

# Repercusiones psicológicas del trasplante hepático

## *Psychological repercussions of liver transplant*

<sup>1</sup> *Facultad de Psicología  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
Universidad de Sevilla*

<sup>2</sup> *Coordinación Sectorial de Trasplantes  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
Sevilla*

**Pérez San Gregorio M. A.<sup>1</sup>  
Martín Rodríguez A.<sup>1</sup>  
Asián Chaves E.<sup>2</sup>  
Pérez Bernal J.<sup>2</sup>**

### RESUMEN

Hemos analizado las repercusiones psicológicas del trasplante hepático teniendo en cuenta diversas variables: salud mental de los familiares, apoyo social que reciben éstos y lugar de hospitalización de los pacientes. Para ello, hemos seleccionado dos grupos de sujetos: 48 trasplantados hepáticos y los 48 familiares más allegados de estos pacientes. Hemos empleado una Encuesta Psicosocial y los siguientes instrumentos: «Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital», «Escala de Ansiedad y Depresión de Leeds» y «Escala para la Evaluación del Apoyo Social». Los resultados mostraron que la salud mental de los trasplantados hepáticos se halla más afectada cuando el paciente está ingresado en la UCI y cuando sus familiares se hallan depresivos, lo cual suele ocurrir cuando éstos reciben un escaso apoyo social.

**Palabras clave:** *Trasplante de Hígado, Ansiedad, Depresión, Apoyo Social, Unidad de Cuidados Intensivos, Pacientes, Familiares.*

Pérez San Gregorio M A, Martín Rodríguez A, Asián Chaves E, Pérez Bernal J  
Repercusiones psicológicas del trasplante hepático  
*Mapfre Medicina, 2004; 15: 251-257*

### ABSTRACT

We analysed the psychological repercussions of liver transplant, taking into account several variables: the mental health of relatives, social support received by them and the place of hospitalization of the patients. To do this we selected two subject groups: 48 liver transplant patients and 48 relatives closest to the patients. We applied a Psychosocial Questionnaire and the following tests: «The Hospital Anxiety and Depression Scale», «The Leeds Scales for the Self-Assessment of Anxiety and Depression», and «Social Support Scale». The results showed that the mental health of the liver transplant patients was found to be most affected when the patient is in ICU and when their relatives exhibit signs of depression, as a result of receiving little social support.

**Key words:** *Liver Transplant, Anxiety, Depression, Social Support, Intensive Care Unit, Patients, Relatives.*

Pérez San Gregorio M A, Martín Rodríguez A, Asián Chaves E, Pérez Bernal J  
Psychological repercussions of liver transplant  
*Mapfre Medicina, 2004; 15: 251-257*

### Correspondencia:

M. A. Pérez San Gregorio  
Facultad de Psicología  
Departamento de Personalidad, Evaluación y  
Tratamiento Psicológicos  
C/ Camilo José Cela, s/n  
41018-Sevilla.  
E-mail: anperez@us.es

**Fecha de recepción:** 28 de noviembre de 2003

*Este trabajo ha sido financiado por la Fundación MAPFRE Medicina a través de la convocatoria de Becas de Investigación 2002-2003 en el Área Psicología Clínica y de la Rehabilitación.*

## INTRODUCCIÓN

---

Actualmente, desde una perspectiva médica, el trasplante de hígado es una alternativa terapéutica totalmente consolidada. Sin embargo, desde una perspectiva psicológica, conlleva una serie de problemas a los que se les ha prestado muy poca atención. En este sentido, son dos los colectivos afectados: por un lado, los familiares de los trasplantados y, por otro lado, los propios pacientes.

Respecto a los familiares de los trasplantados, las pocas investigaciones existentes se centran en los cuidadores de los pacientes cardíacos y renales y, todas ellas, coinciden en afirmar que el proceso de integración psicosocial del órgano no es fácil, ni para el paciente, ni para los familiares. Por ejemplo, tras el trasplante, los familiares consideran que empeora la comunicación, la implicación afectiva y los valores y normas que rigen la relación (1). Además, un 47% de los cuidadores informan de un aumento de la carga familiar, por ejemplo, son necesarias muchas visitas médicas y el cuidador no puede volver a su estilo de vida anterior al trasplante. Igualmente, el riesgo de un rechazo siempre está presente, lo cual aumenta la ansiedad de los familiares, especialmente, si los trasplantados no siguen el tratamiento prescrito (2, 3). Todo esto repercute en la salud mental de los familiares, de tal forma que en una investigación realizada con 142 cuidadores de trasplantados se halló que el 77% cumplía los criterios del trastorno por estrés postraumático (4).

Por otro lado, el trasplante de órganos conlleva en los pacientes diversas repercusiones psicológicas: alteraciones del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, alteraciones de la imagen corporal, problemas de identificación con el donante y sus familiares, etc. (5, 6). Concretamente, algunas investigaciones han asociado el trasplante hepático a delirium, trastornos del estado de ánimo (fundamentalmente, depresión mayor y trastorno distímico), trastornos adaptativos, trastornos somatomorfos, trastornos de ansiedad (fundamentalmente, trastorno por estrés postraumático) y trastorno psicótico breve no asociado a toxicidad inmunosupresora (7-9).

Dada la relevancia de este tema, en la presente investigación nos planteamos los siguientes objetivos: 1) en primer lugar, analizar la influencia que ejerce la salud mental de los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos sobre la salud mental de los pacientes, tanto en UCI (pa-

ciente recién implantado e ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos) como en post-UCI (paciente dado de alta de la UCI pero ingresado en planta), 2) en segundo lugar, analizar la influencia que en la salud mental de los familiares tiene el apoyo social que reciben, tanto en UCI como en post-UCI, 3) en tercer lugar, comparar la salud mental que presentan los trasplantados hepáticos en dos momentos diferentes: UCI y post-UCI, y 4) finalmente, en función de los resultados obtenidos, elaborar las pautas principales que debería contener un programa psicoterapéutico destinado a mejorar la calidad de vida de los trasplantados hepáticos y de sus familiares.

## MATERIAL Y MÉTODOS

---

### Sujetos

Fueron seleccionados dos grupos de sujetos: 48 trasplantados hepáticos y los 48 familiares más allegados de estos pacientes (sólo un familiar por cada paciente trasplantado).

El grupo de trasplantados estaba constituido por 34 hombres y 14 mujeres, con una edad media de 51,15 años. En lo que respecta a la etiología del trasplante hepático, había un predominio de casos etílicos (52,2%), seguidos de virásicos (34,8%), otros (8,7%) y colostásicos (4,3%). La duración de la hospitalización fue una media de 11,60 días en la UCI de Trasplantes y una media de 19,74 días en la Unidad de Trasplantes Hepáticos. Los 48 hígados implantados procedían de 27 hombres y 21 mujeres, los cuales fallecieron por las siguientes causas: accidentes cerebrovasculares (53,2%), traumatismos craneoencefálicos (42,6%) y otras (4,2%).

El grupo de familiares estaba constituido por 10 hombres y 37 mujeres, con una edad media de 45,45 años. El parentesco que tenían con los pacientes era: esposo/a (61,7%), hijo/a (21,3%), hermano/a (8,5%), padre/madre (6,4%) y otros (2,1%). Había un predominio de familiares que convivían con los pacientes (77,1%) y en la mayoría de los casos las relaciones con éstos eran buenas (93,8%).

### Procedimiento

Los trasplantados hepáticos y sus familiares más allegados fueron evaluados en dos momentos diferentes: UCI (cuando el paciente esta-

ba recién trasplantado y se encontraba ingresado en la UCI) y post-UCI (cuando al paciente se le daba el alta de la UCI pero continuaba ingresado en el hospital, concretamente, en la Unidad de Trasplantes Hepáticos).

Tanto en la primera fase (UCI) como en la segunda fase (post-UCI), antes de proceder a la evaluación psicológica, dejábamos pasar unos días para que los sujetos se adaptaran a las condiciones y circunstancias de la hospitalización: 6,20 días (trasplantados) y 5,36 días (familiares) en la UCI y 8,60 días (trasplantados) y 8,83 días (familiares) en post-UCI.

Como características generales consideradas en la selección de los sujetos se requería que éstos no presentasen alteraciones en las aptitudes sensoriales o estado mental que les impidiese orientarse espacio-temporalmente o mantener una conversación congruente. En todos los casos, la selección de los sujetos se realizó según el orden en que los pacientes fueron trasplantados e ingresados en la UCI.

## Instrumentos

### *Encuesta Psicosocial*

Fue adaptada a las características de los dos grupos empleados en este estudio y hacía referencia a datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel sociocultural y económico, etc.), médicos (etiología desencadenante del trasplante hepático, episodios de rechazo, etc.), psicológicos (expectativas hacia la enfermedad, vivencia de situaciones altamente estresantes acontecidas en su vida, etc.) y familiares (convivencia o no en el mismo hogar el familiar y el paciente trasplantado, tipo de relaciones entre ambos, etc.).

### *Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (10)*

Consta de catorce ítems, siete referidos a la depresión y siete a la ansiedad, en los que se hace referencia a la forma en que el sujeto se ha sentido durante la última semana, debiendo elegir una de entre cuatro posibilidades de respuestas. La prueba proporciona dos valores, uno para la ansiedad y otro para la depresión, y en ambos casos las puntuaciones se clasifican en: normal (0-7 puntos), dudoso (8-10 puntos) y problema clínico ( $\geq 11$  puntos). Esta escala fue aplicada a los trasplantados hepáticos.

### *Escalas de Ansiedad y Depresión de Leeds (11)*

Consta de veintidós ítems con cuatro alternativas de respuestas de las que el sujeto ha de seleccionar una. La prueba, además de proporcionar una «puntuación total ansiedad-depresión», ofrece otros cinco valores: por un lado, «ansiedad específica», «depresión específica» y «puntuación diferencial». A partir de este último valor, obtenemos la siguiente clasificación: predominio de sintomatología ansiosa (puntuación  $< -4$ ), predominio de sintomatología depresiva (puntuación  $> +4$ ) o casos mixtos, es decir, con sintomatología ansiosa y depresiva (puntuaciones entre  $-4$  y  $+4$ ). Y por otro lado, «ansiedad general» que se clasifica como presencia (puntuación  $\geq 7$ ) o ausencia (puntuación  $< 7$ ) de ansiedad clínica, y «depresión general», que se clasifica como presencia (puntuación  $\geq 6$ ) o ausencia (puntuación  $< 6$ ) de depresión clínica. Esta escala fue aplicada a los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos.

### *Escala para la Evaluación del Apoyo Social (12):*

Consta de seis ítems con cuatro alternativas de respuestas de las que el sujeto ha de seleccionar una. La prueba proporciona una puntuación total que puede clasificarse como apoyo social bajo ( $< 15$  puntos), apoyo social moderado (entre 15 y 29 puntos) y apoyo social alto ( $> 30$  puntos). Esta escala fue aplicada a los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos.

## RESULTADOS

### *Influencia de la salud mental de los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos sobre la salud mental de los pacientes, tanto en UCI como en post-UCI*

Todas las variables referentes a los familiares («puntuación total ansiedad-depresión», «ansiedad específica», «depresión específica», «puntuación diferencial», «ansiedad general» y «depresión general») de las fases UCI y post-UCI, fueron divididas en dos subgrupos (puntuación baja y puntuación alta), con la finalidad de comparar entre ambos las variables referentes a los pacientes («puntuación total ansiedad» y «puntuación total depresión») de las fases UCI y post-UCI. Sólo resultó significativa la influencia de la variable «depresión general post-UCI» del familiar. El procedimiento que seguimos fue el siguiente: realizamos

dos subgrupos de familiares en función de las puntuaciones totales obtenidas en dicha variable, por un lado, familiares con puntuaciones iguales o inferiores al 47,2%, es decir, una puntuación total de 4 puntos o menos, constituyendo un subgrupo de 17 sujetos (depresión general baja) y, por otro lado, familiares con puntuaciones superiores al 47,2%, es decir, una puntuación total superior a 4 puntos, constituyendo un subgrupo de 19 sujetos (depresión general alta). Para comparar las diferencias existentes entre ambos subgrupos de familiares en la sintomatología ansiosa y depresiva que experimentan los trasplantados hepáticos en la fase post-UCI, aplicamos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y hallamos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) en la variable «puntuación total ansiedad post-UCI» de los trasplantados, puntuando más alto los pacientes cuyos familiares presentan «depresión general alta» (7,00) que los pacientes cuyos familiares presentan «depresión general baja» (3,76) (Tabla I). Con la finalidad de discriminar aquellos ítems que tenían más peso en estas diferencias, llevamos a cabo con la misma prueba estadística un análisis de ítems sobre la variable «puntuación total ansiedad post-UCI» de los trasplantados (Tabla I).

*Influencia que ejerce el apoyo social que reciben los familiares sobre su salud mental, tanto en UCI como en post-UCI*

El grupo de familiares fue dividido en dos subgrupos en función de las puntuaciones totales obtenidas en la «Escala de Apoyo Social»: por un lado, familiares con puntuaciones iguales o

inferiores al 52,2%, es decir, una puntuación total de 25 puntos o menos, constituyendo un subgrupo de 24 sujetos (apoyo social bajo) y, por otro lado, familiares con puntuaciones superiores al 52,2%, es decir, una puntuación total superior a 25 puntos, constituyendo un subgrupo de 22 sujetos (apoyo social alto). La sintomatología ansiosa y depresiva de ambos subgrupos (apoyo social bajo y apoyo social alto) de familiares, fue comparada mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Resultaron significativas ( $p \leq 0,05$ ) las siguientes variables de los familiares en las que puntuaron significativamente más alto los familiares con apoyo social bajo que los familiares con apoyo social alto: «puntuación total ansiedad-depresión UCI» (25,02 y 18,52), «ansiedad general UCI» (7,85 y 5,05), «puntuación total ansiedad-depresión post-UCI» (24,05 y 14,86) y «depresión general post-UCI» (5,65 y 3,67). También resultó significativa la variable «puntuación diferencial UCI», en la que puntuaron significativamente más bajo los familiares con apoyo social bajo (-1,55) que los familiares con apoyo social alto (0,90) (Tabla II). Sobre estas variables que resultaron significativas llevamos a cabo un análisis de ítems mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, con la finalidad de detectar los ítems que tenían mayor peso (Tabla III).

*Comparación de la salud mental que presentan los trasplantados hepáticos entre las fases UCI y post-UCI*

Aplicamos la prueba paramétrica T de Student-Fisher para muestras relacionadas y sólo resultó significativa ( $p < 0,01$ ) la variable «puntuación

**TABLA I. Influencia de la «depresión general post-UCI» de los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos sobre la sintomatología ansiosa y depresiva de los pacientes en post-UCI**

Trasplantados hepáticos	Familiares más allegados de los trasplantados hepáticos		Significación
	Depresión general post-UCI alta	Depresión general post-UCI baja	
Puntuación total ansiedad post-UCI:	7,00	3,76	0,009**
—Me siento tenso o molesto	1,58	0,82	0,030*
—Tengo una sensación de miedo, como si algo terrible me fuera a suceder	0,84	0,18	0,042*
Puntuación total depresión post-UCI	3,37	3,00	0,219

Nota: A más puntuación más se identifica el sujeto con la variable o frase. \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ .

**TABLA II. Comparación de la sintomatología ansiosa y depresiva en los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos en función del apoyo social que reciben**

Familiares más allegados de los trasplantados hepáticos	Apoyo social		Significación
	Bajo	Alto	
Puntuación total ansiedad-depresión UCI	25,05	18,52	0,049 *
Ansiedad específica UCI	7,05	4,38	0,056
Depresión específica UCI	5,80	5,38	0,385
Puntuación diferencial UCI	-1,55	0,90	0,021 *
Ansiedad general UCI	7,85	5,05	0,037 *
Depresión general UCI	5,50	5,00	0,519
Puntuación total ansiedad-depresión post-UCI	24,05	14,86	0,043 *
Ansiedad específica post-UCI	5,75	4,60	0,400
Depresión específica post-UCI	5,90	3,73	0,055
Puntuación diferencial post-UCI	-0,55	-0,87	0,831
Ansiedad general post-UCI	6,10	4,73	0,382
Depresión general post-UCI	5,65	3,67	0,050 *

Nota: A más puntuación más se identifica el sujeto con la variable, \* $p \leq 0,05$

**TABLA III. Comparación de la sintomatología ansiosa y depresiva en los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos en función del apoyo social que reciben. Análisis de ítems**

	Apoyo social		Significación
	Bajo	Alto	
<b>Sintomatología ansiosa y depresiva familiares (UCI)</b>			
Me siento ansioso cuando salgo de casa sin compañía	1,20	0,33	0,004 **
Me canso sin razón	1,30	0,48	0,004 **
Tengo palpitaciones, sensación de tensión en el estómago o de opresión en el pecho	1,75	0,95	0,021 *
A menudo pienso que no he hecho nada	0,95	0,43	0,042 *
<b>Sintomatología ansiosa y depresiva familiares (post-UCI)</b>			
Todavía me divierto con cosas que solían divertirme •	1,25	0,27	0,009 **
Tengo fuertes dolores de cabeza	1,50	0,40	0,002 **

Nota: A más puntuación más se identifica el sujeto con la frase, excepto en • (a más puntuación se está más en desacuerdo con la frase). \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ .

ción total depresión» de los pacientes, los cuales puntuaron más alto en UCI (4,53) que en post-UCI (3,11) (Tabla IV). Sobre esta variable, llevamos a cabo un análisis de ítems para detectar cuáles eran aquellos que tenían más peso (Tabla IV).

## DISCUSIÓN

Esta investigación parte de la necesidad de analizar la influencia de las siguientes variables sobre las repercusiones psicológicas del trasplante hepático:

**Sintomatología ansiosa y depresiva de los familiares:** en la fase post-UCI resultó significativa la influencia de la variable «depresión general», es decir, los trasplantados presentan más ansiedad (por ejemplo, «*se sienten tensos o molestos*» y «*tienen una sensación de miedo, como si algo terrible les fuera a suceder*») cuando sus cuidadores se hallan depresivos. Ello podría deberse a que los pacientes no reciben el apoyo que necesitan de sus familiares porque éstos tienen un estado de ánimo (tristeza, apatía, expectativas negativas, etc.) que les incapacita para proveer apo-



**TABLA IV. Comparación de la sintomatología ansiosa y depresiva que presentan los trasplantados hepáticos entre las fases UCI y post-UCI**

Trasplantados hepáticos	Hospitalización		Significación
	UCI	post-UCI	
<b>Puntuación total ansiedad</b>	7,08	5,64	0,097
<b>Puntuación total depresión:</b>	4,53	3,11	0,005 **
Todavía disfruto con lo que antes me gustaba •	0,94	0,47	0,011 *
Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas •	0,44	0,17	0,039 *
He perdido el interés por mi aspecto físico	0,78	0,44	0,026 *

Nota: A más puntuación más se identifica el sujeto con la variable o frase, excepto en • (a más puntuación se está más en desacuerdo con la frase). \* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$

yo físico y psicológico, lo cual deteriora la calidad de vida de los pacientes y les crea un estado de incertidumbre y de ansiedad (13). Además, esta falta de apoyo por parte de los familiares hacia los pacientes debido a su estado anímico podría tener serias implicaciones, ya que la ausencia de apoyo es uno de los predictores con más peso en el abandono del tratamiento médico (14).

**Apoyo social:** esta variable ejerció una influencia importante en los familiares de los trasplantados, ya que los que percibían un apoyo social bajo, presentaban más sintomatología ansiosa y depresiva, tanto en la fase UCI (por ejemplo, «se sentían ansiosos cuando salían de casa sin compañía», «se cansaban sin razón», «tenían palpitaciones, sensación de tensión en el estómago o de opresión en el pecho» y «a menudo pensaban que no habían hecho nada») como en la fase post-UCI (por ejemplo, «no se divertían con cosas que solían divertirlos» y «tenían fuertes dolores de cabeza»). El empeoramiento de la salud mental en estos cuidadores podría deberse, entre otras razones, al hecho de no contar con el apoyo de otros para hacer frente a una serie de estresores que suelen aparecer tras el trasplante: miedo a que el paciente muera, sentimiento de que nadie se preocupa por él o por su salud, preocupaciones financieras y preocupación por si funciona o no el nuevo órgano (2).

**Lugar de hospitalización:** durante el intervalo temporal que los trasplantados hepáticos estuvieron hospitalizados, se encontraron peor psicológicamente cuando estuvieron ingresados en la UCI. Ello podría deberse, entre otras razones, a que la situación de la UCI posee una serie de características específicas que dan lugar a que pueda considerarse como una situación estresante: espacialidad (hay máquinas que invaden el espa-

cio del paciente, luz artificial, ruidos monótonos, etc.), temporalidad (se pierden los ritmos naturales del día y la noche, la percepción de la muerte pasa a un primer plano debido al fallecimiento de otros pacientes, etc.) y despersonalización (el personal sanitario no establece una relación personal con los pacientes debido a la urgencia que requiere la intervención terapéutica, a que la duración de la estancia del paciente es corta, a la mediatización interpersonal por las máquinas, etc.) (15). Estas características unidas a que en dicha fase el paciente se halla peor físicamente, hacen que la UCI sea para los trasplantados un suceso vital estresante que repercute negativamente en su salud mental, por ejemplo, aumenta la sintomatología depresiva de estos pacientes que se manifiesta en que «no disfrutaban con las cosas que antes les gustaban», «no pueden reírse y ver el lado divertido de las cosas» y «pierden el interés por su aspecto físico».

A pesar de la influencia de las variables anteriores en las repercusiones psicológicas del trasplante hepático, hay que tener en cuenta que tras el implante de hígado mejora la calidad de vida de los pacientes y disminuye la sintomatología ansiosa y depresiva que presentan los trasplantados y sus familiares en comparación con la fase pre-trasplante debido, fundamentalmente, a que finaliza la ansiedad por la espera de un órgano y por el temor a la operación (16, 17).

Ante estos hechos, consideramos que las técnicas principales que debería contener un programa psicoterapéutico destinado a mejorar la calidad de vida de los trasplantados hepáticos y de sus familiares serían las siguientes: técnicas de reestructuración cognitiva (para eliminar las creencias irracionales relacionadas, fundamentalmente, con el futuro funcionamiento del órgano), técnicas de búsqueda de apoyo social (para

disminuir las conductas evitativas de contacto social), técnicas de relajación (para disminuir la ansiedad y el exceso de activación fisiológica) y técnicas de solución de problemas (para enseñarles las estrategias básicas para hacer frente a todos los problemas generados a raíz del trasplante). Además, serían necesarias una serie de medidas profilácticas en la UCI (por ejemplo, evitar que el paciente pierda la orientación temporal procurando que conserve el reloj o un calendario cercano u objetos personales, mantener los monitores alejados de la vista del paciente y prevenir la aparición de falsas alarmas que puedan asustarle, evitar comentarios médicos delante de la cama del paciente que pueden ser malinterpretados, etc.) para prevenir en los pacientes la aparición de trastornos psicológicos (18).

## BIBLIOGRAFÍA

1. BUNZEL B, LAEDERACH-HOFMANN K, SCHUBERT MT. Patients benefit-partners suffer?. The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transpl. Int.* 1999; 12: 33-41.
2. COLLINS E G, WHITE-WILLIAMS C, JALOWIEC A. Spouse quality of life before and 1 year after heart transplantation. *Nurs. Clin. North Am.* 2000; 12: 103-110.
3. WICKS M N, MILSTEAD E J, HATHAWAY D K, CETINGOK M. Family caregivers' burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation. *J. Transpl. Coord.* 1998; 8: 170-176.
4. STUKAS A A, DEW M A, SWITZER G E, DIMARTINI A, KORMOS R L, GRIFFITH B P. PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. *Psychosomatics.* 1999; 40: 212-221.
5. PÉREZ M A, MARTÍN A. Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Revista de Psicología General y Aplicada.* 2002; 55: 439-453.
6. PÉREZ M A, MARTÍN A, GALLEGO A, SANTAMARÍA J L. 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.* 2000; 5: 71-87.
7. DEW M A, SWITZER G E, DIMARTINI A F, MATUKAITIS J, FITZGERALD M G, KORMOS R L. Psychological assessment and outcomes in organ transplantation. *Prog. in Transpl.* 2000; 10: 239-261.
8. FUKUNISHI I, SUGAWARA Y, TAKAYAMAT, MAKUUCHI M, KAWARASAKI H, SURMAN O S. Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics.* 2001; 42: 337-343.
9. PANTIGA C, RODRIGO L R, CUESTA M, LÓPEZ L, ARIAS J L. Cognitive deficits in patients with hepatic cirrhosis and in liver transplant recipients. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2003; 15: 84-89.
10. ZIGMOND A S, SNAITH R P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: 361-370.
11. SNAITH R P, BRIDGE G W, HAMILTON M. The Leeds scales for the self-assessment of anxiety and depression. *Br. J. Psychiatry.* 1976; 128: 156-165.
12. CONDE V, FRANCH J I. *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos.* Madrid: Upjohn; 1984.
13. CHRISTENSEN A J, RAICHLER K, EHLERS S L, BERTOLATUS J A. Effect of family environment and donor source on patient quality of life following renal transplantation. *Health Psychol.* 2002; 21: 468-476.
14. KILEY D J, LAM C S, POLLAK R. A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation.* 1993; 55: 51-56.
15. DÖRR-ZEGER O. Espacio y tiempo en la unidad de cuidado intensivo. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría.* 1988; 4: 246-254.
16. MOORE K A, BURROWS G D, HARDY K J. Anxiety in chronic liver disease: changes post transplantation. *Stress Medicine.* 1997; 13: 49-57.
17. SHIH F J, HU R H, HO M C, LIN H Y, LIN M H, LEE P H. Changes in health-related quality of life and working competence before and after liver transplantation. *Transplant. Proc.* 2000; 32: 2144-2148.
18. GÓMEZ E, LÓPEZ M A, CIRERA E. El paciente en cuidados intensivos. En: Rojo JE, Cirera E, dirs. *Interconsulta psiquiátrica.* Barcelona: Masson, S.A; 1997. p. 469-477.