



# *Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en los trasplantados renales*

M. A. Pérez San Gregorio\*, A. Martín Rodríguez\*, R. Díaz Domínguez\*\* y J. Pérez Bernal\*\*

\*Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla.

\*\*Coordinación Sectorial de Trasplantes. Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

## RESUMEN

**Objetivo:** Hemos analizado la evolución de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en el primer año del trasplante renal. **Métodos:** Estudio prospectivo y longitudinal realizado con 28 pacientes que recibieron un primer trasplante renal de cadáver. Fueron evaluados en cuatro fases diferentes: en el momento de su inclusión en lista de espera para trasplante y a los tres, seis y doce meses de haber recibido el injerto. Empleamos una entrevista estructurada y los siguientes instrumentos: Cuestionario de Salud SF-36, Cuestionario de Salud Euroqol-5D (EQ-5D) y End-Stage Renal Disease Symptom Checklist-Transplantation Module (ESRD-SCL). **Resultados:** A medida que transcurre el tiempo, los trasplantados renales mejoran en cuatro áreas: física («funcionamiento físico» y «disfunción cardíaca y renal»), psicológica («vitalidad» y «salud mental»), realización de las tareas cotidianas («limitaciones en el rol por problemas físicos» y «actividades cotidianas») y percepción subjetiva de su estado de salud («salud actual»). **Conclusiones:** La CVRS en los trasplantados renales mejora a largo plazo.

Palabras clave: **Trasplante renal. Calidad de vida relacionada con la salud. Fases pre y post-trasplante.**

## HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE EVOLUTION IN KIDNEY TRANSPLANTED PATIENTS

### SUMMARY

**Objective:** We analyzed the evolution in the Health Related Quality of Life (HRQOL) during the first year following renal transplant. **Methods:** Prospective and longitudinal study carried out with 28 patients who received a primary cadaveric renal transplant. The tests applied were a structured interview and SF-36, Euroqol-5D (EQ-5D) Health Questionnaires and End-Stage Renal Disease Symptom Checklist-Transplantation Module (ESRD-SCL). **Results:** With the course of time, the renal patients improve in four areas: physical («physical functioning» and «cardiac and renal malfunction»), psychological («vitality» and «mental health»), execution of daily tasks («limitations in role in order to physical problems» and «daily tasks») and subjective perception of own state of health («current health»). **Conclusions:** The HRQOL in renal transplant patients improves with the course of time.

Key words: **Renal transplantation. Health related quality of life. Pre and post-transplantation phases.**

---

**Correspondencia:** M.<sup>a</sup> Ángeles Pérez San Gregorio  
Facultad de Psicología  
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
C/ Camilo José Cela, s/n  
41018 Sevilla  
E-mail: anperez@us.es

## INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es un constructo multidimensional que incluye tres dominios básicos (funcionamiento físico, funcionamiento psicológico y funcionamiento social) que pueden verse afectados por la enfermedad y/o por un tratamiento<sup>1-3</sup>. Evaluar la evolución de dicho constructo en los trasplantados renales es necesario, entre otras razones, para determinar la eficacia de la intervención médica, para mejorar las decisiones clínicas, para controlar la evolución del paciente en sus aspectos físicos, funcionales, psicológicos y sociales, para comprender la calidad de vida de los cuidadores principales y para programar intervenciones psicosociales y de rehabilitación<sup>4-6</sup>.

La mayoría de los estudios existentes sobre este tema, concluyen que todos los trasplantados renales presentan una CVRS similar a la de la población general y mejor que los pacientes en tratamiento crónico con hemodiálisis<sup>7,8</sup>. Respecto a la evolución de la CVRS tras el trasplante renal, resultan de gran interés las investigaciones que establecen diferentes periodos temporales de comparación tras el implante. Así por ejemplo, hay estudios que concluyen que tienen peor calidad de vida los pacientes que llevan más de 10 años trasplantados, en comparación con los que llevan menos de cinco años, probablemente, por ser de mayor edad y por los efectos secundarios de la medicación inmunosupresora<sup>9</sup>. Otras investigaciones concluyen que la CVRS disminuye entre el tercer y el sexto mes, con menos intensidad en los pacientes trasplantados con Micofenolato Mofetil, en probable relación con la menor tasa de rechazo agudo<sup>10</sup>. Otros estudios consideran que a corto (0-6 meses) y a largo (37-120 meses) plazo hay una mejora en la calidad de vida de los trasplantados, 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.) que podrían explicar el deterioro percibido por los pacientes en su calidad de vida antes de que logren su adaptación definitiva al trasplante<sup>11</sup>.

Otros estudios publicados recientemente exponen las fases por las que pasa una persona que recibe un trasplante renal: «alerta», «adaptación» y «agotamiento», es decir, tienen más pensamientos negativos (ansiosos y depresivos) y peor autoestima física du-

rante el primer año («alerta») y a partir de los dos años («agotamiento») 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 («adaptación»), en el que los pacientes mejoran<sup>12</sup>. En esta misma línea, se proponen cuatro fases posibles en el transcurso del proceso de adaptación al trasplante renal: 1) «inicio»: que se caracteriza por el temor a lo desconocido y la búsqueda de indicadores físicos de bienestar o de malestar; 2) «toma de conciencia»: que es el momento en el que el paciente se familiariza con sus nuevas sensaciones físicas y sus cuidados y, en general, comienzan a reflexionar sobre sus limitaciones, riesgos y capacidades; 3) «reflexión»: en el que el paciente vive un periodo de desequilibrio, de formación de nuevos valores y creencias ante la enfermedad, y 4) «readaptación»: en el que resolverá las dudas que le acosaban en el pasado (por ejemplo, «¿qué puedo y no puedo hacer?», «¿cuál es mi papel en la familia?», «¿cuál es mi papel en el grupo social?», etc.)<sup>13</sup>.

A partir de todos estos estudios, podemos concluir que tras el trasplante renal la CVRS del paciente no se estabiliza, sino que se observan diferentes fases, unas mejores y otras peores. Todo ello está en función de los intervalos temporales que se comparen, los cuales son diferentes en las diversas investigaciones. Dada la relevancia de este tema, en la presente investigación nos planteamos como objetivo principal analizar la evolución de la CVRS en los trasplantados renales, teniendo en cuenta cuatro momentos temporales diferentes: fase pre-trasplante (momento de inclusión del paciente en lista de espera para trasplante) y fase post-trasplante (a los tres, seis y doce meses de haber recibido el injerto).

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Participantes

Seleccionamos a todos los pacientes que recibieron un primer trasplante renal de cadáver de manera consecutiva en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla durante el intervalo temporal que va desde octubre de 2003 a junio de 2006.

### Procedimiento

Los trasplantados renales fueron evaluados en cuatro fases diferentes: en el momento de su inclusión en lista de espera para trasplante y a los tres, seis y doce meses de haber recibido el injerto.

En primer lugar, cuando los pacientes se hallaban en lista de espera, tras ofrecerles información sobre el

presente estudio y aclarar todas sus dudas, prestaban el consentimiento informado por escrito, teniendo presente que su participación era voluntaria y que podían retirarse del estudio cuando quisieran, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercutiera en sus cuidados médicos. En segundo lugar, a través de una entrevista estructurada, recogíamos diversos datos sociodemográficos y clínicos, los cuales eran actualizados en cada una de las fases del estudio. Y en tercer lugar, a través de tres cuestionarios y en los cuatro momentos temporales de esta investigación evaluábamos la CVRS.

Como características generales consideradas en la selección de los sujetos se requerían cuatro criterios de inclusión: 1) edad igual o superior a 18 años; 2) capacidad cognitiva suficiente para la cumplimentación de los cuestionarios, es decir, que no presentasen alteraciones en las aptitudes sensoriales o estado mental que les impidiese orientarse espacio-temporalmente o mantener una conversación congruente; 3) estar incluido en lista de espera para recibir un primer injerto renal, y 4) prestar consentimiento informado por escrito para la participación en el estudio. Por otro lado, para poder responder al objetivo planteado, sólo incluimos a aquellos pacientes que habían rellenado todos los cuestionarios en las cuatro fases de la investigación.

## Instrumentos

Entrevista estructurada: constituida por tres bloques: 1) datos generales: sexo, edad, talla, etc.; 2) datos sociodemográficos: nivel de ingresos, nivel educativo, situación laboral, etc., y 3) datos clínicos: los cuales eran solicitados al médico responsable del paciente y hacían referencia a áreas muy diversas, tales como, antecedentes generales (consumo de tabaco y de alcohol, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes y EPOC), diagnóstico principal (vascular, diabetes, glomerulonefritis, intersticial, poliquistosis y otros), fecha de entrada en lista de espera, tiempo en Terapia Sustitutiva Renal, fecha del trasplante y número de trasplantes, disfunción inicial del injerto, datos de laboratorio (hemoglobina, creatinina sérica, albúmina, etc.), tipo de tratamiento inmunosupresor para el trasplante (ciclosporina, azatioprina, sirolimus, etc.) y número de ingresos hospitalarios y duración de los mismos. Algunos datos clínicos se obtenían directamente en la primera fase del estudio (lista de espera) y otros en el seguimiento protocolizado que se hacía de estos pacientes (a los tres, seis y doce meses tras el injerto).

Cuestionario de Salud SF-36: versión española validada por J. Alonso y L. Prieto<sup>14</sup> del cuestionario origi-

nal «SF-36 Health Survey» desarrollado por Ware y Sherbourne<sup>15</sup>. Consta de 36 ítems, con varias alternativas de respuestas cada uno, que se agrupan en ocho dimensiones: «funcionamiento físico», «limitaciones en el rol por problemas físicos», «dolor corporal», «salud general», «vitalidad», «funcionamiento social», «limitaciones en el rol por problemas emocionales» y «salud mental». En cada dimensión se obtiene una puntuación que oscila entre 0 (peor estado de salud) y 100 (mejor estado de salud). Las puntuaciones de estas dimensiones se agrupan en una puntuación sumaria física (PCS) y una puntuación sumaria mental (MCS).

EuroQol 5-D (EQ): versión española validada por M. Rué y X. Badía<sup>16</sup> del cuestionario original «Euro-Qol»<sup>17</sup>. Consta de un sistema descriptivo del estado de salud con cinco dimensiones: «movilidad», «cuidado personal», «actividades cotidianas», «dolor/malestar» y «ansiedad/depresión». Cada una de ellas tiene tres ítems, que definen tres niveles de gravedad: desde 1 (mejor calidad de vida) hasta 3 (peor calidad de vida). Además, incluye un termómetro de autovaloración del estado de salud o escala visual analógica cuyas puntuaciones oscilan entre 0 (peor estado de salud posible) y 100 (mejor estado de salud posible).

End-Stage Renal Disease Symptom Checklist-Transplantation Module (ESRD-SCL)<sup>18</sup>: este cuestionario está en período de validación en un estudio prospectivo multicéntrico realizado en el marco de la Red Temática de Investigación en Trasplante. Consta de 43 ítems, que se puntúan según una escala tipo Likert que va desde 0 (ausencia completa del síntoma) a 4 (síntoma muy presente). Dichos ítems se agrupan en seis dimensiones que evalúan la CVRS en los receptores de trasplante renal, teniendo en cuenta los efectos de la terapia inmunosupresora: «limitaciones de la capacidad física», «limitaciones en la capacidad cognitiva», «disfunción cardíaca y renal», «efectos secundarios de los esteroides», «aumento del crecimiento del vello» y «trastornos psicológicos asociados al trasplante». En cada dimensión se obtiene una puntuación que oscila entre 0 (mejor CVRS) y 4 (peor CVRS).

## RESULTADOS

Seleccionamos un grupo de 28 pacientes (15 hombres y 13 mujeres con una edad media de 40,61 años) que recibieron un primer trasplante renal de cadáver de manera consecutiva en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. El 82,1% tenía antecedentes de hipertensión arterial y la enfermedad renal original fue: glomerulonefritis (56,5%), poliquistosis renal (13,1%), nefropatía intersticial (8,7%), diabetes mellitus (4,3%) y otras (17,4%). El tiempo que llevaban en diálisis era una media de 28,41

**Tabla I.** Evolución de la CVRS (SF-36) en los trasplantados renales

SF-36	Fase pre-trasplante (n = 28)	Fase post-trasplante			Sig.	Comparaciones entre las fases					
		3 meses (n = 28)	6 meses (n = 28)	12 meses (n = 28)		Pre-3 meses	Pre-6 meses	Pre-12 meses	3-6 meses	3-12 meses	6-12 meses
Funcionamiento físico	78,92	67,67	80,00	85,71	0,001**	0,112	1,000	0,613	0,012*	0,000**	0,249
Limitaciones en el rol por problemas físicos	37,32	39,64	55,00	58,92	0,006**	1,000	0,685	0,234	0,195	0,005**	1,000
Dolor corporal	83,03	80,71	88,12	82,23	0,684	-	-	-	-	-	-
Salud general	35,89	45,17	45,71	47,14	0,167	-	-	-	-	-	-
Vitalidad	52,85	65,89	73,03	66,78	0,017*	0,313	0,008**	0,081	1,000	1,000	1,000
Funcionamiento social	68,75	70,98	81,25	81,25	0,114	-	-	-	-	-	-
Limitaciones en el rol por problemas emocionales	65,47	75,83	69,53	69,05	0,779	-	-	-	-	-	-
Salud mental	66,71	76,92	80,10	77,14	0,028*	0,209	0,021*	0,122	1,000	1,000	1,000

Nota: Las puntuaciones oscilan entre 0 y 100. A mayor puntuación mejor CVRS, \*p < 0,05, \*\*p < 0,01.

meses y el que llevaban en lista de espera para trasplante era de 19,71 meses. El valor medio de creatinina sérica antes del trasplante era de 8,12, disminuyendo a 1,76, 1,69 y 1,62 a los tres, seis y doce meses tras el implante, respectivamente.

Para analizar la evolución de la CVRS en los trasplantados renales, llevamos a cabo una comparación de las diferentes dimensiones evaluadas por los cuestionarios empleados en este estudio entre cuatro momentos temporales diferentes: momento de inclusión de los pacientes en lista de espera para trasplante y a los tres, seis y doce meses de haber recibido el injerto. Con dicha finalidad, en primer lugar, aplicamos un «análisis de varianza con medidas repetidas» y, en segundo lugar, en aquellas dimensiones que resultaron significativas, para saber entre qué momentos temporales se hallaban las diferencias, realizamos «comparaciones a posteriori» (comparaciones por pares entre los niveles del factor tiempo). Además, para controlar la tasa de error, tanto los niveles críticos como los intervalos de confianza, se ajustaron mediante la «corrección de Bonferroni».

Como puede apreciarse en las tablas I, II y III, al comparar las diferentes fases de este estudio, resultaron estadísticamente significativas ocho dimensiones: «funcionamiento físico» (p < 0,01), «limitaciones en el rol por problemas físicos» (p < 0,01), «vitalidad» (p < 0,05), «salud mental» (p < 0,05), «actividades cotidianas» (p < 0,01), «salud actual» (p < 0,01), «disfunción cardíaca y renal» (p < 0,01) y «efectos secundarios de los esteroides» (p < 0,01). Excepto en esta última, en el resto de las dimensiones se observa que

cuando ha pasado un año del trasplante, los pacientes experimentan una mejoría en comparación con la fase en la que se hallaban en lista de espera.

En el caso del SF-36, cuando se comparan las fases pre-trasplante y seis meses tras el implante hay una mejoría significativa en este segundo periodo en las dimensiones «vitalidad» (p < 0,01) y «salud mental» (p < 0,05). Esta misma tendencia se observa en la variable «funcionamiento físico» (p < 0,05), cuando se comparan los tres y los seis meses tras el trasplante y en las variables «funcionamiento físico» (p < 0,01) y «limitaciones en el rol por problemas físicos» (p < 0,01), cuando se comparan los tres y los doce meses (tabla I). Respecto al EuroQol 5-D (EQ), hay que resaltar que cuando se comparan los tres y los doce meses tras el trasplante, hay una mejoría significativa en esta última fase en la variable «actividades cotidianas» (p < 0,01). Esta misma evolución es la que se halla en la dimensión «salud actual» cuando se comparan las fases pre-trasplante con los tres (p < 0,05) y los seis (p < 0,01) meses tras el implante, mejorando los pacientes significativamente en éstos dos últimos momentos temporales (tabla II). Por otro lado, en el caso del ESRD-SCL, la dimensión «disfunción cardíaca y renal» mejora a largo plazo, fundamentalmente, cuando se comparan las fases pre-trasplante con los tres (p < 0,01), seis (p < 0,01) y doce (p < 0,01) meses post-trasplante. Justo lo contrario ocurre con la variable «efectos secundarios de los esteroides», en la que se aprecia un empeoramiento en los pacientes a medida que transcurre el tiempo, especialmente, cuando se comparan las fases pre-trasplante con los tres

**Tabla II.** Evolución de la CVRS (EUROQOL-5D) en los trasplantados renales

EUROQOL-5D	Fase pre-trasplante (n = 28)	Fase post-trasplante			Sig.	Comparaciones entre las fases					
		3 meses (n = 28)	6 meses (n = 28)	12 meses (n = 28)		Pre-3 meses	Pre-6 meses	Pre-12 meses	3-6 meses	3-12 meses	6-12 meses
Movilidad	1,00	1,07	1,00	1,04	0,382	-	-	-	-	-	-
Cuidado personal	1,04	1,04	1,04	1,00	0,409	-	-	-	-	-	-
Actividades cotidianas	1,29	1,61	1,29	1,11	0,000**	0,103	1,000	0,576	0,103	0,000**	0,576
Dolor/malestar	1,43	1,32	1,39	1,36	0,838	-	-	-	-	-	-
Ansiedad/depresión	1,32	1,21	1,21	1,36	0,503	-	-	-	-	-	-
Salud actual	60,57	75,71	74,11	72,14	0,008**	0,020*	0,009**	0,103	1,000	1,000	1,000

Nota: En las cinco primeras dimensiones, cuyas puntuaciones oscilan entre 1 y 3, a mayor puntuación peor CVRS. En la última dimensión, cuya puntuación oscila entre 0 y 100, a mayor puntuación mejor CVRS, \*p < 0,05, \*\*p < 0,01.

(p < 0,01), seis (p < 0,01) y doce (p < 0,01) meses tras el implante (tabla III).

## DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados, hallamos que los trasplantados renales experimentan cambios significativos durante el proceso del trasplante, fundamentalmente, en cuatro ámbitos diferentes: 1) físico: «funcionamiento físico», «efectos secundarios de los esteroides» y «disfunción cardíaca y renal»; 2) psicológico: «vitalidad» y «salud mental»; 3) realización de las tareas cotidianas: «limitaciones en el rol por problemas físicos» y «actividades cotidianas», y 4) percepción subjetiva de su estado de salud: «salud actual».

En todas estas áreas (excepto en la variable «efectos secundarios de los esteroides»), si comparamos la fase pre-trasplante (cuando el paciente se hallaba en lista de espera) y post-trasplante (cuando ha pasado un año del implante) el paciente mejora a largo plazo. Entre otras, las razones que podrían explicar su peor CVRS en la fase de lista de espera hacen referencia no sólo al deterioro físico y al cansancio emocional originado por la hemodiálisis, sino también a que suelen sentirse con pérdida de libertad por tener que estar localizados las 24 horas del día, a que les es imposible hacer una estimación del tiempo que han de esperar para ser trasplantados y al alto nivel de ansiedad que les genera el hecho de pensar que tienen que entrar en un quirófano y someterse a una intervención de alto riesgo. Si a esto añadimos que tras el implante dejan de depender de la diálisis que les obliga a desplazarse al hospital dos, tres o más veces por semana y que disponen de tiempo para volver a sus actividades cotidianas (por ejemplo, tra-

bajo, estudio, atención a la familia, etc.), sin duda, todo ello repercute de forma positiva en su bienestar físico, psicológico y social a largo plazo<sup>19</sup>.

En el área física, apreciamos que aunque existe una mejoría con el transcurso del tiempo en la «disfunción cardíaca y renal» derivada del trasplante renal, fundamentalmente, porque desaparecen las consecuencias negativas de estar en diálisis y de su propia enfermedad renal (por ejemplo, las palpitaciones, la presión arterial elevada, los pies hinchados, el hormigueo en las piernas, las piernas hinchadas, la propensión a tener hematomas y la sed intensa), el «funcionamiento físico» de los pacientes sufre una recaída significativa a los tres meses de haber recibido el injerto, es decir, justo en ese momento su salud les limita, por ejemplo, para realizar esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores) o moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos, caminar más de una hora), así como para coger o llevar la bolsa de la compra, subir escaleras, agacharse o arrodillarse, bañarse o vestirse por sí mismo, etc. Una posible explicación es que los pacientes se exceden en el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas, es decir, se cuidan en exceso porque tienen mucho miedo a realizar esfuerzos que les pueda dañar el riñón y llevar a una pérdida del injerto. Además, a veces los pacientes tienen unas expectativas demasiado optimistas respecto al trasplante (no esperan tener ninguna complicación médica ni psicológica), que inmediatamente después de recibirlo no se ven cubiertas, especialmente, si tenemos en cuenta los «efectos secundarios de los esteroides» (por ejemplo, la preocupación por el aspecto físico, la cara hinchada, la propensión a infecciones, los cambios faciales, etc.) que sufren los pacientes tras el trasplante y que los perciben como

**Tabla III.** Evolución de la CVRS (ESRD-SCL) en los trasplantados renales

ESRD-SCL	Fase pre-trasplante (n = 28)	Fase post-trasplante			Sig.	Comparaciones entre las fases					
		3 meses (n = 28)	6 meses (n = 28)	12 meses (n = 28)		Pre-3 meses	Pre-6 meses	Pre-12 meses	3-6 meses	3-12 meses	6-12 meses
Limitaciones de la capacidad física	0,75	0,73	0,63	0,65	0,563	-	-	-	-	-	-
Limitaciones de la capacidad cognitiva	0,61	0,70	0,57	0,75	0,135	-	-	-	-	-	-
Disfunción cardíaca y renal	1,09	0,37	0,35	0,33	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	1,000	1,000	1,000
Efectos secundarios de los esteroides	0,57	1,67	1,72	1,41	0,000**	0,000**	0,000**	0,000**	1,000	1,000	0,226
Aumento del crecimiento del vello	0,16	0,28	0,22	0,27	0,475	-	-	-	-	-	-
Trastornos psicológicos asociados al trasplante	0,94	1,05	0,90	0,98	0,626	-	-	-	-	-	-

Nota: Las puntuaciones oscilan entre 0 y 4. A mayor puntuación peor CVRS, \*\*p < 0,01.

muy perturbadores, llegando incluso a limitar la mejoría que produce el trasplante y a alterar su imagen corporal<sup>20,21</sup>. En este contexto, hay que tener en cuenta que los trasplantados suelen recibir bastante información acerca del procedimiento quirúrgico y la preparación preoperatoria, pero poca en relación con los efectos negativos del trasplante, incluidos los efectos adversos del tratamiento inmunosupresor<sup>22</sup>.

En estrecha relación con el área física, se halla el ámbito de la realización de las tareas cotidianas, en la que hemos incluido, por un lado, la dimensión referente a las «*actividades cotidianas*» y, por otro lado, las «*limitaciones en el rol por problemas físicos*». En la primera de estas dimensiones, observamos que aunque los pacientes mejoran a largo plazo, a los tres meses hay una recaída significativa, es decir, comparando los cuatro momentos temporales es en dicha fase cuando tienen más problemas para realizar actividades cotidianas, como por ejemplo, trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre. De igual forma, en la segunda de estas dimensiones, aunque se aprecia una mejoría gradual y progresiva a medida que pasa el tiempo, la diferencia más notable se halla cuando se comparan los tres y los doce meses de la fase post-trasplante, estando significativamente peor a los tres meses, donde a causa de su salud física a veces tienen, por ejemplo, que reducir el tiempo, hacer menos, dejar de hacer o hacer con dificultad algunas tareas relacionadas con su trabajo o actividades cotidianas. A todo ello pueden contribuir, en primer lugar, el gran número de veces que los pacientes tras el trasplante tienen que ir al hospital para realizar

controles de seguimiento (una o dos veces a la semana), en segundo lugar, el temor a padecer infecciones, ya que su sistema inmunitario se deprime por el tratamiento inmunosupresor y tienen mucho miedo a salir a lugares donde hay gente por temor a enfermar, de ahí que sus cuidados sean muy superiores a los prescritos por el médico y, finalmente, el hecho de que a veces han de integrarse en un entorno sociolaboral que muchas veces no es el más adecuado por sus condiciones físicas<sup>12,23</sup>.

Respecto al área psicológica, diversos estudios ponen de manifiesto que las alteraciones que sufren algunos trasplantados (por ejemplo, ansiedad, depresión, fantasías sobre el donante, insatisfacción con la imagen corporal, trastornos sexuales, sentimientos de culpa por la muerte del donante, etc.) son la causa que por sí sola tiene más influencia para determinar la CVRS tras un trasplante satisfactorio<sup>24,25</sup>. Concretamente, en nuestro estudio son dos las dimensiones que hemos incluido en el área psicológica («*vitalidad*» y «*salud mental*») y en ambas apreciamos la misma evolución, es decir, a largo plazo los pacientes mejoran considerablemente, observándose las diferencias más notables entre la fase pre-trasplante y los seis meses de haber recibido el implante. Concretamente, tras el trasplante los pacientes experimentan un alto nivel de energía que expresan en que se sienten llenos de vida y con ausencia de agotamiento y cansancio («*vitalidad*»). Además, cada vez se sienten menos nerviosos, más calmados y tranquilos, menos desanimados y deprimidos, en definitiva, más felices («*salud mental*»). Sin duda, a ello contribuye el hecho de que tras el trasplante conocen, a través de

Asociaciones y del propio hospital, a personas que están en su misma situación y esto les tranquiliza mucho, pues hablan de los problemas surgidos y de cómo afrontarlos, lo cual disminuye la incertidumbre de estos pacientes ante lo desconocido. A esto hemos de añadir que, además, desaparecen todos los sentimientos y emociones que tenían cuando se hallaban en la fase de lista de espera y que les resultaban muy perturbadores, entre otros, hemos de resaltar la rabia («¿por qué me ha tocado precisamente a mí?»), la ansiedad («¿cuánto viviré si no hay donante?») y la culpa («si hubiera vivido de otra forma», «si me hubiera cuidado más»)<sup>26</sup>. Esta evolución positiva también queda reflejada en la percepción subjetiva que tienen de su propio estado de salud («salud actual»), el cual experimenta una mejoría a largo plazo, hallándose las diferencias más notables entre las fases pre y post-trasplante (tres y seis meses), encontrándose en estos dos últimos momentos con un estado de salud actual bastante bueno que, posteriormente, se mantiene estable.

A modo de conclusiones, en todas las dimensiones que resultaron significativas (excepto en la variable «efectos secundarios de los esteroides»), los pacientes experimentan una mejoría tras el implante cuando se comparan las fases pre y post-trasplante. En líneas generales, en esta última fase, hay una mejoría progresiva a medida que pasa el tiempo (tres, seis y doce meses), llegando un momento en que se estabiliza la CVRS en la mayoría de las dimensiones. Es decir, a largo plazo los pacientes se adaptan a todas las circunstancias que conlleva el trasplante: se habitan a las prescripciones terapéuticas, se integran en el entorno sociolaboral, dejan de temer el rechazo del órgano y hallan más apoyo por parte de la familia, ya que también ésta se encuentra más recuperada psicológicamente del impacto emocional que supone el trasplante (por ejemplo, temor a que el paciente muera, preocupación por si funciona o no el nuevo órgano, etc.)<sup>27</sup>.

Para finalizar, hemos de resaltar que aunque a medida que pasa el tiempo mejora la CVRS que presentan los trasplantados renales, los programas de intervención terapéutica deberían contemplar las demandas psicológicas que plantean estos pacientes durante todo el proceso del trasplante, para así ayudarles en cada momento a afrontar adaptativamente esta situación, tanto a ellos como a sus familiares.

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por la Red Temática de Investigación en Trasplante. RETIC FIS C03/03.

## BIBLIOGRAFÍA

- Galán A, Blanco A, Pérez MA: La calidad de vida en la salud: Un análisis conceptual. *Clin Salud* 11 (3): 309-328, 2000.
- Pérez MA, Martín A, Galán A, Blanco A: Calidad de vida en la salud: algunas investigaciones en el ámbito hospitalario. *Rev Col Psicol* 14: 64-72, 2005.
- Valdés C, Ortega F: Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal. *Nefrología* 26 (2): 157-162, 2006.
- Moreno B, Kern E: Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: Una revisión de literatura. *Rev Col Psicol* 14: 46-52, 2005.
- Myaskovsky L, Dew MA, Switzer GE, McNulty ML, Dimartini AF, McCurry KR: Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. *Soc Sci Med* 60 (10): 2321-2332, 2005.
- Ortega F, Rebollo P: La calidad de vida relacionada con la salud en pacientes portadores de un trasplante de órgano sólido. En: Pérez-Bernal J, coordinador. Actualizaciones en trasplantes 2004. Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, 2004; pp. 80-89.
- Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Badía X, Álvarez-Ude F, Díaz-Corte C, Naves M, Navascués RA, Ureña A, Álvarez-Grande J: Health-related quality of life of kidney transplanted patients: Variables that influence it. *Clin Transplant* 14: 199-207, 2000.
- Tomasz, W, Piotr, S: A trial of objective comparison of quality of life between chronic renal failure patients treated with hemodialysis and renal transplantation. *Ann Transplant* 8: 47-53, 2003.
- 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, Nagano S: Quality of life in kidney transplant patients. *Transplant Proc* 32: 1815-1816, 2000.
- Baltar J, Ortega F, Rebollo P, Gómez E, Lares A, Álvarez-Grande J: Cambios en la calidad de vida relacionada con la salud durante el primer año del trasplante renal. *Nefrología* 22 (3): 262-268, 2002.
- Ponto P, Rupolo GP, Marchini F, Feltrin A, Perin N, Mazzoldi MA, Giaccon B, Baldan N, Rigotti P: Quality of life change after kidney transplantation. *Transplant Proc* 33: 1887-1889, 2001.
- Pérez MA, Martín A, Galán A, Pérez J: Psychologic stages in renal transplant. *Transplant Proc* 37: 1449-1452, 2005.
- Magaz, A: El estrés psicológico asociado al trasplante y la calidad de vida relacionada con la salud. En: Ortega F, Rebollo P, coordinadores. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes receptores de un trasplante de órgano sólido. Barcelona: Ediciones Mayo, SA, 2006; pp. 37-42.
- Alonso J, Prieto L, Antó JM: La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin-Barcelona* 104 (20): 771-776, 1995.
- Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care* 30: 473-483, 1992.
- Rué M, Badía X: The spanish EuroQol tariff: results from the Catalan Health Survey based on self-rating health. Proceedings of the EuroQol Plenary Meeting. Barcelona 3-6 October 1995. X. Badía, M. Herdman, A. Segura Eds. (Barcelona): Institut de Salut Pública de Catalunya 77-98. 1996.
- Euroqol Group. Euroqol, a new facility for the measurement of Health Related Quality of Life. *Health Policy* 16: 199-208, 1990.
- Franke GH, Reimer J, Kohnle M, Luetkes P, Maehner N, Heemann U: Quality of life in end-stage renal disease patients after successful kidney transplantation: Development of the ESRD symptom checklist transplantation module. *Nephron* 83 (1): 31-39, 1999.

19. Díaz R, Pérez MA, Pérez J, Gallego A, Correa E: Aspectos psicológicos de los pacientes incluidos en lista de espera para trasplante hepático. En: Pérez-Bernal J, coordinador. Actualizaciones en trasplantes 2005. Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, 2005; pp. 163-167.
20. Pérez MA, Martín A: Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Rev Psicol Gen Aplic* 55 (3): 439-453, 2002.
21. Ortega F: Los sesgos de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes trasplantados. En: Ortega F, Rebollo P, coordinadores. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes receptores de un trasplante de órgano sólido. Barcelona: Ediciones Mayo, SA, 2006; pp. 29-32.
22. Marcen R, Fernández AM: Calidad de vida e inmunosupresión. En: Ortega F, Rebollo P, coordinadores. Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes receptores de un trasplante de órgano sólido. Barcelona: Ediciones Mayo, SA, 2006; pp. 83-87.
23. Pérez MA, Martín A, Gallego A, Santamaría JL: Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados. Futuras líneas de intervención psicológica. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 5 (1): 71-87, 2000.
24. Baines LS, Joseph JT, Jindal RM: Prospective, randomized study of individual and group psychotherapy versus controls in recipients of renal transplants. *Kidney Int* 65: 937-1942, 2004.
25. Pérez MA, Martín A, Galán A: Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Int J Clin Health Psicol* 5 (1): 99-114, 2005.
26. Iruela LM, Merino J, Lombardía C: Psiquiatría de enlace en los enfermos trasplantados. *Monogr Psiquiatr* 3: 36-39, 1995.
27. Pérez MA, Martín A, Asián E, Pérez J: Symptoms of anxiety and depression in liver-transplant patients. *Actas Esp Psiquiatr* 32 (4): 222-226, 2004.