

Salud mental de la familia tras el trasplante de órganos

M^a Ángeles Pérez San Gregorio, Agustín Martín Rodríguez*, Evelina Asián Chaves, José Pérez Bernal.*

Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla.*

Introducción

Aunque el trasplante de órganos ofrece a los pacientes una mayor cantidad y calidad de vida, 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. Ambos experimentan conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia.

Desde una perspectiva psicológica, las investigaciones en este ámbito son escasas y fundamentalmente se han centrado, por un lado, en los problemas psicológicos que suelen aparecer en los trasplantados (delirium, trastornos sexuales, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, fantasías sobre el donante e insatisfacción con la imagen corporal) y, por otro lado, en las variables que predicen dichas complicaciones (apoyo familiar, hospitalización, expectativas pre y post-trasplante, estrategias de afrontamiento, duración de la enfermedad, etiología del trasplante y procedencia del órgano implantado) (1).

El trasplante también puede generar algunos conflictos psicológicos en los familiares. Por un lado, es muy característico de la fase post-trasplante la confusión o el conflicto entre la asignación y la asunción de los roles entre los diferentes miembros de la familia y, por otro lado, el riesgo de rechazo siempre está presente, lo cual aumenta la sintomatología ansiosa y depresiva de los familiares (2,3).

En este contexto, tiene mucha importancia la salud mental de la familia, entre otras razones, por su posible influencia en la evolución psicológica de los trasplantados. Por ello y ante la escasez de estudios en este ámbito, en la presente investigación nos centramos en analizar si la salud mental de la familia varía en función de la salud mental de sus allegados tras haber sido trasplantados y permanecer ingresados en la Unidad de Trasplantes del hospital.

Método

a) Sujetos: fueron seleccionados dos grupos; 166 trasplantados y los 148 familiares más allegados de estos pacientes (sólo un familiar por cada paciente trasplantado) que voluntariamente quisieron colaborar en este estudio.

El grupo de trasplantados estaba constituido por 115 hombres y 51 mujeres, con una edad media de 48,91 años. En lo que respecta al tipo de órgano trasplantado, había un predominio de implantes hepáticos (47%), seguido de renales (42,8%) y cardi-

acos (10,2%). La duración de la hospitalización fue una media de 8,06 días en la UCI de Trasplantes y una media de 17,88 días en la Unidad de Trasplantes del hospital. Los 166 órganos implantados procedían de 103 hombres y 63 mujeres, los cuales fallecieron por las siguientes causas: accidentes cerebrovasculares (53,7%), traumatismos craneoencefálicos (40,2%) y otros (6,1%).

El grupo de familiares estaba constituido por 37 hombres y 111 mujeres, con una edad media de 43,65 años. El parentesco que tenían con los pacientes era: esposo/a (56,8%), hijo/a (21,9%), hermano/a (11%), padre/madre (8,9%) y otros (1,4%). Había un predominio de familiares que convivían con los pacientes (81,4%) y en la mayoría de los casos las relaciones con éstos eran buenas (95,2%).

- b) Procedimiento: los trasplantados y sus familiares más allegados fueron evaluados en el mismo momento temporal (fase post-UCI), es decir, cuando al paciente se le daba el alta de la UCI pero continuaba ingresado en el hospital, concretamente, en la Unidad de Trasplantes. En ambos casos, antes de proceder a la evaluación psicológica, dejábamos pasar unos días para que los participantes se adaptaran a las condiciones y circunstancias de la hospitalización: 6,83 días (trasplantados) y 7,05 días (familiares).
- c) Instrumentos: el material evaluativo empleado en el presente estudio fue una "Encuesta Psicosocial" (datos sociodemográficos, médicos, psicológicos y familiares) que se adaptó a las características de los dos grupos seleccionados (pacientes y familiares), la "Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital" (4) (proporciona dos valores: "puntuación total ansiedad" y "puntuación total depresión"), que se aplicó a los pacientes, y la "Escala de Ansiedad y Depresión de Leeds" (5) (proporciona seis valores: "puntuación total ansiedad-depresión", "ansiedad específica", "depresión específica", "puntuación diferencial", "ansiedad general" y "depresión general"), que se aplicó a los familiares.

Resultados

Para analizar si la salud mental de la familia variaba en función de la salud mental de sus allegados trasplantados, las puntuaciones obtenidas por los pacientes en las variables "puntuación total ansiedad" y "puntuación total depresión", tras haber sido trasplantados y permanecer ingresados en la Unidad de Trasplantes del hospital, fueron divididas en dos subgrupos (puntuación baja y puntuación alta), con la finalidad de comparar entre ambos las puntuaciones de sus familiares en dicho momento en las siguientes variables: "puntuación total ansiedad-depresión", "ansiedad específica", "depresión específica", "puntuación diferencial", "ansiedad general" y "depresión general". El procedimiento que seguimos fue el siguiente: realizamos dos subgrupos de trasplantados en función de las puntuaciones totales obtenidas en las variables "puntuación total ansiedad" y "puntuación total depresión". Por lo que se refiere a la "puntuación total ansiedad", un subgrupo estaba constituido por trasplantados con puntuaciones iguales o inferiores al 46,6%, es decir, una puntuación total de 5 puntos o menos, constituyendo un subgrupo de 61 pacientes (ansiedad baja) y, por otro lado, trasplantados con puntuaciones superiores al 46,6%, es decir, una puntuación superior a 5 puntos, constituyendo un subgrupo de 70 pacientes (ansiedad alta). Respecto a la variable "puntuación total depresión", un subgrupo estaba constituido por trasplantados con puntuaciones iguales o inferiores al 56,2%, es decir, una puntuación total de 3 puntos o menos, constituyendo un subgrupo de 73 pacientes (depresión baja) y, por otro lado, trasplantados

con puntuaciones superiores al 56,2%, es decir, una puntuación superior a 3 puntos, constituyendo un subgrupo de 57 pacientes (depresión alta). Para comparar las diferencias existentes entre los distintos subgrupos (puntuación baja y puntuación alta) de trasplantados en la sintomatología ansiosa y depresiva que experimentan sus familiares más allegados, llevamos a cabo los siguientes pasos: en primer lugar, aplicamos la prueba de normalidad ("Prueba de Kolmogorov Smirnov") en las seis variables psicológicas evaluadas en los familiares en cada uno de los subgrupos (puntuación baja y puntuación alta) de pacientes y, en segundo lugar, aplicamos la "Prueba T para igualdad de medias", en aquellas variables que seguían una distribución normal y la "Prueba U de Mann Whitney", en aquellas variables que no seguían una distribución normal.

Las variables que resultaron significativas en los familiares fueron las mismas cuando se compararon, tanto en función de la sintomatología ansiosa, como en función de la sintomatología depresiva de los pacientes. Concretamente, en las variables "puntuación total ansiedad-depresión" ($p < 0,01$ y $p < 0,05$), "ansiedad específica" ($p < 0,05$), "depresión específica" ($p < 0,01$ y $p < 0,05$), "ansiedad general" ($p < 0,05$) y "depresión general" ($p < 0,05$), puntuaron más alto los familiares cuyos allegados trasplantados mostraron mayor puntuación en los síntomas de ansiedad y/o depresión (Tabla 1). Analizamos todos los ítems de las "Escala de Ansiedad y Depresión de Leeds" para detectar cuáles eran aquellos que tenían más peso en dichas diferencias. Tras comprobar mediante la "Prueba de Kolmogorov Smirnov" que ninguno de los ítems seguía una distribución normal, aplicamos la "Prueba U de Mann Whitney" (Tabla 2).

Discusión

Una vez que el paciente ha sido trasplantado y se le ha dado el alta de la UCI, ha de permanecer ingresado durante un tiempo en la Unidad de Trasplantes del hospital. Si en dicha Unidad el paciente no se halla bien psíquicamente, es decir, muestra síntomas típicos de ansiedad y/o depresión, transmite ese malestar psicológico a sus familiares, manifestando también éstos más sintomatología ansiosa y depresiva. Una posible explicación es que los familiares consideran que debido al estado psíquico de los pacientes, éstos pueden tener una evolución física desfavorable, llegando incluso a poder rechazar el órgano. Además, hay que tener en cuenta que la familia necesita apoyo para superar este trance, y al no recibirlo de sus allegados porque el estado anímico (ansiedad y/o depresión) de éstos les incapacita para proveer ayuda emocional, instrumental e informacional, aumentan los trastornos psicológicos en los familiares. Concretamente, si los pacientes se hallan ansiosos y/o depresivos, sus familiares "pierden el interés por las cosas", "sienten que deben culparse" y "se encuentran adormecidos durante el día". Por otro lado, la sintomatología ansiosa de los pacientes hace que los familiares "tengan dificultades para realizar aquello que solían hacer", "se sientan inquietos y no puedan calmarse", "se cansen sin razón" y "tengan fuertes dolores de cabeza". Y la sintomatología depresiva de los pacientes, hace que los familiares "se sientan desgraciados y tristes", "tengan momentos en los que lloren o, al menos, en los que les gustaría llorar", "no se diviertan con cosas que solían divertirles", "piensen que no han hecho nada", "se sientan asustados y atemorizados" y "se encuentren tensos o ansiosos". Este estado anímico de los familiares perjudica a los pacientes, ya que por dicho estado también tienen dificultades para ofrecerles todo su apoyo a los pacientes. Consecuentemente, esta falta de apoyo puede aumentar los trastornos psicológicos de los trasplantados (6, 7, 8) y, además, es uno de los predictores más relevantes en la falta de adherencia terapéutica por parte de

los pacientes (9). En esta misma línea, en algunos trabajos se muestra que cuando los familiares allegados de los trasplantados no gozan de una adecuada salud mental, no deben tener contacto emocional directo con los pacientes, ya que pueden debilitar las defensas psicológicas de estos (10). De hecho, en una investigación realizada con trasplantados hepáticos, se comprobó que los pacientes 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") (11).

En definitiva, podríamos hallarnos ante un planteamiento circular: en algunas ocasiones, los familiares no reciben apoyo de los pacientes porque el estado anímico de éstos lo dificulta, lo que a su vez deteriora la salud mental de los familiares. Por ello, en dichas circunstancias a la familia también le resulta complicado ofrecer su apoyo a los pacientes, incrementando de esta forma, los trastornos psicológicos de los mismos.

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).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Pérez MA, Martín A, Galán A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology* (en prensa).
2. Bunzel B, Laederach K y Schubert MT. Patients benefit-partners suffer?. The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transplantation International* 1999;12:33-41.
3. 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.
4. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67:361-370.
5. 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.
6. Dew MA, Kormos RL, DiMartini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Roth LH, Griffith BP. Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics* 2001;42:300-313.
7. Frazier PA, Tix AP, Klein CD, Arikian NJ. Testing theoretical models of the relations between social support, coping, and adjustment to stressful life events. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2000;19:314-335.
8. Pérez MA, Martín A, Gallego A, Santamaria JL. 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.
9. 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.
10. Ordóñez A, Pérez J, Borrego JM, Hernández A, Valle J, Wamba F, Rodríguez MJ, Martínez, A. Importancia de los factores psicopatológicos en los candidatos a trasplante cardíaco. *Psiquis* 1995;16:218-231.
11. Pérez MA, Martín A, Asián E, Pérez J. Symptoms of anxiety and depression in liver-transplant patients. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2004;32:222-226.