

Calidad de vida y bienestar psicológico en receptores de trasplante de pulmón

Encarnación ORTIZ PALOMAR

Asociación Andaluza de Trasplantados de Pulmón "A Pleno Pulmón"

Francisco J. ALÓS CÍVICO

Universidad de Córdoba

Resumen

Este estudio aporta una descripción de la población trasplantada de pulmón recientemente en Andalucía. Se presenta una evaluación de la calidad de vida y el bienestar psicológico de estos pacientes y de las variables que influyen sobre la dimensión psicológica del estado de salud. La muestra consta de 29 pacientes trasplantados en el Hospital Reina Sofía de Córdoba, evaluados con la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) y el Cuestionario Salud SF-36 (percepción estado de salud). La evaluación psicológica pone de manifiesto la ausencia de síntomas clínicos de depresión y una baja prevalencia de problemas clínicos de ansiedad. Los resultados mostraron una mejora en la percepción del estado de salud tras el trasplante. Además, se observa que la implicación del paciente en el proceso de recuperación, la correcta adherencia al tratamiento y la pertenencia a asociaciones de pacientes repercuten positivamente en la dimensión psicológica de la calidad de vida de las personas trasplantadas de pulmón.

Palabras clave: trasplante de pulmón, psicología del trasplante, calidad de vida, bienestar psicológico.

Dirección de la primera autora: Asociación Andaluza de Trasplantados de Pulmón "A Pleno Pulmón". Centro de Negocios "Los Azahares", Avda Guerrita, s/n. 14005 Córdoba. *Correo electrónico:* ortizpalomar@gmail.com

Una primera versión de este trabajo fue presentada por la primera autora como Trabajo Final de Máster en el Máster Universitario de Intervención e Investigación Psicológica en Justicia, Salud y Bienestar social de la Universidad de Córdoba, bajo la dirección del segundo autor.

Los autores desean dejar constancia de su agradecimiento al Dr. Ángel Salvatierra, Jefe de Servicio y Director de la UGC de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar del Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba, por sus comentarios y sugerencias realizadas a la primera versión del manuscrito y a la Asociación Andaluza de Trasplantados de Pulmón "A Pleno Pulmón" por su disponibilidad y contribución al desarrollo de este estudio.

Recibido: octubre de 2011. *Aceptado:* diciembre de 2011.

Abstract

This research provides a description of the population who have recently had a lung transplant in Andalusia. An assessment on the quality of life and the psychological well-being of these patients is shown, as well as on the variables which have an influence on the psychological dimension of health status. The sample consists of 29 patients who have had a transplant at the Reina Sofía hospital in Córdoba, and who have been assessed by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) and the SF-36 Health Survey (health status perception). The psychological assessment reveals the absence of clinical symptoms of depression and a low prevalence of clinical problems of anxiety. The results showed an improvement in the health status perception after the transplant. Furthermore, it is observed that the patient's involvement in the recovering process, the right adherence to treatment and the fact of being a member of different patients associations affect positively on the psychological dimension of the quality of life of those who have had a lung transplant.

Key words: Lung transplant, Transplant psychology, Quality of life, Psychological well-being.

Los trasplantes de órganos han supuesto uno de los avances médicos más relevantes del siglo XX, dado que han permitido dar una respuesta médica a enfermedades irreversibles que no respondían a otro tipo de tratamientos convencionales. De igual forma, este progreso médico también ha conllevado un avance importante a nivel social, al necesitar de la solidaridad y la concienciación de la población para poder llevarse a cabo. A principios de los ochenta hubo un importante número de investigaciones, a nivel internacional, sobre aspectos médicos relacionados con el trasplante, por ejemplo, técnicas quirúrgicas, anestesia, cirugía, farmacología inmunosupresora, que permitieron consolidar esta técnica terapéutica y aumentar la esperanza de vida de pacientes con enfermedades avanzadas. En España, los programas de trasplantes se instauraron gracias a la motivación de profesionales españoles que se desplazaron fuera de nuestras fronteras para adquirir la formación y conocimientos necesarios para acercarlos a nuestros hospitales. Un hito destacado fue la realización, con éxito, en 1965 del primer trasplante renal. Sin embargo, en estos inicios, los profesionales

contaban con el inconveniente de la inexistencia de legislación sobre donación y trasplante, por lo que las intervenciones estaban ligadas a unos protocolos científicos que podían ser o no aceptados por los jueces. El 27 de Octubre de 1979, el Congreso de los Diputados aprobó la "Ley 30/1979 sobre Extracción y Trasplante de Órganos" que regula la actividad trasplantadora; gracias a esta nueva normativa legal se produjo un aumento sustancial del número de intervenciones y de personas candidatas a trasplante, pero aún había que superar un obstáculo más, un descenso notorio en el número de donantes. Como respuesta a esta situación, en 1989 se creó la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), con el propósito de sensibilizar y concienciar a la sociedad sobre la importancia de la donación. La ONT, con el Dr. Matesanz a la cabeza, postula un sistema de gestión de la actividad trasplantadora, lo que se ha denominado el Modelo Español, que es referente a nivel mundial, el cual garantiza la transparencia y claridad de todo el proceso de donación y trasplante, situando a España a la cabeza en esta actividad, con una tasa de donación de 33-35% por millón de población. Nuestro país cerró

el año 2010 con 77.691 trasplantes de órganos realizados, 175 hospitales autorizados para la donación y 45 autorizados para trasplantes. (ONT, 2010).

El primer trasplante pulmonar en España se realizó en 1990, en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid. En la actualidad, se cuenta en nuestro país con siete centros autorizados en los que se han realizado un total de 2.472 intervenciones, hasta el 1 de enero de 2011 (Matesanz, 2011). El hospital autorizado para esta práctica en Andalucía es el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. El primer trasplante pulmonar en este centro se realizó en Octubre de 1993; desde entonces y hasta la actualidad se han realizado un total de 335 trasplantes (ONT, 2010); además este hospital se considera un centro de referencia nacional para el trasplante pulmonar adulto e infantil. Gracias a la labor de la Coordinación de Trasplantes y de los diferentes profesionales de la Unidad de Trasplante Pulmonar, hoy en día este hospital cuenta con unas excelentes cifras tanto de donaciones como de trasplantes, además de haber alcanzado varios hitos clínicos (Belmonte, Blanco y Montemayor, 2009). El trasplante pulmonar es una intervención indicada para pacientes con enfermedades respiratorias que no responden a otros tratamientos, con una supervivencia limitada y con altas probabilidades de obtener una mejora considerable en la calidad de vida. Las estadísticas muestran una mejora importante en capacidad funcional y nivel de autonomía de la persona trasplantada (Salvatierra, 2010). El proceso de trasplante supone un acontecimiento vital que puede generar problemas psicológicos tanto en el paciente como en la familia, dado que, en ocasiones estas mejoras físicas no se correlacionan con mejoras a nivel psicológico. Un escollo con el que se encuentran los pacientes en proceso

de trasplante pulmonar es que en el protocolo a seguir para esta intervención no es contemplado el apoyo y asesoramiento psicológico a los pacientes y sus familiares.

El estudio de la relación entre los estados psicológicos positivos y sus repercusiones en el desarrollo de las enfermedades y su recuperación es relativamente reciente (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000). Sin embargo, una concepción más positiva sobre la salud aparece ya en los estatutos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (1948), en los que se recoge que la salud es un estado completo de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía. Dicha definición podría ser considerada como utópica en aquel momento, ya que no existían instrumentos adecuados ni profesionales concienciados para su desarrollo (Vázquez, 1990). La OMS continuó con su esfuerzo para establecer indicadores de salud positiva; en 1994 desarrolló el concepto de Calidad de Vida como un constructo multidimensional, que incluye tres dominios básicos relacionados con la salud: dimensión física (ausencia de enfermedad), dimensión psicológica (percepción del individuo sobre su estado cognitivo y afectivo) y dimensión social (percepción de las relaciones personales y de la cultura en la que vive); basándose en estos dominios fue desarrollado el cuestionario WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1994).

El trasplante pulmonar supone una experiencia traumática, con un importante riesgo vital, lo que sitúa a la persona en una situación de alto estrés, que conlleva una nueva adaptación psicosocial y en la que debe desarrollar estrategias de asimilación y afrontamiento (Littlefield *et al.*, 1996; Cohen, Littlefield, Kelly, Maurer y Abbey, 1998; De Geest, Dobbels, Fluri, Paris y

Troosters, 2005; Goetzman *et al.*, 2007; Monforte y Román, 2008).

En relación a la calidad de vida, la mayoría de los estudios coinciden en que el trasplante supone una mejora sustancial en la dimensión física, aumentando la capacidad funcional, el nivel de autonomía (Salvatierra, 2010) y mejorando la percepción sobre el estado de salud de los pacientes (Cohen *et al.*, 1998; Ten Vergert *et al.*, 1998; Stavem *et al.*, 2000; Galán, Pérez, Martín y Borda, 2008). Sin embargo, los avances que experimentan estas personas en la dimensión psicológica generan mayor controversia; hay estudios que indican mejoras en el bienestar emocional (Littlefield *et al.*, 1996; Deshields, McDonough, Mannen, y Miller, 1996; Cohen *et al.*, 1998; Ten Vergert *et al.*, 1998; Stavem *et al.*, 2000) mientras que otros autores recogen que los síntomas psicológicos no disminuyen después del trasplante, aunque sí lo hacen la angustia e intensidad asociadas a ellos (Dew *et al.*, 2000; Lanuza, Lefaiver, Cabes, Farcas y Garrity, 2000; Limbos, Joyce, Chan y Kesten, 2000). Dichos autores abogan por terapias e intervenciones psicológicas personalizadas y adaptadas a los diferentes perfiles de pacientes.

En la bibliografía existen diversas recopilaciones de problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos, de éstas podemos destacar la redactada por Pérez, Martín y Galán (2005), en la que se recogen los trastornos del estado de ánimo, problemas de ansiedad, fantasías sobre el donante, problemas sexuales y problemas en relación a la imagen corporal. En otra realizada por Barbero y García (2010), se mantienen los problemas de ansiedad, depresión y disfunciones sexuales e incluyen dificultades en la relación de pareja, percepción exagerada de

los síntomas, temores y obsesiones ante un posible rechazo e inadaptación laboral.

Otros estudios, que incluyen también a diferentes receptores de órganos, se han centrado en localizar y analizar las variables que influyen en la salud emocional de los pacientes trasplantados. Entre las variables asociadas con repercusiones positivas sobre el bienestar psicológico encontramos: implicación del paciente en el proceso de recuperación (Yorke, Parle, James y Gay, 2006; Bellver y Moreno, 2009), correcta adherencia al tratamiento y las indicaciones médicas (De Geest *et al.*, 2005; Goetzmann *et al.*, 2007; Dew *et al.*, 2008), uso de estrategias positivas de afrontamiento, asimilación y adaptación positiva en la fase de espera (Dew, Roth, Thompson, Kormos y Griffith 1996; Cohen *et al.*, 1998; Napolitano, Babyak, Palmer y Tapson, 2002; Vermeulen, Bosma, Van der Bij, Koëter y Ten Vergert, 2005; Yorke y Cameron, 2008), red de apoyo social adecuada (Stilley *et al.*, 1999; Bohachick, Taylor, Sereika, Reeder y Anton, 2002; Goetzmann *et al.*, 2008; Pérez, Martín y Pérez, 2008), aspectos de personalidad: rasgos básicos (Goetzmann *et al.*, 2005), sentido de control personal (Stilley *et al.*, 1999; Bohachick *et al.*, 2002) o visión optimista (Leedham, Meyerowitz, Muirhead y Frist, 1995; Dew y DiMartini, 2005).

En relación a las variables asociadas a dificultades a nivel emocional encontramos: mayor cronicidad de la enfermedad (Trumper y Appley, 2001; Vermeulen *et al.*, 2004), expectativas irreales ante el trasplante (Gulledge, Buszta y Montague, 1983; House y Thompson, 1988; Brandwin, Trask, Schwartz y Clifford, 2000; Grandi *et al.*, 2001;), tipo de trasplante (Anyanwu, McGuire, Rogers y Murday, 2001), reingresos tras el trasplante (Pérez, Martín, Gallego

y Santamaría 2000; Yorke *et al.*, 2006) y periodos de hospitalización (Dew *et al.*, 2000; Pérez *et al.*, 2000; Pérez, Martín y Galán, 2007). Sin embargo, en esta última variable existe cierta discusión; mientras que autores como Dew *et al.* (2000) encontraron en un grupo de trasplantados cardiacos, que mayores periodos de ingreso se relacionaban con más problemas psicológicos, Pérez *et al.* (2000), no encontraron diferencias significativas en relación al tiempo, aunque en un estudio posterior sí hallaron diferencias en función del momento de hospitalización (Pérez, Martín y Galán, 2007).

Por tanto, dado el actual conocimiento científico disponible sobre este colectivo, pretendemos, con esta investigación, detectar y analizar variables psicosociales que afectan a la calidad de vida de las personas trasplantadas de pulmón en una muestra de pacientes del Hospital "Reina Sofía", centro autorizado en Andalucía, siendo los objetivos específicos del presente trabajo:

1. Descripción psicosocial y demográfica de la población trasplantada de pulmón en Andalucía durante el 2008, 2009 y de enero a agosto de 2010.
2. Evaluación de la calidad de vida y el bienestar psicológico de personas trasplantadas de pulmón.
3. Analizar si existen relaciones estadísticamente significativas entre variables intrapersonales e interpersonales y bienestar psicológico de los pacientes.

Método

Participantes

El estudio se realizó con una muestra de 29 pacientes trasplantados de pulmón en el Hospital "Reina Sofía" de Córdoba, durante

los años 2008, 2009 y de enero a agosto de 2010.

La media de edad de los participantes es de 50'9 años (SD= 15'58), un 69% de la muestra son hombres (n=20) y un 31% (n=9) mujeres; el 27'6% (n=8) de los participantes se encuentran activos laboralmente (trabajando, desempleados y/ o estudiando).

En relación al tipo de enfermedad, el 55'2% (n=16) de los pacientes presentan Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC o Enfisema); un 24'1% (n=7) presentan Enfermedad Pulmonar Restrictiva (Fibrosis pulmonar) y un 20'7% (n=6) tienen Enfermedad Pulmonar Séptica (Fibrosis Quística).

Un 48'3% (n=14) de los pacientes presentan enfermedades provocadas o propiciadas por el consumo de tabaco y/o enfermedades laborales.

El tiempo medio de estancia en lista de espera para el trasplante es de 9'34 meses (SD=7'9) y el periodo medio de recuperación postrasplante fue de 99 días (SD=22'8).

Instrumentos

Se administró un cuestionario elaborado *ad hoc* para la obtención de información sobre aspectos sociodemográficos, sanitarios, funcionales y sociales. Este cuestionario también incluyó ítems para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud pertenecientes a la dimensión psicológica (percepción estado de salud), que han sido tomados del Cuestionario de Salud SF-36 en su versión española desarrollada por Alonso, Prieto y Antó (1995).

Además, se empleó la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD) de Zigmond y Snaith (1983); se usó la versión española desarrollada por Caro e Ibáñez (1992) para evaluar el estado

psicológico de los pacientes. Esta escala evalúa la sintomatología ansioso-depresiva durante la última semana, la cual se compone de 14 ítems con cuatro alternativas de respuesta, siete referidos a ansiedad (ítems impares) y siete referidos a depresión (ítems pares). Las puntuaciones obtenidas se clasifican en: “normal” (0-7 puntos), “dudosa” (8-10 puntos) y “clínica” (≥ 11 puntos). En muestras españolas presenta un coeficiente de validez de 0'70 y un alpha de Cronbach que oscila entre 0'80-0'90.

Procedimiento

La fase de trabajo de campo implicó establecer contactos a través de la vía telefónica o en el hospital en el momento de las revisiones. A los posibles candidatos se les informó del estudio que se iba a realizar, el modo de rellenar y enviar los cuestionarios; además, se aseguró la confidencialidad de los datos y se manifestó el carácter voluntario de su participación.

La recogida de datos se realizó entre los meses de septiembre y octubre de 2010. Posteriormente, se tabularon los datos y se realizaron los análisis estadísticos correspondientes, a través del programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versión 15.

La presente investigación sigue un diseño ex post facto retrospectivo de grupo único (Montero y León, 2007) con un muestreo accidental.

Resultados

Análisis descriptivo de las características psicosociales y demográficas de la población trasplantada de pulmón en Andalucía en 2008, 2009 y de enero a agosto de 2010

Los participantes fueron 29 personas trasplantadas en el Hospital Universitario “Reina Sofía” de Córdoba (en 2008, 2009 y hasta agosto de 2010). Un 69% (n=20) de los participantes eran hombres y un 31% (n=9) eran mujeres, con una media de edad de 50'9 años. Las enfermedades más comunes eran las Obstructivas Crónicas, como el EPOC o el enfisema pulmonar que eran padecidas por el 55,2% de la muestra, estos datos coinciden con los aportados por la Organización Nacional de Trasplantes (2010). Un 48,3% de los participantes presentaban enfermedades de tipo adquirido, por consumo de tabaco o por enfermedad laboral. La muestra era bastante equilibrada en relación al tipo de trasplante: unipulmonar (n=15) y bipulmonar (n=14), un 42'4% de los participantes ha recibido el trasplante hacía menos de un año. El 100% de los participantes consideraba acertada la decisión del trasplante. El tiempo medio de estancia en lista de espera para trasplante fue de 9'3 meses, lo que coincide con los datos de la ONT que sitúa el tiempo medio en lista de espera sobre los 9 meses. El periodo medio de recuperación postrasplante fue de 99 días.

En relación a las indicaciones médicas, la implicación de los pacientes en su proceso de recuperación es bastante elevada, un 77'8% realizaba ejercicio físico durante 30 minutos diariamente y un 71'4% hacía ejercicios de respiración diariamente. La dimensión social se evaluó a través de su participación en actividades sociales; un 93'1% realizaba o recibía visitas de manera frecuente, aunque un hecho llamativo es que la participación en actividades comunitarias (voluntariado) fue baja (10'3%). Un dato importante es que un 27'6% de la muestra se encontraba activa laboralmente

(trabajando o estudiando) en el momento de la evaluación.

Evaluación de la calidad de vida y el bienestar psicológico de personas trasplantadas de pulmón

En relación a la Calidad de Vida, nos centramos en la dimensión psicológica tomando para su evaluación varios ítems del Cuestionario de Salud SF 36, que valoraron la percepción actual y comparada del estado de salud de los pacientes; un 96'6% consideró que su salud actual era mejor que antes del trasplante y un 86'6% evaluó su estado de salud actual como positivo. Además, se incluyó un ítem para evaluar la decisión del trasplante y el 100% de los participantes valoró acertada su decisión.

En relación a la dimensión psicológica, evaluamos dos disfunciones psicológicas que la bibliografía recoge como más frecuentes después del trasplante: ansiedad y depresión. Para ello se utilizó la Escala de Depresión y Ansiedad en Hospital y se obtuvo que un 65'5% (n=19) presentaba una puntuación normal en ansiedad, un 27'6% (n=8) mostraba ansiedad dudosa y un 6'9% (n=2) ansiedad clínica. En lo referente a depresión, un 93'1% (n=27) obtuvo una puntuación normal, un 6'9% (n=2) presentaba depresión dudosa y ninguno de los participantes alcanzó niveles clínicos de depresión.

Variables interpersonales e intrapersonales que repercuten en el bienestar psicológico del paciente

Al tratarse de variables categóricas se realizó un análisis de tablas de contingencia. Para realizar los análisis estadísticos oportunos se tuvieron en cuenta las recomendaciones de Guardia, Freixa, Però y Turbany

(2007) relativas al cumplimiento de la condición de aplicación de la prueba de independencia; se utilizó χ^2 cuando las frecuencias esperadas fueron mayores o iguales a cinco, se aplicó el estadístico de corrección por continuidad de Yates, cuando las frecuencias esperadas oscilaron entre tres y cinco y el estadístico exacto de Fisher para frecuencias inferiores a tres. Este análisis se desarrolló para detectar aquellas variables (intrapersonales e interpersonales) que influyen en la calidad de vida y el bienestar psicológico de los pacientes. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre percepción sobre el estado de salud y origen de enfermedad (estadístico exacto de Fisher, $p<0'05$), los pacientes con enfermedades biológicas percibían, en mayor número, su salud actual como positiva frente aquellos que presentaban enfermedades adquiridas. En relación a las variables intrapersonales, el cumplimiento de las indicaciones médicas se relaciona con mejores puntuaciones en salud mental (depresión) y percepción sobre la salud, encontramos diferencias significativas en realización a la realización de ejercicio físico (estadístico exacto de Fisher, $p<0'05$) y frecuencia de paseos (estadístico exacto de Fisher, $p<0'01$). Al estudiar las variables interpersonales, los datos sugieren que la participación en asociaciones de pacientes parece repercutir positivamente en la percepción que el paciente tiene sobre su estado de salud. En el resto de variables estudiadas no hubo diferencias estadísticamente significativas. Para ampliar esta información, véase la tabla 1.

En relación a las variables relevantes para la calidad de vida y el bienestar psicológico se obtuvieron los siguientes resultados según las tablas de contingencias. Los análisis estadísticos efectuados indican que parece existir un perfil de personas con mayor

adherencia a las indicaciones médicas, que se implica en más actividades saludables, como frecuencia de realización de ejercicio físico, realización de ejercicios de respiración, paseos y control en la toma de la medicación. Un dato que nos ha parecido interesante es que las personas que llevaban menos de un año trasplantadas realizaron de forma más frecuente ejercicio físico que aquéllos que estaban trasplantados más de ese tiempo (estadístico exacto de Fisher $p < 0,05$). En relación a la pertenencia a asociaciones de pacientes encontramos que las personas que participaron en estas entidades realizaron

ejercicio (paseos) con más frecuencia (estadístico exacto de Fisher, $p < 0,05$). Estos datos se muestran en la tabla 2.

Discusión

Nuestra investigación ha perseguido un objetivo eminentemente práctico. Se ha tratado de identificar variables interpersonales e intrapersonales que podrían afectar a la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas trasplantadas de pulmón, las cuales, podrían ser consideradas en el futuro, para desarrollar intervenciones

Tabla 1. Relación entre los indicadores de calidad de vida y bienestar psicológico y las variables intrapersonales e interpersonales relevantes en la recuperación de trasplante pulmonar.

VARIABLES	<i>Calidad de vida y bienestar psicológico</i>		
	<i>Depresión</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Salud actual</i>
Aspectos sociodemográficos			
<i>Sexo</i>	0,468 ³	0,738 ²	0,636 ³
<i>Edad</i>	0,741 ³	0,299 ²	0,272 ³
<i>Origen enfermedad</i>	0,224 ³	0,798 ²	0,042^{3*}
<i>Distancia al hospital</i>	0,421 ³	0,436 ²	0,429 ³
Variables intrapersonales			
<i>Indicaciones médicas</i>			
<i>Frecuencia ejercicio</i>	0,043^{3*}	0,387 ³	0,043^{3*}
<i>Frecuencia paseo</i>	0,331 ³	0,601 ³	0,003^{3**}
<i>Realizar ejercicios de respiración</i>	0,056 ³	0,299 ³	0,253 ³
<i>Control toma medicación</i>	0,680 ³	0,098 ³	0,127 ³
<i>Conocer efectos secundarios</i>	0,569 ³	0,541 ³	0,238 ³
Variables interpersonales			
<i>Apoyo social</i>			
<i>Realizar / Recibir visitas</i>	0,865 ³	0,579 ³	0,739 ³
<i>Actividades comunidad</i>	0,800 ³	0,733 ³	0,371 ³
<i>Participación asociación pacientes</i>	0,759 ³	1,000 ²	0,049^{3*}
<i>Salud</i>			
<i>Reingresos</i>	0,163 ³	0,774 ²	0,178 ³

Nota: en negrita aparecen los resultados estadísticamente significativos. Los estadísticos realizados son: ¹ Chi cuadrado de Pearson; ² Corrección por continuidad de Yates, ³ Estadístico exacto de Fisher. Grado significación: $p < 0,001^{***}$, $p < 0,01^{**}$, $p < 0,05^*$

terapéuticas con este colectivo.

En relación a las características socio-demográficas de la muestra, hemos comparado nuestro estudio con otras investigaciones realizadas exclusivamente con población trasplantada de pulmón. En relación a la edad, nuestra muestra presenta una media de 50'9 años, siendo una de las más elevadas, en la bibliografía la edad media ronda los 45 años (Cohen *et al.*, 1998; Ten Vergert *et al.*, 1998; Lanuza *et al.*, 2000; Napolitano *et al.*, 2000; Goetzmann *et al.*, 2010; Kugler *et al.*, 2010). Respecto al sexo de los participantes, los porcentajes que presentan las investigaciones suelen ser bastante equilibrados, con una cierta tendencia hacia un mayor número de hombres; sin embargo, en nuestro estudio esta tendencia es más acentuada, con un 69% de hombres. Sobre las enfermedades que han requerido el trasplante, encontramos estudios que coinciden con nuestra investigación y señalan las

enfermedades obstructivas, como el EPOC o el enfisema pulmonar (Ten Vergert *et al.*, 1998; Lanuza *et al.*, 2000; Napolitano *et al.*, 2002; Dew *et al.*, 2008) como las principales enfermedades; sin embargo, otros estudios señalan como principal causa de trasplante las enfermedades pulmonares sépticas como la fibrosis quística (Goetzmann *et al.*, 2005; Goetzmann *et al.*, 2010; Kugler *et al.*, 2010). En todos los estudios consultados hay una prevalencia de los trasplantes de tipo bilateral. Nuestra muestra presenta un tiempo en lista de espera reducido de 9'3 meses, frente a periodos de espera de más de un año en otros estudios (Ten Vergert *et al.*, 1998; Lanuza *et al.*, 2000). En relación a la dimensión social, encontramos que la mayoría de los participantes realizan o reciben visitas de manera frecuente (93'1%), aunque su participación en actividades comunitarias es más baja (10%); esto puede ser debido a que durante los primeros años después del

Tabla 2. Análisis de variables relevantes en calidad de vida en personas trasplantadas de pulmón.

<i>Variables</i>	<i>Ejercicio físico</i>		<i>Asociación</i>
	<i>Realización 30'</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Participación</i>
<i>Sexo</i>	0,468 ³	0,695 ³	1,000 ²
<i>Edad</i>	0,741 ³	0,638 ³	0,517 ³
<i>Fecha trasplante</i>	0,065 ³	0,027^{3*}	1,000 ¹
<i>Origen enfermedad</i>	0,224 ³	0,219 ³	0,131 ¹
<i>Minusvalía</i>	0,739 ³	0,341 ³	0,702 ³
<i>Realización ejercicio</i>	--	--	0,241 ³
<i>Frecuencia ejercicio</i>	--	--	0,117 ³
<i>Frecuencia paseo</i>	0,179 ³	0,025^{3*}	0,041^{3*}
<i>Realización ejercicios respiración</i>	0,556 ³	0,002^{3**}	0,638 ³
<i>Control toma medicación</i>	0,025^{3*}	0,455 ³	0,500 ³
<i>Conocer efectos secundarios</i>	0,052 ³	0,303 ³	1,000 ²
<i>Participación asociación</i>	0,241 ³	0,117 ³	--

Nota: en negrita aparecen los resultados estadísticamente significativos. Los estadísticos realizados son: ¹ Chi cuadrado de Pearson; ² Corrección por continuidad de Yates, ³ Estadístico exacto de Fisher. Grado significación: p<0,001***, p<0,01**, p<0,05*.

trasplante las personas extreman las precauciones en relación a su salud, evitando o minimizando sus actividades de ocio y/o comunitarias, para disminuir el riesgo de contagio. Además se ha de destacar que la tasa de actividad al año del trasplante se sitúa en torno al 20% (Lanuzá *et al.*, 2000; Goetzmann *et al.*, 2005) coincidiendo con los datos aportados por nuestra investigación.

En la valoración de la calidad de vida, todos los participantes de nuestro estudio se muestran satisfechos con la decisión del trasplante y la mayoría presenta una percepción de su estado de salud más positiva al compararla con su situación anterior al trasplante, lo cual está en sintonía con lo reflejado por la bibliografía (ver Cohen *et al.*, 1998; Ten Vergert *et al.*, 1998; Stavem *et al.*, 2000; Galán, *et al.*, 2008). En relación a las repercusiones a nivel psicológico del trasplante, solo dos participantes (6'9%) presentan una puntuación dudosa respecto a la variable depresión. En la literatura especializada se han aportado datos que señalan una prevalencia de los trastornos del estado de ánimo del 10-58% (Pérez *et al.*, 2005; Barbero y García, 2010), siendo el más común la depresión (Dew *et al.*, 2000). Los problemas depresivos tienen una especial relevancia, entre otras razones porque podrían afectar, sobre todo en los primeros momentos del trasplante, a la falta de adherencia al tratamiento y/o indicaciones médicas. Afortunadamente, los datos encontrados en nuestra investigación parecen indicar que la gran mayoría de los participantes obtienen una puntuación, en esta variable, que estaría dentro de la normalidad. Para avanzar en la investigación, además, analizamos la variable depresión relacionándola con otras variables interpersonales e intrapersonales estudiadas; los resultados mostraron relaciones estadísticamente significativas solo

para la variable frecuencia de ejercicio físico, es decir, aquellas personas que obtienen en depresión una puntuación clasificable en la categoría normal, suelen realizar ejercicio diariamente. Sin embargo, estas conclusiones deben ser tomadas con prudencia, dadas las limitaciones del tamaño de la muestra. En relación a los problemas de ansiedad (puntuación dudosa y clínica) éstos son más comunes en nuestro estudio, afectando aproximadamente a un 34'5 % de los participantes, lo cual podría ser debido al estado de alerta constante que éstos experimentan en relación a la salud durante los primeros meses o años una vez realizado el trasplante; dichos datos coinciden con los aportados por Pérez *et al.* (2005) que sitúan una prevalencia en ansiedad de entre un 3% y un 33%. En un estudio reciente, Pérez *et al.* (2007) mostraron que aquellos pacientes que presentaron mayor sintomatología ansiosa en los primeros momentos del trasplante (Unidad de Cuidados Intensivos) experimentan más problemas de ansiedad y depresión al año del trasplante y peores resultados en calidad de vida. Los síntomas de ansiedad en las personas trasplantadas se suelen asociar a miedo al rechazo, muertes de otras personas durante el proceso, efectos de la medicación, inseguridad fuera del hospital, readaptación a su entorno: roles, planes de futuro y/o cargas financieras. Sin embargo nuestros datos, a pesar de las limitaciones de nuestra muestra, no reflejan diferencias estadísticamente significativas entre ansiedad y los factores interpersonales e intrapersonales.

Al analizar las variables que repercuten sobre la calidad de vida y el bienestar psicológico en nuestro estudio, encontramos que el cumplimiento de las indicaciones médicas y la correcta adherencia al tratamiento influyen de manera positiva sobre la

dimensión psicológica de la calidad de vida relacionada con la salud. Estos datos están en sintonía con los aportados por Yorke *et al.* (2006) y Bellver y Moreno (2009); dichos autores señalaron que los pacientes que cumplen las indicaciones médicas, realizan ejercicios físicos, ejercicios de respiración y cuidan la alimentación presentan menores síntomas de ansiedad y un mejor autoconcepto; además, los pacientes que siguen una correcta adherencia al tratamiento (toma de medicación, revisiones y abstinencia del tabaco) presentan mejores puntuaciones en calidad de vida (De Geest *et al.*, 2005; Goetzmann *et al.*, 2007; Dew *et al.*, 2008). Un resultado a destacar en nuestro estudio, en relación a estas variables, es que las personas que llevan menos de un año trasplantadas se ajustan más a las indicaciones y recomendaciones médicas recibidas (ejercicio), lo cual puede responder a que durante el primer año de trasplante el seguimiento del paciente es bastante frecuente (revisiones una vez al mes) lo que puede favorecer su implicación. Entre las variables interpersonales encontramos que la pertenencia y participación en asociaciones de pacientes está relacionada con una mejor percepción del estado de salud; esto puede ser debido a que estas entidades funcionan como grupo de ayuda mutua, donde compartir consejos y experiencias; estos datos concuerdan con los encontrados por otros estudios (Stilley *et al.*, 1999; Bohachick *et al.*, 2002; Goetzmann *et al.*, 2008; Pérez *et al.*, 2008; Gómez 2010) que hallaron una cierta relación entre contar con una red de apoyo social adecuada y un mejor estado emocional. En relación a otros factores interpersonales, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la variable reingresos tras el trasplante, a pesar de que algunos estudios la relacionan con peor

funcionamiento psicológico (Pérez *et al.*, 2000; Yorke *et al.*, 2006); tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas en la variable distancia del domicilio al hospital, aspectos que nos resulta interesante y llamativo, pues ésta es una queja recurrente de los pacientes, los cuales pueden presentar ideas de desprotección, miedos e inseguridades ante la distancia.

Para finalizar nos gustaría señalar algunas limitaciones que presenta el estudio descrito y que deberían ser subsanadas en próximas investigaciones. Desde el punto de vista metodológico, la muestra es reducida, lo que hace que las conclusiones obtenidas tengan que ser tomadas con cautela y de forma provisional, a la espera de futuros estudios que incluyan muestras mayores. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, creemos que es una buena noticia, pues el trasplante de pulmón es una intervención recomendada para pacientes con enfermedades respiratorias que no responden a otros tratamientos, por lo que un menor número de personas trasplantadas podría indicar un mayor éxito de aquéllos; además debemos recordar que el número de intervenciones anuales ronda los veinte pacientes. Otro aspecto a mejorar, en próximas investigaciones, es equilibrar el número de hombres y mujeres participantes para poder obtener conclusiones fiables con respecto al sexo. Sin embargo, a pesar de dichas limitaciones, creemos que esta investigación es pertinente, pues es una de las pocas realizadas, en el ámbito nacional, con una muestra exclusiva de personas con trasplantes pulmonares. Además, el presente estudio aporta una visión general sobre los aspectos sociodemográficos de las personas trasplantadas recientemente de pulmón en Andalucía, las repercusiones de este tipo de trasplante en la calidad de vida de estas

personas y el bienestar psicológico que experimentan. De igual forma, abre un campo de trabajo prometedor, en relación a determinar posibles variables que influyen en el estado emocional de estos pacientes y que podrían ser susceptibles de ser modificadas. Por último, nos gustaría acabar señalando que la dimensión psicológica está presente en todo proceso de trasplante, lo que sugiere, una vez más, la pertinencia y necesidad de complementar la asistencia sanitaria con intervenciones psicológicas eficaces.

Referencias

- 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. *Medicina Clínica*, 20/104, 771-776.
- Anyanwu, A.C., McGuire, A., Rogers, C.A. y Murday, A.J. (2001). Assessment of quality of life in lung transplantation using a simple generic tool. *Thorax*, 56, 218-222.
- Barbero, J. y García, H. (2010). La comunicación terapéutica en el ámbito del trasplante de órganos. *XVIII Reunión Enfermería de Trasplante Hepático*, Madrid, octubre.
- Bellver, A. y Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica de los pacientes trasplantados de médula ósea. *Psicooncología*, 6, 65-81.
- Belmonte, R., Blanco, D. y Montemayor, M. (2009). *Cita con la vida: conmemoración 30 aniversario primer trasplante (1979-2009)*. Córdoba: Hospital Universitario "Reina Sofía".
- Bohachick, P., Taylor, M.V., Sereika, S., Reeder, S. y Anton, B.B. (2002). Social support, personal control and psychosocial recovery following heart transplantation. *Clinical Nursing Research*, 11 (1), 34-51.
- Brandwin, M., Trask, P., Schwartz, S. y Clifford, M. (2000). Personality predictors of mortality in cardiac transplant candidates and recipients. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 141-147.
- Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Su utilidad práctica en psicología de la salud. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Cohen, L., Littlefield, C., Kelly, P., Maurer, J. y Abbey, S. (1998). Predictors of Quality of Life and adjustment after lung transplantation. *Chest*, 113, 633-644.
- Cortes Generales del Reino de España. (1979). Ley 30/1979, de 27 de octubre de 1979 sobre Extracción y Trasplante de órganos. *Boletín Oficial del Estado n° 266* de 6 de Noviembre de 1979.
- De Geest, S., Dobbels, F., Fluri, C.; Paris, W. y Troosters, T. (2005). Adherence to the therapeutic regimen in heart, lung and heart-lung transplant recipients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20 (5S), S88-S98.
- Deshields, T., McDonough, E., Mannen, K. y Miller, L. (1996). Psychological and cognitive status before and after heart transplantation. *General Hospital Psychiatry*, 18, 62S-69S.
- Dew, M.A. y DiMartini A.F. (2005). Psychological disorders and distress after adult cardiothoracic transplantation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20 (5S), S51-S66.
- Dew, M.A., DiMartini, A.F., Dabbs, A., Zomak, R., De Geest, S., Dobbels, F., Myaskovsky, L., Switzer, G., Unruh, M., Steel, J.L., Kormos, R.L. y McCurry, K. (2008). Adherence to

- the medical regimen during the first two years after lung transplantation. *Transplantation*, 85, 193-202.
- Dew, M.A., DiMartini, A.F., Switzer, G.E., Kormos, R.L., Schulberg, H.C., Roth, L.H. y Griffith, B.P. (2000). Patterns and predictors of risk for depressive and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, 41, 191-192.
- Dew, M.A., Roth, L.H., Thompson, M.E., Kormos, R.L., Griffith, B.P. (1996). Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 15 (6), 631-45.
- Galán, A., Pérez, M.A., Martín, A. y Borda, M. (2008). Calidad de vida de los trasplantados en relación a otras situaciones médicas estresantes vividas por los enfermos pulmonares. *Psicothema*, 20 (2), 266-272.
- Goetzmann, L., Irani, S., Schwegler, K., Stamm, M., Bricman, R., Buddeberg, C., Schmid, C., Benden, C., Klaghofer, R. y Boehler, A. (2010). Distress and alexithymia in lung recipients: psychosocial strains and associations with chronic allograft dysfunction. *Swiss Medical Weekly*, 140 (25), 382-387.
- Goetzmann, L., Moser, K.S., Vetsch, E., Klaghofer, R., Naef, R., Russi, E.W., Buddeberg, C. y Boehler, A. (2007). How does psychological processing relate to compliance behavior after lung transplantation? A content analytical study. *Psychology, Health and Medicine*, 12 (1), 94-106.
- Goetzmann, L., Ruegg, L., Stamm, M., Ambühl, P., Boehler, A., Halter, J., Muellhaupt, B., Noll, G., Schanz, U., Wagner-Huber, R., Spindler, A., Buddeberg, C. y Klaghofer, R. (2008). Psychosocial profiles after transplantation: a 24 month follow-up of heart, lung, liver, kidney and allogeneic bone-marrow patients. *Transplantation*, 86, 662-668.
- Goetzmann, L., Scheuer, E., Naef, R., Klaghofer, R., Russi, E. W., Buddeberg, C. y Boehler, A. (2005). Personality, illness perceptions, and lung function (FEV¹) in 50 patients after lung transplantation. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2 (doc06).
- Gómez, R. (2010, Noviembre). Trabajo social hospitalario en el trasplante de pulmón. *Jornadas de formación básica del voluntariado "A Pleno Pulmón"*. Córdoba.
- Grandi, S., Fabbri, S., Tossani, E., Mangelli, L., Branzi, A. y Mangelli, C. (2001). Psychological evaluation after cardiac transplantation: The integration of different criteria. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 176-183.
- Guardia, J., Freixa, M., Però, M. y Turbany, J. (2007). *Análisis de datos en psicología*. Madrid: Delta.
- Gulledge, A.D., Buszta, C. y Montague, D.K. (1983). Psychosocial aspects of renal transplantation. *Urologic Clinics of North America*, 10, 327-335.
- House, R.B. y Thompson, T.L. (1988). Psychiatric aspects of organ transplantation. *Journal of the American Medical Association*, 260, 535-539.
- Kugler, C., Gottlieb, J., Dierich, M., Haverich, A., Strueber, M., Welte, T. y Simon, A. (2010). Significance of patient self-monitoring for long term outcomes after lung transplantation. *Clinical Transplantation*, 24, 709-716.
- Lanuza, D., Lefaiver, C., Cabes, M., Farcas, G. y Garrity, E. (2000). Prospective study of functional status and quality of

- life before and after lung transplantation. *Chest*, 118, 115-122.
- Leedham, B., Meyerowitz, B., Muirhead, J. y Frist, W. (1995). Positive expectations predict health after heart transplantation. *Health Psychology*, 14 (1), 74-79.
- Limbos, M., Joyce, D., Chan, C. y Kesten, S. (2000). Psychological Functioning and quality of life in lung transplant candidates and recipients. *Chest*, 118, 408-416.
- Littlefield, C., Abbey, S., Fiducia, D., Cardella, C., Greig, P., Levy, G., Maurer, J. y Winton, T. (1996). Quality of life following transplantation of heart, liver and lungs. *General Hospital Psychiatric*, 18, 365-475.
- Matesanz, R. (2011, Marzo). Nuevas formas de morir y donación de órganos. Ponencia presentada en la jornada *Estrategias de mejora en la donación de órganos: la hoja de ruta*. Madrid.
- Monforte, V. y Román, A. (2008). *Calidad de vida relacionada con la salud en el trasplante pulmonar*. Consultado en web AIRE Associació Catalana de pacients amb malaltia respiratòria avançada, <http://www.airexp.org/es/>.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for name research studies in Psychology. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847-862.
- Napolitano, M.A., Babyak, M.A., Palmer, S. y Tapson, V. (2002). Effects of a Telephone Based Psychosocial Intervention for patients awaiting lung transplantation. *Chest*, 122, 1176-1184.
- Organización Nacional de Trasplantes. *Dossier Pulmonar 2010*. Extraído el 27 de Abril, 2011, de http://www.ont.es/infesp/Memorias/Dossier_donantes_2010_web.pdf
- Organización Nacional de Trasplantes. *Memoria Trasplante Pulmonar 2010*. Extraído el 27 de Abril, 2011, de http://www.ont.es/infesp/Memorias/Dossier_pulmonar_2010_web.pdf
- Pérez, M.A., Martín, A. y Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 99-114.
- Pérez, M.A., Martín, A. y Galán, A. (2007). Symptoms of anxiety and depression in different stages of organ transplant. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 633-639.
- 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, 71-87.
- Pérez, M.A., Martín, A. y Pérez, J. (2008). Psychological differences of patients and relatives according to post-transplantation anxiety. *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (1), 250-258.
- Salvatierra, A. (2010). Trasplante pulmonar, ¿cuándo, cómo y a quién? *Jornadas de formación básica del voluntariado "A Pleno Pulmón"*. Córdoba.
- Stavem, K., Bjortuft, O., Brit, M., Kongshaug, K., Geiran, O. y Boe, J. (2000). Health related quality of life in lung transplant candidates and recipients. *Respiration*, 67, 159-165.
- Stilley, C., Dew, M.A., Stukas, A., Switzer, G., Manzetti, J. Keenan, R. y Griffith, B. (1999). Psychological symptom levels and their correlates in lung and heart-lung transplant recipients. *Psychosomatics*, 40 (6), 503-509.

- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E. y Gruenewald, T.L. (2000). Psychological resources, positive illusion and health. *American Psychologist*, 55 (1), 99-109.
- Ten Vergert, E.M., Essink-Bot, M.L., Geertsma, A., Van Enkevort, P.J., Boer, W.J. y Van der Bij, W. (1998). The effect of lung transplantation on health-related quality of life. *Chest*, 113, 358-364.
- Trumper, A. y Appleby, L. (2001). Psychiatric morbidity in patients undergoing heart, heart and lung, or lung transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 103-105.
- Vázquez, C. (1990). El concepto de conducta anormal. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología médica, Psicopatología y Psiquiatría (Vol.1)* (págs 449-472). Madrid: Mc Graw-Hill.
- Vermeulen, K.M., Bosma, O., Van der Bij, W., Koëter, G.H. y Ten Vergert, E.M. (2005). Stress, psychological distress, and coping in patients on the waiting list for lung transplantation: an exploratory study. *Transplant International*, 18, 954-959.
- Vermeulen, K.M., Van der Bij, W., Erasmus, M.E., Duiverman, E.J., Koeter, G.H. y Ten Vergert, E.M. (2004). Improved quality of life after lung transplantation in individuals with cystic fibrosis. *Pediatric Pulmonology*, 37 (5), 419-426.
- World Health Organization (1948). Preamble to the constitution of the World Health Organization. En *Official records of the World Health Organization*, 2, 100. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- World Health Organization Quality of Life group (WHOQOL Group). (1994), Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.
- Yorke, J. y Cameron, C. (2008). Patients' perceived care needs whilst waiting for a heart or lung transplant. *Journal of Nursing and Healthcare Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 17 (5a), 78-87.
- Yorke, J., Parle, M., James, M. y Gay, T. (2006). Lung transplantation in adolescents and young adults with cystic fibrosis. *Progress in Transplantation*, 16 (4), 343-349.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.