



## Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos<sup>1</sup>

María Ángeles Pérez San Gregorio<sup>2</sup>, Agustín Martín Rodríguez y  
Antonio Galán Rodríguez (*Universidad de Sevilla, España*)

(Recibido 1 de abril 2004 / Received April 8, 2004)  
(Aceptado 12 de julio 2004 / Accepted July 12, 2004)

**RESUMEN.** El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica para aquellos pacientes que tienen problemas graves en el funcionamiento de un órgano vital: corazón, hígado, pulmón, etc. Dada la relevancia de este tema, en el presente estudio teórico analizamos los principales problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. Concretamente, hemos tenido en cuenta los siguientes apartados: 1) Repercusiones psicológicas del trasplante de órganos en los pacientes: delirium, trastornos sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, fantasías sobre el donante, insatisfacción con la imagen corporal y otros trastornos; 2) variables psicosociales que influyen en las repercusiones psicológicas asociadas al trasplante de órganos: apoyo familiar, trastornos psicológicos en los familiares, hospitalización, expectativas pre y post-trasplante, estrategias de afrontamiento, duración de la enfermedad, etiología del trasplante, procedencia del órgano implantado y otras variables; 3) fases psicológicas en los trasplantados renales, hepáticos y cardíacos en función de diferentes periodos temporales de comparación; 4) calidad de vida en los trasplantados y variables que la predicen: adherencia terapéutica, hospitalización, apoyo familiar, expectativas hacia el trasplante y etiología del trasplante; y 5) repercusiones psicológicas del trasplante de órganos en los familiares, teniendo en cuenta la influencia que ejerce el apoyo social sobre la salud mental de estos familiares.

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (Instituto de Salud Carlos III) dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I 2000-2003).

<sup>2</sup> Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. C/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla (España). E-mail: anperez@us.es

**PALABRAS CLAVE.** Trasplante de órganos. Aspectos psicológicos. Pacientes. Familiares. Estudio teórico.

**ABSTRACT.** Transplantation is thought of a treatment for patients with serious problems in vital organs (heart, liver, lung, etc.). Due to the importance of this subject, we analyse the main psychological problems associated to transplantation; so, we have paid attention to the following items: 1) psychological repercussions in patients following transplantation (delirium, sexual disorders, depression, anxiety, thoughts about donor, self-body dissatisfaction, etc.); 2) psychological variables influencing in those psychological repercussions (family support, psychological disturbances in relatives, hospitalization, pre and post-transplant expectations, coping, length and etiology of the disease, donor source, etc.); 3) psychological stages in kidney, liver and heart transplantation, taken into account several different time periods; 4) quality of life in transplant recipients, and its predictors (compliance, hospitalization, family support, expectations, etiology); 5) psychological repercussions in family members, taking into account the influence of social support on mental health.

**KEYWORDS.** Transplantation. Psychological aspects. Patients. Family members. Theoretical study.

**RESUMO.** O transplante de órgãos é uma alternativa terapêutica para aqueles pacientes que têm problemas graves no funcionamento de um órgão vital: coração, fígado, pulmão, etc. Dada a relevância deste tema, no presente estudo teórico, analisamos os principais problemas psicológicos associados ao transplante de órgãos. Concretamente tivemos em conta os seguintes itens: 1) repercussões psicológicas do transplante de órgãos nos pacientes (delírio, perturbações sexuais, perturbações do humor, perturbações de ansiedade, fantasias sobre o dador, insatisfação com a imagem corporal e outras perturbações); 2) variáveis psicossociais que influenciam nas repercussões psicológicas associadas ao transplante de órgãos (apoio familiar, perturbações psicológicas nos familiares, hospitalização, expectativas pré e pós transplante, estratégias de confronto, duração da doença, etiologia do transplante, procedência do órgão implantado e outras variáveis); 3) fases psicológicas nos transplantados renais, hepáticos e cardíacos em função de diferentes períodos temporais de comparação; 4) qualidade de vida nos transplantados e variáveis que a predizem (adesão terapêutica, hospitalização, apoio familiar, expectativas face ao transplante) e 5) repercussões psicológicas do transplante de órgãos nos familiares, tendo em conta a influência que exerce o apoio social sobre a saúde mental destes familiares.

**PALAVRAS CHAVE.** Transplante. Aspectos psicológicos. Pacientes. Familiares. Estudo teórico.

### Introducción

El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica para todos aquellos pacientes que presentan problemas graves en el funcionamiento de un órgano vital. Así, por ejemplo, el trasplante renal está indicado cuando los pacientes sufren insuficiencia

renal crónica, la cual conlleva un cambio radical en el estilo de vida: restricciones dietéticas y en el nivel de actividad, disfunciones sexuales y dependencia de la diálisis que les obliga a desplazarse al hospital dos, tres o más veces por semana (Martínez, Arribas y Pedrós, 1998). El trasplante hepático también es una alternativa para aquellos pacientes con enfermedades hepatobiliares progresivas e irreversibles como las hepatopatías de origen colestásico, las hepatopatías de predominio hepatocelular, la insuficiencia hepática aguda fulminante o subfulminante y las cirrosis alcohólicas (Ruiz, 1999). Por su parte, el trasplante cardíaco está indicado para aquellos pacientes que sufren insuficiencia cardíaca debido a una cardiopatía valvular, una cardiopatía congénita o una miocardiopatía (Pérez-Bernal, 2002). En todos estos casos, el trasplante de órganos ofrecerá a los pacientes una mayor cantidad y calidad de vida. No obstante, este tipo de intervenciones puede generar durante todo el proceso (desde la propuesta del trasplante hasta la adaptación tras el alta médica) importantes complicaciones psicológicas, tanto en los pacientes como en sus familiares. Como afirman Gullede, Buszta y Montague (1983), el post-trasplante es una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia. Dada la importancia de este tema, en el presente estudio teórico (Montero y León, 2005) vamos a analizar los problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. Para ello, tendremos en cuenta los siguientes apartados:

- Repercusiones psicológicas del trasplante de órganos en los pacientes.
- Variables psicosociales que influyen en las repercusiones psicológicas asociadas al trasplante de órganos.
- Fases psicológicas en los trasplantados.
- Calidad de vida en los trasplantados y variables que la predicen.
- Repercusiones psicológicas del trasplante de órganos en los familiares.

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

Las complicaciones psicológicas más importantes que podemos encontrar en un trasplantado podríamos resumirlas en las siguientes.

- Delirium. Aparece en el postoperatorio inmediato y está causado por los fármacos inmunosupresores (Grandi, Fabbri, Tossani, Mangelli, Branzi y Mangelli, 2001; Huffman, Popkin y Stern, 2003; Watanabe e Higara, 1999). Su incidencia oscila entre el 25 y el 50% y depende del tipo de trasplante realizado, de tal forma que es más frecuente en los trasplantados pulmonares y hepáticos que en los trasplantados cardíacos y renales (Fukunishi, Sugawara, Takayama, Makuuchi, Kawarasaki y Surman, 2001; Kita *et al.*, 2001; Menchón, González, Aymamí, Barjau y Serrano, 1997). Se caracteriza por una alteración de la conciencia (dificultades de atención y concentración) y de las funciones cognoscitivas (deterioro de la memoria, desorientación y alteración del lenguaje) (Udina, Guillamant, Álvarez y Casasa, 1987).
- Trastornos sexuales. Suelen aparecer en el 30% de los trasplantados y las causas pueden ser tanto físicas (por ejemplo, la propia enfermedad o la medicación)

como psicológicas (por ejemplo, algunos trasplantados evitan las relaciones sexuales por temor a dañar el órgano trasplantado o porque se sienten menos atractivos debido a los efectos secundarios -crecimiento del vello- de los inmunosupresores) (Engle, 2001). Las disfunciones sexuales más frecuentes son el deseo sexual hipoactivo y el trastorno de la erección (Tabler y Frieson, 1990; Trumper y Appleby, 2001).

- Trastornos del estado de ánimo. Los más frecuentes son los trastornos depresivos, con una prevalencia que oscila entre el 10 y el 58% durante los primeros años post-trasplante (Dew *et al.*, 2000a, 2001; Triffaux, Wauthy, Bertrand, Limet, Albert y Ansseau, 2001a; Trumper y Appleby, 2001). La depresión en el postoperatorio es un problema clínico de gran importancia, ya que puede ser un factor de riesgo para las conductas de no adherencia, las cuales provocan en un alto porcentaje de pacientes el rechazo del órgano (Grandi *et al.*, 2001; Triffaux *et al.*, 2001a). Así mismo, la depresión también puede desembocar en conductas o intentos suicidas que pueden manifestarse de forma indirecta mediante el incumplimiento del paciente con las prescripciones terapéuticas (Cooper, Lanza y Barnard, 1984).
- Trastornos de ansiedad: su prevalencia oscila entre el 3 y el 33% durante los primeros años post-trasplante. El trastorno por estrés post-traumático es al que se le ha dedicado más atención, el cual tiene una incidencia del 17% en los trasplantados cardíacos (Dew, Switzer, DiMartini, Matukaitis, Fitzgerald y Kormos, 2000b). 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).
- Fantasías sobre el donante. Tras el trasplante, los pacientes pueden tener creencias y pensamientos muy diversos.
  - Si el órgano procede de un donante cadáver, los trasplantados pueden reaccionar de dos formas: 1) en algunas ocasiones fantasean con las características físicas y psicológicas del donante, por ejemplo, su edad, su género, su raza, sus gustos musicales, sus estudios, etc.; estas fantasías pueden conllevar sentimientos de culpa porque piensan que otra persona ha muerto para que ellos puedan vivir (Gulledge *et al.*, 1983); y 2) en otras ocasiones intentan ignorar el origen del órgano en una especie de miedo a ser deudor de la salvación y tienen actitudes del estilo «esto es mío», «tenía derecho a ello», «es mi vida», es decir, sienten que la vida ha de devolverles lo que les ha quitado (Iruela, Merino y Lombardía, 1995).
  - Si el órgano procede de un donante vivo puede establecerse una relación conflictiva entre el receptor y el donante. De hecho, Fukunishi *et al.* (2001) han descrito en los trasplantados hepáticos el Síndrome Psiquiátrico Para-

dójico, el cual ocurre a pesar de que el trasplante haya sido un éxito. Está constituido por cuatro elementos: 1) conflictos asociados al trasplante, por ejemplo, sentimientos de culpa respecto al bienestar del donante, la convicción de que para su recuperación han necesitado la mutilación de otra persona, etc.; 2) reacción adaptativa, como por ejemplo, depresión, ansiedad, somatización, etc.; 3) la reacción ocurre como una complicación tardía después del trasplante hepático (dentro del primer año después del trasplante); y 4) un estado médico favorable, tanto en los donantes, como en los receptores, sin rechazo y sin complicaciones médicas graves.

- Insatisfacción con la imagen corporal. Algunos trasplantados tienen dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante en su propio cuerpo, de tal forma que perciben el órgano como un cuerpo extraño que introduce en uno rasgos del donante (House y Thompson, 1988; Kaba, Thompson y Burnard, 2000). Este problema fue denominado por Dubovsky, Metzner y Warner (1979) como Síndrome de Frankenstein, debido a que el paciente se sentía confeccionado con trozos de cadáveres. La denominación se debe a la reacción de un hombre de 38 años al que se le trasplantó el hígado de una mujer y que durante el postoperatorio experimentó una grave crisis de identidad (decía «sentirse en parte una mujer»). La insatisfacción con la imagen corporal está asociada a diferentes problemas psicológicos, así por ejemplo, Pérez y Martín (2002) hallaron que los trasplantados con peor imagen corporal puntuaban más alto en las variables ansiedad estado, depresión, pensamientos depresivos y pensamientos ansiosos y, además, que sus expectativas hacia la enfermedad eran más negativas.
- Otros trastornos. Otras complicaciones psicológicas que también se han hallado en los trasplantados, aunque con menor frecuencia, son los trastornos adaptativos (Dew *et al.*, 2000a; Fukunishi *et al.*, 2001; Kita *et al.*, 2001), los trastornos somatomorfos (Fukunishi *et al.*, 2001) y los trastornos de la conducta alimentaria (House y Thompson, 1988).

Si comparamos las repercusiones psicológicas anteriormente descritas entre los trasplantados renales, hepáticos y cardíacos, hemos de desglosar en dos los principales resultados de las investigaciones. Por un lado, aquellas que no hallan diferencias entre los tres grupos de trasplantados en la sintomatología ansiosa y depresiva, y que concluyen que el impacto psicológico del trasplante es el mismo en los tres grupos (Forsberg, Lorenzon, Nilsson y Backmana, 1999; Pérez, Martín, Gallego y Santamaría, 2000) y, por otro lado, aquellas que hallan más trastornos psicológicos en los trasplantados hepáticos que en los renales (Fukunishi *et al.*, 2001) y un mayor deterioro en las áreas laboral y de las actividades diarias en los trasplantados hepáticos que en los otros dos grupos (Forsberg *et al.*, 1999). Una posible explicación de estos resultados es que los trasplantados renales saben que si sufren un rechazo pueden volver a diálisis hasta que logren otro riñón; circunstancia que no se da en el resto de los trasplantados en los que el rechazo puede suponer la muerte de estos pacientes.

### **Variables psicosociales que influyen en las repercusiones psicológicas asociadas al trasplante de órganos**

Las variables psicosociales más relevantes que ejercen una influencia en las complicaciones psicológicas asociadas al trasplante de órganos, podríamos resumirlas en las siguientes.

- Apoyo familiar. La ausencia de apoyo por parte de la familia aumenta los trastornos psicológicos en los trasplantados (Dew *et al.*, 2000a, 2001; Frazier, Tix, Klein y Arikian, 2000; Stukas, Dew, Switzer, DiMartini, Kormos y Griffith, 1999) y además es uno de los predictores más relevantes en la falta de adherencia terapéutica por parte de los pacientes (Dew *et al.*, 2000b; Hirth y Stewart, 1994). En este ámbito, Pérez *et al.* (2000) hallaron en una muestra de 100 trasplantados (renales, hepáticos y cardíacos) que cuando sus relaciones familiares empeoraban a raíz del trasplante, los pacientes mostraban más ansiedad y más conductas y pensamientos depresivos debido fundamentalmente a que dichos familiares no proveían apoyo físico y psicológico a los pacientes. No obstante, este resultado también podría ser debido, como afirman Frazier, Davis y Dahl (1995), a que dichos familiares ofrecían un apoyo ineficaz, por ejemplo, criticaban las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes o tenían una preocupación inadecuada por los mismos, bien por ser excesiva o por ser deficitaria.
- Trastornos psicológicos en los familiares. Cuando los familiares más allegados de los pacientes trasplantados no gozan de una adecuada salud mental deben tener un contacto emocional directo limitado con los pacientes, ya que pueden debilitar las defensas psicológicas de éstos (Ordóñez *et al.*, 1995). Así, por ejemplo, en una reciente investigación se comprobó que los trasplantados hepáticos que se hallaban en contacto con familiares depresivos presentaban más sintomatología ansiosa (por ejemplo, «se sentían tensos o molestos» y «tenían una sensación de miedo, como si algo terrible les fuera a suceder»). 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 ayuda emocional, instrumental e informacional, lo cual deteriora la calidad de vida de los pacientes y les crea un estado de incertidumbre y de ansiedad (Pérez, Martín, Asián y Pérez, 2004).
- Hospitalización. Sobre las repercusiones psicológicas de esta variable en los trasplantados se han realizado investigaciones teniendo en cuenta la duración de la hospitalización, los reingresos en el hospital debido a las complicaciones médicas tras el trasplante y el lugar de hospitalización. Por lo que se refiere a la influencia que ejerce la duración de la estancia hospitalaria tras el trasplante en los trastornos psicológicos de los pacientes, los resultados de las investigaciones son contradictorios; por ejemplo, Dew *et al.* (2000a, 2001) en un grupo de trasplantados cardíacos hallaron que un mayor tiempo de hospitalización estaba asociado a más trastornos psicológicos, mientras que Pérez *et al.* (2000) en diferentes grupos de trasplantados (renales, hepáticos y cardíacos) no halla-

ron diferencias psicológicas en función del mayor o menor tiempo de hospitalización de los pacientes tras el implante. Respecto a los reingresos en el hospital a raíz del trasplante por complicaciones médicas, estos ejercen una influencia negativa en la salud mental de los trasplantados cardíacos: más sintomatología ansiosa y depresiva y peor autoconcepto físico (Pérez *et al.*, 2000). Por otro lado, el lugar de hospitalización, también tiene importantes repercusiones psicológicas en los trasplantados. Así, por ejemplo, en una investigación realizada con trasplantados hepáticos que fueron evaluados desde una perspectiva psicológica en dos momentos diferentes (UCI: cuando el paciente estaba 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-) se halló que los pacientes presentaban más sintomatología depresiva (por ejemplo, «no disfrutaban con las cosas que antes les gustaban», «no podían reírse y ver el lado divertido de las cosas» y «perdían el interés por su aspecto físico») cuando estaban ingresados en la UCI (Pérez *et al.*, 2004). Esto podría deberse a que en dicha fase el paciente se halla peor físicamente y 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 espacio 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.) (Dörr-Zeger, 1988).

- Expectativas pre-trasplante y post-trasplante. Algunas investigaciones demuestran que los trastornos depresivos son más frecuentes en la fase post-trasplante cuando los pacientes tienen unas expectativas demasiado optimistas (no esperan tener ninguna complicación física ni psicológica) antes de la operación (Grandi *et al.*, 2001; Gullede *et al.*, 1983; House y Thompson, 1988). Por otro lado, 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») tras el trasplante también incrementan la sintomatología ansiosa y depresiva y empeora desde una perspectiva física el autoconcepto (¿cómo me percibo?), la autoestima (¿cómo me siento?) y el autocomportamiento (¿qué hago conmigo mismo?). Esto se debe 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, a la muerte (Pérez *et al.*, 2000). En estrecha relación con las expectativas hacia el trasplante aparece el tema de las motivaciones para el trasplante. Así, por ejemplo, existe cierta evidencia de que los pacientes que tienen razones positivas para desear más tiempo de vida (por ejemplo, para

hacer algo que tienen pendiente) tienen mayor calidad de vida tras el trasplante que aquellos pacientes que sienten que ya han hecho en la vida todo lo que querían (House y Thompson, 1988).

- Estrategias de afrontamiento. En líneas generales, 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 por parte de los trasplantados (Christensen, Ehlers, Raicle, Bertolatus y Lawton, 2000, Frazier *et al.*, 2000). De hecho, en los trasplantados cardíacos un estilo de afrontamiento evitativo implica conductas de no adherencia, por ejemplo, fumar, ausencia de ejercicio, dieta inadecuada, etc. (Shapiro, Williams, Foray, Gelman, Wukich y Sciacca, 1995).
- Duración de la enfermedad. 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). Concretamente, Watanabe e Higara (1999), en una muestra de 105 trasplantados renales, hallaron más trastornos psicológicos en aquellos pacientes que habían estado sometidos a diálisis más de dos años, en comparación con los que habían estado sometidos menos tiempo. 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.
- Etiología del trasplante. Esta variable sólo se ha estudiado en los trasplantados hepáticos. Concretamente, se ha comparado el grupo de etiología etílica con otros grupos de etiología diferente (virásica y colestásica) y no se han hallado diferencias psicológicas entre ellos (Gledhill, Burroughs, Rolles, Davidson, Blizzard y Lloyd, 1999).
- Procedencia del órgano implantado. Esta variable sólo se ha estudiado en los trasplantados renales. Concretamente, se han comparado los receptores de órganos procedentes de un donante cadáver con los procedentes de un donante vivo. Los resultados muestran mayor existencia de trastornos psicológicos en el primer caso, quizás debido a que estos pacientes han estado más tiempo en diálisis (más tiempo de espera) y, por lo tanto, están más deteriorados (Watanabe e Higara, 1999).
- Otras variables. Otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir trastornos psicológicos en los trasplantados son los siguientes: ser mujer, tener antecedentes psiquiátricos y/o psicológicos y ser joven (Dew *et al.*, 2000a, 2001; Jones *et al.*, 1988; Stukas *et al.*, 1999).

### Fases psicológicas en los trasplantados

En este apartado haremos referencia a una serie de investigaciones que analizan la evolución psicológica de los trasplantados renales, hepáticos y cardíacos, en función del tiempo transcurrido desde el trasplante. En el caso de los trasplantados renales, hemos de resaltar los resultados de tres estudios que establecen diferentes periodos temporales de comparación.



- Menos de 5 años, entre 5 y 10 años y más de 10 años. Tienen peor calidad de vida los pacientes que llevan más tiempo trasplantados, probablemente, por ser de mayor edad y por los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora (Ichikawa *et al.*, 2000).
- De 0-6 meses, 7-12 meses, 13-24 meses, 25-36 meses, 37-48 meses, 49-60 meses y 61-120 meses. A corto y a largo plazo hay una mejora de la calidad de vida, pero en el periodo intermedio (7-36 meses) los pacientes sufren un deterioro volviendo a los niveles pre-trasplante. Una posible explicación es que en la fase inmediatamente posterior al trasplante, los pacientes tienen un sentimiento de liberación con respecto a la dependencia de la diálisis, 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 calidad de vida, lo cual ocurre antes de que se logre una adaptación definitiva al trasplante (Ponto *et al.*, 2001).
- Menos de 1 año, entre 1 y 2 años y más de 2 años. Los pacientes tienen más pensamientos negativos (ansiosos y depresivos) y peor autoestima física durante el primer año y a partir de los dos años de haber sido trasplantados, no existiendo diferencias significativas entre estos dos periodos, pero sí cuando se comparan ambos con el intervalo temporal 13-24 meses. Una posible explicación es que los trasplantados renales atraviesan por tres fases tras el implante: 1) fase de alerta: una vez superada la hospitalización durante el primer año (0-12 meses) los pacientes, por un lado, han de mantener unas pautas de tratamiento muy rígidas (alimentación, medicación, ejercicio físico, etc.) y, por otro lado, han de integrarse en un entorno sociolaboral que muchas veces no es el más adecuado por sus condiciones físicas; a todo esto hay que añadir, por un lado, que al principio los pacientes temen la posibilidad de poder rechazar el órgano ante la más mínima sintomatología, 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: a partir del primer año (13-24 meses) de haber recibido el implante renal, la mayoría de los pacientes se ha habituado a las prescripciones terapéuticas, se han integrado en el entorno sociolaboral, 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 renales se adapten a todas las circunstancias que conlleva el trasplante y, consecuentemente, que disminuyan los desequilibrios psicológicos durante esta fase; y, por último, 3) fase de agotamiento: a partir de los dos años (>24 meses) del implante renal de nuevo aumentan los desequilibrios psicológicos; una posible explicación sería, por un lado, que vuelve a aparecer el temor a la pérdida del injerto, ya que la mayoría de los pacientes saben que a medida que

pasa el tiempo disminuye la supervivencia del injerto y, por otro lado, que los pacientes están cansados y agotados de su situación, es decir, aparecen desilusiones ante unas expectativas frustradas pues descubren que el trasplante no significa una vida como la de antes de empezar la enfermedad, en definitiva, el trasplante ofrece la oportunidad de seguir viviendo pero siempre bajo vigilancia médica (Pérez *et al.*, 2000).

En el caso de los trasplantados hepáticos hemos de resaltar los resultados de otros dos estudios que también establecen diferentes periodos temporales de comparación.

- Antes del trasplante (lista de espera), 1 mes, 3 meses, 9 meses y 18 meses tras el trasplante. Después del trasplante disminuye significativamente la ansiedad, lo cual se debe a que finaliza la incertidumbre de los pacientes por la espera del órgano y a que también termina el temor de estos a la intervención quirúrgica. Aunque este resultado se mantiene en los diferentes periodos temporales evaluados tras el trasplante, en algunas ocasiones aparecen episodios discretos de ansiedad explicables por todos los acontecimientos que rodean al trasplante, por ejemplo, temor a perder el bienestar adquirido, conflictos familiares cuando el trasplantado reasume los roles abandonados y asumidos por otros, etc. (Moore, Burrows y Hardy, 1997).
- De 0-6 meses, 7-12 meses, 13-24 meses, 25-36 meses, 37-48 meses y 49-60 meses. La calidad de vida de los pacientes aumenta durante los primeros seis meses tras el trasplante, tanto en las áreas física como psicológica. No obstante, dicha calidad de vida empeora en el intervalo temporal 13-24 meses, quizás debido a las dificultades para adaptarse a las condiciones sociolaborales tras el trasplante. A continuación, los pacientes consiguen mejorar su calidad de vida, 3-5 años después del trasplante, cuando logran una nueva estabilidad emocional (Bona *et al.*, 2000).

En el caso de los trasplantados cardíacos, los resultados más relevantes de las investigaciones que comparan diferentes periodos temporales son los siguientes:

- Antes del trasplante (lista de espera), momento del alta hospitalaria, 4 meses, 8 meses y 12 meses tras el trasplante. En la fase pre-trasplante, los pacientes tienen unos valores muy altos en ansiedad y en depresión, y un gran deterioro de su imagen corporal. Todos estos valores mejoran en los cuatro momentos evaluados de la fase post-trasplante, excepto el referente a la ansiedad, en la que hay un ligero incremento conforme pasa el tiempo aunque sin llegar a ser significativo (Jones *et al.*, 1988).
- Antes del trasplante (lista de espera), 1 mes y 6 meses tras el trasplante. Los valores en ansiedad, depresión y salud general mejoran significativamente en la fase post-trasplante, sin existir diferencias entre los periodos 1 y 6 meses tras el trasplante. Esto significa que la mejoría observada en el primer mes después de la operación se mantiene estable en el sexto mes (Triffaux *et al.*, 2001b).

A partir de todas las investigaciones anteriores podemos concluir que, por un lado, existe una mejoría física y psicológica significativa en todos los pacientes tras el trasplante

y, por otro, en la fase post-trasplante en algunas ocasiones la mejoría se mantiene estable y en otras ocasiones no. Ello está en función de los intervalos temporales que se comparen, los cuales son diferentes en las diversas investigaciones.

### **Calidad de vida en los trasplantados y variables que la predicen**

El trasplante de órganos mejora la calidad de vida de los pacientes renales, hepáticos y cardíacos (Forsberg, Backman y Svensson, 2002; Lawrence y Zittel, 2000; Shih, Hu, Ho, Lin, Lin y Lee, 2000; Wright, Feurer, Payne, Wise, Shockley y Speroff, 2000). Esta mejoría se observa, por un lado, en que tras el trasplante disminuyen los síntomas relacionados con la enfermedad, el número de ingresos hospitalarios, el grado de incapacidad para trabajar, la ansiedad, la irritabilidad y la labilidad afectiva y, por otro lado, en que los pacientes se sienten más felices y tienen un mejor funcionamiento en las áreas sexual, social y laboral (Bunzel y Laederach, 1999; Caccamo *et al.*, 2001). No obstante, esta mejoría puede que no sea total o que no esté presente en algunos pacientes (Christensen, Raichle, Ehlers y Bertolatus, 2002; Triffaux *et al.*, 2001a). Así, por ejemplo, en una investigación realizada con trasplantados hepáticos, se halló que el 60% consideraba que su vida no se había normalizado tras el trasplante debido, fundamentalmente, a la presencia de problemas físicos y psicosociales: efectos secundarios de los fármacos, fatiga, problemas gastrointestinales, osteoporosis, depresión, etc. (Holzner *et al.*, 2001). Dada la importancia que tiene la calidad de vida en estos pacientes, es necesario conocer cuáles son las variables que la predicen. A continuación, hacemos un resumen de las más importantes.

- Adherencia terapéutica. El incumplimiento de las prescripciones médicas predice el rechazo del órgano (Dew *et al.*, 2000b; Grady, Jalowiec y White-Williams, 1999). Esta falta de adherencia se ha observado especialmente en los trasplantados con trastornos psicológicos, los cuales no suelen prestar atención a los hábitos de salud (Dew *et al.*, 2000b, 2001).
- Hospitalización. Las complicaciones médicas tras el trasplante (por ejemplo, una infección debido a una excesiva inmunosupresión o un rechazo del órgano por una inmunosupresión inadecuada) que requieren una estancia hospitalaria más larga o diversos reingresos hospitalarios tras el alta del paciente se asocian a una peor calidad de vida (Grady *et al.*, 1999; Winsett y Hathaway, 1999). Esta variable tiene una relación directa con la adherencia terapéutica ya que precisamente los pacientes que no cumplen con las prescripciones terapéuticas son los que están más tiempo hospitalizados y sufren mayor número de reingresos (Paris, Muchmore, Pribil, Zuhdi y Cooper, 1994).
- Apoyo familiar. Algunos estudios asocian tener pareja a un mayor ajuste psicológico en los trasplantados (Winsett y Hathaway, 1999). No obstante, aunque el apoyo familiar mejora la calidad de vida del paciente, ésta también depende de la procedencia del órgano. Así, por ejemplo, en un grupo de trasplantados renales se halló que cuando el riñón procedía de un donante cadáver, mejoró la calidad de vida del paciente con independencia del grado de apoyo familiar,

pero cuando el riñón procedía de un donante vivo (un familiar allegado), sólo mejoraba la calidad de vida del paciente (menos depresión y un aumento en la movilidad y en el funcionamiento social) si el ambiente familiar era bueno (Christensen *et al.*, 2002).

- Expectativas hacia el trasplante. Aquellos pacientes con unas expectativas muy optimistas hacia el trasplante antes de la intervención suelen tener peor calidad de vida que aquellos que no esperan que sus vidas regresen a la normalidad tras el trasplante. Consecuentemente, las expectativas optimistas son útiles a corto plazo como estrategias de afrontamiento en el contexto de la intervención y de la estancia hospitalaria; sin embargo, a largo plazo tienen un efecto negativo (aumenta el estrés y deteriora la calidad de vida) si no se alcanzan los resultados esperados (Holzner *et al.*, 2001).
- Etiología del trasplante. Esta variable sólo se ha estudiado en los trasplantados hepáticos. Concretamente, cuando se compara el grupo de etiología tóxica con otros grupos de etiología diferente se halla que en los pacientes del primer grupo hay un mayor grado de deterioro en la movilidad física (Gledhill *et al.*, 1999).

### **Repercusiones psicológicas del trasplante de órganos en los familiares**

Las pocas investigaciones existentes sobre este tema concluyen que el proceso de integración psicosocial del órgano no es fácil, ni para el paciente, ni para la pareja. Concretamente, lo más característico de la fase post-trasplante es la confusión o el conflicto entre la asignación y la asunción de los roles entre los diferentes miembros de la familia (Bunzel, Laederach y Schubert, 1999). Así mismo, en algunos trasplantados también aparecen diversos problemas psicosociales que tienen un gran impacto sobre la vida familiar y de pareja: unas interacciones sociales deficientes, la disminución de la actividad sexual, el descenso en la realización de las tareas propias del hogar y una menor implicación en las actividades recreativas (Rosenblum, Rosen, Pine, Rosen y Borg, 1993). Además, tras el trasplante, los familiares consideran que empeora la comunicación, la implicación afectiva y los valores y normas que rigen la relación (Bunzel *et al.*, 1999). Incluso un 47% de los cuidadores informa 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 a la enfermedad. 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 (Wicks, Milstead, Hathaway y Cetingok, 1998). Todo esto nos lleva a pensar que, en algunos casos, tras el trasplante empeoran las relaciones de pareja (Collins, White y Jalowiec, 2000). No obstante, a largo plazo, la mayoría tiene relaciones estables; prueba de ello es una investigación realizada con 369 trasplantados cardíacos en los que se halló que a los siete años del trasplante, el 72% tenía una relación estable, el 8% se había separado y el 20% tenía una nueva pareja (Hummel, Michauk, Hetzer y Fuhrmann, 2001).

En este ámbito, resulta muy importante la influencia que ejerce el apoyo social que reciben los familiares de los trasplantados sobre su propia salud mental. Así, por ejem-

plo, en una investigación realizada con los cuidadores principales de los trasplantados hepáticos, se halló que los que percibían un apoyo social bajo presentaban más sintomatología ansiosa y depresiva, tanto en la fase UCI (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») (Pérez *et al.*, 2004). 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 económicas y preocupación por si funciona o no el nuevo órgano (Collins *et al.*, 2000). Sobre este último estresor, hay que tener en cuenta que la idea de rechazo siempre está presente, tanto en los pacientes, como en sus familiares, lo cual les impide realizar planes a largo plazo. En definitiva, la familia tiene que aceptar que en el trasplantado se ha producido un cambio de rol de «enfermo» a «sano» y debe convertir su actitud protectora en una actitud de compañerismo hacia el paciente (Ordóñez *et al.*, 1995).

Para finalizar, podemos decir como afirma Kurz (2001), que para las parejas de los trasplantados, el proceso de trasplante es como «subirse en una montaña rusa», ya que sus vidas se caracterizan por una sucesión de «subidas» y «bajadas».

### Referencias

- Bona, N., Ponton, P., Ermani, M., Iemmolo, R.M., Feltrin, A., Boccagni, P., Gerunda, G., Naccarato, R., Rupolo, G. y Burra, P. (2000). The impact of liver disease and medical complications on quality of life and psychological distress before and after liver transplantation. *Journal of Hepatology*, 33, 609-615.
- Bunzel, B. y Laederach, K. (1999). Long-term effects of heart transplantation: The gap between physical performance and emotional well-being. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 31, 214-222.
- Bunzel, B., Laederach, K. y Schubert, M.T. (1999). Patients benefit-partners suffer? The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transplantation International*, 12, 33-41.
- 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.
- Christensen, A.J., Ehlers, S.L., Raicle, K.A., Bertolatus, J.A. y Lawton, W.J. (2000). Predicting change in depression following renal transplantation: Effect of patient coping preferences. *Health Psychology*, 19, 348-353.
- Christensen, A.J., Raichle, K., Ehlers, S.L. y Bertolatus, J.A. (2002). Effect of family environment and donor source on patient quality of life following renal transplantation. *Health Psychology*, 21, 468-476.
- Collins, E.G., White, C. y Jalowiec, A. (2000). Spouse quality of life before and 1 year after heart transplantation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 12, 103-110.
- Cooper, D.K., Lanza, R.P. y Barnard, C.N. (1984). Non-compliance in heart transplantation recipients: The cape town experience. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 3, 248-253.

- Dew, M.A., DiMartini, A.F., Switzer, G.E., Kormos, R.L., Schulberg, H.C., Roth, L.H. y Griffith, B.P. (2000a). 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., Kormos, R.L., DiMartini, A.F., Switzer, G.E., Schulberg, H.C., Roth, L.H. y Griffith, B.P. (2001). Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, *42*, 300-313.
- Dew, M.A., Switzer, G.E., DiMartini, A.F., Matukaitis, J., Fitzgerald, M.G. y Kormos, R.L. (2000b). Psychological assessment and outcomes in organ transplantation. *Progress in Transplantation*, *10*, 239-261.
- Dörr-Zeger, O (1988). Espacio y tiempo en la unidad de cuidado intensivo. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, *4*, 246-254.
- Dubovsky, S., Metzner, J.L. y Warner, R.B. (1979). Problems with internalization of transplanted liver. *American Journal of Psychiatry*, *136*, 1090-1091.
- 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.
- Forsberg, A., Backman, L. y Svensson, E. (2002). Liver transplant recipients' ability to cope during the first 12 months after transplantation. A prospective study. *Nordic College of Caring Sciences*, *16*, 345-352.
- Forsberg, A., Lorenzon, U., Nilsson, F. y Backmana, L. (1999). Pain and health related quality of life after heart, kidney, and liver transplantation. *Clinical Transplantation*, *13*, 453-460.
- 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.
- Fukunishi, I., Sugawara, Y., Takayama, T., Makuuchi, M., Kawarasaki, H. y Surman, O.S. (2001). Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics*, *42*, 337-343.
- Gledhill, J., Burroughs, A., Rolles, K., Davidson, B., Blizard, B. y Lloyd, G. (1999). Psychiatric and social outcome following liver transplantation for alcoholic liver disease: A controlled study. *Journal of Psychosomatics Research*, *46*, 359-368.
- Grady, K., Jalowiec, A. y White-Williams, C. (1999). Predictors of quality of life in patients at one year after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, *18*, 202-210.
- 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.
- Gulledge, A.D., Buszta, C. y Montague, D.K. (1983). Psychosocial aspects of renal transplantation. *Urologic Clinics of North America*, *10*, 327-335.
- Hirth, A.M. y Stewart, M.J. (1994). Hope and social support as coping resources for adults waiting for cardiac transplantation. *Canadian Journal of Nursing Research*, *26*, 31-48.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M., Dachs, E., Kaserbacher, R., Spechtenhauser, B., Vogel, W. y Sperner, B. (2001). Preoperative expectations and postoperative quality of life in liver transplant survivors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *82*, 73-79.
- House, R.B. y Thompson, T.L. (1988). Psychiatric aspects of organ transplantation. *Journal of the American Medical Association*, *260*, 535-539.

- 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.
- Hummel, M., Michauk, I., Hetzer, R. y Fuhrmann, B. (2001). Quality of life after heart and heart-lung transplantation. *Transplantation Proceedings*, 33, 3546-3548.
- Ichikawa, Y., Fujisawa, M., Hirose, E., Kageyama, T., Miyamoto, Y., Sakai, Y., Mori, F., Isotani, S., Yazawa, K., Hanafusa, T., Fujikubo, M., Fukunishi, T., Kamidono, S. y Nagano, S. (2000). Quality of life in kidney transplant patients. *Transplantation Proceedings*, 32, 1815-1816.
- Iruela, L.M., Merino, J. y Lombardía, C. (1995). Psiquiatría de enlace en los enfermos trasplantados. *Monografías de Psiquiatría*, 3, 36-39.
- Jones, B.M., Chang, V.P., Esmore, D., Spratt, P., Sananhan, M.X., Farnsworth, A.E., Keogh, A. y Downs, K. (1988). Psychological adjustment after cardiac transplantation. *The Medical Journal of Australia*, 149, 118-122.
- Kaba, E., Thompson, D.R. y Burnard, P. (2000). Coping after heart transplantation: A descriptive study of heart transplant recipients' methods of coping. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 930-936.
- Kita, Y., Fukunishi, I., Harihara, Y., Hirata, M., Kubota, K., Takayama, T., Kawarasaki, H. y Makuuchi, M. (2001). Psychiatric disorders in living-related liver transplantation. *Transplantation Proceedings*, 33, 1350-1351.
- Kurz, J.M. (2001). Experiences of well spouses after lung transplantation. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 493-500.
- Lawrence, S.A. y Zittel, K.M. (2000). Heart transplantation: A behavioral perspective. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 3, 61-79.
- Martínez, J.J., Arribas, P. y Pedrós, A. (1998). Estado psicopatológico y repercusiones de la enfermedad en pacientes hemodializados. *Psiquis*, 19, 149-155.
- Menchón, J.M., González, A., Aymamí, N., Barjau, R. y Serrano, F. (1997). El trasplante. En J.E. Rojo y E. Cirera (Eds.), *Interconsulta psiquiátrica* (pp. 501-511). Barcelona: Masson.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Moore, K.A., Burrows, G.D. y Hardy, K.J. (1997). Anxiety in chronic liver disease: Changes post transplantation. *Stress Medicine*, 13, 49-57.
- Ordóñez, A., Pérez, J., Borrego, J.M., Hernández, A., Valle, J., Wamba, F., Rodríguez, M.J. y Martínez, A. (1995). Importancia de los factores psicopatológicos en los candidatos a trasplante cardíaco. *Psiquis*, 16, 218-231.
- París, W., Muchmore, J., Pribil, A., Zuhdi, N. y Cooper, D.K. (1994). Study of relative incidences of psychosocial factors before and after heart transplantation and the influence of posttransplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 13, 424-432.
- Pérez, M.A. y Martín, A. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55, 439-453.
- Pérez, M.A., Martín, A., Asián, E. y Pérez, J. (2004). Symptoms of anxiety and depression in liver-transplant patients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 222-226.
- 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-Bernal, J. (2002). *Donación y trasplante de órganos y tejidos*. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.
- Ponto, P., Rupolo, G.P., Marchini, F., Feltrin, A., Perin, N., Mazzoldi, M.A., Giacon, B., Baldan, N. y Rigotti, P. (2001). Quality of life change after kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*, 33, 1887-1889.
- Rosenblum, D.S., Rosen, M.L., Pine, Z.M., Rosen, S.H. y Borg, J. (1993). Health status and quality of life following cardiac transplantation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74, 490-493.
- Ruiz, S. (1999). Evaluación psiquiátrica y psicosocial en el candidato a trasplante hepático. *Anales de Psiquiatría*, 15, 159-162.
- Shapiro, P.A., Williams, D.L., Foray, A.T., Gelman, I.S., Wukich, N. y Sciacca, R. (1995). Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation*, 60, 1462-1466.
- Shih, F.J., Hu, R.H., Ho, M.C., Lin, H.Y., Lin, M.H. y Lee, P.H. (2000). Changes in health-related quality of life and working competence before and after liver transplantation. *Transplantation Proceedings*, 32, 2144-2148.
- Stukas, A.A., Dew, M.A., Switzer, G.E., DiMartini, A., Kormos, R.L. y Griffith, B.P. (1999). PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. *Psychosomatics*, 40, 212-221.
- Tabler, J.B. y Frieson, R.L. (1990). Sexual concerns after heart transplantation. *Journal of Heart Transplantation*, 9, 397-403.
- Triffaux, J.M., Wauthy, J., Albert, A., Bertrand, J., Limet, R., Demoulin, J.C., Dozot, J.P. y Ansseau, M. (2001b). Psychological distress of surgical patients after orthotopic heart transplantation. *Transplantation International*, 14, 391-395.
- Triffaux, J.M., Wauthy, J., Bertrand, J., Limet, R., Albert, A. y Ansseau, M. (2001a). Evolución psicológica y evaluación en pacientes que sufren trasplante cardíaco ortotópico. *European of Psychiatry*, 8, 384-389.
- 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.
- Udina, C., Guillamant, R., Álvarez, E. y Casasa, M. (1987). Aspectos psiquiátricos en la valoración de los candidatos a trasplante cardíaco. *Revista Española de Cardiología*, 40, 22-24.
- Watanabe, T. e Higara, S. (1999). Psychiatric symptoms during the week after renal transplantation. *Transplantation Proceedings*, 31, 251-253.
- Wicks, M.N., Milstead, E.J., Hathaway, D.K. y Cetingok, M. (1998). Family caregivers' burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation. *Journal of Transplant Coordination*, 8, 170-176.
- Winsett, R.P. y Hathaway, D.K. (1999). Predictors of QoL in renal transplant recipients: Bridging the gap between research and clinical practice. *ANNA Journal*, 26, 235-240.
- Wright, C., Feurer, I., Payne, J., Wise, P., Shockley, S. y Speroff, T. (2000). Health-related quality of life after different types of solid organ transplantation. *Annals of Surgery*, 232, 597-607.