninguna asociación significativa (**Tablas 24 y 25**).

Tabla 24

CVRS del período de lista de espera estratificada por procedimiento de diálisis en pacientes en lista para TR.

	Diálisis n= 62 media± (DT)	No diálisis n= 15 media± (DT)	valor p
FunFi	81.5 (22.4)	68.3 (31.6)	0.065
LimFi	56.5 (43.4)	43.3 (41.7)	0.293
Dolor	55.1 (19.9)	54.4 (19.8)	0.899
PerSG	53.4 (21.2)	48.3 (14.0)	0.387
Vitalidad	57.7 (24.6)	52.7 (22.7)	0.470
FunSo	81.5 (22.4)	68.3 (31.6)	0.065
SaMen	72.5 (21,1)	75.1 (21.8)	0.670
LimEm	89.3 (28.8)	84.5 (35.3)	0.582
RSaFi	40.2 (8.3)	38.9 (8.1)	0.572
RSaMen	51.0 (10.5)	48.9 (12.6)	0.506

Nota: Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental"; gl para media±DT=77.

Tabla 25

CVRS del período de lista de espera estratificada por tiempo de diálisis en pacientes en lista para TR.

	< 1 año n= 35 media± (DT)	> 1 año n= 27 media± (DT)	valor p
FunFi	81.9 (21.5)	77.3 (26.4)	0.431
LimFi	52.8 (44.0)	54.5 (43.1)	0.868
Dolor	53.8 (20.7)	55.6 (19.4)	0.704
PerSG	54.6 (19.5)	51.2 (20.4)	0.486
Vitalidad	57.2 (25.8)	56.5 (23.5)	0.902
FunSo	81.9 (21.5)	77.3 (26.4)	0.431
SaMen	75.9 (19.2)	71.5 (22.1)	0.392
LimEm	90.1 (27.4)	87.3 (31.5)	0.698
RSaFi	38.6 (7.1)	40.7 (8.7)	0.285
RSaMen	52.5 (10.9)	49.6 (10.8)	0.256

Nota: Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental"; gl para media±DT=77.

Se rechaza la Hipótesis 5: puesto que los pacientes con mayor tiempo de recibir diálisis presentan puntuaciones en todas las dimensiones de CVRS similares a los pacientes con menor tiempo en diálisis.

En la **Tabla 26** se observa el efecto de la frecuencia de hospitalizaciones en la CVRS. Para evaluar la influencia en el número de hospitalizaciones presentadas por los pacientes en el último año, se decidió organizar la población entre los que no habían sido hospitalizados 55 (37%), los que habían requerido de una hospitalización 56 (38%) y los que habían requerido de más de una hospitalización 36 (25%). Aunque el grupo que había requerido de más de una hospitalización, presentaba menor puntuación en las dimensiones de “Limitaciones de rol por problemas físicos”, “Dolor corporal” y “Percepciones de salud general”; estas no fueron estadísticamente diferentes. Se observan diferencias significativas en las dimensiones de “Salud mental” con medias de 63.8 (DT= 27.2), 74.9 (DT= 22.1), 66.3 (DT= 19.4) y en la de “Resumen de salud mental”, con medias de 46.7 (DT= 11.7), 51.2 (DT= 11.3), 44.6 (DT= 12.3), y valores $p= 0.038$ y $p= 0.023$, respectivamente.

Tabla 26

CVRS del período de lista de espera estratificada por número de hospitalizaciones.

	Ninguna n= 55 media± (DT)	Una n= 56 media± (DT)	Más de una n= 36 media± (DT)	valor p
FunFi	75.9 (26.3)	74.0 (28.9)	64.9 (31.5)	0.182
LimFi	46.8 (44.1)	48.7 (42.5)	41.7 (45.1)	0.751
Dolor	51.8 (17.0)	49.6 (21.4)	47.8 (22.3)	0.636
PerSG	49.4 (20.8)	50.3 (20.3)	40.9 (20.4)	0.078
Vitalidad	47.0 (28.4)	55.7 (27.6)	47.9 (27.2)	0.211
FunSo	75.9 (26.3)	74.0 (28.9)	64.9 (31.5)	0.182
SaMen	63.8^a (27.2)	74.9 ^b (22.1)	66.3 ^a (19.4)	0.038*
LimEm	83.1 (34.5)	88.3 (29.0)	72.2 (41.8)	0.093
RSaFi	39.5 (8.6)	37.0 (9.7)	37.8 (10.3)	0.391
RSaMen	46.7 (11.7)	51.2^b (11.3)	44.6 ^a (12.3)	0.023*

Nota: Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental"; *p<.05; gl para media±DT=147. Las vocales hacen referencia a la diferencia entre grupos, así los que tienen una a se parecen entre ellos, y difieren de la b o c.

4.2.2.3 Antecedentes de Adicciones y la CVRS.

En la **Tabla 27** se presentan las puntuaciones de CVRS según el consumo de alcohol y la condición de alcoholismo. No hallamos diferencias en ninguna de las dimensiones del SF-36.

Tabla 27

CVRS del período de lista de espera estratificada por consumo de alcohol.

	No Consumo n=49 media± (DT)	Consumo n=22 media± (DT)	Alcoholismo n=76 media± (DT)	Valor p
FunFi	69.9 (32.6)	76.1 (24.7)	73.1 (27.4)	0.678
LimFi	41.3 (42.6)	43.2 (44.4)	50.3 (44.1)	0.499
Dolor	48.2 (23.8)	57.2 (22.7)	49.0 (16.0)	0.181
PerSG	48.5 (22.0)	47.3 (22.1)	47.3 (19.8)	0.949
Vitalidad	51.1 (26.3)	45.7 (27.2)	51.6 (29.4)	0.676
FunSo	69.9 (32.6)	76.1 (24.7)	73.1 (27.4)	0.678
SalMen	70.0 (22.6)	66.0 (28.2)	68.6 (23.7)	0.810
LimEm	84.3 (34.8)	84.9 (35.2)	80.4 (35.2)	0.781
RSaFi	36.7 (9.6)	38.7 (8.2)	38.9 (9.7)	0.458
RSaMen	48.9 (12.2)	47.5 (12.7)	47.3 (11.6)	0.761

Nota: Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental"; gl para media±DT=147.

Se rechaza la Hipótesis 6, puesto que el antecedente de alcoholismo en los pacientes en lista de espera no modifica los resultados de las puntuaciones de CVRS, en ningunas de sus dimensiones

4.2.3 Indicadores Psicopatológicos y la CVRS

En la **Tabla 28** se presentan los resultados con relación al nivel de neuroticismo. Al contrastar los resultados de las diferentes variables de CVRS entre las personas que presentaban bajo neuroticismo y alto neuroticismo, observamos una diferencia significativa, con un tamaño del efecto alto, en siete de las 6

dimensiones de CVRS: “Función Física”, “Percepciones de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Salud Mental”, “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales”, y además en el “Resumen de Salud Mental”, en aquellos que presentan alto nivel de neuroticismo.

Tabla 28

CVRS del período de lista de espera estratificada por neuroticismo.

	Bajo Neuroticismo n=108 media± (DT)	Alto Neuroticismo n=39 media± (DT)	valor p	TE
FunFi	78.2 (27.1)	56.6 (27.5)	0.001**	0.791
LimFi	50.5 (42.7)	34.6 (44.3)	0.051	
Dolor	51.9 (19.6)	44.6 (20.6)	0.051	
PerSG	49.8 (21.4)	41.7 (17.7)	0.037*	0.412
Vitalidad	54.3 (28.0)	40.1 (25.4)	0.006*	0.531
FunSo	78.2 (27.1)	56.6 (27.5)	0.001**	0.791
SaMen	74.1 (22.0)	53.5 (22.6)	0.001**	0.923
LimEm	92.6 (22.5)	54.2 (46.2)	0.001**	1.056
RSaFi	38.6 (9.6)	36.7 (9.2)	0.270	
RSaMen	51.2 (9.6)	38.7 (13.1)	0.001**	1.088

Nota: Funfi: “Función física”; LimFi: “Limitaciones de rol por problemas físicos”; PerSG: “Percepciones de salud general”; FunSo: “Función social”; SaMen: “Salud mental”; LimEm: “Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen: “Resumen Salud Mental”; gl para media±DT=147; *p<.05; **<.005 (se resaltan en negrita los valores significativos); TE, Tamaño del efecto (d de Cohen).

Se confirma la Hipótesis 7, puesto que las mayores puntuaciones de neuroticismo en los pacientes en lista de espera para trasplante se asocian a menor puntuación de CVRS en las dimensiones de: “Función Física”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Salud Mental”, y en el “Resumen de Salud Mental”.

En la **Tabla 29** se presentan los resultados de la CVRS según los niveles de extroversión alta y extroversión baja. No se encuentra diferencias entre ninguna de las medias, lo que sugiere que el nivel de extroversión no altera los resultados de CVRS.

Tabla 29

CVRS del período de lista de espera estratificada por extroversión.

	Baja Extroversión n=22 media± (DT)	Alta Extroversión n=125 media± (DT)	valor p
FunFi	64.8 (23.3)	73.9 (29.5)	0.173
LimFi	38.6 (46.8)	47.6 (43.0)	0.375
Dolor	46.1 (19.9)	50.6 (20.1)	0.330
PerSG	44.0 (23.9)	48.3 (20.2)	0.369
Vitalidad	45.2 (22.2)	51.5 (28.8)	0.335
FunSo	64.8 (23.3)	73.9 (29.5)	0.173
SaMen	65.3 (22.0)	69.2 (24.3)	0.475
LimEm	84.9 (35.2)	82.0 (34.9)	0.721
RSaFi	36.3 (9.3)	38.5 (9.5)	0.322
RSaMen	46.6 (12.4)	48.1 (11.9)	0.579

Nota: FunFi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental"; gl para media±DT=147.

Se rechaza la Hipótesis 8, dado que no se observan diferencias entre las puntuaciones de extroversión y las dimensiones de CVRS de "Resumen Salud Física" y "Resumen Salud Mental".

Para evaluar la sospecha de ansiedad se tuvo en cuenta una puntuación del HAD (A) ≥ 8 puntos. Esta condición la presentaban 29 (20%) pacientes. Al comparar los resultados de las diferentes variables de CVRS entre las personas que presentaban ansiedad y las que no, se halló una disminución significativa en este grupo en 6 de las 8 dimensiones de CVRS: “Percepciones de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Salud Mental”, “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales”, y también en la de “Resumen de Salud Mental”, con un tamaño del efecto alto (**Tabla 30**).

Tabla 30

CVRS del período de lista de espera estratificada por presencia de ansiedad.

	Sin ansiedad n=118 media \pm (DT)	Con ansiedad n=29 media \pm (DT)	valor p	TE
FunFi	66.0 (24.5)	66.2 (20.5)	0.967	
LimFi	48.3 (43.6)	37.9 (43.1)	0.252	
Dolor	50.2 (20.9)	48.7 (16.4)	0.715	
PerSG	49.6 (21.2)	39.7 (16.9)	0.020*	0.516
Vitalidad	53.3 (28.0)	39.3 (25.1)	0.015*	0.526
FunSo	77.3 (26.8)	53.0 (28.7)	0.001***	0.875
SalMen	73.6 (22.4)	48.7 (19.3)	0.001***	1.190
LimEm	88.3 (27.9)	58.6 (48.5)	0.001***	0.750
RSaFi	37.7 (9.8)	39.8 (7.7)	0.300	
RSaMen	50.7 (10.3)	36.4 (11.2)	0.001***	1.329

Nota: Funfi: “Función física”; LimFi: “Limitaciones de rol por problemas físicos”; PerSG: “Percepciones de salud general”; FunSo: “Función social”; SaMen: “Salud mental”; LimEm: “Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen: “Resumen Salud Mental”; gl para media \pm DT=147; *p<.05; **<.005; ***<.001 (se resaltan en negrita los valores significativos); TE, Tamaño del efecto (d de Cohen).

Se confirma la Hipótesis 9, dado que se evidencia que a mayor ansiedad, menor puntuación en la CVRS - “Salud mental” y “Resumen de Salud Mental”, en pacientes en lista de espera para trasplante.

Así mismo, para evaluar la sospecha de depresión se tuvo en cuenta una puntuación del HAD (D) ≥ 8 puntos, esta condición la presentaban 25 (17%) pacientes (**Tabla 31**).

Tabla 31

CVRS del período de lista de espera estratificada por presencia de depresión.

	Sin depresión n=122 media\pm (DT)	Depresión n=25 media\pm (DT)	valor p	TE
FunFi	77.1 (26.2)	50.3 (30.9)	0.001***	0.589
LimFi	49.4 (42.5)	31.0 (46.4)	0.054	
Dolor	50.8 (19.8)	45.8 (21.1)	0.258	
PerSG	50.1 (20.6)	35.7 (17.4)	0.001***	0.755
Vitalidad	53.4 (27.5)	36.6 (26.2)	0.006*	0.625
FunSo	74.0 (20.6)	42.4 (22.1)	0.001***	1.479
SalMen	77.0 (26.2)	50.3 (31.0)	0.001***	0.930
LimEm	90.2 (26.0)	44.6 (46.8)	0.001***	1.204
RSaFi	38.4 (9.2)	36.8 (10.6)	0.453	
RSaMen	50.8 (9.5)	33.7 (12.4)	0.001***	1.548

Nota: Funfi: “Función física”; LimFi: “Limitaciones de rol por problemas físicos”; PerSG: “Percepciones de salud general”; FunSo: “Función social”; SaMen: “Salud mental”; LimEm: “Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen: “Resumen Salud Mental”; gl para media \pm DT=147; *p<.05; **p<.005; ***p<.001 (se resaltan en negrita los valores significativos); TE, Tamaño del efecto (d de Cohen).

Al comparar los resultados de las diferentes dimensiones de CVRS entre las personas con sospecha de depresión y sin depresión, se observó una disminución significativa para el grupo

con sospecha de depresión, en 6 de las dimensiones de CVRS: “Función Física”, “Percepciones de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Salud Mental”, “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales” y “Resumen de Salud Mental”, con un tamaño del efecto alto (**Tabla 31**).

Se confirma la Hipótesis 9, encontrando una asociación entre las mayores puntuaciones de depresión, y las menores puntuaciones en las dimensiones - “Salud mental” y “Resumen de Salud Mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante.

En la **Tabla 32** se presentan los resultados con relación al nivel de competencia percibida en salud. Observamos baja puntuación en todas las dimensiones de CVRS con una diferencia significativa, en el grupo de mala competencia. En 4 de las dimensiones de CVRS, el tamaño del efecto era alto: “Percepciones de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social” y “Salud Mental”, y en el “Resumen de Salud Mental”. Y una diferencia significativa con un tamaño del efecto medio, en 4 dimensiones de CVRS: “Función Física”, “Limitaciones de Rol por Problemas Físicos”, “Dolor Corporal”, “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales”, y en el “Resumen de Salud Físico”.

Tabla 32

CVRS del período de lista de espera estratificada por la Competencia personal percibida en salud.

	Mala Competencia	Buena Competencia	valor p	TE
	n=41 media± (DT)	n=106 media± (DT)		
FunFi	57.0 (24.3)	69.5 (22.6)	0.004**	0.532
LimFi	29.9 (39.6)	52.6 (43.5)	0.004**	0.545
Dolor	42.7 (22.5)	52.8 (18.3)	0.006*	0.492
PerSG	37.0 (19.9)	51.8 (19.6)	0.001***	0.749
Vitalidad	33.3 (24.8)	57.2 (26.3)	0.001***	0.935
FunSo	56.6 (31.1)	78.7 (25.4)	0.001***	0.778
SalMen	54.6 (24.5)	74.1 (21.5)	0.001***	0.846
LimEm	67.8 (43.6)	88.1 (29.2)	0.001***	0.547
RSaFi	34.4 (9.7)	39.5 (9.0)	0.003**	0.545
RSaMen	40.3 (12.4)	50.8 (10.4)	0.001***	0.917

Nota: Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen de Salud Física"; RSaMen: "Resumen de Salud Mental"; gl para media±DT=147; *p<.05; **p<.005; ***p<.001 (se resaltan en negrita los valores significativos); TE, Tamaño del efecto (d de Cohen).

Se confirma la hipótesis 10, dado que a mayor grado de competencia percibida en salud, mayor puntuación las dimensiones de "Percepciones de Salud General", "Función social", "Salud mental" y "Resumen de Salud Mental", en los pacientes en lista de espera para trasplante.

Al estudiar los resultados de CVRS entre las personas que empleaban la estrategia de afrontamiento más utilizada por nuestra población, que fue el "Pensamiento positivo" (n=132, 90%). Encontramos que los individuos que empleaban la estrategia, presentaban mayores puntuaciones en las dimensiones de "Dolor

Corporal”, “Salud Mental”, “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales”, y en el “Resumen de Salud Mental” (**Tabla 33**).

Tabla 33

CVRS del período de lista de espera estratificada por el la estrategia de afrontamiento – “Pensamiento positivo”.

	No empleo n=15	Empleo n=132	valor p	TE
	media± (DT)	media± (DT)		
FunFi	60.8 (28.3)	73.8 (28.6)	0.098	
LimFi	41.7 (47.9)	46.8 (43.2)	0.668	
Dolor	40.2 (24.1)	51.1 (19.3)	0.047*	0.499
PerSG	41.7 (19.3)	48.4 (20.9)	0.243	
Vitalidad	42.0 (25.1)	51.5 (28.2)	0.212	
FunSo	60.8 (28.3)	73.8 (28.6)	0.098	
SaMen	51.2 (24.2)	70.6 (23.2)	0.003**	0.818
LimEm	60.0 (44.0)	85.0 (32.9)	0.008*	0.643
RSaFi	39.0 (8.8)	38.0 (9.6)	0.719	
RSaMen	38.9 (12.9)	48.9 (11.4)	0.002**	0.821

Nota: Funfi: “Función física”; LimFi: “Limitaciones de rol por problemas físicos”; PerSG: “Percepciones de salud general”; FunSo: “Función social”; SaMen: “Salud mental”; LimEm: “Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen: “Resumen Salud Mental”; gl para media±DT=147; *p<.05; **p<.005 (se resaltan en negrita los valores significativos); TE, Tamaño del efecto (d de Cohen).

Se confirma la Hipótesis 11, dado que a mayor puntuación de pensamiento positivo observamos mejor puntuación en las dimensiones de “Salud mental” y “Resumen de Salud Mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante.

En la **Tabla 34**, se contrasta la CVRS y los “niveles de apoyo social y familiar bajo y alto”, encontramos que las personas con un alto apoyo social y familiar presentaban mayores puntuaciones en la CVRS de “Limitaciones de rol por problemas emocionales”, con una

media de 87 (DT= 31) frente a media de 71.2 (DT= 42,8), del grupo de bajo apoyo, diferencia significativa ($p=0,007$), con un tamaño del efecto moderado, d de cohen=0.422.

Tabla 34

CVRS del período de lista de espera estratificada por la variable “Nivel de apoyo social”

	Apoyo Bajo n=22 media± (DT)	Apoyo Alto n=59 media± (DT)	valor p	TE
FunFi	61.4 (31.6)	75.6 (28.4)	0.361	
LimFi	35.2 (39.1)	42.4 (44.3)	0.061	
Dolor	45.0 (24.6)	50.7 (19.1)	0.098	
PerSG	49.8 (21.0)	47.2 (22.0)	0.555	
Vitalidad	48.4 (26.7)	52.3 (29.1)	0.304	
FunSo	61.4 (31.6)	75.6 (28.4)	0.361	
SaMen	58.7 (24.8)	70.4 (25.1)	0.894	
LimEm	71.2 (42.8)	87.0 (31.0)	0.007*	0.422
RSaFi	37.9 (10.2)	37.4 (9.5)	0.967	
RSaMen	43.3 (14.5)	49.8 (11.5)	0.208	

Nota: Funfi: “Función física”; LimFi: “Limitaciones de rol por problemas físicos”; PerSG: “Percepciones de salud general”; FunSo: “Función social”; SaMen: “Salud mental”; LimEm: “Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen: “Resumen Salud Mental”; gl para $media\pm DT=147$; * $p<.05$ (se resaltan en negrita los valores significativos); TE, Tamaño del efecto (d de Cohen).

Se rechaza la Hipótesis 12, ya que se observó que las puntuaciones de nivel de apoyo social alto se asocian de manera significativa con mayores puntuaciones en la dimensión de “Limitaciones de rol por problemas emocionales” y no se encuentran diferencias en la CVRS- “Salud mental”, ni en el “Resumen de Salud Mental”.

4.3. Seguimiento de la CVRS de los Trasplantados y No Trasplantados.

A continuación, analizamos las puntuaciones que obtienen los cuatro grupos en las medidas realizadas a los seis meses post trasplante o de no haber sido trasplantado, al año de la permanencia en lista de espera. Se presentan según el tipo de trasplante y si se realizó o se mantuvo en lista de espera para los dos órganos.

En la **Tabla 35** comparamos los resultados de CVRS del seguimiento entre los cuatro grupos. Encontramos que en general, solo el grupo de TH presenta una mejoría significativa frente a los no TH, siendo las de CVRS entre el grupo de TR y no TR muy similares.

Los grupos TH, TR y no TR, presentaron unas puntuaciones medias altas en CVRS. El grupo de No TH, presenta unas medias inferiores al resto de los grupos, en todas las dimensiones de CVRS. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en las dimensiones de “Funcionamiento físico”, “Percepción de salud general”, “Vitalidad”, y “Resumen de salud física”.

Para la variable “Percepción de salud general”, “Vitalidad”, y “Resumen de salud física”, el grupo de no TH, no muestra diferencias significativas con el grupo de no TR, pero es significativamente menor a los grupos de TH y TR.

En la variable “Función física”, el grupo no TH obtiene peores resultados, frente a los otros 3 grupos (TH, TR y no TR). Para el resto de variables no observamos diferencias significativas.

Tabla 35*Comparativo de la CVRS del período de seguimiento.*

	TH n=37 media± (DT)	TR n=42 media± (DT)	No TH n=33 media± (DT)	No TR n=35 media± (DT)	Valor p
FunFi	77.4^a (28.8)	77.7 ^a (23.8)	56.4^b (32.2)	77.5 ^a (28.9)	0.004
LimFi	44.4 ^a (44.1)	51.2 ^a (46.2)	25.8 ^a (38.3)	52.9 ^a (44.1)	0.052
Dolor	53.4 ^a (19.9)	55.6 ^a (21.6)	44.8 ^a (26.2)	49.9 ^a (18.8)	0.172
PerSG	70.9^a (21.2)	65.9 ^{a,b} (20.9)	44.2^c (23.2)	52.6 ^{b,c} (22.4)	0.001
Vitalidad	62.7^a (22.2)	59.1 ^a (22.1)	38.2^b (28.5)	50.0 ^{a,b} (27.4)	0.001
FunSo	77.4^a (28.8)	77.7 ^a (23.8)	56.4^b (32.2)	77.5 ^a (28.9)	0.004
SalMen	72.9 ^a (21.5)	76.2 ^a (18.5)	68.5 ^a (24.7)	70.9 ^a (23.4)	0.481
LimEm	72.9 ^a (40.7)	83.3 ^a (34.7)	76.8 ^a (42.1)	73.3 ^a (42.6)	0.632
RSaFi	42.2^a (6.9)	41.5 ^a (9.4)	33.2^b (9.8)	38.6 ^{a,b} (10.6)	0.001
RSaMen	48.9 ^a (12.4)	50.7 ^a (10.3)	45.9 ^a (13.1)	48.1 ^a (13.3)	0.405

Nota: TH, Trasplante hepático; No TH, No trasplante hepático; TR, Trasplante renal; No TR, No trasplante renal; FunFi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental"; Se resaltan en negrita los valores significativos; gl para media±DT=147; Las vocales hacen referencia a la diferencia entre grupos, así los que tienen una a se parecen entre ellos, y difieren de la b o c.

Se rechaza la Hipótesis 13, puesto que solo en el grupo de TH se observa una mejoría significativa, en al menos dos de las dimensiones de CVRS, frente a los no TH.

En la **Tabla 36** observamos el comparativo de variables ansiedad, depresión y competencia de salud percibida del seguimiento, un total de 26 (18%) pacientes presentaban sospecha de síntomas ansiosos (10 de los pacientes trasplantados y 16 no trasplantados), y 21 (14%) sospecha de síntomas depresivos (5 de los pacientes trasplantados y 16 de los no trasplantados). Dado que al subdividirlos por grupos de TH, TR, no TH, no TH, se generan

muestras muy pequeñas, se presentan a modo descriptivo y no se analizan estadísticamente.

Tabla 36

Comparativo de los resultados de las variables “Ansiedad”, “Depresión” y “Competencia personal percibida en salud,” en el período de seguimiento.

	TH n=37 n(%)	TR n=33 n(%)	No TH n=42 n(%)	No TR n=35 n(%)
Ansiedad	6(16%)	4 (9%)	10 (30%)	6 (17%)
Depresión	2 (5%)	3 (9%)	10 (24%)	6 (17%)
CPPS Alto	32 (86%)	23 (66%)	37 (88%)	27 (77%)
CPPS Bajo	5 (14%)	11 (34%)	4 (12%)	8 (23%)
	media± (DT)	media± (DT)	media± (DT)	media± (DT)
Ansiedad	11.7 ^{a,b} (2.6)	9.75^a (1.7)	10.1 ^a (2.0)	13.83^b (4.5)
Depresión	15.0^b (4.2)	10.7 ^a (2.3)	10.8^a (1.8)	11.8 ^a (3.6)
CPPS Alto	4.1 ^{a,b} (0.7)	3.6 ^b (0.5)	4.0 ^{a,b} (0.7)	3.9 ^{a, b} (0.6)
CPPS Bajo	2.4 ^a (0.7)	2.3 ^a (0.4)	2.6 ^a (0.4)	2.4 ^a (0.4)

Nota: TH, Trasplante hepático; No TH, No trasplante hepático; TR, Trasplante renal; No TR, No trasplante renal; CPPS, Competencia personal percibida en salud; gl para media±DT para ansiedad =41; gl para media±DT para depresión =35; gl para media±DT para CPPS alto=119; gl para media±DT para CPPS bajo=28. Se resaltan en negrita los valores significativos; Las vocales hacen referencia a la diferencia entre grupos, así los que tienen una a se parecen entre ellos, y difieren de la b o c.

En la **Tabla 37** se describe el comparativo de estrategias de afrontamiento del seguimiento y el comportamiento percibido en salud del seguimiento, entre los 4 grupos. Las estrategias de afrontamiento más empleadas por nuestra población continúan siendo: “Pensamiento positivo”, “Búsqueda de ventajas” y “Resignación”. Al evaluar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por el grupo de trasplante y no trasplante, se observa una similitud entre los grupos. Incluso en la variable de “auto-culpa” que

es frecuentemente más utilizada por el grupo de pacientes en lista de espera para TH, al momento de evaluarse entre los trasplantados y no trasplantados no presenta diferencias en la distribución.

Tabla 37

Frecuencias de utilización de estrategias de afrontamiento, medidas en el período de seguimiento.

Estrategias de afrontamiento	Población n=147		Trasplantados n=79		No Trasplantados n=68	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Pensamiento positivo	126	86%	68	86%	58	85%
Búsqueda de ventajas	102	69%	56	71%	46	68%
Resignación	90	61%	50	63%	40	59%
Búsqueda de soluciones	66	45%	38	48%	27	40%
Pensamiento desiderativo	54	37%	31	39%	23	34%
Búsqueda de apoyo	52	35%	28	35%	24	35%
Reprime emociones	52	35%	22	28%	31	46%
Auto-culpa	47	32%	26	33%	21	31%
Religiosidad	40	27%	23	29%	17	25%
Escape	21	14%	10	13%	11	16%
Culpa a otros	7	5%	3	4%	4	6%

En la **Tabla 38**, se describe el comparativo de los 4 grupos frente a apoyo social y familiar. Al analizar las distintas variables del tipo de apoyo percibido, encontramos diferencias significativas entre el tipo de apoyo: dar ánimo, “Distrayéndole”, “Aconsejándole” y “Visitándole”, se observó que en las anteriores variables el grupo de trasplante hepático presentaba los valores más altos.

En el caso de la variable apoyo mediante información, encontramos que el grupo de no TR es el que peor puntúa, difiriendo del grupo de TH y de no TH.

Tabla 38

Comparativo de las variables de percepción de apoyo social y familiar en el período de seguimiento.

	TH	TR	No TH	No TR	Valor p
	media± (DT)	media± (DT)	media± (DT)	media± (DT)	
Proveedores	5.9 ^a (1.9)	6,00 ^a (2,0)	5,27 ^a (1,9)	4,89 ^a (1,8)	0,380
Satisfacción	4.4 ^a (0.5)	4,32 ^a (0,5)	4,41 ^a (0,6)	4,28 ^a (0,5)	0,621
Nivel de apoyo	26.2 ^a (8.9)	25,9 ^a (9,2)	23,1 ^{a,b} (8,8)	21,2 ^b (8,6)	0,059
Intensidad de apoyo	5.8 ^a (2.2)	4,54 ^a (1,9)	4,54 ^a (2,3)	4,87 ^a (2,7)	0,073
Escuchándole	0.7 ^a (0.3)	0,7 ^a (0,4)	0,7 ^a (0,3)	0,8 ^a (0,3)	0,391
Animándole	0.8^a (0.2)	0,6 ^a (0,3)	0,6^b (0,4)	0,7 ^a (0,3)	0,018*
Distrayéndole	0.5^a (0.3)	0,3 ^b (0,3)	0,3^b (0,3)	0,4 ^{a,b} (0,3)	0,003**
Informándole	0.4^a (0,3)	0,3 ^{a,b} (0,2)	0,4 ^a (0,3)	0,2^b (0,2)	0,023*
Aconsejándole	0.7^a (0,3)	0,4 ^b (0,3)	0,5^{a,b} (0,4)	0,4 ^b (0,3)	0,001***
Visitándole	0.6^a (0,3)	0,4 ^{a,b} (0,3)	0,4^b (0,3)	0,3 ^b (0,3)	0,001***
Ofreciéndose	0.5 ^a (0,3)	0,4 ^a (0,3)	0,4 ^a (0,3)	0,3 ^a (0,3)	0,169
Haciendo tareas por Ud	0.3 ^a (0,3)	0,3 ^a (0,2)	0,2 ^a (0,2)	0,3 ^a (0,2)	0,126
Económicamente	0.2 ^a (0,2)	0,1 ^a (0,2)	0,1 ^a (0,2)	0,1 ^a (0,2)	0,440
Interesándose	1.1 ^a (2,2)	0,6 ^a (0,3)	0,7 ^a (0,4)	0,7 ^a (0,3)	0,292
Acompañándole	0.5 ^a (0,3)	0,4 ^a (0,3)	0,3 ^a (0,3)	0,4 ^a (0,3)	0,156
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Apoyo alto	20 (54%)	20 (48%)	12 (36%)	7 (21%)	0.099
Apoyo moderado	13 (35%)	16 (38%)	14 (42%)	18 (50%)	
Apoyo bajo	4 (11%)	6 (14%)	7 (21%)	10 (29%)	

Nota: TH, Trasplante hepático; No TH, No trasplante hepático; TR, Trasplante renal; No TR, No trasplante renal; gl para media±DT =147; Se resaltan en negrita los valores significativos; Las vocales hacen referencia a la diferencia entre grupos, así los que tienen una a se parecen entre ellos, y difieren de la b o c.

4.4 Diferencias de la CVRS entre los cuatro grupos

Para evaluar el comportamiento en el tiempo de la CVRS, se estimó la diferencia entre los resultados de las dimensiones de CVRS de la visita de seguimiento y los resultados de las

dimensiones CVRS de la visita inicial. Las puntuaciones positivas que se alejan del cero dan cuenta de una mejoría en la CV en el seguimiento con respecto a la inicial y las puntuaciones negativas reflejan un empeoramiento de la variable de CV en el seguimiento.

En la **Tabla 39** se observa que el grupo de TH presenta una mejoría en todas las variables de la CV, siendo superior a 12 puntos en las variables de “Percepción de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social” y en el “Resumen de Salud Mental”, diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 39

Comparativo de las diferencias en CV de los cuatro grupos.

	TH n=37		TR n=42		No TH n=33		No TR n=35		valor p
	media±	DT	media±	DT	media±	DT	media±	DT	
FunFi	7.1	(27.0)	-2.5	(19,1)	-3,9	(23,6)	-6,2	(23,2)	0,081
LimFi	1.0	(45.9)	-10.9	(39,9)	-0,9	(36,0)	-17,1	(41,8)	0,207
Dolor	10.1	(25.5)	1.5	(23,6)	-0,8	(29,8)	-6,2	(23,9)	0,059
PerSG	28.1	(23.9)	11.5	(24,5)	2,0	(26,9)	2,7	(20,9)	0,001*
Vitalidad	14.5	(31.9)	2.7	(28,7)	-0,5	(29,0)	-7,3	(24,5)	0,015*
FunSo	12.5	(31.3)	-1.5	(24.1)	-9,7	(31,9)	-1,1	(24,1)	0,011*
SalMen	10.8	(25.6)	3.2	(20.2)	2,8	(26,7)	-2,1	(15,7)	0,110
LimEm	1.8	(45.8)	-8.0	(27.4)	-4,5	(45,8)	-11,4	(47,1)	0,572
RSaFi	4.0	(11.8)	1.3	(8.9)	-0,5	(9,8)	-1,1	(9,8)	0,147
RSaMen	5.5	(11.9)	-0.2	(9.3)	-0,6	(13,6)	-2,3	(11,0)	0,024*

Nota: TH, Trasplante hepático; No TH, No trasplante hepático; TR, Trasplante renal; No TR, No trasplante renal; Funfi: “Función física”; LimFi: “Limitaciones de rol por problemas físicos”; PerSG: “Percepciones de salud general”; FunSo: “Función social”; SaMen: “Salud mental”; LimEm: “Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen: “Resumen Salud Mental”; gl para media±DT=147; *p<.05; **<.005 (se resaltan en negrita los valores significativos).

El grupo de TR presenta una mejoría de más de 11 puntos en la variable de “Percepción de Salud General”, y un empeoramiento no estadísticamente significativo de -10,9 (DT=39.9) en

“Limitaciones Físicas”, y -8.0 (DT= 20.2) en “Limitaciones de rol por Problemas Emocionales”. Aunque en el grupo no TH las puntuaciones son muy cercanas al cero, lo que indica que no hay diferencia en la CV, si se evidencia un empeoramiento significativo en la variable de “Función social” que puntúa -9,7 (DT= 31,9), en el grupo de no TR la mayoría de las puntuaciones son negativas, lo que indica empeoramiento de la CV, las que más se distancian del cero son “Limitaciones de Rol por Problemas Físicos” con una puntuación de -17,1 (DT= 41,8) y “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales” con una puntuación de -11,4 (DT= 47,1).

Se rechaza la Hipótesis 13, puesto que solo en el grupo de TH se observa una mejoría significativa, en al menos dos de las dimensiones de CVRS, frente a los no TH.

4.5 Neuroticismo y Resultados de Seguimiento en la CVRS.

Analizamos el efecto que presenta el neuroticismo alto o bajo sobre las puntuaciones de las dimensiones de CVRS, medidas en el seguimiento del grupo de Trasplantado y no trasplantado (**Tablas 40 a 42**).

Los resultados de la CVRS con relación al nivel de neuroticismo, muestran que a mayor puntuaciones de neuroticismo, se asocia unas menores puntuaciones en las dimensiones de CVRS de “Función Física”, Vitalidad, “Función Social”, “Salud Mental”, y en el “Resumen de Salud Mental”. Con una diferencia significativa y tamaño del efecto alto, cuando se compara entre los grupos de nivel de neuroticismo alto y bajo.

Tabla 40

CVRS en el período de seguimiento, estratificada por neuroticismo alto y bajo.

	Bajo Neuroticismo	Alto Neuroticismo	valor p	TE
	n= 108	n= 39		
	media± (DT)	media± (DT)		
FunFi	79.1 (26.1)	55.5 (31.3)	0.001***	0.818
LimFi	48.0 (44.7)	33.5 (41.9)	0.081	
Dolor	52.4 (20.5)	48.1 (25.3)	0.287	
PerSG	61.9 (23.5)	51.4 (24.0)	0.018*	0.442
Vitalidad	58.5 (25.4)	38.2 (23.4)	0.001***	0.831
FunSo	79.1 (26.1)	55.5 (31.3)	0.001***	0.831
SalMen	77.9 (19.3)	57.2 (21.7)	0.001***	1.008
LimEm	83.0 (35.2)	59.8 (46.6)	0.002**	0.561
RSaFi	39.6 (9.8)	37.7 (9.6)	0.300	
RSaMen	51.6 (10.6)	40.1 (12.5)	0.001***	0.992

Nota: Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm: "Limitaciones de rol por problemas emocionales"; RSaFi: "Resumen Salud Física"; RSaMen: "Resumen Salud Mental"; gl para media±DT=147; **p<.005; ***p<.001 (se resaltan en negrita los valores significativos); TE, Tamaño del efecto (d de Cohen).

Tabla 41

Grado de neuroticismo y CVRS del período de seguimiento, en pacientes trasplantados.

	Neuroticismo y TH		Neuroticismo y TR		Valor p
	Bajo	Alto	Bajo	Alto	
	n=26	n=11	n=34	n=8	
	media± DT	media± DT	media± DT	media± DT	
FunFi	85^a (23.7)	59^b (32.6)	82 ^a (22.9)	61 ^b (21.6)	0.001
LimFi	54 ^a (44.4)	21^b (35.2)	51 ^a (46.7)	53 ^a (47.1)	0.139
Dolor	54 ^a (19.3)	51 ^a (22.1)	54 ^a (22.6)	61 ^a (16.8)	0.846
PerSG	72 ^a (23.3)	68 ^a (15.5)	69 ^a (20.8)	55 ^b (18.7)	0.158
Vitalidad	69^a (20.3)	47^b (18.5)	61 ^{a, b} (22.2)	49 ^b (19.7)	0.003
FunSo	85^a (23.7)	59^b (32.6)	82 ^a (22.9)	61 ^b (21.6)	0.001
SalMen	78^a (18.6)	62^b (24.3)	79 ^a (17.9)	64 ^b (16.4)	0.002
LimEm	83^a (34.3)	49^b (45.7)	91 ^a (23.7)	50 ^b (53.5)	0.001
RSaFi	43 ^a (7.1)	40 ^a (6.5)	41 ^a (9.8)	44 ^a (7.4)	0.859
RSaMen	53^a (10.9)	41^b (12.1)	53 ^a (8.9)	40 ^b (9.3)	0.001

Nota: Funfi: "Función física"; LimFi: "Limitaciones de rol por problemas físicos"; PerSG: "Percepciones de salud general"; FunSo: "Función social"; SaMen: "Salud mental"; LimEm:

“Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen: “Resumen Salud Mental”; gl para $media \pm DT=147$; se resaltan en negrita los valores significativos. Las vocales hacen referencia a la diferencia entre grupos, así los que tienen una a se parecen entre ellos, y difieren de la b o c.

Tabla 42

Grado de neuroticismo y CVRS del período de seguimiento, en pacientes no trasplantados.

	Neuroticismo y No TH		Neuroticismo y No TR		valor p
	Bajo n=19	Alto n=14	Bajo n=29	Alto n=6	
	media± DT	media± DT	media± DT	media± DT	
FunFi	64^a (30.0)	46^b (33.4)	81^c (26.6)	63 ^a (37.1)	0.007
LimFi	28 ^a (39.0)	23 ^a (38.6)	53 ^b (44.5)	54 ^b (45.9)	0.379
Dolor	46 ^a (22.6)	44 ^a (31.3)	53 ^a (17.4)	36 ^b (20.0)	0.139
PerSG	52 ^a (22.6)	34 ^b (20.8)	52 ^a (21.3)	57 ^a (29.2)	0.082
Vitalidad	51^a (29.0)	21^b (17.8)	51 ^a (27.4)	47 ^a (29.4)	0.003
FunSo	64^a (30.0)	46^c (33.4)	81^b (26.6)	63 ^a (37.1)	0.007
SalMen	82^a (16.5)	50^b (22.1)	74 ^a (23.0)	57 ^b (22.3)	0.001
LimEm	84 ^b (37.5)	67 ^a (47.2)	72 ^a (43.7)	78 ^{a,b} (40.4)	0.531
RSaFi	34 ^a (10.3)	32 ^a (9.4)	39 ^a (10.4)	39 ^a (12.4)	0.346
RSaMen	52^a (8.0)	38^b (15.0)	49 ^a (13.4)	44 ^{a,b} (13.2)	0.003

Nota: Funfi: “Función física”; LimFi: “Limitaciones de rol por problemas físicos”; PerSG: “Percepciones de salud general”; FunSo: “Función social”; SaMen: “Salud mental”; LimEm: “Limitaciones de rol por problemas emocionales”; RSaFi: “Resumen Salud Física”; RSaMen: “Resumen Salud Mental”; gl para $media \pm DT=147$; se resaltan en negrita los valores significativos. Las vocales hacen referencia a la diferencia entre grupos, así los que tienen una a se parecen entre ellos, y difieren de la b o c.

Se confirma la Hipótesis 7, dado que a mayores puntuaciones de neuroticismo se asocian a menores puntuaciones de CVRS durante el seguimiento, en las dimensiones de: “Función Física”, Vitalidad, “Función Social”, “Salud Mental”, y en el “Resumen de Salud Mental”.



CAPITULO 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este último capítulo, se presenta un resumen de los principales resultados obtenidos. Reflexionamos sobre los resultados en referencia a si efectivamente se han cumplido o no las hipótesis establecidas. Seguidamente, se expondrán las conclusiones, así como las limitaciones encontradas en el presente estudio y posibles investigaciones futuras.

5.1. Resumen de Resultados

Al evaluar las variables sociodemográficas, clínicas, psicológicas y de CV de los de los pacientes en lista de espera para TH o renal hemos verificado la homogeneidad del grupo asociada a que los pacientes que ingresaron en lista de espera tuvieron las mismas oportunidades de aguardar un órgano compatible, y solo destacan aquellas características que diferencian el comportamiento del grupo de TH con respecto al del renal.

De los 147 pacientes del estudio, la edad media estuvo en 54 años, con edades extremas entre 18 y 76 años, 41 (28%) mayores de 60 años, en su mayoría eran hombres 104 (71%), 98 (66%) casados o viviendo con su propia familia nuclear, 80 (54%) percibían un ingreso mensual menor a 1000€, 16 (11%) sin escolaridad, 69 (47%) con estudios básicos y 62 (42%) con estudios superiores, 24 (16%) empleados, 14 (9%) temporalmente de baja, 32 (22%) desempleados, 12 (8%) dedicados al hogar, 65 (44%) pensionistas.

70 pacientes ingresaron en lista de espera para TH y 77 pacientes en lista de espera para TR. La mayoría de los pacientes que ingresaron a lista de espera para ambos grupos, TH y TR eran españoles, 62 (89%) y 71 (92%), respectivamente. Con relación a las características sociodemográficas no se observaron diferencias en edad, origen, procedencia, estado civil, nivel de educación, situación laboral o salario entre los grupos en lista de espera.

Se encontró una diferencia significativa entre los grupos en lista para TH y TR respecto a la variable sexo para el grupo de lista de espera para TH 58 (83%) eran hombres y 12 (17%) eran mujeres, mientras el grupo de lista de espera para TR 46 (60%) eran hombres y 31 (40%) eran mujeres. Nuestros datos son representativos de lo informado por la ONT en sus memorias, donde comunican que un mayor porcentaje de receptores tanto para TH como para TR es de sexo masculino.

De las variables clínicas, entre las 70 personas que ingresaron en lista de espera de TH, algunos presentaban más de una etiología, existiendo cuatro causas principales causantes del daño hepático: el alcohol en 43 pacientes (61%), VHC en 33 pacientes (47%), hepatocarcinoma en 25 pacientes (36%) y 4 pacientes (6%) presentaban enfermedades poliquísticas y autoinmune. En las 77 personas que ingresaron en lista de espera de TR, también se encontró que coexistía más de una etiología, hallando cinco patologías principales y una no filiada causantes del deterioro renal: 23 (29%) glomerulonefritis, 15 (19%) enfermedad

poliquística y hereditaria, 10 (13%) diabetes mellitus, 13 (17%) nefropatía vascular, 7 (9%) nefropatía por reflujo, y 14 (18%) no filiadas. No observamos diferencias en el hecho de presentar comorbilidades, ni en los tipos de comorbilidad, tampoco en lo que se refiere al número de personas hospitalizadas en el último año, el número de hospitalizaciones, los días de hospitalización y las causas de hospitalización.

Aunque algunos autores han observado una relación negativa entre la ascitis, la encefalopatía, el hepatocarcinoma y la hepatitis viral y una serie de dimensiones del SF-36 (Saab et al., 2008). Nosotros no encontramos diferencias entre estas variables y la CVRS de nuestros pacientes en lista de espera.

Encontramos una diferencia significativa entre los pacientes en lista de espera para TH y TR, y el tiempo de diagnóstico, que como era esperable fue mayor en el grupo de lista de espera para TR, dado que el daño renal se manifiesta progresivamente y el fallo renal puede ser suplido temporalmente por el procedimiento de la diálisis. También advertimos que el grupo de lista de espera para TR se diferenciaba del TH en el número de personas que se percibían peor (empeoramiento), lo que suponemos está asociado al mayor tiempo con el diagnóstico.

Dado que el alcohol es una de las causas de daño hepático, no fue inesperado observar una diferencia estadísticamente significativa en el antecedente de ingesta de alcohol entre los dos

grupos en lista de espera y la cantidad de alcohol ingerida al día, con un consumo medio de 144.8 gr alcohol/día para el grupo de lista de espera para TH y un antecedente de consumo medio de 60.7 gr alcohol/día en el TR. En grupo de lista de espera para TH, también presentó mayor consumo de tabaco (paquetes/año), mayor cantidad de alcohólicos, y mayor frecuencia en antecedente de consumo de psicotóxicos.

Al evaluar las variables psicológicas, encontramos 39 personas (26.5%) con neuroticismo alto, 25 de la lista de espera para TH (11 TH y 14 no TH) y 14 de la lista de espera para TR (8 TR y 6 no TR). Las medias de puntuación estaban en 13.9 (DT= 1.6) y 15.2 (DT= 1.9), respectivamente.

125 (85%) personas puntuaron para extroversión alta, 61 (87%) de la lista de espera para TH y 64 (83%) de la lista de espera para TR, frente a 21 (15%) que puntuaban para extroversión baja, 9 (13%) de la lista de espera para TH y 13 (17%) de la lista de espera para TR.

De la lista de TH 17 (24%) presentaban sospecha de depresión y 14 (20%) ansiedad, frente al grupo de la lista de TR 8 (10%) presentaban sospecha de depresión y 15 (19%) de ansiedad. En el seguimiento del grupo trasplantado se observa un menor número de personas con sintomatología. Para el TH, 2 (5%) con sospecha de depresión y 6 (16%) ansiedad, frente al no TH en el que en 10 (30%) había sospecha de depresión y 10 con ansiedad (24%), y del TR 3 (9%) con sospecha de depresión y 4 (9%) ansiedad, frente al no TR 6 (17%) con sospecha de depresión y 6 con ansiedad (17%).

Con respecto a la buena competencia percibida en salud, estaba presente en 108 (73%) personas de la población, 44 (63%) en la lista de TH y 62 (80%) en la lista de TR. Las estrategias de afrontamiento más empleadas por nuestra población fueron: “Pensamiento positivo” 63 (90%) en la lista de TH y 69 (90%) en la lista de TR, “Búsqueda de ventajas” 44 (63%) en la lista de TH y 57 (74%) en la lista de TR, y “Resignación” 40 (57%) en la lista de TH y 41 (53%) en la lista de TR. Aunque la variable de auto-culpa es frecuentemente más utilizada por el grupo de pacientes en lista de espera para TH 37 (53%), frente a 4 (5%) de la lista para TR. No se observaron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento empleadas entre ambos grupos.

Del apoyo social y familiar percibido observamos que al ingreso en lista de espera, 59 (40%) lo percibían como un nivel de apoyo alto (27 TH y 32 TR), 64 (44%) lo percibían como un nivel de apoyo moderado (34 TH y 32 TR) y 21 (16%) lo percibían como un nivel de apoyo bajo (9 TH y 13 TR). En el seguimiento esta percepción no se modificó.

Finalmente, en las mediciones realizadas en CVRS pre-trasplante observamos que en el grupo en lista de espera para TH son significativamente menores a las del TR en las medidas de CVRS: “Función Física”, “Dolor”, “Percepción de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, y las dos variables resumen, “CVRS-Resumen de Salud Física” y “CVRS-Resumen Salud Mental”. En el seguimiento el grupo post TH presenta una mejoría en todas las variables de la CVRS, siendo superior a 12 puntos en las variables

de “Percepción de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social” y en el “Resumen de Salud Mental”. El grupo de TR presenta una mejoría de más de 11 puntos en la variable de “Percepción de salud general”, y un empeoramiento no estadísticamente significativo en “Limitaciones de rol por Problemas Físicos y Emocionales”.

5.2. Discusión de Resultados.

A continuación, presentamos la discusión en función de cada una de las hipótesis del estudio.

La *hipótesis 1*, que afirmaba que los pacientes en lista de espera para TR presentarían mejor CVRS que los pacientes en lista de espera para TH en al menos cuatro dimensiones de CVRS y el “Resumen Salud Física”, se confirma puesto que los pacientes en lista de espera para TR presentan mayores puntuaciones de manera significativa frente a los de la lista de espera de TH, en las dimensiones de CVRS: de “Función Física”, “Dolor”, “Percepción de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, y las dos variables resumen, “CVRS-Resumen de Salud Física” y “CVRS-Resumen Salud Mental”.

Nuestros datos informan de que nuestra población en lista de espera para TR presenta unas puntuaciones altas en todas las dimensiones de CVRS similares a las informadas por Alonso y colaboradores (1998), como referencia para la población general española. Pensamos que, este resultado, podrían estar asociado a otros hallazgos encontrados en nuestro estudio como la baja proporción de síntomas ansiosos y depresivos, la puntuación

moderada y alta de los niveles de apoyo sociales y familiar y la alta frecuencia de extroversión obtenida.

El grupo de TH, por el contrario, muestra una CVRS similar a la observada en otros estudios (Martín, Pérez y Pérez, 2009). Por lo que nuestros hallazgos corroboran, lo publicado en otras investigaciones; que los pacientes en lista de espera para TH presentan una peor CVRS que los de la lista de espera para TR, sin que esta diferencia la podamos atribuir a las características sociodemográficas, ni a las alteraciones emocionales, ni a las características psicológicas estudiadas en cada grupo (Lista TH y Lista TR).

La **hipótesis 2**, que aseveraba que a mayores ingresos económicos mayor CVRS en la “Función social”, y “Limitaciones de rol por problemas emocionales” o el “Resumen de Salud Mental” en el pre-trasplante, no se confirma al no encontrar diferencias significativas en ninguna de las dimensiones de CVRS cuando comparamos los grupos de ingresos mayores y menores a mil euros.

A diferencia de lo encontrado en otras investigaciones, donde los pacientes con una mejor situación económica mostraban una mejor CVRS a excepción de la dimensión de Salud General (Cirera, Reina, Lucas y Franco, 2009; Prihodova et al., 2009; Rebollo et al., 2000), nosotros no encontramos una relación directa con los ingresos económicos y la CVRS. Aunque el 54% de nuestra población presentaban ingresos económicos menores a 1000€,

observamos que estos ingresos eran percibidos gracias a una pensión asociada a su patología en el 44 % de los pacientes. Pensamos que esta característica, de alguna manera, podría atenuar el impacto de los ingresos como una preocupación relevante que influya en la CVRS de estos pacientes.

La **hipótesis 3**, que declaraba que las personas mayores de 60 años presentarán una menor puntuación en la CVRS en las dimensiones de “Función Física”, “Dolor” y “Función Social” en el pre-trasplante, se confirma, puesto que en nuestra población mayor de 60 años se observó menores puntuaciones en las variables de CVRS: “Función Física”, “Dolor”, “Función Social”, “Salud Mental” y “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales”.

La influencia de la edad, > 60 años en la CVRS de pacientes con TH y/o TR o en lista de espera para trasplante, presenta resultados contradictorios. Algunos grupos dicen que favorece los resultados positivos, dado que las personas mayores presentan menos expectativas sobre el trasplante, lo que les permite una mejor adaptación a las peores circunstancias y mayores puntuaciones en la CVRS en las dimensiones de “salud mental” (Nickel, Wunsch, Egle, Lohse y Otto, 2002; Rebollo et al., 2001; Rodríguez et al., 2009).

Nuestros resultados se asemejan más al grupo de Prihodova, que observa mayores puntuaciones en la CVRS de los TR más jóvenes (Prihodova et al., 2009; White y Gallagher, 2010). Sin embargo, nuestros hallazgos, también reflejan que las personas mayores de 60 años en lista de espera para TR y TH presentan

menores puntuaciones en las dimensiones de CVRS “Función Física”, “Dolor” y “Función Social”. Dado que las puntuaciones bajas afectan aspectos del funcionamiento diario, pensamos que nuestros resultados podrían relacionarse con la suma de la presencia de una patología compleja que obliga a plantearse un trasplante, y las comorbilidades y limitaciones físicas propias de la edad.

La **hipótesis 4**, que manifiesta que los pacientes con cirrosis hepática asociado a VHC presentarán menor CVRS en la “Percepción de Salud General”, y “Resumen de Salud Física” pre-trasplante, no se confirma dado que los pacientes con cirrosis hepática asociado a VHC presentaron puntuaciones similares a otras etiologías en todas las dimensiones de CVRS.

No hemos encontrado diferencias significativas en la CVRS al contrastar las diferentes etiologías que causaron el daño hepático, aunque algunas investigaciones han descrito un aumento en el estrés psicológico y deterioro significativo de la CVRS entre aquellos trasplantados por VHC frente a los TH por cirrosis debida a otras etiologías (Burra et al., 2005; Russell, Feurer, Wisawatapnimit, Salomon y Pinson, 2008).

Existen diversas investigaciones que reiteran la asociación entre la infección por VHC en pacientes en lista de espera para un trasplante y receptores del mismo, y la asociación negativa en las dimensiones de la CVRS: “Limitaciones del rol por problemas físico”, “Dolor corporal”, “Vitalidad”, “Salud mental” y “Percepción de salud general”, posiblemente relacionadas con un empeoramiento a

nivel físico y emocional (De Bona et al., 2000; Caccamo et al., 2001; Gotardo, Strauss, Teixeira y Machado, 2008; Saab et al., 2008; Santos-Junior et al., 2008). Debemos tener en cuenta que, durante el periodo de publicación de estos trabajos, el manejo del VHC se realizaba con tratamientos como el interferón, cuyo empleo se asociaba a efectos secundarios complejos (Bourgeois et al., 2006). Con la introducción a partir del 2014 en España de nuevos agentes antivirales de acción directa para el tratamiento del VHC, se han observado menos efectos adversos asociados al tratamiento, lo que podría influir en que los estudios a partir de esta fecha encuentren menos asociaciones entre los resultados de la CVRS y la infección por VHC.

La **hipótesis 5**, que aseguraba que a mayor tiempo de recibir diálisis menor CVRS en la “Percepción de Salud General” y al menos una de las medidas resumen “Resumen de Salud Física” y “Resumen de Salud Mental”, no se confirma puesto que los pacientes con mayor tiempo de recibir diálisis presentan puntuaciones en todas las dimensiones de CVRS similares a los pacientes con menor tiempo en diálisis.

Al contrario de lo observado en la literatura (Cirera, Reina, Lucas y Franco, 2009; Fiebiger, Mitterbauer, Oberbauer, 2004; Rebolloet al., 2000), nosotros no encontramos ninguna afectación en los resultados de la CVRS asociado a la diálisis, al tipo de diálisis, o al tiempo de estar en diálisis.

Esto es así, aunque varios autores coinciden en que el proceso de diálisis aumenta los problemas psicológicos y sociales (Abdel-Kader, Unruh y Weisbord, 2009; Theofilou, 2011) y que el procedimiento produce la limitación de la actividad física, la cual se convierte en uno de los estresores más problemáticos, seguido del decremento en la vida social (Lok, 2008).

Pensamos que estas limitaciones pueden estar disminuidas o ausentes en nuestra población por prevalecer en ellos características positivas como el bajo neuroticismo y la alta extroversión. Creemos que, dado que casi la mitad de los pacientes en lista de espera para TR (47%) reciben una pensión por enfermedad, el impacto de la diálisis en la actividad laboral no es una preocupación relevante, por lo que no influye en la CVRS.

La **hipótesis 6**, que aseveraba que los pacientes en lista de espera para trasplante con antecedente de alcoholismo, presentarían menores puntuaciones de CVRS en las dimensiones de: “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales”, “Función Social” o “Resumen Salud Mental”, no se confirma, puesto que el antecedente de alcoholismo en los pacientes en lista de espera no modifica los resultados de las puntuaciones de CVRS en ningunas de sus dimensiones.

Aunque existen indicios que nos hace pensar en la posible influencia negativa del consumo de alcohol en la CVRS, como el empeoramiento de la función física y mayor fatiga en las personas

diagnosticadas con una cirrosis alcohólica (Aadahl, Hansen, Kirkegaard y Groenvold, 2002), las dificultades familiares asociadas a las conductas adictivas, conlleva una peor CVRS en el periodo pre-trasplante (Estraviz et al., 2007), así como el aumento de las puntuaciones ansiedad y la depresión en esta población (Varma, Webb y Mirza, 2010). Existe información contradictoria referente a la relación del alcoholismo, y la CVRS pretrasplante. Nosotros no encontramos diferencias en la CVRS asociada a los antecedentes de alcoholismo.

La **hipótesis 7**, que planteaba que, a mayor neuroticismo, menor puntuación de CVRS en las dimensiones de: “Función Física”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Salud Mental”, y en el “Resumen de Salud Mental”, de los pacientes en lista de espera para trasplante y en el seguimiento, se confirma, dado que en las personas que presentan alto nivel de neuroticismo se observa una disminución significativa, con un tamaño del efecto alto, en siete de las 6 dimensiones de CVRS: “Función Física”, “Percepciones de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Salud Mental” y “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales”; al igual que en el “Resumen de Salud Mental”.

El neuroticismo alto refleja una tendencia estable a experimentar emotividad negativa, incluyendo ansiedad, bajo estado de ánimo y depresión; siendo una variable que se asocia con la mortalidad, deterioro clínico y empeoramiento de la CVRS (Shiple, 2007).

Nuestros resultados apoyan lo observado por grupos como el de Telles-Correia y sus colaboradores, o el de Prihodova, quienes concluyen que en pacientes TH y TR, el mayor neuroticismo está asociado con pobre calidad de vida (física, mental y social) (Prihodova, 2009; Telles-Correia, Barbosay, Mega, Barroso y Monteiro, 2011).

La **hipótesis 8**, que suponía que, a mayor extroversión, mayor puntuación en las dimensiones “Resumen de Salud Física”, y “Resumen de Salud Mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante, se rechaza dado que no se observan diferencias entre las puntuaciones de extroversión y ninguna de las dimensiones de CVRS.

La extroversión, que se refiere a tendencias sociables, que buscan el entusiasmo (Eysenck y Eysenck, 1987), y se asocia positivamente con mejor CVRS y a un efecto protector de mortalidad (Shiple, 2007). La mayoría de nuestra población presenta un nivel de extroversión alto (85%). Sin embargo, al contrario de lo informado en la literatura (Telles-Correia, Barbosay, Mega, Barroso y Monteiro, 2011), nosotros no observamos diferencias en la CVRS influenciada por los niveles altos o bajos de extroversión en nuestra población.

La **hipótesis 9**, que planteaba que, a mayor ansiedad y/o depresión, menor puntuación en las dimensiones - “Salud Mental” y “Resumen de Salud Mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante, se confirma, puesto que en las personas que

presentaban ansiedad se halló una disminución significativa en 6 de las dimensiones de CVRS: “Percepciones de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Salud Mental”, “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales”, y también en la de “Resumen de Salud Mental”, con un tamaño del efecto alto. Y en las personas con sospecha de depresión, se observó una disminución significativa en las dimensiones de CVRS: “Función Física”, “Percepciones de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, “Salud Mental”, “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales” y “Resumen de Salud Mental”, con un tamaño del efecto alto.

Nuestros datos se asemejan a lo observado por el grupo de Santos y sus colaboradores, quienes detectaron que los síntomas depresivos antes y después del TH, correlacionaban con una CVRS desfavorable (Santos-Junior et al., 2008). Aunque en nuestra población encontramos un subgrupo de pacientes con sospecha de ansiedad y depresión que presentaba puntuaciones de CVRS significativamente menores a los que no tenían esta característica. No logramos encontrar diferencias en la distribución de las personas con síntomas ansiosos y depresivos dependiendo del tipo de trasplante requerido, que nos ayudara a explicar la diferencia entre la CVRS de las personas en lista de espera para TH y TR.

En cuanto a la sintomatología ansiosa y depresiva, en nuestra población pre trasplante fueron detectadas 29 (20%) personas que presentaron sospecha de ansiedad y 25 (17%) que presentaron sospecha de depresión, resultados que resultan algo inferiores a lo observado por Moreno y colaboradores, cuya prevalencia de

ansiedad y depresión se encontraba sobre el 46 % en la población de hemodiálisis en pacientes de Alicante (Moreno et al., 2004). Sin embargo, se debe tener en cuenta que, el entrar en un proceso de espera para trasplante puede reducir la sintomatología, al proporcionarse a los pacientes una esperanza en el cambio de la condición de salud. El grupo que presentó mayor nivel de ansiedad y depresión fue el que se encontraba en la lista de espera para TH, lo que indicaría que puede estar influyendo la condición de gravedad de la patología asociada.

Aunque al igual que otros grupos (Rebollo 2000; Telles-Correia, Barbosa, Mega, Barroso y Monteiro, 2011), nosotros encontramos un menor número de personas con ansiedad y depresión en el grupo trasplantado, sin embargo, nuestros subgrupos eran muy pequeños para buscar diferencias estadísticas.

La **hipótesis 10**, que sostenía que, a mayor grado de competencia percibida en salud, mayor puntuación en las dimensiones de “Percepciones de Salud General”, “Función social”, “Salud mental” y “Resumen de Salud Mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante, observamos se confirma la hipótesis dado que buena competencia en salud presenta significativamente mayores puntuaciones en todas las dimensiones de CVRS.

La competencia percibida promueve un afrontamiento dirigido a la solución del problema, a la vez que disminuye el afrontamiento centrado en la emoción negativa y el autoinforme de síntomas. En

el caso de nuestra población se estudió como competencia Buena/Mala, y presentó una distribución llamativa, dado que la buena competencia estuvo con mayor frecuencia y puntuaciones en el grupo de lista para TR y la mala competencia fue más frecuente en el grupo de lista para TH, quien ostentó, además, las medias de puntuación más bajas entre los grupos.

Estos resultados estarían en consonancia con las observaciones de McCarthy y Newcomb (1992) sobre los sujetos que se sentían con más capacidad para actuar ante los problemas, mostraban mayor implicación con su entorno, y percibían un apoyo social más elevado, así como más recursos personales para afrontar las dificultades. De igual modo, Zebb y Beck (1998) hallaron que los sujetos que se consideraban más habilidosos a la hora de reestructurar cognitivamente los acontecimientos estresantes, presentaban una percepción de control más alta, y un nivel de ansiedad anticipatoria menor.

Los resultados hallados en nuestra población, sugieren que la buena competencia en salud podría constituir un recurso psicológico, capaz de ampliar las posibilidades de afrontar efectivamente el estrés del proceso de espera para un trasplante y además de ejercer un efecto positivo directo sobre la salud emocional.

La **hipótesis 11**, que afirmaba que a mayor puntuación de "Pensamiento Positivo" mejor puntuación en las dimensiones de "Salud Mental" y "Resumen de Salud Mental", en los pacientes en

lista de espera para trasplante, se confirma dado que los individuos que empleaban el “Pensamiento positivo”, presentaban mayores puntuaciones en las dimensiones de “Dolor Corporal”, “Salud Mental”, “Limitaciones de Rol por Problemas Emocionales”, y en el “Resumen de Salud Mental”.

Las estrategias de afrontamiento utilizadas pueden variar en condición de la población y las características particulares de la misma. Consideramos que nuestros resultados se relacionan con los que afirman 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 TR (Lim y Molassiotis, 1999).

Dado que 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), es plausible pensar que el “*Pensamiento Positivo*” influye positivamente en la CVRS.

La **hipótesis 12**, que postulaba que a mayor nivel de apoyo social y familiar, mejor CVRS en las dimensiones de “Salud Mental” y “Resumen de Salud Mental”, en los pacientes en lista de espera para trasplante se rechaza, ya que se observó que las puntuaciones de nivel de apoyo social alto se asocian de manera significativa con mayores puntuaciones en la dimensión de “Limitaciones de rol por

problemas emocionales” y no se encuentran diferencias en la CVRS- “Salud Mental”, ni en el “Resumen de Salud Mental”.

Nosotros observamos que el nivel de apoyo social y familiar se correlaciona directamente con la dimensión de CVRS- “Limitaciones de rol por problemas emocionales”. Así, a altos niveles de apoyo social y familiar mayor CVRS en “Limitaciones de rol por problemas emocionales”. Por lo general, el apoyo familiar estuvo o bien valorado, presentando niveles moderados y altos durante todo el proceso de trasplante. Lo que diferencia a nuestra población de otros estudios.

Los datos presentados en este estudio sugieren que la personalidad y el apoyo social, además del bienestar físico, tienen un impacto importante en la CVRS. Esta conclusión es apoyada por Overbeck y su grupo, quien enfatizó que el ambiente social se correlaciona estrechamente con las percepciones de salud, depresión y satisfacción con la vida (Overbeck, 2005).

Finalmente, la **hipótesis 13**, que planteaba que los pacientes trasplantados (TH y TR) tendrían mejores resultados en la CVRS en “Percepción de Salud General”, y en el “Resumen Salud Física”, frente a los no trasplantados, no se confirma, puesto que sólo en el grupo de TH se observa una mejoría significativa, en al menos dos de las dimensiones de CVRS, frente a los no TH.

Nuestros resultados revelan que el grupo con TR presenta una mejoría de en la variable de CVRS “Percepción de Salud General”, y un empeoramiento en “Limitaciones Físicas”, y “Limitaciones de rol por Problemas Emocionales”. Estos datos se diferencian de los que encontramos en la literatura consultada, donde no hallamos esa percepción negativa sobre la CVRS post TR (Cirera, Reina, Lucas y Franco, 2009; Fiebiger, Mitterbauer y Oberbauer, 2004; Rebollo, et al., 2000). Esto podría explicarse, en parte, porque desde el ingreso a lista de espera para TR nuestro grupo parecía no verse afectado por el procedimiento de la diálisis, presentando puntuaciones de CVRS superiores a lo observado en la literatura.

Nos llama la atención que en las mediciones de CVRS del seguimiento, el grupo no TR presenta un valor mucho más bajo en estas dos dimensiones, lo que podría dar cuenta de que estos pacientes al ingreso de la lista de espera infravaloren las limitaciones físicas, y que, mientras se encuentran en el proceso de espera de su órgano, se dan cuenta de las limitaciones que presentan. En este sentido, nuestros datos se asemejan a los publicados por el grupo de Overbeck, donde los receptores de TR percibieron que su estado de salud era mejor que el de la población no trasplantada, pero lo estimaron como menor en comparación con los pacientes de trasplante hepático (Overbeck et al., 2005)

La mejoría en todas las variables de la CVRS de nuestros pacientes post TH, y las diferencias positivas frente al grupo no TH de la “Percepción de Salud General”, la “Vitalidad”, la “Función Social” y la variable de “Resumen de Salud Mental, también son

hallazgos singulares de nuestro grupo, dado que los estudios hasta ahora informaban de la mejoría en la “Función Física” y no encontraba diferencias en las dimensiones de “Salud Mental” (Laba et al., 2008; Singer, Hopman y MacKenzie, 2000; Telles Correia, Barbosa, Mega, Mateus y Monteiro, 2009). Por ello, pensamos que las características psicológicas positivas de nuestra población pueden estar influyendo en este sentido.

5.3 Limitaciones del Estudio.

El análisis de la CVRS es fundamentalmente diferente de otras investigaciones médicas. El paciente evalúa su propia salud física y psicológica teniendo en cuenta, aparte de su estado de salud, el entorno social y factores físicos y psicológicos. Existen problemas inherentes a estas evaluaciones, como la inconsistencia de los instrumentos utilizados en diferentes estudios y la ausencia de una definición clara de la CVRS. Por lo tanto, la investigación en este campo cubre un amplio espectro de cuestionarios y escalas, que tratamos de limitar seleccionando las que nos permitieran medir las variables para responder a nuestras hipótesis, que estuvieran validadas al español y hubiesen sido utilizadas en población de trasplante.

Por ser una población particular, el número de individuos fue limitado y en algunos casos pequeño para realizar análisis estadísticos. El continuar realizando estudios en esta línea, nos permitiría ampliar el número de individuos y determinar factores de riesgo. También, nos queda por verificar si, como en otros estudios,

el tipo de apoyo social y familiar recibido y, concretamente, la salud mental de los cuidadores principales, influyen en la CVRS de los TH (Pérez, Martín, Gallego y Santamaria, 2000; Pérez, Martín, Asian y Pérez, 2005).

El estado de ánimo de los pacientes, como los sentimientos de depresión o ansiedad, durante el tiempo de lista de espera puede ser muy variable, por lo que las calificaciones de las respuestas emocionales en los periodos evaluados pueden no ser representativos de todas las modificaciones que se presentan a lo largo del proceso de trasplante.

5.4 Aplicabilidad de la Investigación y Líneas Futuras.

Nuestra investigación nos ha permitido conocer las características socio-demográficas, clínicas y psicológicas de nuestra población en lista para TH y TR que interaccionan con su CVRS. Al ser un estudio longitudinal hemos podido comparar las características de los individuos que influyen en los cambios de la CVRS con respecto a la realización del procedimiento y compararlo frente a los que continuaban en el proceso de espera.

Los resultados indican un papel muy importante de los factores psicológicos en una subpoblación de estos pacientes en la que los rasgos de personalidad con neuroticismo alto y la sospecha de ansiedad y/o depresión, influyen negativamente en la CVRS,

creemos necesario continuar estudiando si esta influencia negativa se relaciona con complicaciones post trasplante.

La importancia del trasplante como tratamiento de patologías mortales puede mejorarse y fortalecerse a través de la investigación- El acompañamiento psicológico y psiquiátrico y la intervención terapéutica, antes y después del trasplante, puede ayudar a los pacientes a aceptar su estado de salud, a establecerse objetivos realistas para el futuro y a integrarse en la sociedad. Estas intervenciones pueden contribuir aún más a mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Como están haciendo otros equipos de investigación (Miller et al., 2013; Poppe, Crombez, Hanouille, Vogelaers y Petrovic, 2013; Prihodova et al., 2010; Telles-Correia, Barbosa, Mega y Monteiro, 2011), en el futuro deberíamos poder contrastar nuestros hallazgos con otros factores clínicos predictores de morbilidad y evolución post quirúrgica de los pacientes trasplantados.



CAPITULO 6
CONCLUSIONES

Las conclusiones que presentamos reflejan los resultados más relevantes de esta investigación.

1. La población en lista de espera de TH y TR del HGUA no se diferencian en edad, origen, procedencia, estado civil, nivel de educación, situación laboral o salario.
2. Nuestra población en lista de espera para TR presenta puntuaciones de CVRS similares a la población general.
3. Las diferencias más significativas de las dimensiones de CVRS entre los grupos de lista de espera para TH y TR pre trasplante, son: “Función Física”, “Dolor”, “Percepción de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social”, y las dos variables resumen, “CVRS-Resumen de Salud Física” y “CVRS-Resumen Salud Mental”.
4. La buena Competencia percibida en salud es la variable que más se asocia positivamente con todas las dimensiones de la CVRS.
5. El neuroticismo alto es la variable que más influye negativamente en la CVRS de los pacientes en lista de espera para TH y TR, así como en la CVRS del post trasplante.
6. La ansiedad y la depresión influyen negativamente en la CVRS de los pacientes en lista de espera para TH y TR, así como en la CVRS del post trasplante.
7. La evaluación de aspectos psicológicos como el neuroticismo, la ansiedad y la depresión, permite identificar una subpoblación vulnerable con peor CVRS, que

probablemente se beneficie de una atención individualizada.

8. Los pacientes con TH presentan una mejoría significativa de su CVRS, sobre todo en las dimensiones: “Percepción de Salud General”, “Vitalidad”, “Función Social” y en el “Resumen de Salud Mental”.
9. El efecto del TR sobre la CVRS implica una mejoría significativa frente al no TR en la “Percepción de Salud General”.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aadahl, M., Hansen, B. A., Kirkegaard, P. y Groenvold, M. (2002). Fatigue and Physical Function After Orthotopic. *Liver Transplantation*, 8(3), 251-259.
- Abacı, S. H., Alagoz, S., Salihoglu, A., Yalin, S. F., Gulcicek, S., Altiparmak, M.R. y Seyahi, N. (2015). Assessment of Anemia and Quality of Life in Patients with Renal Transplantation. *Transplantation proceedings*, 47(10), 2875-2880.
- 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.
- Allport, G. W. (2013). *Personality: A psychological interpretation*. 1937. New York: Henry Holt.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*, 104 (20), 771-776.
- Alonso J., Regidor E., Barrio G., Prieto L., Rodríguez C., de la Fuente L. (1998). Estandarización de cada una de las escalas del SF- 36 utilizando las medias y desviaciones standard de la población española que aparecen publicadas en: Valores Poblacionales de Referencia de la versión española del cuestionario de la salud SF-36. *Med Clin (Barc)*, 111, 410 – 416.
- Amodio, P., Salari, L., Montagnese, S., Schiff, S., Neri, D., Bianco, T. y Minazzato, L. (2012). Hepatitis C virus infection and health-

- related quality of life. *World J Gastroenterol*, 21; 18(19), 2295-2299.
- Bachmann, J. M., Goggins, K. M., Nwosu, S. K., Schildcrout, J. S., Kripalani, S. y Wallston, K. A. (2016). Perceived health competence predicts health behavior and health-related quality of life in patients with cardiovascular disease. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 2071-2079.
- Bal, M. D. y Sahin, N. H. (2011). The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*, 18(12), 1309-1316.
- Bamgbola, O. F. (2016). Spectrum of anemia after kidney transplantation: pathophysiology and therapeutic implications. *Clinical Transplantation*, 18. doi: 10.1111/ctr.12813.
- Banihashemi, M., Hafezi, M., Nasiri-Toosi, M., Jafarian, A., Abbasi, M. R., Arbabi, M.,... Nejatisafa, A. A. (2015). Psychosocial Status of Liver Transplant Candidates in Iran and Its Correlation with Health-Related Quality of Life and Depression and Anxiety. *Journal of transplantation*, 2015.
- Baranyi, A., Krauseneck, T. y Rothenhäusler, H. B. (2013). Overall mental distress and health-related quality of life after solid-organ transplantation: results from a retrospective follow-up study. *Health Qual Life Outcomes*, 8 (11),1-5.
- Barriga, S. (1988). Los indicadores de bienestar. En J. Rodríguez-Marín et al. Aspectos Psicosociales de la salud en la comunidad *Barcelona: PPU*, 175 – 190.
- 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.

- Brock, D. (1993). Quality of life measures in health care and medical ethics. En Nussbaum, M. y Sen, S. (eds): *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press, 95-132.
- Bryant, F.B. y Veroff, J. (1982). The structure of psychological well-being. *Journal of personality and social Psychology*, 43, 4, 653 – 673.
- Burra, P., De Bona, M., Germani, G., Canova, D., Masier, A., Tomat, S. y Senzolo, M. (2007). The Concept of Quality of Life in Organ Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 39, 2285–2287.
- Burra, P., De Bona, M., Canova, D., Feltrin, A., Ponton, A., Ermani, M., ... y Naccarato, R. (2005). Longitudinal prospective study on quality of life and psychological distress before and one year after liver transplantation. *Acta Gastro-enterologica Belgica*, 68 (1), 19-25.
- Butt, Z., Parikh, N.D., Skaro, A.I., Ladner, D. y Cella, D. (2012). Quality of life, risk assessment, and safety research in liver transplantation: new frontiers in health services and outcomes research. *Current opinion in organ transplantation*, 17(3), 241-7.
- Butt, Z., Yount, S.E., Caicedo, J.C., Abecassis, M.M. y Cella, D. (2008). Quality of life assessment in renal transplant: review and future directions. *Clinical transplantation*, 22(3), 292-303.
- 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.
- Caraceni, P., Domenicali, M. y Bernardi, M. (2008). The endocannabinoid system and liver diseases. *Journal of neuroendocrinology*, 20(Suppl 1), 47– 52.

- Castro, J. F. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?. *Anales de psicología*, 10(2), 127.
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- Chisholm-Burns, M.A., Erickson, S.R., Spivey, C.A. y Kaplan, B. (2012). Health related quality of life and employment among renal transplant recipients. *Clinical transplantation*, 26(3), 411-417.
- Chkhotua, A., Pantsulaia, T. y Managadze, L. (2011). The quality of life analysis in renal transplant recipients and dialysis patients. *Georgian Med News*, 11(200),10-17.
- Christensen, A.J., Wiebe, J.S., Benotsch, E.G. y Lawton, W.J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*, 20 (4), 411–421.
- 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.
- Clayton, P., Excell, L., Campbell, S., McDonald, S. y Chadban, S. J. (2010). Chapter 8, Transplantation. ANZDATA Registry Report 2012. 35th Annual Report, 1- 31.
- De Bona, M., Ponton, P., Ermani, M., Iemmolo, R. M., Feltrin, A., Boccagni, P. 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 (4), 609–615.
- De Groot, I.B., Veen, J.I., van der Boog, P.J., van Dijk, S., Stiggelbout, A.M., Marang-van de Mheen, P.J. y PARTNER- study group. (2013). Difference in quality of life, fatigue and societal participation between living and deceased donor kidney transplant recipients. *Clinical transplantation*, 27 (4), E415 - 23.
- Dobbels, F., Skeans, M.A., Snyder, J.J., Tuomari, A.V., Maclean, J.R. y Kasiske, B.L. (2008). Depressive disorder in renal transplantation: an analysis of medicare claims. *The American Journal of Kidney Diseases*, 51, (5), 819-828.
- Ehlers, S.L., Rodrigue, J.R., Widows, M.R., Reed, A.I. y Nelson, D.R. (2004). Tobacco use before and after liver transplantation: a single center survey and implications for clinical practice and research. *Liver transplantation*, 10 (3), 412-417.
- Eisenga, M.F., Minovic, I., Berger, S.P., Kootstra-Ros, J.E., van den Berg, E., Riphagen, I.J.,... Gaillard, C.A. (2016). Iron deficiency, anemia and mortality in renal transplant recipients. *Transplant International*, 29(11), 1176-1183.
- Engle, D. (2001). Psychosocial aspects of the organ transplant experience: What has been established and what we need for the future. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 521-549.
- 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.
- Eysenck, H. J. (1960). The structure of human personality. Methuen, London.

- Eysenck, H. J. (1970). *Fundamentos Biológicos de la Personalidad*. (Trad. M." Dolors Bordas). Ed. Fontanella, S. A. Barcelona.
- Eysenck, H. J. (1982). Development of a theory. *Personality, genetics, and behavior*, 1-38.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1987). *Personality and individual differences*. New York, NY: Plenum.
- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. *Handbook of personality theory: theory, and research*. Ed. LA Pervin. NY.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1994). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. California: EdITS/Educational and Industrial Testing Service.
- Ewusi-Mensah, I., Saunders, J.B., Wodak, A.D., Murray, R.M. y Williams, R. (1983). Psychiatric morbidity in patients with alcoholic liver disease. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 287(6403), 1417-1419.
- Faure, S., Herrero, A., Jung, B., Duny, Y., Daures, J.P., Mura, T.,... Pageaux, G.P. (2012). Excessive alcohol consumption after liver transplantation impacts on long-term survival, whatever the primary indication. *Journal of hepatology*, 57 (2), 306-312.
- Fiebiger, W., Mitterbauer, C. y Oberbauer, R. (2004). Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(1),2.
- Frazier, P.A., Davis, S.H. y Dahl, K.E. (1995). Stressors, social support, and adjustment in kidney transplant patients and their spouses. *Social Work Health Care*, 21, 93-108.
- Frazier, P.A., Tix, A.P., Klein, C.D. y Arikian, N.J. (2000). Testing theoretical models of the relations between social support,

- coping, and adjustment to stressful life events. *Journal of Social and Clinical Psychology, 19*, 314-335.
- Friedman, A.L. (2011). Cautious renal transplantation for the elderly is realistic. *Nephron Clinical Practice, 119*, Suppl 1:c14-18.
- Gandhi, S., Jedel, S., Hood, M.M., Mutlu, E., Swanson, G. y Keshavarzian, A. (2014). The relationship between coping, health competence and patient participation among patients with inactive inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis, 8*(5), 401-408.
- Garcia, G. G., Harden, P. y Chapman, J. (2012). The global role of kidney transplantation. *Kidney and Blood Pressure Research, 35*(5), 299-304.
- Goetzmann, L., Saraca, N., Ambühl, P. y Boehler, A. (2008). Psychological response and quality of life after transplantation: a comparison between heart, lung, liver and kidney recipients. *Swiss Med Wkly, 138* (33–34), 477–483.
- Gordon, E.J., Ladner, D.P., Caicedo, J.C. y Franklin, J. (2010). Disparities in kidney transplant outcomes: A review. *In Seminars in nephrology, 30*(1), 81-89.
- Gorevski, E., Succop, P., Sachdeva, J., Cavanaugh, T. M., Volek, P., Heaton, P.,...y Martin-Boone, J. E. (2013). Is there an association between immunosuppressant therapy medication adherence and depression, quality of life, and personality traits in the kidney and liver transplant population?. *Patient preference and adherence, 7*, 301.
- 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.

- Greenfield, S. F., Weiss, R. D., Muenz, L. R., Vagge, L. M., Kelly, J. F., Bello, L. R. y Michael, J. (1998). The effect of depression on return to drinking: a prospective study. *Archives of General Psychiatry*, 55(3), 259-265.
- Grey, M. y Berry, D. (2004). Coping skills training and problems solving in diabetes. *Current diabetes reports*, 4(2), 126-131.
- Griva, K., Davenport, A. y Newman, S.P. (marzo, 2013). Health related quality of life and long term survival and graft failure in kidney transplantation: a 12year followup study. *Transplantation*, 15, 95(5):740-749.
- Griva, K., Davenport, A., Harrison, M. y Newman, S.P. (2012). The impact of treatment transitions between dialysis and transplantation on illness cognitions and quality of life a prospective study. *British journal of health psycholog*, 17 (4), 812-827.
- 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*, 1-12.
- Hathaway, D. K., Winsett, R. P., Johnson, C., Tolley, E. A., Hartwig, M., Milstead, J. y Gaber, A. O. (1998). Post kidney transplant quality of life prediction models. *Clinical transplantation*, 12(3), 168-174.
- Huffman, J.C., Popkin, M.K. y Stern, T.A. (2003). Psychiatric considerations in the patient receiving organ transplantation: A clinical case conference. *General Hospital Psychiatry*, 25, 484-491.

- Ibrahim, N., Teo, S. SL., Che Din, N., Abdul Gafor, A.H. y Ismail, R. (2015). The Role of Personality and Social Support in Health-Related Quality of Life in Chronic Kidney Disease Patients. *PLoS ONE*, 10(7): e0129015. doi:10.1371/journal.pone.0129015.
- Jara, M., Bednarsch, J., Malinowski, M., Lüttgert, K., Orr, J., Puhl, G. y Stockmann M. (2014). Predictors of quality of life in patients evaluated for liver transplantation. *Clinical transplantation*, 28, 1331–1338.
- Jin, S., Xiang, B., Zhong, L., Yan, L., Chen, Z., Wang, W. y Yang, J. (2013). Quality of life and psychological distress of adult recipients after living donor liver transplantation. *Transplantation proceedings*, 45 (1), 281- 285.
- Jurado, R., Morales, I., Taboada, D., Denia, F., Mingote, J.C., Jiménez, M.Á. y Rubio, G. (2011). Coping strategies and quality of life among liver transplantation candidates. *Psicothema*, 23 (1), 74-79.
- Keown, P. (2001). Improving quality of life--the new target for transplantation. *Transplantation*, 72 (suppl 12):S67-S74
- Kim, W.R., Biggins, S.W., Kremers, W.K., Wiesner, R.H., Kamath, P.S., Benson, J.T., Therneau, T.M. (2008). Hyponatremia and mortality among patients on the liver-transplant waiting list. *New England Journal of Medicine*, 359(10), 1018-1026.
- Laba, M., Pszenny, A., Gutowska, D., Jonas, M., Durlik, M., Paczek, L., ... y Malkowski, P. (2008). Quality of life after liver transplantation-preliminary report. *Annals of Transplantation*, 13(4):67- 71.
- Lahey Benjamin, B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241-256.

- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Levi, L. y Anderson, L. (1975). Psychosocial stress. *Population, environment, and the quality of life*.
- 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.
- Lok, P. (2008). Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients en Australia. *Journal of advanced nursing*, 23(5), 873-881.
- Lucey, M.R. (2014). Liver transplantation for alcoholic liver disease. *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*, 11 (5):300-307.
- Luo, Y.L., Yang, X.L., Cui, J.B., Xiao, F.M., Liao, Y., Wu, T. y Xie, Z.R. (2012). Health related quality of life of liver transplant recipients: a single center experience. *Hepatogastroenterology*, 59(118):1947-50.
- Mabrouk, M., Esmat, G., Yosry, A., ElSerafy, M., Doss, W., Zayed, N. y Omar, A. (2012). Health related quality of life in Egyptian patients after liver transplantation. *Ann Hepatol*, 11(6):882-90.
- Madariaga, I. A. y Antón, V. A. N. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística española*, 50(167), 147-192.
- Marks, W. H., Florence, L., Lieberman, J., Chapman, P., Howard, D., Roberts, P. y Perkinson, D. (1996). Successfully treated invasive pulmonary aspergillosis associated with smoking marijuana in a renal transplant recipient. *Transplantation*, 61(12), 1771-1774.

- Martín-Rodríguez, A., Pérez-San Gregorio, M.A., Domínguez-Cabello, E., Fernández-Jiménez, E. y Pérez Bernal, J. (2012). Affective status in liver transplant recipients as a function of self perception of general health. *Transplantation proceedings*, 44 (9), 2619 - 2621.
- Masala, D., Mannocci, A., Unim, B., Del Cimmuto, A., Turchetta, F., Gatto, G.,... La Torre, G. (2012). Quality of life and physical activity in liver transplantation patients: results of a casecontrol study in Italy. *Transplantation proceedings*, 44 (5), 1346- 1350.
- 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.
- McCarthy, W. J. y Newcomb, M. D. (1992). Two dimensions of perceived self-efficacy: Cognitive control and behavioral coping ability. *Self-efficacy: Thought control of action*, 39-64.
- Miller, L. R., Paulson, D., Eshelman, A., Bugenski, M., Brown, K. A., Moonka, D. y Abouljoud, M. (2013). Mental health affects the quality of life and recovery after liver transplantation. *Liver Transplantation*, 19(11), 1272-1278.
- Miotto, E. C., Campanholo, K. R., Machado, M. A., Benute, G. G., Lucia, M., Fráguas Jr, R., ... y Machado, M. C. (2010). Cognitive performance and mood in patients on the waiting list for liver transplantation and their relation to the model for end-stage liver disease. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 68(1), 62-66.
- Molnar- Varga, M., Molnar, M.Z., Szeifert, L., Kovacs, A.Z., Kelemen, A., Becze, A. y Novak, M. (2011). Health related quality of life and clinical outcomes in kidney transplant recipients. *American Journal of Kidney Diseases*, 58(3), 444- 452.

- Moos, R. H. y Schaefer, J. A. (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. En L. Golberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. Nueva York: Kree Press, 234-257.
- Moreno Núñez, E., Arenas Jiménez, M., Porta Bellmar, E., Escalant Calpena, L., Cantó García, M., Castell García, G., ... y Cases Iborra, J. M. (2004). Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 7(4), 17-25.
- Murray, J. E. (2011). Ronald Lee Herrick Memorial: June 15, 1931–December 27, 2010. *American Journal of Transplantation*, 11(3), 419-419.
- Neri, L., McEwan, P., Sennfalt, K. y Baboolal, K. (2012). Characterizing the relationship between health utility and renal function after kidney transplantation in UK and US: a crosssectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 23(10), 139.
- Nickel, R., Wunsch, A., Egle, U. T., Lohse, A. W. y Otto, G. (2002). The relevance of anxiety, depression and coping in patients after liver transplantation. *Liver transplantation*, 8(1), 63-71.
- Organización Nacional de Trasplantes, Memoria de Actividad: Trasplante hepático (2015), Recuperado de, <http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria%20hepatico%202015.pdf>
- ONT-Organización Nacional de Trasplantes. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. Notas de prensa, 11 enero de 2017: www.msssi.es
- ONT: <http://www.ont.es/home/Paginas/Trasplantedehigado.aspx>
- O'Carrol, R., Couston, M., Cossar, J., Masterton, G. y Hayes, P. (2003). Psychological Outcome and Quality of Life Following

- Liver Transplantation: A prospective, nacional sibgle-center study. *Liver Transplantation*, 9, 712-720.
- Østhus, T.B., Preljevic, V., Sandvik, L., Dammen, T. y Os, I. (2012). Renal transplant acceptance status, healthrelated quality of life and depression in dialysis patients. *Journal of renal care*, 38 (2), 98-106.
- Oswald, N.C., Waller, R.E. y Drinkwater, J. (1970). Relationship between Breathlessness and Anxiety in Asthma and Bronchitis: A Comparative Study. *British Medical Journal*, 2, 14-17.
- Overbeck, I., Bartels, M., Decker, O., Harms, J., Hauss, J. y Fangmann, J. (2005). Changes in quality of life after renal transplantation. *Transplantation proceedings*, 37, 3, 1618-1621.
- Pastor, M. A., Martín-Aragón, M., Rodríguez-Marín, J., Terol, M. C., López-Roig, S. y Sánchez, S. (1997). Valoración de la competencia percibida en relación a la salud. In Poster presented at VI Congreso Nacional de Psicología Social, Spain.
- Patel, S.S., Peterson, R.A. y Kimmel, P.L. (2005). Impact of social support on end-stage renal disease. *Seminars in dialysis*, 18(2), 98–102.
- Patrick, D. L. y Erickson, P. (1993). Health status and health policy: quality of life in health care evaluation and resource allocation.
- Pérez-Corral, F. P. (1994). La Calidad de vida del anciano hospitalizado (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Madrid).
- Pérez, M.A., Marín, A. y Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1): 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., 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-San Gregorio, M.Á., Martín-Rodríguez, A., Pérez-Bernal, J. y Maldonado, M.D. (2010). Quality of Life in Spanish Patients with Liver Transplant. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 6, 79-85.
- Pérez-San Gregorio, M.Á., Martín-Rodríguez, A., Domínguez-Cabello, E., Fernández-Jiménez, E. y Bernardos-Rodríguez, Á. (2013). Quality of life and mental health comparisons among liver transplant recipients and cirrhotic patients with different selfperceptions of health. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20 (1), 97 – 106.
- Plantinga, L. C., Fink, N. E., Harrington-Levey, R., Finkelstein, F. O., Hebah, N., Powe, N. R. y Jaar, B. G. (2010). Association of social support with outcomes in incident dialysis patients. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 5(8), 1480-1488.
- Polner, K., Szeifert, L., Vámos, E. P., Ambrus, C., Molnár, M.Z., Ladányi, E., Túri, S. (2011). Psychosocial characteristics and selfreported functional status in patients on maintenance dialysis in Hungary. *Clinical nephrology*, 76 (6), 455 – 463.
- Ponto, P., Rupolo, G.P., Marchini, F., Feltrin, A., Perin, N., Mazzoldi, M.A., Giacom, B., Baldan, N. y Rigotti, P. (2001). Quality of life

- change after kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*, 33, 1887-1889.
- Poppe, C., Crombez, G., Hanouille, I., Vogelaers, D. y Petrovic, M. (2013). Improving quality of life in patients with chronic kidney disease: influence of acceptance and personality. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 28(1), 116-121.
- Prihodova, L., Nagyova, I., Rosenberger, J., Roland, R., van Dijk, J. P. y Groothoff, J. W. (2010). Impact of personality and psychological distress on health-related quality of life in kidney transplant recipients. *Transplant International*, 23, 484–494.
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Blizard, R. A., Thomas, A., y Mann, A. H. (1997). Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychological medicine*, 27(02), 323-332.
- Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J. M., Badia, X., Álvarez-Ude, F., Díaz-Corte, C., 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.
- Reimer, J., Franke, G. H., Philipp, T. y Heemann, U. (2002). Quality of life in kidney recipients: comparison of tacrolimus and cyclosporine microemulsion. *Clinical transplantation*, 16(1),48-54.
- 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.
- Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S. y Pastor, M. A. (1990). Estrategias de afrontamiento de la enfermedad. En Barriga, S., León J.M., Martínez, M.F. y Jiménez, I.F. (eds.) *Psicología de la salud; aportaciones desde la psicología social*. Sevilla: Sedal, 159-196.
- Rodríguez- Marín, J., López-Roig, S., Pastor, M.A., Sánchez, S. y Terol, M.C. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del Cuestionario de Formas de afrontamiento de Acontecimientos Estresantes. *Revista de Psicología de la Salud*, 4, 1.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A. y Lopez-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349 – 372.
- Rodríguez-Marín, J. y Neipp, M.C. (2008). *Manual de Psicología social de la salud. Madrid. Síntesis*.
- Rosenbergera, E. M., Dewb, M. A., Cronec, D. C. y DiMartini, A. F. (2012). Psychiatric disorders as risk factors for adverse medical outcomes after solid organ transplantation. *Current opinion in organ transplantation*, 17(2), 188–192.
- Rostami, Z., Shafighi, N., Baghersad, M. M. y Einollahi, B. (2011). Risk factors for immediate anemia in renal transplant recipients: a single-center experience. *Transplantation proceedings*, 43(2) ,581- 583.
- 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), 138-144.
- 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- 1094.
- Saatcioglu, O., Yapici, A. y Cakmak, D. (enero, 2008). Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*, 27(1) ,83-90.
- Sánchez, M., y Cuadras, C. (1972). Adaptación española del cuestionario E.P.I. de Eysenck. *Anuario de Psicología* (Barcelona), 6, 31-59.
- Sánchez, J. M., Montejo, A. L. y Llorca. G. (2006). Estudio del estado de salud, comorbilidad depresiva y rasgos de personalidad en pacientes en hemodiálisis renal crónica. *Psiquiatría Biológica*, 13 (2), 67-70.
- Sanner, M. A. (2003). Transplant recipients' conceptions of three key phenomena in transplantation: the organ donation, the organ donor, and the organ transplant. *Clinical Transplantation*, 17 (4), 391–400.
- Santamaría, M. L. S. (1991). La calidad de vida y su medida. Un sistema de indicadores sociales para el País Vasco. [Tesis doctoral]. Bilbao. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad de Deusto.
- Santos, G. G., Gonçalves, L. C., Buzzo, N., Mendes, T.A., Dias, T. P., da Silva, R. C. y Miyazaki, M. C. (2012). Quality of life, depression, and psychosocial characteristics of patients awaiting

- liver transplants. *Transplantation proceedings* oc, 44 (8), 2413-2415.
- 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.
- Shipley, B.A., Weiss, A., Der, G., Taylor, M.D. y Deary, I.J. (2007). Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: a 21-year prospective cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 923-31.
- 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.
- Srivatanauksorn, Y., Dumronggittigule, W., Limsrichamrern, S., Iramaneerat, C., Kolladarungkri, T., Kositamongkol, P. y Tovikkai, C. (2012). Quality of life among liver transplantation patients. *Transplantation proceedings*, 44(2), 532-538.
- Smith, M.S., Wallston, K.A. y Smith, C.A. (1995). The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, 10, 51- 64.
- Spilker, B. (1990). Introduction. En B. Spliker (ed.), *Quality of life Assessment in Clinical Trials*. Raven Press Ltd. New York,.3-9.
- Soni, R. K., Weisbord, S. D. y Unruh, M. L. (2010). Health-related quality of life outcomes in chronic kidney disease. *Current opinion in nephrology and hypertension*, 19(2), 153–159.
- Sprangers, M. A. G. y Aaranson, N. K. (1992). The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of

- patients with chronic disease: A review. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 743–760.
- Stilley, C S., Miller, D. J., Gayowski, T. y Marino, I. R. (1999). Psychological characteristics of candidates for liver transplantation: differences according to history of substance abuse and UNOS listing. *Journal of clinical psychology*, 55(10), 1287- 1297.
- Sutton, T. D. y Murphy, S. P. (1989). Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. *Nursing Research*, 38(1), 46-49.
- Tarter, R. E., Switala, J., Plail, J. y Van Thiel, D. (1991). Quality of life before and after orthotopic hepatic transplantation. *Archives of internal medicine*, 151(8), 1521-1526.
- Tejero, A., Guimerá, E. M., Farré, J. M. y Peri, J. M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13(5), 233-238.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I. y Monteiro, E. (2008). Psychiatric differences between liver transplant candidates with familial amyloid neuropathy and those with alcoholic liver disease. *Progress in Transplantation*, 18 (2), 134-135.
- 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. y Mega I. (2010). Personality and transplantation. *Acta medica portuguesa*, 23(4), 655-662.

- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E. y Monteiro, E. (2011). Psychiatric and psychosocial predictors of medical outcome after liver transplantation: A Prospective, Single-Center Study. *Transplantation Proceedings*, 43(1), 155–157.
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martí-Aragón, M., Pastor, M. A. y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y Estrés*, 13.
- Terrault, N. A. y Wright, T. L. (1995). Hepatitis C virus in the setting of transplantation. *Seminars in liver disease*, 15(1), 92-100.
- Theofilou, P. (2011). Quality of life in patients undergoing hemodialysis or peritoneal dialysis treatment. *Journal of clinical medicine research*, 3(3), 132-138.
- Triffaux, J., Wauthy, J., Bertrand, J., Limet, R., Albert, A. y Ansseau, M. (2001). Psychological evolution and assessment patients undergoing or thotopic heart transplantation. *European Psychiatry Journal*, 16, 180-185.
- Tripp, L.E., Clemons, J.R., Goldstein, R.R. y McCarthy Stewart, L. (1996). Drinking patterns in liver transplant recipients. *Psychosomatics*, 37, 249.
- Trumper, A. y Appleby, L. (2001). Psychiatric morbidity in patients undergoing heart, heart and lung, or lung transplantation. *Journal of Psychosomatics Research*, 50, 103-105.
- Tsouna-Hadjis, E., Vemmos, K. N., Zakopoulos, N. y Stamatelopoulos, S. (2000). First-stroke recovery process: the role of family social support. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 81(7), 881-887.

- Untas, A., Thumma, J., Rascle, N., Rayner, H., Mapes, D., Lopes, A. A. y Pisoni, R. L. (2010). The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, CJN-02340310.
- Varma, V., Webb, K. y Mirza, D. (2010). Liver transplantation for alcoholic liver disease. *World Journal of Gastroenterology*, 16(35), 4377-4393.
- Vernon (1979). *Diccionario de Psicología*. Madrid: Ediciones Rioduero. Original: *Lexikon der Psychologie*. Freiburg: Verlag Herder. 1971-1972.
- Walker, S.R. (1987). *Quality of Life: Principles and Methodology*. En: Walker, S.R. y Rosser, R.M. (eds.). *Quality of Life: Assesment and Application*. Lancaster. MTP Press Limited.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183-199.
- Wang, G. S., Yang, Y., Li, H., Jiang, N., Fu, B.S., Jin, H. y Chen, G.H. (2012). Health related quality of life after liver transplantation: the experience from a single Chinese center. *Hepatobiliary and Pancreatic Diseases International*, 11(3), 262-266.
- Ware, J. E., Kosinski, M., Dewey, J. E. y Gandek, B. (2000). *SF-36 health survey: manual and interpretation guide*. Quality Metric Inc.
- Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

- Watanabe, T. y Hiraga, S. (1999). Psychiatric symptoms during the week after renal transplantation. *Transplantation proceedings*, 31 (1), 251-253.
- Whalen, H., Clancy, M. y Jardine, A. (2012). Future challenges in renal transplantation. *Minerva chirurgica*, 67(1), 15-30.
- 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.
- Wiesner, R. H., Lombardero, M., Lake, J. R., Everhart, J. y Detre, K. M. (1997). Liver transplantation for end- stage alcoholic liver disease: An assessment of outcomes. *Liver Transplantation and Surgery*, 3(3), 231-239.
- Willoughby, D.F., Kee, C. y Demi, A. (2000). Women`s psychosocial adjustment to diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1422 – 1430.
- Wilson, T. D., Centerbar, D. B., Kermer, D. A. y Gilbert, D. T. (2005). The pleasures of uncertainty: prolonging positive moods in ways people do not anticipate. *Journal of personality and social psychology*, 88(1), 5.
- Younossi, Z.M., Boparai, N., Price, L.I., Kiwi, M.I., McCormick, M. y Guyatt, G. (2001). Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. *The American journal of gastroenterology*, 96(7), 2199-2205.
- Zahn, A., Seubert, L., Jünger, J., Schellberg, D., Weiss, K. H., Schemmer, P. y Gotthardt, D. N. (2013). Factors influencing longterm quality of life and depression in German liver transplant recipients: a single-centre cross-sectional study. *Ann Transplant*, 26 (18), 327 - 335.

- Zhang, S. J., Huang, L. H., Wen, Y. L., Hu, Z. H. y Jin, J. (2005). Impact of personality and coping mechanisms on health-related quality of life in liver transplantation recipients. *Hepatobiliary Pancreatic Dis Intl*, 4,356- 359.
- Zalai, D., Szeifert, L. y Novak, M. (2012). Psychological distress and depression in patients with chronic kidney disease. *Seminars in dialysis*, 25(4), 428- 438.
- Zebb, B.J. y Beck, J.G. (1998). Worry versus anxiety. *Behavior Modification*, 22, 45-61.

