

Influencia de la Unidad de Cuidados Intensivos y de la familia en la adaptación psicológica del paciente al trasplante hepático

M^a Ángeles Pérez San Gregorio (1), Agustín Martín Rodríguez (1), Evelina Asián Chaves (2), José Pérez Bernal (2).

(1) Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.

(2) Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla.

Introducción

Actualmente el trasplante de hígado es una terapéutica totalmente consolidada que, sin duda, mejora la calidad y cantidad de vida de los pacientes. Además, en comparación con la fase pre-trasplante, disminuye la sintomatología ansiosa y depresiva que presentan los trasplantados y sus familiares debido, sobretudo, a que finaliza la ansiedad por la espera de un órgano y por el temor a la operación (1,2). No obstante, 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 (3,4,5).

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 la pareja. Por ejemplo, tras el trasplante, los familiares consideran que empeora la comunicación, la implicación afectiva y los valores y normas que rigen la relación (6). 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 (7,8). 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 7,7% cumplía los criterios del trastorno por estrés postraumático (9).

Dada la relevancia de este tema, en la presente investigación analizamos la posible influencia que podían ejercer dos variables (Unidad de Cuidados Intensivos -UCI- y familia) en la adaptación psicológica del paciente al trasplante hepático. Concretamente, nos planteamos los siguientes objetivos: 1) en primer lugar, comparar la sintomatología ansiosa y depresiva que presentan los trasplantados hepáticos en dos momentos diferentes: UCI y post-UCI, y

2) en segundo lugar, analizar la influencia que ejerce la sintomatología ansiosa y depresiva de los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos sobre la sintomatología ansiosa y depresiva de los pacientes, tanto en UCI como en post-UCI.

Metodo

- a) *Sujetos: para la realización del presente estudio, hemos utilizado una muestra constituida por 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 media de la hospitalización fue de 11,60 días en la UCI de Trasplantes y 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 otros (4,2%).

El grupo de familiares estaba constituido por 11 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%).

- b) *Procedimiento: los trasplantados hepáticos y sus familiares más allegados fueron evaluados 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). 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.

- c) *Instrumentos: el material evaluativo empleado en el presente estudio fue la "Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital" (10), que se aplicó a los pacientes, la "Escala de Ansiedad y Depresión de Leeds" (11), que se aplicó a los familiares, y una "Encuesta Psicosocial" que 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.).*

Resultados

Para comparar la sintomatología ansiosa y depresiva 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 total depresión" de los pacientes, los cuales puntuaron más alto en UCI (4,53) que en post-UCI (3,11) (Tabla 1). Sobre esta variable, llevamos a cabo un análisis de ítems para detectar cuáles eran aquellos que tenían más peso (Tabla 2).

Tabla 1. Comparación de la sintomatología ansiosa y depresiva que presentan los trasplantados hepáticos entre las fases UCI y post-UCI.

TRASPLANTADOS HEPÁTICOS	HOSPITALIZACIÓN		SIGNIFICACIÓN N
	UCI	POST-UCI	
Puntuación total ansiedad	7,08	5,64	0,097
Puntuación total depresión	4,53	3,11	0,005**

Nota. A más puntuación más se identifica el sujeto con la variable, ** $p < 0,01$

Tabla 2. Comparación de la "puntuación total depresión" de los trasplantados hepáticos entre las fases UCI y post-UCI. Análisis de ítems.

PUNTUACIÓN TOTAL DEPRESIÓN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS	HOSPITALIZACIÓN		SIGNIFICACIÓN
	UCI	POST-UCI	
Todavía disfruto con lo que antes me gustaba +	0,94	0,47	0,011*
Puedo reirme 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 se está más en desacuerdo con la frase, • A más puntuación se está más de acuerdo con la frase, * $p < 0,05$

Para analizar la influencia de la sintomatología ansiosa y depresiva de los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos sobre la sintomatología ansiosa y depresiva de los pacientes, tanto en UCI como en post-UCI, llevamos a cabo los siguientes pasos: 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 3). 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 3).

Tabla 3. 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, *p<0,05, **p<0,01*

Discusión

Esta investigación parte de la necesidad de analizar la influencia de las siguientes variables sobre la adaptación psicológica del paciente al trasplante hepático:

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 se pueda considerar 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.) (12). 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 disfrutan 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".

Sintomatología ansiosa y depresiva de los familiares: en la fase post-UCI resultó significativa la influencia de la variable "depresión general", es decir, los cuidadores con sintomatología depresiva hacen que sus allegados trasplantados presenten más ansiedad (por ejemplo, "que se sientan tensos o molestos" y "que tengan 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 apoyo 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).

Finalmente, consideramos que es necesario un programa psicoterapéutico destinado a mejorar la calidad de vida de los trasplantados hepáticos y de sus familiares. Dicho programa estaría constituido, entre otras, por 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 (15).

BIBLIOGRAFÍA.

1. Moore KA, Burrows GD, Hardy KJ. Anxiety in chronic liver disease: changes post transplantation. *Stress Medicine* 1997;13:49-57.
2. Shih FJ, Hu RH, Ho MC, Lin HY, Lin MH, Lee PH. Changes in health-related quality of life and working competence before and after liver transplantation. *Transplantation Proceedings* 2000;32:2144-2148.
3. Dew MA, Switzer GE, DiMartini AF, Matukaitis J, Fitzgerald MG, Kormos RL. Psychological assessment and outcomes in organ transplantation. *Progress in Transplantation* 2000;10:239-261.
4. Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarasaki H, Surman OS. Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics* 2001;42:337-343.
5. Pantiga C, Rodrigo LR, Cuesta M, López L, Arias JL. Cognitive deficits in patients with hepatic cirrhosis and in liver transplant recipients. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2003;15:84-89.
6. Bunzel B, Laederach-Hofmann K, Schubert MT. Patients benefit-partners suffer?. The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transplantation International* 1999;12:33-41.
7. Collins EG, White-Williams C, Jalowiec A. Spouse quality of life before and 1 year after heart transplantation. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 2000;12:103-110.
8. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. Family caregivers' burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation. *Journal of Transplant Coordination* 1998;8:170-176.
9. Stukas AA, Dew MA, Switzer GE, DiMartini A, Kormos RL, Griffith BP. PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. *Psychosomatics* 1999;40:212-221.
10. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:361-370.
11. Snaith RP, Bridge GW, Hamilton M. The Leeds scales for the self-assessment of anxiety and depression. *British Journal of Psychiatry* 1976;128:156-165.
12. Dörr-Zeger O. Espacio y tiempo en la unidad de cuidado intensivo. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1988;4:246-254.
13. Christensen AJ, Raichle K, Ehlers SL, Bertolatus JA. Effect of family environment and donor source on patient quality of life following renal transplantation. *Health Psychology* 2002;21:468-476.
14. Kiley DJ, Lam CS, Pollak R. A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation* 1993;55:51-56.
15. Gómez E, López MA, Cirera E. El paciente en cuidados intensivos. En: Rojo JE, Cirera E, dirs. *Interconsulta psiquiátrica*. Barcelona: Masson, S.A; 1997. p. 469-477.

Esta investigación ha sido financiada 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).