

Aspectos psicológicos implicados en el proceso de la donación trasplante de órganos. Diez años de experiencia en Sevilla

M^a Ángeles Pérez San Gregorio.

Profesora Titular. Facultad de Psicología. U. de Sevilla

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

1. Introducción

En el proceso de la donación de órganos se hallan implicados, fundamentalmente, dos sectores: por un lado, el personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares, etc.), pues estos profesionales son los responsables de diagnosticar la muerte cerebral y de solicitar el permiso para la extracción de los órganos a los familiares más allegados del cadáver y, por otro lado, los familiares del posible donante, ya que son ellos los que otorgarán o no su consentimiento para que la donación tenga lugar. En el caso de que los familiares permitan la donación y pueda realizarse el trasplante, también hemos de tener en cuenta las repercusiones psicológicas que tiene el trasplante de órganos, tanto en los pacientes, como en sus familiares más allegados.

En el presente capítulo, comentaremos nuestra experiencia de diez años en Sevilla en el ámbito de los aspectos psicológicos implicados en el proceso de la donación-trasplante de órganos.

2. Aspectos psicológicos implicados en la donación de órganos

Por lo que se refiere al personal sanitario, diversos estudios concluyen la existencia de incongruencias entre actitudes y comportamientos, es decir, aunque la mayoría de los profesionales sanitarios tienen unas actitudes muy favorables hacia la donación de órganos, muy pocos formalizan esa conducta (por ejemplo, no suelen poseer la tarjeta de donante de órganos, no suelen discutir este tema con sus familiares, etc.). En la tabla I aparecen resumidos los agentes causales de estas disonancias y que constituyen grandes obstáculos que aumentan la carencia de órganos para trasplante (1).

En esta misma línea y con la finalidad de analizar los factores psicosociales que dificultan la donación de órganos, realizamos un estudio con una muestra de 188 enfermeros (74,19% diplomados en enfermería y 25,81% auxiliares de enfermería) que desempeñaban su trabajo en diferentes servicios de cuidados críticos (58,82%) y urgencias (41,18%) en los principales hospitales sevillanos: Virgen del Rocío, Virgen Macarena y Virgen de Valme.

Tabla 1. Factores que inciden negativamente en la donación de órganos por parte del personal sanitario.

Ausencia de información y de conocimientos básicos:

- *Identificación de los donantes.*
- *Puesta en marcha del proceso de donación.*
- *Deterioro clínico del donante*
- *Técnicas de trasplante.*

Dudas sobre la muerte cerebral.

Evitación del contacto con los familiares del donante:

- *Evitar causar ansiedad adicional a la familia del donante.*
- *Ausencia de un entrenamiento especial para solicitar las donaciones.*
- *Temor a las reacciones de los familiares.*
- *Circunstancias juzgadas demasiado trágicas como para solicitar la donación.*
- *Dificultad en admitir los errores.*
- *Sentimientos de culpa por haber fracasado en salvar la vida del paciente.*

Creencias y sentimientos negativos:

- *Temor de complicaciones legales.*
- *Posibilidad de reducir los cuidados del paciente a favor del programa de trasplantes.*
- *Prematura declaración de la muerte con el único propósito de extraer los órganos.*
- *Razón costes-beneficios de la donación y trasplante de órganos.*

Estrés en el personal sanitario:

- *Falta de una formación continuada.*
- *Condiciones de trabajo inadecuadas: excesiva cantidad de trabajo y presiones para realizarlo, falta de información sobre el cometido que han de realizar y de cómo se hace, ausencia de apoyo por parte de los superiores, sistema de promoción inadecuado, etc.*
- *Falta de recursos para afrontar situaciones altamente estresantes: solicitar la donación, manejar el duelo de las familias, etc.*

Falta de concienciación de los hospitales para la detección de donantes.

Detectamos que un 43,62% presentaba una actitud negativa hacia la donación de órganos, es decir, un alto porcentaje mostraba dudas o no estaba dispuesto a donar los órganos de sus familiares allegados en el caso de que sufriesen un accidente mortal y cumplieran todos los requisitos para ser donantes. En la tabla 2 aparecen expuestas las causas principales de esta actitud negativa (2).

Tabla 2. Factores que inciden negativamente en la donación de órganos por parte del personal de enfermería.

Muerte:

- Creer en algún tipo de existencia después de la muerte.
- Dificultades para adaptarse o reponerse de la muerte de un ser querido.

Donación-trasplante:

- No tener información suficiente.
- Dudas sobre la muerte cerebral.
- Creer que el trasplante no es el mejor tratamiento de las enfermedades crónicas.

Ansiedad:

- Ansiedad o pánico en las situaciones difíciles (por ejemplo, diagnóstico de la muerte cerebral, comunicación de la muerte, petición de órganos, etc.).
- Problemas de memoria y concentración en dichas situaciones.

De todos los factores implicados en el proceso de la donación-trasplante de órganos, sin duda, uno de los más importantes que hemos de tener en cuenta es que estos profesionales sanitarios continuamente tienen que afrontar determinadas situaciones estresantes relacionadas con su trabajo: manejar la angustia de los pacientes que se hallan en lista de espera para un trasplante, mantener el cadáver del posible donante, explicar la muerte cerebral, solicitar la donación, manejar el duelo de las familias, eliminar las expectativas negativas que tienen algunos pacientes trasplantados respecto al futuro funcionamiento del órgano, etc. Dado el alto nivel de estrés que conlleva este tipo de situaciones, algunos profesionales pueden llegar a desarrollar el "síndrome de burnout" ó "síndrome de estrés laboral asistencial", es decir, cansancio emocional (agotamiento físico y psíquico), despersonalización (los beneficiarios del propio trabajo son tratados de forma impersonal, distante, insensible y con etiquetas despectivas) y disminución de autorrealización (sentimiento de inadecuación hacia uno mismo y su trabajo característico de estados depresivos, moral baja, evitación de las relaciones interpersonales, baja productividad, pérdida de la motivación hacia el trabajo y una pobre autoestima). Este síndrome tiene repercusiones muy nocivas para la salud: dificultades de atención, concentración y memoria, dolores musculares (espalda y cuello), trastornos gastrointestinales, pérdidas de ciclos menstruales en las mujeres, abuso de fármacos, alcohol y tabaco, absentismo laboral, etc.

Por lo que se refiere a los familiares, analizamos los factores psicosociales que dificultan la donación de órganos mediante una investigación que realizamos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío de Sevilla. Con dicha finalidad, seleccionamos una muestra constituida por los familiares más allegados de 177 pacientes traumatizados graves (traumatismos craneoencefálicos y politraumatismos) cuyo ingreso en la UCI fue de forma súbita y como consecuencia de un accidente inesperado (tráfico, caída de altura, atropello, etc.). Identificamos un perfil psicológico que diferenciaba entre los familiares con una actitud positiva hacia la donación de órganos (todos estarían dispuestos a donar los órganos de

sus allegados ingresados en la UCI) y los familiares con una actitud negativa hacia la donación de órganos (ninguno estaría dispuesto a donar los órganos de sus allegados ingresados en la UCI). Dicho perfil psicológico aparece expuesto en la tabla 3. Como puede apreciarse, el rechazo a la donación de órganos está asociado a un estado anímico deprimido, unas relaciones familiares inadecuadas, religiosidad extrínseca, temor a la muerte y unas actitudes negativas hacia la donación y el trasplante de órganos (3).

Tabla 3. Perfil psicológico de los familiares donantes y no donantes de pacientes ingresados en la UCI.

Familiares donantes	Familiares no donantes
- <i>Actitudes positivas hacia la donación</i>	- <i>Actitudes negativas hacia la donación</i>
- <i>Menos temor al proceso de morir ajeno</i>	- <i>Más temor al proceso de morir ajeno</i>
- <i>Menos temor a la muerte propia</i>	- <i>Más temor a la muerte propia</i>
- <i>Menos depresión ansiosa</i>	- <i>Más depresión ansiosa</i>
- <i>Menos psicastenia</i>	- <i>Más psicastenia</i>
- <i>Menos religiosidad extrínseca</i>	- <i>Más religiosidad extrínseca</i>
- <i>Menos temor al proceso de morir propio</i>	- <i>Más temor al proceso de morir propio</i>
- <i>Menos depresión suicida</i>	- <i>Más depresión suicida</i>
- <i>Más expresividad familiar</i>	- <i>Menos expresividad familiar</i>
- <i>Menos depresión baja-energía</i>	- <i>Más depresión baja-energía</i>
- <i>Menos apatía-retirada</i>	- <i>Más apatía-retirada</i>
- <i>Menos culpabilidad</i>	- <i>Más culpabilidad</i>
- <i>Actitudes positivas hacia el trasplante</i>	- <i>Actitudes negativas hacia el trasplante</i>

En este mismo ámbito, realizamos otro estudio para analizar las razones que justifican la negativa a la donación de órganos (4). Para ello, empleamos una muestra formada por los familiares de 31 pacientes que se encontraban en situación de muerte cerebral y que habían rechazado la donación de órganos de éstos para trasplante. Concretamente, detectamos las siguientes razones:

- esfera religioso-cultural: incomprensión del concepto de muerte cerebral, dudas sobre la utilidad del cuerpo para una vida posterior, rechazo al desmembramiento del cuerpo, etc.
- esfera social: preferencia por los rituales funerarios tradicionales (velatorio del cadáver en el domicilio) que se verían interferidos por la donación y no donación para no retardar los ritos funerarios.
- esfera de impacto: no aceptación de la muerte del familiar (independientemente de la comprensión o no de la muerte cerebral), y
- otras razones: dudas sobre el reparto de órganos donados, miedo a un comercio de órganos, miedo a recibir un tratamiento médico inadecuado, etc.

3. Aspectos psicológicos implicados en el trasplante de órganos

Aunque el trasplante de órganos es una de las alternativas terapéuticas más importantes

para muchos pacientes que sufren insuficiencia renal, hepática, Cardíaca, pulmonar, etc., hemos de tener en cuenta las repercusiones psicológicas que conlleva este tipo de tratamiento, las cuáles varían en función de la etapa del proceso de trasplante en que nos hallemos (5,6). Todas estas repercusiones aparecen expuestas en la tabla 4.

Tabla 4. Repercusiones psicológicas en el paciente trasplantado.

Repercusiones psicológicas en la fase preoperatoria:

- *Rabia (por ejemplo, “¿por qué me ha tocado precisamente a mí?”)*
- *Ansiedad (por ejemplo, “¿cuánto vivirá si no hay donante?”).*
- *Culpa (por ejemplo, “si hubiera vivido de otra forma”, “si me hubiera cuidado más”).*
- *Vergüenza (sentimiento de humillación por que familiares y amigos le vean en esa situación de necesidad).*
- *Euforia inadecua (por ejemplo, “tirar hacia adelante”, “salir como sea”)*
- *Temores muy diversos (por ejemplo, a la muerte, al dolor, a la deformidad, a la incapacidad y a la dependencia y a la pérdida de la dignidad como ser humano).*

Repercusiones psicológicas en la fase post-operatoria:

- *Alteraciones del estado de ánimo (lo más frecuente es la depresión).*
- *Trastornos de ansiedad (algunos trasplantados padecen trastorno por estrés postraumático).*
- *Disfunciones sexuales (alteraciones del deseo, de la excitación y del orgasmo).*
- *Alteraciones de la imagen corporal (dificultades para integrar el órgano en la nueva imagen somática que el receptor tiene de sí mismo).*

En relación a este tema, llevamos a cabo una investigación para analizar la influencia que ejercía en la recuperación psicológica de los trasplantados una serie de variables médicas (tipo de órgano trasplantado y hospitalización) y psicosociales (tiempo transcurrido desde el implante, expectativas hacia la enfermedad y tipo de relaciones familiares tras el trasplante) (5). Para ello seleccionamos una muestra constituida por 100 pacientes trasplantados: 59 de riñón, 23 de hígado y 18 de corazón. Entre otros, los resultados más relevantes que hallamos fueron que los desequilibrios psicológicos de los trasplantados aumentan cuando ingresan en el hospital debido a alguna complicación médica tras el implante, cuando tienen unas expectativas negativas hacia la enfermedad y cuando sus relaciones familiares empeoran tras el trasplante.

Además, en el caso de los trasplantados renales, comprobamos que durante el primer año (0-12 meses) y a partir de los dos años (>24 meses) de haber recibido el implante, estos pacientes se hallaban peor psicológicamente, es decir, presentaban más pensamientos ansiosos y depresivos y peor autoestima física. Estos pensamientos implican, sobre todo, una visión negativa de uno mismo e ideas catastrofistas sobre la propia salud que repercuten negativamente en la percepción de su imagen corporal. Concretamente, detectamos tres fases en la evolución psicológica de los trasplantados renales:

- 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.
- Fase de adaptación: a partir del primer año (12-24 meses) de haber recibido el implante renal, la mayoría de los pacientes se han 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.
- 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.

Por último, no podemos olvidar que el trasplante de órganos impacta profundamente a la familia, ya que ésta ha de enfrentarse a diversos problemas psicosociales antes, durante y después de que la persona sea trasplantada (7). Todos ellos aparecen reflejados en la tabla 5.

4. Conclusiones

Ante todo lo expuesto, consideramos que es fundamental la presencia de los psicólogos en el proceso de la donación-trasplante de órganos. Concretamente, la intervención de estos profesionales debe centrarse en los siguientes aspectos:

- Planteamiento de diversos programas informativos, dirigidos a la población general, especialmente al colectivo con menor nivel sociocultural, que cubra los siguientes objetivos: (a) enfatizar la efectividad de las técnicas de trasplante y el beneficio que supone para los familiares y la sociedad, (b) crear una "cultura de la muerte", (c) fomentar las discusiones sobre este tema entre los miembros de la familia, y (d) potenciar las tarjetas de donantes y las consecuencias positivas que se derivan de las mismas.
- ofrecer programas educativos al personal sanitario para aumentar los conoci-

mientos de este sector para la identificación apropiada de los donantes, los signos clínicos de la muerte cerebral, etc.

- ofrecer programas psicoterapéuticos al personal sanitario, basados fundamentalmente en un entrenamiento en las habilidades sociales, para dotarles de los recursos necesarios para que sepan comunicarse adecuadamente con los familiares (por ejemplo, informar apropiadamente la muerte cerebral, hacer una adecuada petición de órganos, etc.).
- proporcionar apoyo psicoterapéutico al personal sanitario que trabaja en el proceso de la donación-trasplante de órganos, para prevenir el "síndrome de estrés laboral asistencial".
- eliminar o disminuir la psicopatología (ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, ideas obsesivas, etc.) que presentan los familiares de pacientes diagnosticados de muerte cerebral y que cumplen todos los requisitos para ser donantes.
- evaluar los candidatos a trasplante para seleccionar los más idóneos desde una perspectiva psicológica y así intentar detectar futuras complicaciones.
- eliminar los desequilibrios psicológicos que aparecen en los pacientes trasplantados y en sus familiares.

En definitiva, si los psicólogos intervenimos en el proceso de la donación-trasplante de órganos, no sólo aumentaríamos el número de donaciones y por tanto de trasplantes, sino que además, por un lado, estaríamos haciendo algo positivo con los familiares de los donantes (por ejemplo, dar un significado a una muerte que es incomprensible) y, por otro lado, aumentaríamos la calidad y cantidad de vida de los trasplantados y lograríamos un mayor equilibrio en sus relaciones familiares.

Tabla 5. Problemas psicosociales en los familiares de pacientes trasplantados

Problemas psicosociales en los familiares antes del trasplante	Problemas psicosociales en los familiares durante el trasplante	Problemas psicosociales en los familiares después del trasplante
<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia inicial en el hospital: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pérdida de control. ⇒ Negativa de la realidad médica. ⇒ Desarrollar confianza en el personal sanitario. • Espera en el hogar: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Concretar cometidos: <ul style="list-style-type: none"> - Temas económicos. - Implicaciones de otras personas. ⇒ Culpa: <ul style="list-style-type: none"> - Muerte del donante. - Escasez de órganos. ⇒ Angustia: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de control. - Sentirse olvidado y/o abandonado. ⇒ Depresión: <ul style="list-style-type: none"> - Espera interminable. - Deterioro del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Primeras 24 horas: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ansiedad. ⇒ Parálisis /shock. • Primeras 2 semanas: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Euforia/empezar de nuevo. ⇒ Cese del período peligroso: <ul style="list-style-type: none"> - Reordenación de la interacción familiar. - Integración emocional del órgano. • Secuelas de la hospitalización: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Miedo al rechazo/infección. ⇒ Poco control/impotencia. ⇒ Continuación de la culpa/miedo a la muerte. ⇒ Estrés en la familia. ⇒ Comprender la dependencia del hospital. ⇒ Desarrollar confianza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retorno al hogar: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Adaptación al nuevo papel de los miembros de la familia. ⇒ Temor al rechazo/muerte. ⇒ Reajuste de la estructura familiar. • Problemas a largo plazo: <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Implicación continua de terceras personas. ⇒ Incertidumbre sobre el futuro.

REFERENCIAS

1. Pérez San Gregorio MA, Domínguez Roldán JM, Murillo Cabezas F y Núñez Roldán A. Actitudes del personal sanitario hacia la donación de órganos. *Revista de Psicología de la Salud* 1993; 5:3-18.
2. Pérez San Gregorio MA, Martín Rodríguez A, Navarro Rojas A, Ruano del Campo JJ y Blanco Picabia A. Programa de intervención psicológica en el personal de enfermería para potenciar la donación de órganos. *Clínica y Salud* 1995; 6:189-202.
3. Pérez San Gregorio MA, Blanco Picabia A, Domínguez Roldán JM, Sánchez B, González Escribano MF, Murillo Cabezas F y Núñez Roldán A. Factores psicológicos que inciden en la donación de órganos para trasplante. *Revista Española de Trasplantes* 1993; 2:32-35.
4. Domínguez Roldán JM, Murillo Cabezas F, Muñoz Sánchez A y Pérez San Gregorio MA. Psychological aspects leading to refusal of organ donation in southwest Spain. *Transplantation Proceedings* 1992; 24:25-26.
5. Pérez San Gregorio MA, Martín Rodríguez A, Gallego Corpa A y Santamaría Mifsut JL. Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados. *Futuras líneas de intervención psicológica. Revista de Psicopatología General y Psicología Clínica* 2000; 5:71-87.
6. Iruela LM, Merino J y Lombardía C. Psiquiatría de enlace en los enfermos trasplantados. *Monografías de Psiquiatría* 1995; 2:36-39.
7. Gold LM, Kirkpatrick BS, Fricker FL y Zitelli BJ. Psychosocial issues in pediatric organ transplantation: The parents' perspective. *Pediatrics* 1986; 77:738-744.