



UNIVERSIDAD DE MURCIA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, PEDIATRÍA,
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

**Perfil Psicológico y estrategias de afrontamiento ante la
enfermedad de los pacientes en lista de espera para un
trasplante hepático.**

D. Ángel Manuel Vargas Acosta

2015



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Pablo Ramírez Romero, Catedrático de Universidad del Área de Cirugía en el Departamento de Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología,
AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Perfil psicológico y afrontamiento ante la enfermedad de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático", realizada por D. ÁNGEL MANUEL VARGAS ACOSTA, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 23 de Octubre de 2015

Mod:T-20



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D. Antonio Ríos Zambudio, Doctor de Universidad del Área de Cirugía en el Departamento de Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología,
AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Perfil psicológico y afrontamiento ante la enfermedad de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático", realizada por D. Ángel Manuel Vargas Acosta, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 23 de Octubre de 2015

Mod:T-20



UNIVERSIDAD DE
MURCIA

D^a. Ana Isabel López Navas, Doctora de Universidad del Área de en el Departamento de Psicología, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Perfil psicológico y afrontamiento ante la enfermedad de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático", realizada por D. ÁNGEL MANUEL VARGAS ACOSTA, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 23 de Octubre de 2015

Mod:T-20



AGRADECIMIENTOS

Las primeras palabras de este trabajo deben estar dirigidas a todas las personas que me han facilitado la realización de esta tesis.

Al Dr. Pablo Ramírez, co-director de esta tesis que me animó en el inicio de este proyecto y cuyo interés en la investigación me sirve de modelo.

Al Dr. Antonio Ríos y a Ana López Navas co-directores de esta tesis que iniciaron la línea de investigación de este trabajo y que con su esfuerzo y tiempo me han facilitado la labor enormemente.

A todos los compañeros de la Unidad de Trasplante Hepático de nuestro Hospital, una de las más importante de España y de la que me siento muy orgulloso de forma parte.

Mención especial merece mi compañero y sobre todo gran amigo, el Dr. José Antonio Pons, la persona que me ha enseñado todo lo que sé sobre la Hepatología y al que le debo la mayor parte de mis éxitos profesionales.

A mis padres, a ellos les debo la persona que soy, gracias por vuestra educación y el esfuerzo para proporcionarme los estudios.

A mi mujer, Carmen, la alegría y el bastión de mi vida, mi apoyo en los malos momentos y que me acompaña de manera incondicional en todas las circunstancias que me acontecen.

Y a lo mejor que me ha pasado en la vida, Alberto, Sofía y Gonzalo, por su comprensión ante las horas que no he podido pasar con ellos, les deseo que tenga el mismo éxito en su vida personal y profesional y que se rodeen en el futuro de buenas personas.



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	17
<i>I. 1 TASAS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ORGANOS.</i>	<i>19</i>
I.1.1 Tasas de donación y trasplante de órganos en el mundo.	19
I.1.2 Tasas de donación y trasplante de órganos en España.	20
<i>I.2 PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ORGANOS.</i>	<i>22</i>
I.2.1 Introducción.	22
I.2.2 Órganos y tejidos susceptibles de ser donados (tipos de órganos y tejidos).	23
I.2.3 Donación de cadáver.	23
I.2.4 Donación de vivo.	24
I.2.5 Solicitud de donación a los familiares.	25
I.2.6 Puesta en marcha de la extracción de órganos y tejidos.	26
I.2.7 Procedimiento para el trasplante.	27
<i>I.3. INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE DE HIGADO.</i>	<i>28</i>
I.3.1 Indicaciones para la inclusión en lista de espera para trasplante hepático.	28
I.3.2 Tiempo de espera para el trasplante hepático.	30
<i>I.4 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES EN ESPERA DE UN TRASPLANTE.</i>	<i>30</i>
<i>I.5. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTE EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE.</i>	<i>38</i>
<i>I.6 ASPECTOS RELACIONADOS CON EL APOYO SOCIAL Y FAMILIAR DEL PACIENTE.</i>	<i>53</i>
<i>I.7 CALIDAD DE VIDA TRAS EL TRASPLANTE HEPATICO.</i>	<i>55</i>
II. JUSTIFICACIÓN	61
III. HIPÓTESIS DE TRABAJO	65
IV. OBJETIVOS	69
V. MATERIAL Y MÉTODOS	73
<i>V.1 POBLACIÓN A ESTUDIO.</i>	<i>75</i>
V.1.1 Criterios de inclusión.	75
V.1.2 Criterios de exclusión.	75
<i>V.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACION.</i>	<i>76</i>
V.2.1 Perfil psicológico.	76
V.2.1.1 Historia socio-personal e historia clínica.	76
V.2.2 Instrumentos para determinar las Estrategias de Afrontamiento de la Enfermedad.	108
<i>V.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.</i>	<i>111</i>
<i>V.4 VARIABLES ANALIZADAS.</i>	<i>111</i>
V.4.1 Perfil psicológico.	111
V.4.2 Variables de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad.	112
V.4.3 Análisis de las estrategias de afrontamiento y psicopatología.	112
V.4.4 Valoración del apoyo socio-familiar y las estrategias de afrontamiento.	113
<i>V.5 ESTADÍSTICA.</i>	<i>113</i>
VI. RESULTADOS	115
<i>VI.1 PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO.</i>	<i>117</i>
<i>VI.2 PERFIL PSICOLÓGICO.</i>	<i>118</i>
<i>VI.3 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA ENFERMEDAD.</i>	<i>124</i>
<i>VI.4 ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA.</i>	<i>125</i>
<i>VI.5 IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIO-FAMILIAR EN EL DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.</i>	<i>133</i>
VII. DISCUSIÓN	137
VIII. CONCLUSIONES	149
IX. BIBLIOGRAFIA.....	153
X. ANEXO.....	169

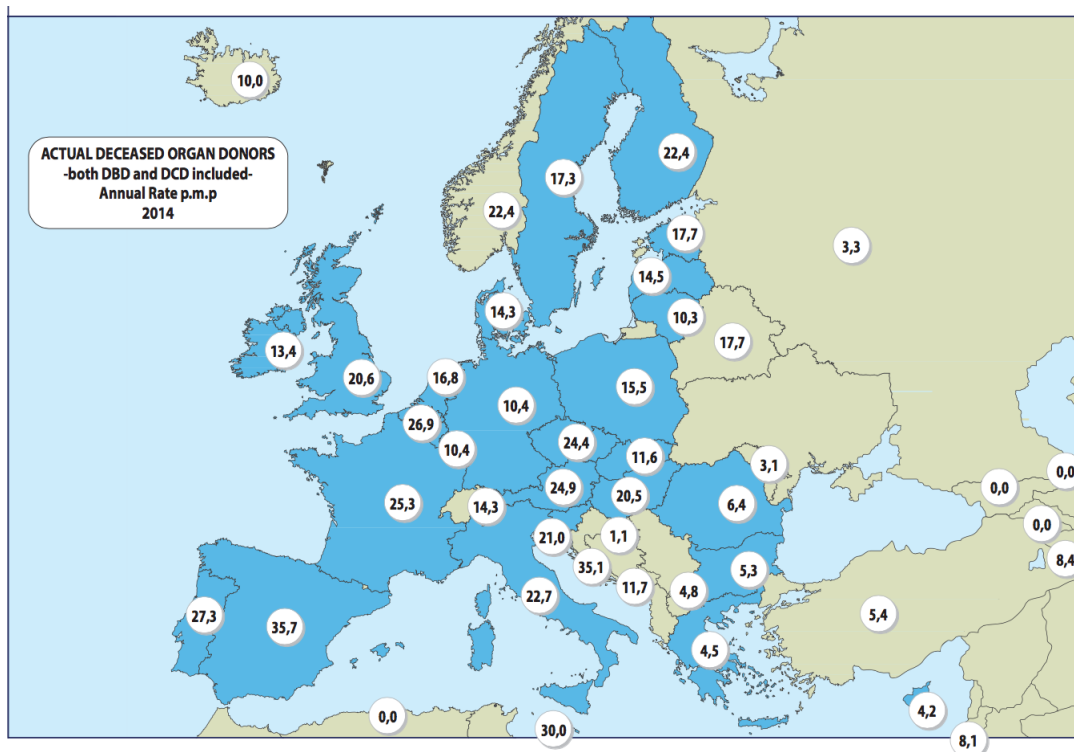
I. INTRODUCCIÓN

I. 1 TASAS DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ORGANOS.

I.1.1 Tasas de donación y trasplante de órganos en el mundo.

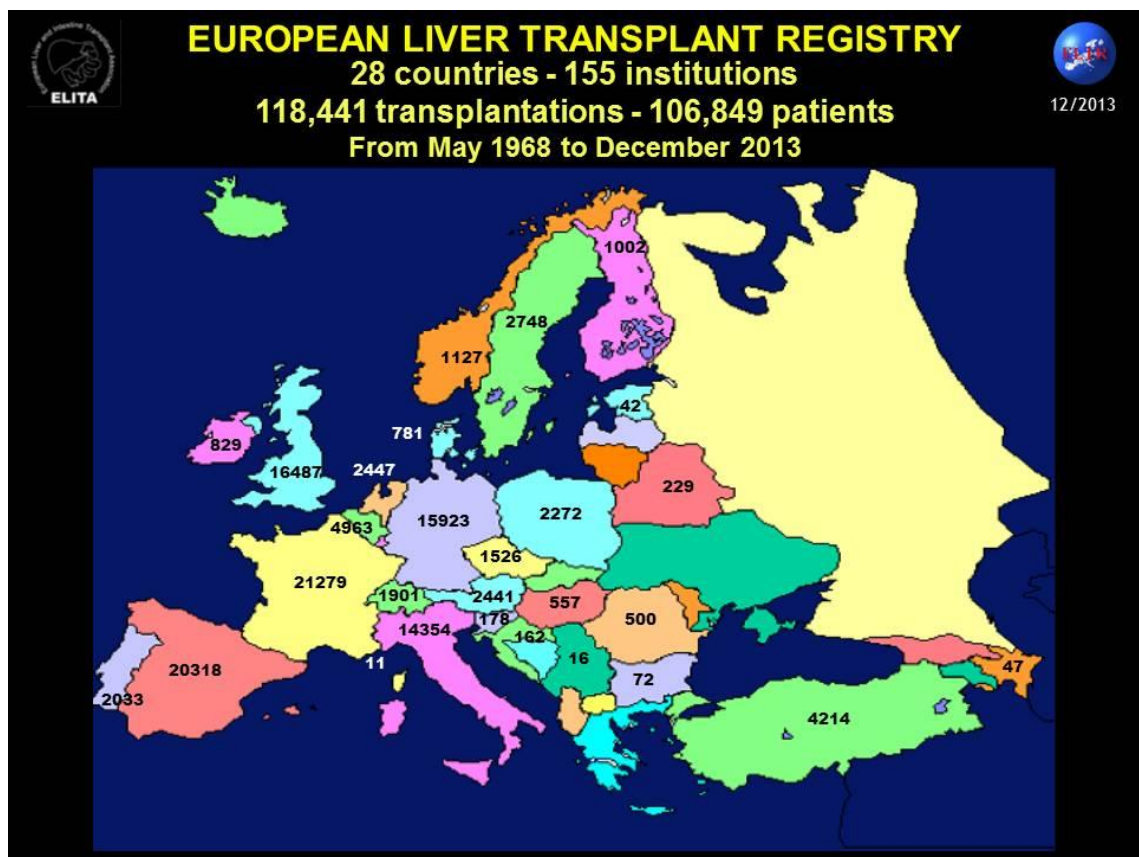
Los últimos datos de tasas de donación y de trasplante de órganos están recogidos en el Registro Mundial de Trasplantes que gestiona la Organización Nacional de Trasplantes en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, siendo los últimos datos recogidos los del año 2014, elevando a 118.117 el total de trasplantes de órganos sólidos en todo el mundo, lo que representa un crecimiento del 3% respecto al año 2013. De ellos 79.325 fueron de riñón, 25.050 de hígado, 6.270 de corazón, 4.834 de pulmón, 2.474 de páncreas y 174 de intestino. La tasa de donación en la Unión Europea fue de 19,6 por millón de población (p.m.p.) y en Estados Unidos de 26,6 p.m.p., con un total de donaciones de 10.033 y 8.596 respectivamente, siendo bastante inferior a la española que fue en el 2014 de 36 p.m.p. (Fig 1, 2) (1).

Fig.1 Tasas de donación de cadáver en los países de la Unión Europea en 2014.



El trasplante hepático en Europa se inició en 1963 en Francia por el Dr. Demirleau y en España por los Doctores Margarit y Jaurrieta en 1984. Se recogen en Europa los datos desde el año 1968 existiendo un Registro Europeo de Trasplante Hepático en el que se han recogido desde 1968 hasta finales del 2013 un total de 118,441 trasplantes hepáticos en total (2).

Fig 2. Número de trasplantes hepáticos realizados entre los años 1968-2013 en Europa (2).

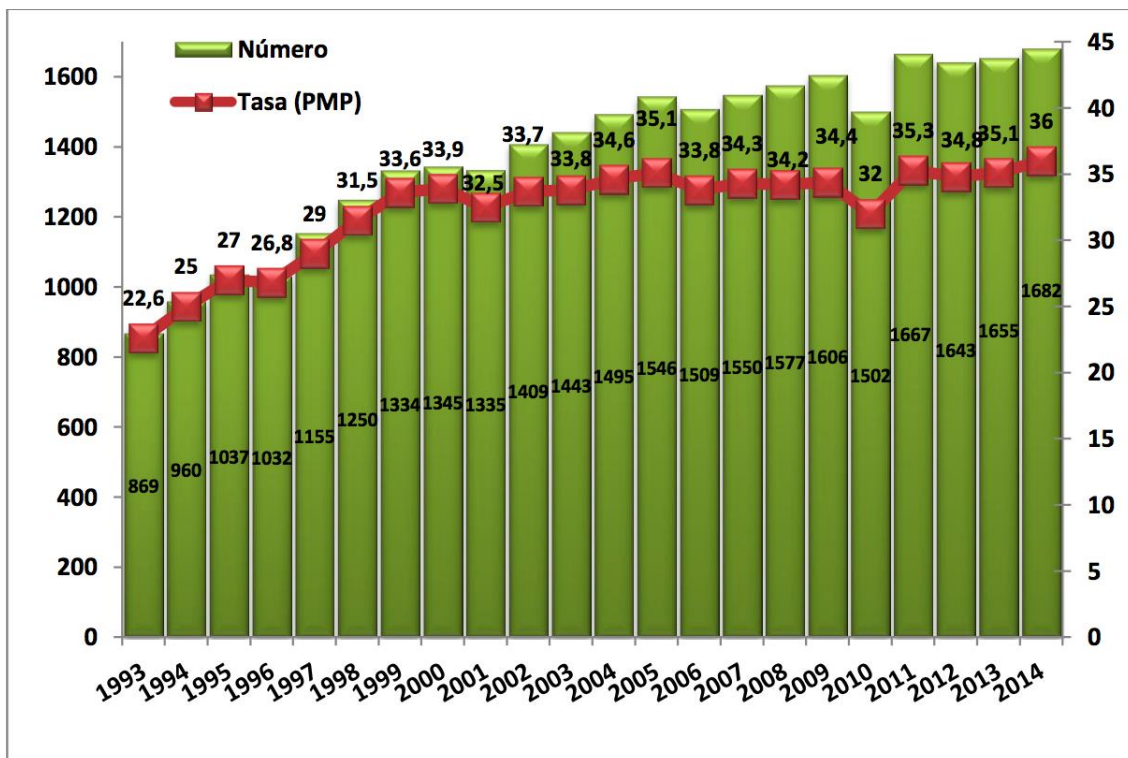


I.1.2 Tasas de donación y trasplante de órganos en España.

Durante 2014, se registraron en España 1682 donantes reales de órganos sólidos, lo que sitúa la tasa por millón de población en 36, demostrando un incremento de dicha tasa en los últimos años (Fig 3).

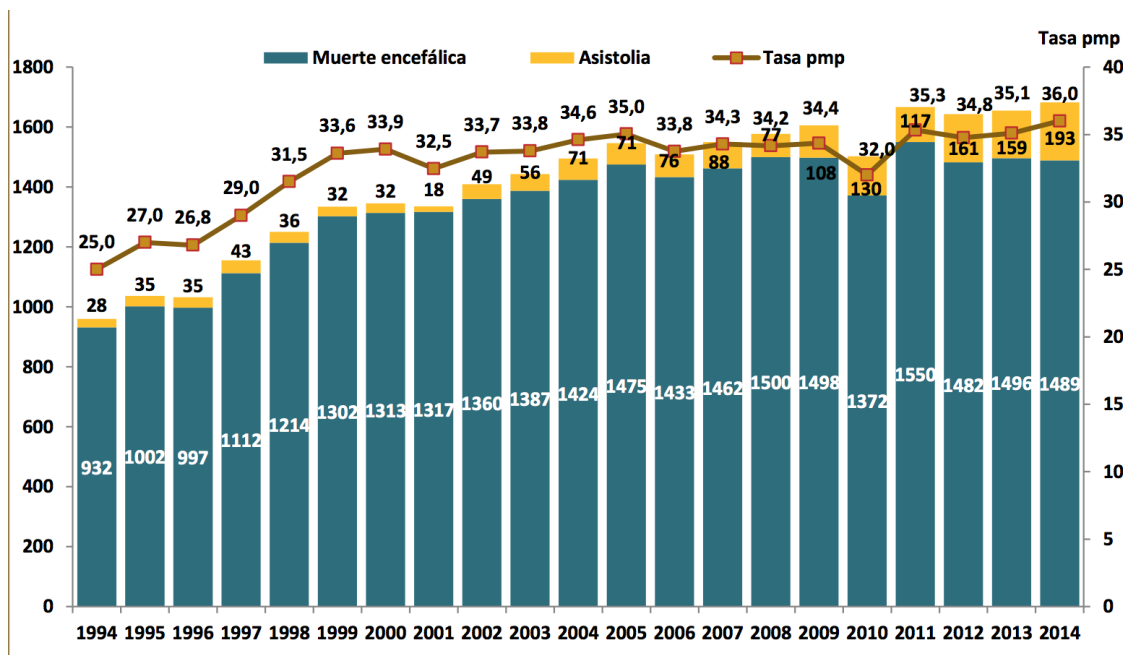
Se realizaron en total 4360 trasplantes, de ellos 2678 renales, 265 cardiacos, 1068 hepáticos, 262 pulmonares, 81 pancreáticos, 6 de intestino.

Fig 3. Número de donantes y tasas de donación 1993-2014 en España.



Aunque la mayoría de órganos provienen de cadáver es de destacar el aumento del número de donante vivo (sobre todo renal, siendo en la actualidad el 15,8% del total de dichos trasplantes) y el donante en asistolia (en total 192 donantes, representa el 11,4% total de donantes fallecidos) (3) (Fig 4). En cuanto a los trasplantes hepáticos destaca que de los 1068 trasplantes 997 son de donante convencional por muerte encefálica y 71 fueron de donante no convencional (21 de donante vivo, 32 en asistolia, 12 split y 6 trasplantes en dominó) (1).

Fig. 4 Porcentaje de donantes en asistolia sobre el total de donantes. España 1994-2014.



I.2 PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ORGANOS.

I.2.1 Introducción.

La selección de un donante es un procedimiento complejo y multidisciplinar. Se considera que existe una tasa de donación potencial en torno a 50 donantes por millón, siendo la real en España en el año 2014 de 36, cifra bastante aceptable y conseguida debido a la disminución en la tasa de negativas familiares junto con un aumento en la edad permitida para la donación. Las fuentes de posibles donantes son fundamentalmente las unidades de cuidados intensivos.

Existen dos tipos de donantes de órganos y tejidos: los donantes cadavéricos y los vivos.

I.2.2 Órganos y tejidos susceptibles de ser donados (tipos de órganos y tejidos).

Los *órganos* susceptibles de ser donados, dependientes del tipo de donante, son:

-*Donante por muerte encefálica*: riñón, pulmón, hígado, corazón, páncreas e intestino.

-*Donante en asistolia*: riñones, hígado y pulmón.

-*Donante vivo*: riñón, pulmón y segmentos hepáticos.

Los tejidos susceptibles de ser donados son:

-*Donante cadáver*: grandes segmentos óseos, hueso esponjoso, tejido osteocartilaginoso, tendones, hueso-tendón, etc. Piel. Válvulas cardiacas y vasos sanguíneos. Tejido corneal. Islotes pancreáticos, nervios, fascias, duramadre, etc.

-*Donante vivo*: hueso esponjoso, válvulas cardiacas, piel, autoinjertos óseos, tendinosos, cutáneos, de paratiroides, etc.

I.2.3 Donación de cadáver.

La donación de cadáver puede ser por *muerte encefálica o por asistolia*. Legalmente consideramos donante de órganos y/o tejidos a toda persona fallecida, que en vida no haya dejado constancia expresa de su oposición a que después de su muerte se realice la extracción de órganos (4).

-*Muerte encefálica*: Se considera muerte encefálica como el cese completo e irreversible de las funciones de los hemisferios cerebrales y troncoencéfalo. Los criterios generales para ser donante cadáver son: edad inferior a 70 años (recomendable, no obligatorio), ausencia de enfermedad infecciosa transmisible, AgHB negativo, Ac VIH negativo, ausencia de arterioesclerosis,

ausencia de daño específico en el órgano para trasplantar y ausencia de malignidad extracraneal (4).

-Donante en asistolia: son aquellos donantes cuya muerte se ha producido por una parada cardíaca y se clasifican según la Conferencia de Maasstrich (1995) en 4 tipos:

I: Ingresa en el Hospital en parada cardíaca sin maniobras de resucitación previas.

II: Individuos en situación de parada cardiorrespiratoria en los que la maniobras de reanimación son ineficaces.

III: A la espera de presentar parada cardíaca (en este grupo se incluyen los individuos a los que se les retira la ventilación mecánica).

IV: Sujetos con diagnóstico de muerte encefálica y que presentan una parada cardíaca antes de proceder a la extracción de órganos.

Los criterios para ser donante son los mismos que para los de muerte encefálica, añadiendo que la edad máxima aceptable es de 50 años y se tienen también en cuenta el tiempo de isquemia caliente (parada sin masaje máximo 15 min, parada cardíaca con masaje externo eficaz 90-120 min, parada desde el inicio del enfriamiento hasta la extracción en quirófano 120 min). Además, la causa de muerte debe ser conocida y se excluirán muertes por agresión.

I.2.4 Donación de vivo.

Deben cumplir los mismos criterios que el donante cadavérico. Hay que añadir que debe tener la información suficiente sobre los posibles problemas que le pueden ocasionar la donación y firmar un consentimiento informado, y no tener duda el profesional que lo atiende de la posibilidad de coacción sobre él en este proceso.

I.2.5 Solicitud de donación a los familiares.

Es el eslabón más débil en el proceso del trasplante de órganos y tejidos, ya que la actuación se ve limitada a la decisión que tomen los familiares en un momento de gran shock emocional.

La entrevista que se establece tiene dos fases fundamentales, una en la que se explica y se comunica la muerte encefálica y la segunda parte en la que se solicita explícitamente la donación. La petición la realiza el equipo de coordinación de trasplantes en colaboración con el médico de confianza de la Unidad en la que se encuentra ingresado el paciente y hay que tener en cuenta que la colaboración de otra persona que avale nuestra solicitud puede ser decisiva en la elección final.

El mejor momento para preparar la estrategia de la entrevista es durante el tiempo en que el médico encargado informa a la familia sobre el resultado de las pruebas diagnósticas que aseguran la irreversibilidad de la situación, esto es, la muerte encefálica.

Antes de plantear la solicitud de la donación el coordinador de trasplantes encargado tiene como misión la de dispensar ayuda y apoyo emocional a quienes acaban de sufrir la pérdida de un familiar querido y en esta situación se suele utilizar el esquema de Slaikeu (1988) como una situación de intervención en crisis; esta intervención cuenta de varios pasos (5):

- Contacto psicológico;
- Examinar las dimensiones del problema;
- Examinar las posibles soluciones;
- Ayudar a adoptar soluciones concretas;
- Seguimiento.

Los posibles argumentos para utilizar son los de solidaridad, de utilidad, de gratificación y ensalzamiento. Dichos argumentos se utilizan de manera centrífuga, por lo que se inicia preguntando sobre la voluntad del donante, luego argumentos que afecten directamente sobre el donante y se va ampliando el círculo hasta llegar a la necesidad social (6).

I.2.6 Puesta en marcha de la extracción de órganos y tejidos.

En los casos en los que se produce un fallecimiento que deba seguir una tramitación judicial, el coordinador solicita autorización al juzgado correspondiente a través del forense. Se remite un resumen de la historia del posible donante y se informa al forense de la situación de fallecimiento, de la respuesta positiva de la familia y del proceso de donación de órganos que va a iniciarse. Habitualmente no existe impedimento alguno por parte del juzgado tramitándose su autorización de manera inmediata. Ya pudiéndose iniciar el proceso de extracción.

Cuando se inicia la extracción multiorgánica de un donante cadáver se considera indispensable que todos los cirujanos que vayan a participar se ajusten a unas normas de conducta quirúrgica que faciliten la obtención del máximo número de órganos vitales. Una actuación inadecuada de un equipo con frecuencia supone no sólo la pérdida de su órgano, sino la del resto de los equipos. Dichos principios fundamentales son:

- Disección adecuada que permita conocer las posibles alteraciones anatómicas y facilitar la posterior extracción.
- Perfusión in situ y enfriamiento de los órganos con la solución de preservación, generalmente solución de Wisconsin, que impida la isquemia caliente.
- La extracción de los órganos con sus correspondientes pedículos vasculares indemnes.

La fase de disección la suele iniciar el cirujano cardiaco junto con el cirujano que va a realizar la extracción hepática. En general, lo primero es la disección cardiaca, seguida de la disección hepática, del páncreas e intestino y por último la disección renal. Tras la extracción de los órganos útiles se procede a extraer los tejidos.

I.2.7 Procedimiento para el trasplante.

Una vez extraído, el órgano es examinado para comprobar su viabilidad y aptitud para el trasplante. A continuación se introduce el órgano en un recipiente estéril y este dentro de una doble bolsa estéril y todo ello se coloca dentro de un contenedor isotérmico.

Una vez preparado el órgano, se transporta por la vía más rápida posible, incluida la aérea. Las líneas aéreas suelen ofrecer transporte gratuito a la Organización Nacional de Trasplantes.

Mientras se realiza la extracción y el transporte del órgano, se identifica y se contacta con el posible receptor compatible. La respuesta de este debe ser muy rápida, ya que, si no es así, se localiza al siguiente receptor según la lista de espera.

El enfermo debe dirigirse al centro hospitalario que se le indique sin comer ni beber desde el mismo momento en que se le comunica que se le va a realizar el trasplante. Una vez en el centro sanitario, se procede a preparar al receptor del trasplante, se solicita analítica básica y se detectan situaciones que puedan contraindicar en ese momento el trasplante (fiebre, alcoholismo activo, etc.) para que todo esté listo cuando llegue el órgano. Habitualmente se avisa a otro posible receptor por ese motivo.

Cuando la gravedad de la operación y su complejidad son muy grandes, se comienza la intervención en el receptor del trasplante incluso antes de que esté completamente preparado el nuevo órgano.

Una vez se encuentra el receptor en el hospital, se comprueba nuevamente la compatibilidad del órgano y las condiciones óptimas del enfermo para el trasplante. Se realizan todas las medidas necesarias para la intervención.

Además, cabe destacar que cada trasplante en concreto tiene su propia técnica y protocolo de actuación.

I.3. INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE DE HIGADO.

I.3.1 Indicaciones para la inclusión en lista de espera para trasplante hepático.

Según las guías de la American Association for the Study of the Liver Disease y la American Society of Transplantation el trasplante hepático está indicado para la enfermedad crónica hepática avanzada y para el fallo hepático agudo cuando se han alcanzado los límites del tratamiento médico. La indicación en los pacientes con cirrosis deberá ser considerada cuando el paciente presenta complicaciones como la ascitis, la encefalopatía hepática, hemorragia varicosa o insuficiencia hepatocelular que implique un MELD igual o superior a 15 (7).

La Sociedad de Trasplante Hepático concluye en su Documento de Consenso publicado en 2008 que debe haber una puntuación en la escala de Child-Pugh igual o mayor de 7 puntos y de más de 10 puntos en la escala MELD y que no deberían trasplantarse los pacientes en situación terminal, intubados, con fallo multiorgánico u otras circunstancias que se asocien con una supervivencia estimada postrasplante inferior al 50% a los 5 años (8).

Dentro de las recomendaciones de inclusión en lista de espera para un trasplante hepático de las distintas sociedades científicas se hallan las escalas de Child-Pugh y la escala MELD.

Estas escalas miden parámetros de la función hepática que establecen un pronóstico respecto a la supervivencia y la mortalidad.

La escala de Child-Pugh tiene en cuenta la actividad de protrombina, la bilirrubina total, el nivel de albúmina, la presencia de ascitis y de encefalopatía; establece 3 grados: el Grado A es una puntuación de 5-6, el Grado B entre 7-9 y el grado C entre 10-15. La escala Child-Pugh establece la probabilidad de supervivencia al año y a los 2 años; el Grado A presenta una supervivencia del 100% y del 85%, el Grado B de 80 y 6% y el Grado C de 45 y 35%, al año y a los 2 años respectivamente (9,10).

La escala MELD (Model for End Stage Liver Disease) es un modelo matemático de predicción de sobrevida de una persona con enfermedad hepática basado en simples valores de laboratorio rutinarios como son la bilirrubina, INR y creatinina (11). El rango de puntuación es de 6 a 40, a menor puntaje, mejor pronóstico. Se utiliza para decidir la inclusión en lista de espera y para la priorización en dicha lista (pacientes con un puntaje mayor tiene prioridad para recibir un órgano) (12,13). La escala MELD ha permitido la adopción como un predictor de mortalidad en pacientes en espera de un trasplante (14,15). Además, esta nos predice la mortalidad en los próximos 3 meses.

En los Centros de Trasplante donde se utiliza el MELD para la priorización en lista de espera se debe revisar la puntuación de todos los pacientes incluidos en la lista de modo periódico. En los Centros de Trasplante donde se utiliza esta escala para priorización en lista de espera se logra una disminución de la mortalidad durante la espera del órgano sin empeorar la supervivencia postrasplante (16). La utilización de esta escala para la priorización va a producir en el paciente mayor incertidumbre respecto al momento del trasplante, así los pacientes con una menor puntuación en dicha escala estarán más tiempo en la lista que los pacientes con mayor puntuación.

I.3.2 Tiempo de espera para el trasplante hepático.

El tiempo medio, en 2014, en lista de espera para un trasplante hepático en España fue de 134.9 días, siendo los pacientes del grupo sanguíneo 0 los que más tiempo de media se hallan en lista de espera con un rango intercuartílico de 126 días, seguido del grupo A con 86,2 días, el grupo B 56,4 días y finalmente el grupo AB con 31 días (3).

Durante ese periodo de espera el paciente debe estar localizado, no debe estar demasiado alejado del Centro Hospitalario donde se va a realizar el trasplante y se le debe transmitir por parte del equipo de trasplantes que puede ser avisado en cualquier momento teniendo en cuenta que acudirá en alguna ocasión como “reserva” de otro paciente por si el paciente al que inicialmente fuera destinado el órgano presentara alguna contraindicación para la realización del trasplante.

I.4 CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES EN ESPERA DE UN TRASPLANTE.

El paciente en espera para recibir un órgano trasplantado presenta una serie de síntomas que afectan al enfermo íntegramente. Por un lado, cabe destacar los síntomas físicos característicos de la patología de base, y además, el desarrollo de otros síntomas de tipo mental y/o relacionado con el área social del individuo.

Atendiendo a la definición de Salud de la World Health Organization “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de dolencias o enfermedad” (WHO, 1947). Esta conceptualización positiva de salud nos ha llevado a abordar la misma como un concepto multidimensional, biopsicosocial e interaccionista (17).

De manera que factores como las conductas relacionadas con la salud, nuestros estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento han demostrado ser de especial relevancia en la historia natural de la enfermedad (18). Cualquier trastorno denominado físico y orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas y viceversa (17). Es por ello que entre la literatura encontramos autores que sostienen que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (19).

La implicación de los estados y necesidades emocionales concretos desempeñan un papel primordial en la salud, como por ejemplo, el malestar emocional no ayuda a que la persona se implique en la realización de hábitos que favorezcan su salud tales como el no fumar, hacer ejercicio, correcta alimentación, etc. (20). En cambio, las emociones positivas, como la alegría, ayudan a mantener e incluso recuperar la salud (21).

En relación a lo descrito, es fundamental entender y describir las circunstancias clínicas de la enfermedad, que junto con el tiempo en lista de espera de trasplante hepático genera implicaciones que afecta a muchos aspectos de tipo personal, biológico, físico, psicológico y social, del mismo modo que afectan otras enfermedades crónicas graves, como es el cáncer (22).

De manera que, no cabe duda que el periodo pretrasplante está marcado por el declive físico, ansiedad y depresión, además del desarrollo de déficit orgánico cerebral (23). La presencia de enfermedades psiquiátricas en los pacientes candidatos a trasplante hepático está descrito en distintos estudios los cuales determinan que entre el 15 y el 50% de los enfermos desarrollan algún tipo de trastorno psicopatológico (24,25,26). Es más, un estudio realizado por Rocca et al (2003) con el objetivo de identificar trastornos psiquiátricos en pacientes en evaluación para trasplante hepático, concluyen que un tercio de dichos desórdenes son de ajuste en forma de ansiedad o depresión (23). De manera, que se sugiere que la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, en este tipo de pacientes es superior a lo descrito en otros estudios (27).

Tal y como nos muestra la bibliografía revisada, la etiología de la insuficiencia hepática parece estar en relación con el incremento de presencia de síntomas y desórdenes psiquiátricos.

Algunos estudios muestran que en la cirrosis causada por el virus de la hepatitis C es frecuente la aparición de trastornos psiquiátricos, siendo la depresión el de mayor diagnóstico (28), entre el 2 y 30% de los pacientes (29).

Otros estudios concluyen que en la hepatopatía de origen alcohólico los trastornos psiquiátricos son más frecuentes frente a la provocada por otras causas (31,32). Aunque cabe destacar que no todos los estudios consideran que el paciente con etiología etanólica presenta mayor psicopatología frente a otras enfermedades. Ejemplo de ello, es el estudio realizado por Monras et al (2004) donde valoran un grupo de 53 pacientes cirróticos por alcohol en lista de espera frente a 20 no alcohólicos donde no se observan diferencias significativas entre ambos grupos. Los autores concluyen que la ausencia de diferencias entre ambos grupos es debido a la preselección psicopatológica que se produce de los pacientes para su inclusión en lista de espera y que todos los pacientes, independientemente de la etiología de la hepatopatía, presentan un alto nivel de stress que exacerban los rasgos de personalidad (30). El análisis multivariable mostró que había una asociación entre la etiología alcohólica y la presencia de síntomas relacionados con hostilidad (33). De manera que la presencia de síntomas de hostilidad y depresión, que son tan frecuentes en los pacientes con historia de abuso de alcohol, empeora el pronóstico de su evolución clínica.

Contrariamente a los resultados, en la actualidad, la presencia de alteraciones psicopatológicas en los pacientes en lista de espera está infraestimada, a pesar de que son un signo de empeoramiento en el pronóstico de cualquier tipo de enfermedad.

En este tipo de pacientes, las alteraciones del estado de ánimo son las complicaciones psicológicas más frecuentes. Las alteraciones de tipo depresivo, no tratadas, empeorará la calidad de vida en el postrasplante, además de los síntomas de tristeza, anhedonia, inutilidad y soledad que incrementan el riesgo

de aparición de autonegligencia y de aislamiento (34).

Asimismo, la presencia y desarrollo de alteraciones psicopatológicas puede interferir en el apego al protocolo pretrasplante y aspectos potencialmente adversos para el cuidado posterior del injerto (35). Es por este motivo que los trastornos psiquiátricos graves deben de ser valorados cuidadosamente y estar controlados médicamente con garantías de que el paciente va a comprender las exigencias del trasplante hepático y a cumplir el tratamiento (36).

Otros aspectos a considerar son los de tipo psicosocial. La literatura nos muestra que son en la práctica, una de las causas más frecuentes de que el trasplante hepático no se acompañe de resultados satisfactorios (37). Estos aspectos psicosociales, influyen de forma diferente en cada individuo, dependiendo de factores como el tipo de personalidad, mecanismos de defensa, afrontamiento, redes de apoyo, experiencias previas y severidad de la enfermedad (25).

El saberse portador de una insuficiencia hepática terminal y requerir un trasplante como única opción de supervivencia, tiene una gran repercusión en el paciente y su familia (38,39,40).

Además, se han podido establecer algunos factores psicosociales de mal pronóstico que pueden intervenir en el cuidado del injerto hepático y la rehabilitación postrasplante (41). Estos factores son:

- Pobre o nula red de apoyo familiar, social y económica.
- Disfunción cognitiva irreversible que impide seguir indicaciones.
- Trastorno psiquiátrico grave de difícil control.
- Trastornos graves de personalidad asociados con impulsividad.
- Conductas autodestructivas y/o impulsivas crónicas de alta letalidad (abuso de sustancias, abandono de la inmunosupresión, etc.).

- Problemas repetitivos de apego a pesar de la intervención específica.

Sintetizando la información obtenida, nos encontramos con una situación clínica en la que el trasplante, en sí mismo, se convierte en un proceso generador de stress y ansiedad mayor que una cirugía convencional. Que estos pacientes presentan distintos tipos de complicaciones de tipo psicológicas, entre las que destacan los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, delirium, fantasías sobre el donante, insatisfacción con la imagen corporal y otros, entre ellos, adaptativos, somatomorfos y de la conducta alimentaria (42,43,44). Que este tema, aunque importante para la calidad de vida del paciente, ha sido poco estudiado. Además, y a pesar de estos indicios, en la práctica estas cuestiones no suelen ser tenidas en cuenta, a pesar de las importantes implicaciones clínicas.

A pesar de todo, cabe destacar, que en las Unidades de Trasplantes de los centros trasplantadores del territorio español, hasta el momento, no existe ningún procedimiento de evaluación consensuado y protocolizado para la detección y diagnóstico de problemas psicológicos y psiquiátricos en los pacientes en espera para trasplante.

Congruentemente y dadas las implicaciones observadas, se debería considerar como una de las labores del equipo que realiza la valoración e inclusión en la lista de espera de trasplante incluir la identificación de dichos factores y tratar de modificarlas, antes de considerarlas insalvables hasta tal punto que si no son modificables, el trasplante podría estar contraindicado.

Ante esta realidad se deberían plantear estudios empíricos que determinen el perfil psico-social del paciente en espera de un trasplante, de modo que se puedan generar distintos protocolos de evaluación en función del tipo de órganos a trasplantar.

En los pacientes hepáticos el resultado del trasplante a largo plazo influye determinantemente la disciplina del paciente para cumplir las órdenes médicas y seguir la medicación.

De manera que, la valoración psicosocial previa del paciente puede ser fundamental para detectar o valorar trastornos psíquicos que dificulten el cumplimiento del tratamiento. La detección de enfermedades psiquiátricas que no estén controladas o la falta de apoyo social, tanto en el periodo de espera como en el postrasplante, podrían ser consideradas causas de contraindicación para la realización del trasplante hepático.

De hecho Strouse, en el año 1996 (45), propone unos criterios de selección psicosocial antes de decidir la inclusión en lista de espera, estableciendo como contraindicación absoluta el abuso activo de sustancias tóxicas, psicosis, ideación suicida activa y el rechazo al trasplante hepático y como contraindicación relativa la presencia de demencia, retraso mental, enfermedades psiquiátricas rebeldes al tratamiento (depresión mayor o esquizofrenia resistente al tratamiento) y la incapacidad para entender y cumplir las exigencias del trasplante hepático.

A pesar de que no existe consenso general en todas las Unidades de Trasplante, debemos destacar la iniciativa de la Unidad de Trasplante Hepático en el Hospital Carlos Haya de Málaga (España), que incluye literalmente dentro de las condiciones para la realización del trasplante “ser capaz de comprender y aceptar lo que representa el trasplante así como la servidumbre que conlleva” (41).

En el caso del paciente hepático, necesariamente antes de realizar la valoración psicológica previa al trasplante, hay que tener en cuenta que los pacientes con enfermedad crónica hepática pueden presentar alteraciones neuropsiquiátricas relacionadas con su enfermedad de base, como son: alteraciones en la orientación, atención, praxia constructiva, velocidad psicomotora y función ejecutiva, y el conjunto de estas alteraciones se denominan encefalopatía hepática (46). Por lo que cualquier valoración psicológica de estos pacientes debe partir de la exclusión de la presencia de encefalopatía orgánica para poder validar los resultados de dicha evaluación.

Según González (47) el trasplante de hígado condiciona situaciones estresantes específicas y que deben considerarse para un manejo adecuado, entre los que destacan los siguientes, dentro del periodo pretrasplante:

A) *Periodo de evaluación.*

Esta primera fase genera una gran angustia al paciente. La intervención de diversos especialistas reafirma la severidad de la enfermedad y el peligro inminente de muerte. Por otro lado, la incertidumbre ante la espera de los resultados pueden agravar el miedo y la ansiedad.

B) *Periodo de espera.*

Esta es una de las fases más difíciles para el paciente. A lo largo de este período el enfermo suele estar expuestos a diversas hospitalizaciones por descompensación de la enfermedad que incluye la idea de la posibilidad de morir antes de alcanzar el trasplante. Además, aparecen otras dificultades consecuentes y añadidas como problemas económicos, deterioro, y la falta de control del entorno.

C) *Culpa del sobreviviente.*

El paciente en espera de trasplante se plantea la necesidad de “necesitar una muerte” para continuar viviendo. Es por ello, que pueden experimentar un sentimiento de culpa por requerir la muerte de otra persona para sobrevivir.

D) *Fracaso del trasplante.*

El trasplante de un órgano vital, le supone al paciente afronta la cirugía como su última oportunidad para vivir, por lo que atiende a realizar preparativos en caso de su fallecimiento. Además, se plantea otra posibilidad tras la cirugía, como es la aparición de un rechazo del injerto, preocupación que genera gran angustia en el enfermo.

E) *Oportunidad de la Cirugía.*

Los pacientes que mantienen una buena situación clínica por periodos prolongados mientras se hallan en lista de espera presentan dudas respecto al mejor momento para la cirugía del trasplante, por lo que se puede generar dos sentimientos contrarios de aplazar al máximo la cirugía como el miedo de quedar fuera del trasplante (24).

De modo que la evaluación psiquiátrica pretrasplante tiene como objetivo principal la identificación de situaciones y/o conductas del paciente y/o familiares generadores de problemas antes, durante y después de la cirugía. Los aspectos a valorar en dicha evaluación pretrasplante deberían ser los siguientes (47):

- Capacidad de comprensión de la enfermedad y del procedimiento.
- Expectativas en el trasplante.
- Capacidad del autocuidado y apego al tratamiento.
- Mecanismos de afrontamiento a la enfermedad (previas y actuales).
- Red de apoyo emocional, familiar, social y económico.
- Dudas y temores.
- Creencia personal, cultural o religiosa del trasplante.
- Calidad de vida actual.
- Historia psiquiátrica personal: personalidad, uso/abuso de sustancias, estado mental actual.

Igualmente se debe realizar un estudio de su entorno familiar para detectar condiciones adversas: desconocimiento e incomprensión de la enfermedad o del trasplante, expectativas sobrevaloradas en el procedimiento, disfunción familiar, ausencia de redes de apoyo, creencias sociales, culturales o

religiosas contrarias al trasplante o la existencia de antecedentes psiquiátricos importantes.

A modo de conclusión, los protocolos de evaluación psicopatológica que siguen los distintos grupos de trasplante hepático no están estandarizados ni protocolizados, además de presentar discrepancias en relación con las áreas psicológicas a explorar (45). Por otra parte, los instrumentos utilizados son también variables, de modo que en ocasiones consisten en una simple entrevista clínica, mientras que en otras se utilizan cuestionarios más específicos (48).

I.5. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTE EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE.

Ante un proceso de enfermedad, la persona reacciona de forma que desarrolla y utiliza determinadas estrategias que afectan y acompañan a la situación de aceptación y adaptación del sujeto.

Pero antes de definir las estrategias de afrontamiento es necesario conocer el término "afrontamiento". Existen múltiples definiciones respecto a este término. Entre las cuales, destacamos las siguientes, propuestas por distintos autores, como son la de Lazarus (1966) que establece que el afrontamiento hace referencia a todas las estrategias para tratar con las amenazas (51); Lipowski (1970) se refiere a dicho término como el conjunto de procesos cognitivos y actividad motoras que un sujeto emplea para preservar su organismo y mejorarse de su enfermedad (52); Weisman y Worder (1977) lo definen como la conducta que busca el alivio, recompensa y equilibrio ante cualquier problema (53); Mechanic (1978) considera que el afrontamiento comprende la capacidad y todas las conductas instrumentales, técnicas y los conocimientos que la persona ha adquirido para la resolución de problemas (54).

Y finalmente, Pearlin y Schooler (1978) argumentan que el afrontamiento es cualquier respuesta ante las tensiones externas que funcionen para evitar o controlar el distres (55).

Recapitulando, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación (56). El concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a tales demandas, siendo además el vínculo entre los conceptos de calidad de vida, afrontamiento y finalmente apoyo social (56).

Tras la realización de una revisión sobre la literatura, respecto a las teorías y modelos sobre estrés y afrontamiento más relevantes, debemos destacar las realizadas por Lazarus y Folkman (57,58), Lipowski (52) y Moos y Schaefer (59). Estos planteamientos desarrollan un marco teórico, además de delimitar y describir las características de distintas habilidades de afrontamiento relacionadas con dichos diseños.

La Teoría sobre stress y modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (57) concibe el stress como resultante de una valoración que el sujeto hace de un desequilibrio entre su recursos/capacidades, y las demandas del acontecimiento o situación, a favor de estas últimas. Relacionado con el proceso de enfermedad, haría referencia a los recursos que el paciente utiliza en dicha valoración, pueden considerarse como los recursos de afrontamiento y su puesta en práctica para intentar restablecer el equilibrio son las respuestas de afrontamiento.

De manera que, según esta teoría, el afrontamiento se define como “la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos” (57).

Según esta teoría destacamos que el afrontamiento:

- No es un rasgo, entendido como algo permanente en el individuo.
- No es un tipo de conducta automática.
- No se identifica con el resultado que de él se derive.
- No se puede identificar con el dominio del entorno.

El afrontamiento consta de una primera etapa de valoración y dicha valoración presenta dos formas fundamentales: el *desafío* donde el paciente considera el problema como un reto y la *amenaza* en la que el paciente considera que el problema supera claramente los recursos del individuo. Ambas formas coexisten y presentan relación negativa dado que cuando una aumenta la otra disminuye. En función de lo cual, Lazarus (58), propone que las consecuencias psicológicas de la relación entre el sujeto y su entorno están moduladas por los siguientes procesos:

A) *La evaluación cognitiva.*

Entendida como un proceso a través del cual el sujeto determina por qué y hasta qué punto una relación determinada entre el individuo y el entorno es estresante. Distingue tres tipos de procesos de valoración: la evaluación primaria, secundaria y la reevaluación.

B) *La evaluación primaria.*

Supone una valoración de las consecuencias positivas o negativas que puede acarrear la situación para el individuo. Esta situación puede ser irrelevante, Benigno-positiva o estresante.

C) *La evaluación secundaria.*

Proceso por el cual la mente elabora una respuesta a la amenaza potencial. Esta evaluación está determinada por la evaluación primaria, puesto que el hecho de que la persona piense que puede controlar o no una situación de estrés depende directamente de las demandas percibidas en ésta.

D) *La reevaluación.*

Son los cambios basados en nuevas informaciones sobre el ambiente o sobre las propias reacciones que se producen en las evaluaciones del sujeto.

De forma que, Folkman y Lazarus, refieren dos tipos de respuestas de afrontamiento, las que están centradas en el *problema* y las que están centradas en la *emoción*. Las primeras intentan solucionar el problema y las segundas son paliativas y están dirigidas al manejo o reducción de las emociones asociadas a la situación estresante (61).

El individuo ante un problema valora en qué le afecta y cuáles son sus posibilidades de acción, emitiendo una respuesta emocional; apareciendo posteriormente los recursos que posee la persona, los cuales van dirigidos a resolver el problema y reducir el malestar que se ha producido. Si no se disponen de los recursos necesarios o no son suficientes se ponen en marcha las estrategias de afrontamiento que van dirigidas al cambio de situación y al cambio en la repercusión que ésta produce en la persona hasta el agotamiento o la finalización del problema.

La respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación, que juzga estresante, depende de sus "recursos de afrontamiento".

Los recursos de afrontamiento son *físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales*. Los recursos *físicos* se refieren al entorno físico del sujeto y a las características biológicas de su organismo. Los recursos *psicológicos* se refieren a los estados afectivos y cognitivos, a los esquemas de acción y a los repertorios comportamentales del individuo. Los recursos *estructurales* se refieren a la estructura de los papeles sociales dentro de un sistema social. Los recursos *sociales* se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y su entorno social. Los *culturales* tienen que ver con las creencias que la persona tiene sobre la enfermedad (56).

También es interesante destacar la aportación teórica realizada por Lipowski (52), ya que fue uno de los primeros autores que propuso un modelo de afrontamiento específico para la enfermedad física. Según este autor el afrontamiento puede ser adaptativo o desadaptativo en la medida en que se adecue a la situación del paciente y en la medida en que logre el máximo posible de recuperación funcional.

Las personas activan estrategias en función de distintas variables, entre las que cabe destacar:

- Factores derivados de la enfermedad que sufre: tipo de enfermedad, localización, reversibilidad, tasa de progresión etc.
- Factores ambientales: tanto de tipo social como físico.
- Factores personales: edad, creencias, valores, habilidades personales, inteligencia, etc. Estos factores ejercen un papel importante en el significado subjetivo de la enfermedad y en el tipo de estrategia de afrontamiento que va a utilizar el sujeto.

Además, las estrategias de afrontamiento se desarrollarán en función del modo en que el sujeto percibe la enfermedad y en función de los tres tipos de factores señalados (52). De modo que los distintos significados que puede tener la enfermedad son:

- *La enfermedad percibida como un reto.*

Esta forma de percepción da lugar a estrategias de afrontamiento activas y adaptativas.

- *La enfermedad percibida como un enemigo.*

Esta percepción suele ir acompañada de sentimientos de ansiedad y miedo o ira que llevan al sujeto a luchar o sucumbir según como evalúe sus posibilidades para hacerle frente. Puede haber negación, rendición o bien hostilidad que, incluso puede tomar un tinte paranoide.

- *La enfermedad percibida como un castigo.*

Castigo que puede percibirse como justo o injusto. Si lo percibe como justo mostrará poca resistencia con aceptación pasiva. Si lo percibe como injusto que no se merece, puede desarrollar sentimientos depresivos.

- *La enfermedad percibida como debilidad.*

Se acompaña de sentimientos de culpabilidad. Las estrategias que aparecerán serán de escape en forma de negación u ocultación haciendo ver que está sano, o bien actuará como un paciente ejemplar empeñado en su recuperación.

- *La enfermedad percibida como una liberación.*

La enfermedad es algo que los libra de sus obligaciones. Utilizan estrategias de fingimiento, conversión, quejas hipocondriacas, con el fin de prolongar el reconocimiento por parte de los demás.

- *La enfermedad percibida como una estrategia.*

Dará lugar a estrategias similares a la anterior, ya que ambas están muy relacionadas.

- *La enfermedad percibida como una pérdida.*

Es posible la aparición de un cuadro depresivo, de hostilidad o bien de resistencia a colaborar en la curación o en la rehabilitación.

- *La enfermedad percibida como un valor.*

Se percibe como algo que ayuda al desarrollo de la personalidad y al crecimiento personal, una forma de percepción poco frecuente según Lipowski (52).

Las estrategias que llevarían a un mejor afrontamiento serían aquéllas en las que el sujeto percibiera la enfermedad como un reto o como un valor y las estrategias que conducirían a un peor resultado son aquellas en las que la enfermedad es percibida como una pérdida irreparable, o como una liberación.

El resto parece encontrarse en un rango intermedio y presenta a su vez variantes más o menos adaptativas (52).

Moos y Schaefer (59) proponen un modelo de evaluación y afrontamiento en situaciones de enfermedad física grave. Para estos autores la situación de enfermedad supone una crisis vital para el sujeto, el cual inicia su afrontamiento con los procesos de evaluación cognitiva con lo que dota de significado a la enfermedad determinando las tareas de adaptación, o dicho de otra manera, las metas u objetivos que deberá lograr mediante la puesta en marcha de las “habilidades de afrontamiento”.

Las tareas de adaptación pueden dividirse en siete categorías, siendo las tres primeras más específicas del contexto de enfermedad y las restantes más aplicables a cualquier crisis vital (Tabla 1).

Tabla 1. Tareas de Adaptación según Moos y Schaefer (1984)

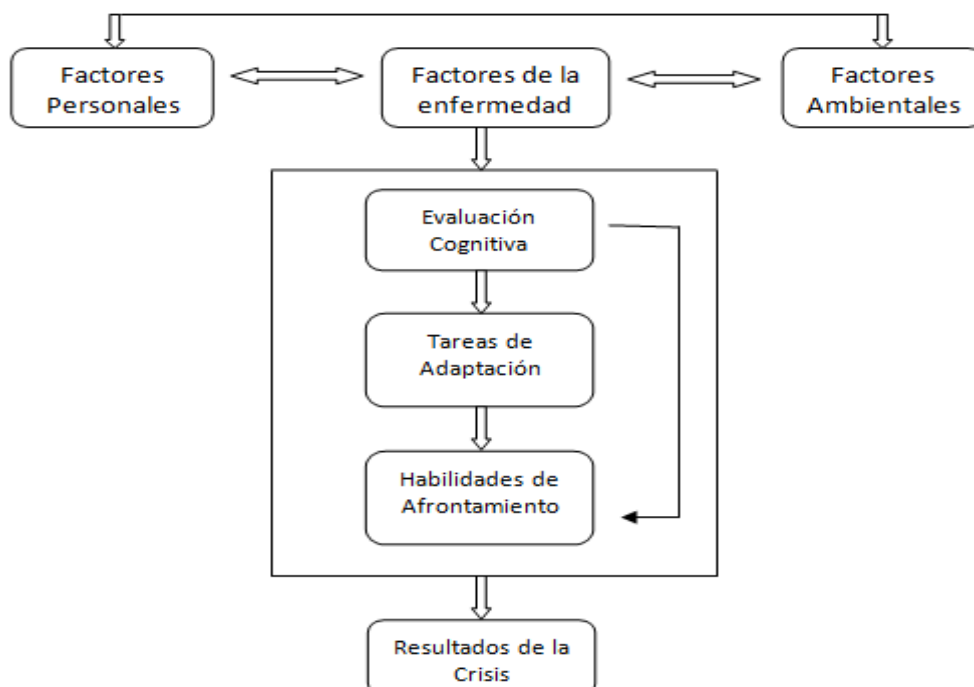
TAREAS DE ADAPTACIÓN
Manejar el dolor, la incapacitación y otros síntomas.
Manejar el ambiente hospitalario y los tratamientos.
Desarrollar y mantener una relación adecuada con el personal sanitario.
Preservar un equilibrio emocional razonable.
Preservar una autoimagen satisfactoria y mantener el sentido de competencia y dominio.
Mantener relaciones con la familia y los amigos.
Prepararse para un futuro incierto.

Estos autores utilizan el término de “habilidades” en lugar de “estrategias” para enfatizar el hecho de que pueden ser aprendidas y utilizadas flexiblemente en función de las demandas situacionales (59). Estas habilidades serán adaptativas o no en función de la situación, de la oportunidad temporal, de su uso y de la duración de su aplicación.

Señalan también que tanto la evaluación cognitiva como la elección de las estrategias de afrontamiento están influenciadas a su vez por tres tipos de factores (Figura 5):

- Factores personales: edad, género, nivel social y económico, madurez cognitiva y emocional, creencias filosóficas y religiosas y experiencias previas del sujeto con la enfermedad.
- Factores relacionados con la enfermedad: tipo, localización de los síntomas, rapidez de inicio y progresión de la enfermedad.
- Factores del ambiente físico y social: ambiente hospitalario, nivel de estimulación, familia y otros agentes sociales.

Fig 5. Modelo de Habilidades de Afrontamiento de Moos y Schaefer (1984).



Según la función de las habilidades, y coincidiendo con la propuesta de Lazarus y Folkman (57), Moos y Schaefer (1984) las dividen en tres categorías: afrontamiento dirigido a la *evaluación*, afrontamiento dirigido al *problema* y afrontamiento dirigido a la *emoción*.

En las habilidades de afrontamiento dirigidas a la *emoción* cabe destacar los siguientes aspectos:

- *Regulación efectiva.*
Hace referencia a los esfuerzos por mantener la esperanza y controlar las emociones surgidas al manejar la situación estresante. Incluye reaccionar con calma, controlar la expresión de las emociones, suprimir los impulsos, mantener la dignidad, etc.
- *Descarga emocional.*
Incluye la expresión abierta de los sentimientos de ira o desesperación, llorando o gritando o la utilización del humor y la risa para reducir la tensión.
- *Aceptación resignada.*
Se trata de aceptar la situación tal como es y someterse al destino, entendiendo que las circunstancias globales no pueden cambiarse.

Además de los modelos más relevantes sobre estrés y afrontamiento, también es preciso tener en cuenta las aportaciones realizadas por distintos autores respecto a los *tipos de estrategias de afrontamiento*. En este caso, es necesario destacar los diferentes tipos de los siguientes autores: Roth y Cohen (1986), Weisman y Worden (1976-1977), Ferrero (1993) y Feifel, Strack y Nagy (1987).

En primer lugar, son Roth y Cohen (1986) los que diferencian dos tipos de estrategias para afrontar, que pueden ser de aproximación y de evitación (60).

- Las *estrategias de aproximación* incluyen todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que aproximan al problema que está generando el estrés o a las emociones negativas concomitantes.
- Las *estrategias de evitación* son aquellas estrategias que permiten escapar o evitar la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes.

Ambas estrategias, aproximación y evitación, no se excluyen entre ellas. Las de aproximación permite detectar y sacar ventajas de los cambios de situación para hacerla más controlable; y las de evitación permite al individuo reducir el stress y evitan la perturbación que provoca la ansiedad y permite un reconocimiento gradual de la amenaza. Las estrategias de evitación suelen ser más validas durante los periodos iniciales de la enfermedad, cuando los recursos emocionales son limitados y a corto plazo mientras que la de aproximación son más eficaces a largo plazo y sobre todo cuando existe un control potencial de la situación (60).

Weisman y Worden (1976-1977) han hallado que hay una serie de estrategias que se relacionan con el alivio emocional (confrontación, reinterpretación positiva y búsqueda de alguna dirección) y otras que son menos efectivas en aliviar el malestar provocado por la enfermedad (supresión o evitación y aceptación estoica) (64).

Ferrero (1993) señala que el afrontamiento podía ser adaptativo o no adaptativo en función de su adecuación a la edad y a la situación del paciente y por la medida en que se logre el máximo posible de recuperación funcional y de compensación psicológica (65).

Y por último, Feifel, Strack y Nagy (1987) han encontrado que las estrategias en las que hay confrontación se asocian con menos sensación de coacción que las que se caracterizan por la evitación o la aceptación-resignación (66). Conclusiones que comparten con otros trabajos, donde se obtienen resultados similares al encontrar relación entre malestar emocional y las estrategias en las que hay evitación y aceptación-resignación (67).

En base a lo descrito hasta el momento, debemos tener en cuenta que los niveles de calidad de vida de los enfermos crónicos dependen en alto grado de que ejecuten conductas de afrontamiento eficaces, es decir, adaptativas.

Las implicaciones de desarrollo de distintas estrategias de afrontamiento en el trascurso de cualquier enfermedad, ha sido un foco de interés a lo largo de las últimas décadas por parte de la comunidad científica. Tal es así que son distintos los autores que estudian y diferencian dichas implicaciones sobre la enfermedad orgánica. Respecto a lo cual, recordamos que Lipowski (1969,1970) es el primero en establecer la distinción entre estrategias más o menos adaptativas ante las enfermedades (52,62), de forma parecida a Weisman (1979) que diferencia entre buen y mal afrontamiento del cáncer (63) o Morey y Greer (1989) que lo diferencian en función de sus consecuencias emocionales.

En definitiva, los distintos autores coinciden, en que las estrategias vinculadas a un afrontamiento más adaptativo serían las que se asociaran a la percepción de la enfermedad como un reto o como un valor. Los tipos de afrontamiento no adaptativos son los que tiene que ver con percibir la enfermedad como una liberación, estrategia y pérdida o daño irreparable.

En cuanto al tipo de enfermedad, el cáncer es la patología sobre la que más autores han estudiado las estrategias de afrontamiento. El proceso de adaptación en los pacientes oncológicos es dinámico ya que va cambiando en función de la fase del diagnóstico y de la enfermedad en la que se halle el paciente, quien tendrá que irse enfrentando a una serie de situaciones estresantes diferentes a lo largo del desarrollo de la enfermedad (65).

En la enfermedad oncológica las atribuciones o las valoraciones que el paciente hace de su situación o el grado de amenaza percibida se ve influenciada por los rasgos de personalidad y experiencias previas con el cáncer, los aspectos culturales, las connotaciones y el significado que se confiere al cáncer (65,68,69,70).

Para Bayés (1991), las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por estos enfermos serían: la *búsqueda de información* sobre la enfermedad y los tratamientos, la *búsqueda de apoyo y confortación* para combatir los sentimientos negativos y aumentar la sensación de control, la *atribución* a causas concretas a lo que sucede, la *acción impulsiva* expresada como ira, desconsuelo u otras expresiones emocionales de sufrimiento, la *evitación de confrontaciones* dirigida a no reflexionar sobre lo que sucede y no implicarse en los problemas que plantea y el *afrontamiento activo* buscando soluciones a los problemas desde una perspectiva emocional (68).

En pacientes con cáncer Van't Spijker, Trijbusrg y Duivenvoorden (1997) en su trabajo sobre secuelas psicológicas del diagnóstico de un cáncer, encuentran que los estilos de afrontamiento relacionados con la confrontación, el optimismo o un espíritu de lucha se asociaban con una mejor adaptación al cáncer, los estilos de afrontamiento relacionados con una aceptación pasiva, sensación de desamparo, preocupación ansiosa, negación, evitación, valorar el cáncer como una amenaza, sentimientos de pérdida de control o el fatalismo se asociaban con mayor malestar psicológico en estos enfermos (71).

En 1989 Moorey y Greer establecen un esquema de supervivencia en pacientes con cáncer, considerado como la capacidad de adaptación, la respuesta emocional y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad (72) (Tabla 2).

A continuación, en la siguiente tabla, queda contemplado y desarrollado el modelo de afrontamiento ante la enfermedad de Moorey y Greer (1989) (Tabla 2).

Tabla 2. Modelo de afrontamiento de Moorey y Greer (1989).

	Espíritu Lucha	Evitación Negación	Fatalismo Aceptación estoica	Desamparo Desesperanza	Preocupación ansiosa
Diagnóstico	Reto	Sin amenaza	Poca amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderado	No se plantea	Sin control	Sin control	Incertidumbre
Pronóstico	Optimista	Optimista	Aceptación desenlace	Pesimista	Incertidumbre
Afrontamiento	Búsqueda información	Minimización	Aceptación pasiva	Rendición	Búsqueda de seguridad
Respuesta Emocional	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresión	Ansiedad

Según dichos autores los pacientes realizan una evaluación cognitiva por la que el sujeto da un significado al diagnóstico de cáncer, evaluando la situación como un reto potencialmente superable, como una amenaza capaz de superarlo y destruirlo, como daño o pérdida ya ocurrido de hecho o como ausencia de amenaza. Dependiendo de este significado inicial, de la valoración que el sujeto haga de sus mecanismos de afrontamiento y del control percibido, la actuación y el resultado emocional ante la enfermedad será diferente.

Derivado de ello se propone un esquema de supervivencia que determinará cinco estilos o tipos de afrontamiento, las cuales pueden ser activas o pasivas (72), siendo las pasivas las que presentan un peor ajuste a la enfermedad (73).

-Estrategias de afrontamiento de tipo pasivas: fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza.

-Estrategias de afrontamiento de tipo activas: espíritu de lucha y evitación/negación.

La estructura del esquema de supervivencia propuesta por Moore y Greer (72) se caracteriza por la identificación de cinco posibles tipos de respuesta de afrontamiento, que son: 1) Espíritu de lucha; 2) Evitación/negación; 3) Fatalismo/aceptación estoica; 4) Preocupación ansiosa, 5) Impotencia/desesperanza.

1) *Espíritu de Lucha.*

Respuestas activas con aceptación del diagnóstico actitud optimista, dispuesto a luchar contra la enfermedad y participando en las decisiones sobre el tratamiento. Vive el diagnóstico como un reto. Presenta un tono emocional positivo y ligera ansiedad.

2) *Evitación/negación.*

El paciente rechaza el diagnóstico o, también minimiza la seriedad del mismo, evitando pensar en la enfermedad. Tono emocional sereno y sensación de pronóstico optimista.

3) *Fatalismo/Aceptación estoica.*

El paciente acepta el diagnóstico con una actitud resignada y fatalista, percibiéndolo como una ligera amenaza. La percepción de control está ausente o depende de otros. Las estrategias dirigidas al problema estarán ausentes. El tono emocional es sereno.

4) *Preocupación ansiosa.*

El paciente se encuentra constantemente preocupado por la enfermedad, el miedo a cualquier tipo de dolor indican la propagación o recurrencia de la enfermedad, buscando frecuentemente la reafirmación. Supone una gran amenaza. Le produce un tono emocional ansioso.

5) *Impotencia/desesperanza.*

El paciente se sumerge en el diagnóstico de cáncer adoptando una actitud totalmente pesimista con sentimientos de desesperanza y el diagnóstico lo percibe como gran amenaza. Las estrategias de

afrontamiento son la rendición, la ausencia de estrategias dirigidas al problema y la expresión emocional. El tono emocional es depresivo.

Desde este planteamiento, las estrategias de afrontamiento no juegan un papel de mediadores entre la evaluación cognitiva y la respuesta emocional, si no que ésta depende directamente de la evaluación que el sujeto haga de la situación. Por ello, la evaluación cognitiva, las respuestas de afrontamiento y la emoción se propondrían como agrupaciones únicas que se entenderían más como síntomas provocados por la evaluación cognitiva que como esfuerzos dirigidos a solucionar problemas o manejar emociones. La evaluación cognitiva hace más probable la aparición de determinadas estrategias (74).

Los sujetos según el modelo de Morey y Greer (1989) se podrían utilizar ante la enfermedad distintas estrategias. Dichas habilidades de afrontamiento podrían llegar a ser, incluso, contradictorias. Lo que supondría que un mismo sujeto se podría encuadrar en varios de los tipos de afrontamiento a la vez o en diferentes en función de la propia enfermedad.

Retomando el trasplante hepático, y teniendo en cuenta que se trata de una cirugía de alto riesgo, el paciente desarrolla distintas respuesta de afrontamiento, tanto a la enfermedad como al propio proceso.

Asimismo, una persona en espera de un trasplante está sometido a factores vitales estresantes como son las exploraciones clínicas, la espera constante y continua a la llegada de su "órgano", la incertidumbre ante la intervención quirúrgica y los tratamientos posteriores, el cambio del estilo de vida, y los pensamientos y cogniciones, a veces erróneas, generándole todo ello dificultades y alteraciones psicológicas. La estrategia de afrontamiento causa una respuesta emocional específica. El enfrentamiento a la enfermedad y el tipo de estrategia de afrontamiento utilizado es crucial para la morbilidad psiquiátrica del paciente. Más allá, es importante evaluar e identificar las diferentes estrategias de afrontamiento ante la evolución de la enfermedad para determinar las alteraciones emocionales en los pacientes (49).

Los pacientes en lista de espera de trasplante hepático muestran alta incidencia de stress y desesperación antes de la cirugía. La ansiedad está causada por muchos factores, como son el miedo a la muerte, la cual está generada por la complejidad de la cirugía y el riesgo del rechazo del órgano, culpa por desear un órgano de un cadáver, y las preocupaciones con respecto a los cambios en su vida social. Los síntomas de depresión mientras se hallan en lista de espera son leves o moderados y están en relación con la pérdida del apoyo social, la incapacidad para participar en actividades cotidianas, restricciones en la dieta, dificultades económicas, y la ansiedad relacionada con la cirugía (50).

1.6 ASPECTOS RELACIONADOS CON EL APOYO SOCIAL Y FAMILIAR DEL PACIENTE.

El apoyo social y familiar afecta al bienestar de la persona en cualquier situación (75). Un apoyo social y/o familiar escaso o inadecuado contribuye al desarrollo de síntomas físicos, psicológicos y psicosomáticos en los pacientes y su salud mental se puede ver afectada (76,77).

Dentro de los recursos de afrontamiento, encontramos a los recursos sociales. Este tipo de recursos se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos y al parecer el apoyo social parece unos de los recursos de afrontamiento más importantes con respecto a la enfermedad en general, y a la enfermedad crónica en particular (56).

Es de destacar las relaciones existentes entre el apoyo social y el afrontamiento, así en ocasiones pueden “amortiguar” el impacto de la enfermedad ya que pueden influir positivamente en la evaluación que realiza el sujeto. Además, condicionan el tipo de estrategias que utilizará, en ocasiones pueden “entorpecer” la adaptación del paciente alterando el proceso de evaluación y dificultan la puesta en marcha de las respuestas de afrontamiento

que desarrolla el sujeto. Por lo que hay que tener en cuenta que el entorno social del paciente pueden ser una causa de estrés y de ansiedad, mientras que en otras ocasiones resulta útil para prevenir el estrés al facilitar que el paciente perciba como menos amenazante la enfermedad crónica y proporciona secundariamente recursos valiosos para el afrontamiento de la situación.

En el proceso del trasplante el apoyo recibido por los amigos y familiares está considerado como un factor importante desde el momento en el que el paciente se halla incluido en lista de espera (78), como se ha demostrado en varios estudios. Ejemplo de ello, son los resultados obtenidos entre pacientes pediátricos en los que se demuestra que un distress parenteral acusado aumenta el riesgo de rechazo tardío y del número de ingresos hospitalarios tras el trasplante (79,80). Además, la falta de apoyo social está normalmente asociado con un incremento de la demanda de los Servicios de Salud aumentando el coste asociado a la salud sin asegurar un claro beneficio sobre el bienestar del paciente (75).

Es de reseñar que la estructura familiar es cambiante dependiendo de la población que se estudie, así en la población de Centroeuropea y en los países Anglosajones, los núcleos familiares son más pequeños y fragmentados que en la sociedad Española, por lo que el problema de apoyo familiar es mayor en esos países. De modo que la estructura familiar está cambiando, así la familia tradicional está perdiéndose, pero ante situaciones de problemas de salud graves, sobre todo cuando se incluye un paciente en lista de espera de trasplante, esa estructura familiar se suele recuperar (75).

La importancia del apoyo familiar en todo el proceso del trasplante se demuestra en el estudio de Pérez San Gregorio et al (2003) en el que los resultados destacan que un incremento significativo de la ansiedad, más rangos ansiosos, depresión, pensamientos depresivos y empeoramiento del autoconcepto físico en aquellos pacientes que presentan una peor relación familiar postrasplante, no pudiendo dar el apoyo físico y psicológico que el paciente precisa (81). Igualmente en otro estudio de la misma autora en 2005 para valorar la adaptación psicológica del paciente al trasplante, concluye que

ésta depende fundamentalmente de su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos y del estado mental de sus familiares. Así mismo, en los cuidadores donde existía síntomas depresivo provocaban un mayor nivel de ansiedad y de incertidumbre en el paciente trasplantado (82) debido a que dichos familiares eran incapaces de dar todo el apoyo que el paciente precisa en esta fase del proceso del trasplante y es una de los factores más asociado al abandono del tratamiento por parte del trasplantado (83).

I.7 CALIDAD DE VIDA TRAS EL TRASPLANTE HEPATICO.

El concepto de calidad de vida relacionado con la salud surge atendiendo a la definición multidimensional de salud de la Organización Mundial de la Salud “bienestar completo, físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad”.

La calidad de vida relacionada con la salud agrupa tanto los elementos que forman parte del individuo como aquellos externos que interaccionan con él y pueden llegar a cambiar su estado de salud (84). Existen múltiples definiciones para el concepto de calidad de vida relacionada con la salud. Patrick y Ericson (1988) definen como la calidad de vida relacionada con la salud el valor asignado a la duración de la vida modificado por la minusvalía, el estado funcional, las percepciones y las oportunidades sociales debido a una enfermedad, un accidente, un tratamiento o la política (85). Magaz y García Pérez (1994) la definen: “desde un punto de vista subjetivo, calidad de vida relacionada con la salud es: la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en el que se encuentra en un momento dado.

Por otra parte, desde un punto de vista objetivo, la calidad de vida relacionada con la salud sería: “la valoración realizada por una persona (distinta del propio paciente) que conoce la situación física, emocional y social del mismo, de acuerdo con unos criterios previamente establecidos” (86).

Una buena calidad de vida se expresa, habitualmente, en términos de satisfacción, contento, felicidad, y capacidad para afrontar los aconteceres vitales a fin de conseguir una buena adaptación o ajuste (56).

Hay múltiples estudios para valorar la calidad de vida tras el trasplante hepático utilizando diversos instrumentos de medida (87,88,89). Dupuis Girod et al (88) utiliza el cuestionario SF 36 simplificado en un grupo de 13 pacientes con telangiectasia hemorrágica hereditaria en los que han precisado un trasplante hepático concluyendo que hay una sustancial mejora en la calidad de vida.

También, encontramos el trabajo realizado por Sirivatanauksorn et al (89) que utilizan el mismo cuestionario de calidad de vida (SF 36) para el estudio de 59 pacientes trasplantados hepáticos en los que se demuestra una mejoría de la calidad de vida no solo en ellos si no también en sus cuidadores.

Estraviz et al (90), en un estudio realizado en España, además del cuestionario SF-36 aplica el HAD (hospital anxiety and depression scale) en pacientes en lista de espera de trasplante hepático concluyendo igualmente en la mejoría de la calidad de vida tras el trasplante.

Respecto a los distintos instrumentos, cabe destacar que uno de los más utilizados en España, ya que está validado y adaptado a la población española es la escala de Perfil de Salud de Nottingham, cuyo objetivo es medir la percepción de salud y para evaluar en qué forma se ven afectadas las actividades cotidianas por los problemas de salud (91).

El objetivo de los profesionales del trasplante hepático es esforzarse en conseguir una sobrevida a largo plazo, libre de morbilidad en asociación a una aceptable calidad de vida. Los años de supervivencia de los pacientes con trasplante hepático ha ido aumentando por lo que paralelamente se han ido realizando un abundante número de estudios demostrando el aumento de la calidad de vida de los receptores hepáticos (92,93,94,95).

Sin embargo, en los pacientes en lista de espera, la calidad de vida que presentan suele estar afectada debido a la disminución de la capacidad funcional, imposibilidad para trabajar o realizar las actividades cotidianas o de autocuidado, o para emplear satisfactoriamente el tiempo libre, o presentan dependencia hospitalaria, mala imagen de sí mismo o disfunción sexual. Así Bordallo (1994) concluye que entre un 37 y 75% de los pacientes en lista de espera presentan un deterioro entre moderado y severo de su calidad de vida (96).

Respecto al incremento de la calidad de vida postrasplante la mayoría de estudios coinciden en que hay una mejoría global tras la intervención (97,98), pero hay que hablar de distintas áreas para matizar esa afirmación. Entre las que destacamos:

1) *Dimensión física.*

En la mayoría de los pacientes presentan una disminución de las restricciones físicas, recuperación de las capacidades y sentimiento de bienestar (99).

2) *Salud mental.*

Los pacientes suelen presentar una sensación de euforia inmediatamente después del trasplante y que suele ser de corta duración, en relación al haber superado la intervención, el buen funcionamiento del órgano y el efecto estimulante de los corticoides (96,100) y a largo plazo (más allá de los 6 meses) se halla una disminución del nivel de ansiedad y depresión (96).

3) *Área familiar.*

En casi el 90% de los pacientes trasplantados se halla con un alto nivel de satisfacción con el apoyo recibido por parte de su pareja, hijos y de los progenitores (100).

4) *Vida sexual.*

Hay que destacar que el paciente con hepatopatía crónica presentan disfunciones sexuales y pérdida de fertilidad que merman su relación de pareja (101) y tras el trasplante pueden recuperarse la función sexual en más del 90% de los pacientes (102). De hecho la fertilidad puede regresar en cualquier momento tras el trasplante, aunque se recomienda que transcurra al menos un año tras la cirugía antes del embarazo, con más de un 70% de éxito materno y fetal según los datos del American National Transplantation Pregnancy Registry (103).

5) *Mundo laboral.*

Dentro de los indicadores de calidad de vida de interés se halla el impacto del trasplante sobre la vida laboral de los pacientes trasplantados (104). Aproximadamente dos tercios de los pacientes que han recibido un trasplante hepático y que se encuentran bien clínicamente no se reincorporan al mercado laboral (105), así se puede afirmar que el área laboral es la que menos resultados positivos obtiene respecto a la mejoría de la calidad de vida.

Karam et al (2003) realiza en Francia un estudio longitudinal en 67 pacientes en lista de espera para un trasplante hepático recogiendo los datos de la gravedad de enfermedad, el estatus psicológico, la función personal, la función social y la percepción general de salud. Entre las conclusiones de este estudio, destaca que sobre una menor percepción de calidad de vida postrasplante influyen distintos factores, como son: la gravedad previa a la intervención, la patología que indicó el trasplante por el riesgo de recidiva sobre el órgano (como el carcinoma hepatocelular, virus de hepatitis C, etc), la adicción al alcohol o tabaco, y la situación socio-profesional. En el mismo estudio, en el análisis de síntomas somáticos que empeoraban la calidad de vida se hallaban los producidos por la medicación inmunosupresora, como son el aumento del apetito, temblor y la cefalea (106).

En resumen, todos los estudios sobre la calidad de vida demuestran que existe una mejoría de ésta tras el trasplante y que esta mejoría persiste a lo largo del tiempo (107). La mayoría de los pacientes perciben una mejoría en la función física, en la salud mental y en el estado funcional que les permite volver a un estilo de vida normal, aunque presentan una menor calidad de vida percibida global cuando se comparan con otros grupos de población debido a la morbilidad derivada de la inmunosupresión y de las posibles complicaciones quirúrgicas (108).

II.JUSTIFICACIÓN

El paciente en lista de espera para un trasplante hepático presenta una alta incidencia de estado mantenido de stress y de depresión.

El perfil psicológico y las estrategias de afrontamiento no han sido estudiados suficientemente en los pacientes en lista de espera para trasplante hepático, en cambio sí ha sido descrito con más frecuencia en pacientes en lista de espera para otros órganos, fundamentalmente riñón y corazón.

Cuando se realiza una búsqueda bibliográfica sobre las estrategias de afrontamiento y lista de espera para un trasplante hepático solo se hallan referenciados 6 artículos. De los cuales destacamos los trabajos de los siguientes autores: Wick et al (2015) comparan el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento en los pacientes en lista de espera para trasplante renal y para trasplante hepático concluyendo que presentan un alto nivel de apego inseguro y de ansiedad y plantea la necesidad de intervencionismo psicológico sobre los mismos (109). Dominguez-Cabello et al (2012) analizan el nivel de ansiedad en los familiares de los pacientes y en lista de espera y las estrategias de afrontamiento de los enfermos concluyendo que los pacientes cuyos familiares presentaban un nivel de ansiedad alto utilizaban como estrategias de afrontamiento más frecuente la lucha activa, el autocontrol y el control emocional y la búsqueda de apoyo social (110). Jurado et al (2011) analizan las estrategias de afrontamiento en relación con la calidad de vida en los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático y hallan que los pacientes que presentaban resignación como estrategia de afrontamiento dominante presentan una menor calidad de vida en relación a una peor percepción de su funcionalidad física (111).

Los pacientes en espera de un trasplante de hígado precisan apoyo, tanto social como psicológico, ya que se suman al hecho de la enfermedad crónica que les provoca deterioro de su calidad de vida, la incertidumbre que les provoca el hallarse en lista de espera sin conocer la fecha de la intervención y desconocer el resultado de la misma.

Es importante conocer el perfil psicológico del paciente, el estilo de afrontamiento y el apoyo social que presenta, ya que se ha demostrado en distintos estudios que va a tener una gran importancia en el éxito del trasplante, en la recuperación física, el cuidado del órgano y la adherencia en el tratamiento.

Actualmente no se les da toda la importancia que debiera en la práctica real a la estructura y apoyo social con que cuenta el paciente a la hora de incluirlo en la lista de espera de trasplante, y ésta es fundamental en el éxito del proceso.

Debemos conocer si el paciente afronta la enfermedad de manera adecuada y si esta se asocia a un apoyo social determinado ya que condicionaría la aparición de sintomatología psíquica, física y psicosomática.

El conocer estas variables podría condicionar en el futuro la formación de personal en el apoyo psicológico, tanto para el paciente como para las familias, y que justifica la incorporación de un profesional sanitario en las Unidades de Trasplante que se ocupara de los aspectos psicológicos desde la inclusión del enfermo en la lista de espera para el trasplante y en las fases posteriores a la intervención quirúrgica.

III. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático presentan una alta incidencia de sintomatología psicopatológica.

IV. OBJETIVOS

Objetivos

1. Analizar la incidencia de sintomatología psicopatológica del paciente en lista de espera para un trasplante hepático.
2. Determinar las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad del paciente en lista de espera para un trasplante hepático.
3. Analizar la funcionalidad del apoyo familiar y social en el paciente en lista de espera para un trasplante hepático.
4. Analizar la relación entre el apoyo social y las estrategias de afrontamiento en los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático.
5. Definir el perfil psicológico de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático.

V. MATERIAL Y MÉTODOS

V.1 POBLACIÓN A ESTUDIO.

La población a estudio la constituyen los pacientes en lista de espera para un trasplante de hígado en un Hospital Trasplantador del sudeste español, con programa de trasplante hepático, de vivo y de cadáver.

V.1.1 Criterios de inclusión.

- a) Estar incluido en lista de espera para trasplante de hígado (independientemente de la enfermedad hepática de base) en el hospital de referencia.
- b) Ser mayor de 18 años.
- c) La aceptación explícita por parte del paciente de formar parte del estudio a través de un consentimiento informado.

V.1.2 Criterios de exclusión.

- a) Obtener una puntuación menor de 24 en el cuestionario de evaluación cognitiva Mini Mental State Examination (MMSE), descartando de esta manera pacientes con alteraciones cognitivas características de la encefalopatía hepática de más de grado I sobre IV.
- b) Menor de 18 años.

V.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACION.

Los instrumentos de evaluación aplicados a los pacientes para el estudio de las características psicológicas son:

V.2.1 Perfil psicológico.

V.2.1.1 Historia socio-personal e historia clínica.

En cualquier aspecto de la atención médica a un paciente es fundamental una buena anamnesis entre los que se deben incluir aspectos de tipo socio-personal, además, en estos pacientes en concreto se ha de ahondar en varios aspectos. Se ha de conocer su edad, sexo, estado civil, la presencia de descendencia, nivel de estudios, situación laboral previa y posterior a la aparición de la enfermedad, dirección, cuales son las personas de la familia que le prestan apoyo, historia familiar y problemas previos con el abuso de sustancias tóxicas.

Respecto a la historia clínica, se incluye información referente a: antecedentes médicos, fecha de inclusión en lista de espera, etiología de enfermedad hepática, evolución de la enfermedad, otros datos de interés.

V.2.1.2 Mini Mental State Examination (MMSE).

La presencia de encefalopatía hepática secundaria a insuficiencia hepática invalidaría cualquier test de valoración del perfil psicológico y el análisis de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad.

Teniendo en cuenta dicho síntoma hepático, a los pacientes se les realiza el test Mini-Mental State Examination con la intención de detectar la presencia de dicha encefalopatía hepática que invalidaría el resultado del resto de test, tal como se indica en los criterios de exclusión.

El test Mini-Mental State Examination ha sido utilizado para la detección de síntomas relacionados con la encefalopatía hepática. Es un instrumento corto y práctico que puede ser utilizado en la práctica clínica de rutina para evaluar la función cognitiva global. Inicialmente fue ideado para diagnosticar deterioro cognitivo y posibles síntomas demenciales (112) y el umbral que se suele utilizar en la puntuación es 24 (113). Sin embargo, el presentar valores mayores de 24 no implica la ausencia de alteración cognitiva, ya que en casos de predemencia o de discapacidad cognitiva leve pueden presentar valores mayores de 24 junto con déficits de memoria específicos. Así en el trabajo de Corrias et al (2014), realizado en 191 pacientes cirróticos concluyen que el punto de corte es de 26 debido a que los pacientes cirróticos presentan una media de edad menor que los pacientes con demencia, enfermedad para la que fue ideado el Mini-Mental State Examination (114).

Se trata de un cuestionario, que al ser tan sencillo, se ha utilizado en múltiples enfermedades para el screening de alteraciones en el proceso cognitivo como son el ictus, diabetes, síndromes metabólicos y cáncer (115,116).

El test Mini-Mental State Examination incluye 11 ítems, divididos en dos secciones. La primera sección requiere respuestas verbales a preguntas que evalúan la orientación, la memoria y la atención (orientación en espacio/tiempo, repetición, cálculo, recuerdo); la segunda sección evalúa la habilidad para nombrar objetos (denominación), la respuesta a órdenes verbales y escritas (comprensión verbal y escrita compleja), escribir una frase espontáneamente, copiar un dibujo y la praxia (escritura, copiar un dibujo geométrico complejo). Cada ítem se evalúa de 0 a 5, y la puntuación total es de 0 a 30 y se considera anormal una puntuación inferior a 24 (112).

Las puntuaciones de referencia son, 27 ó más: cognición normal; 24 ó menos: sospecha de patología; de 12 a 24: deterioro cognitivo; de 9 a 12 posible demencia. Este fue un instrumento de selección del criterio de exclusión del estudio (Tabla 3).

Este instrumento fue diseñado y validado originalmente creado por Folstein et al (1975). Además, está validado y adaptado a población española por Lobo et al (1979) (117).

Tabla 3. Valores de referencia de Mini Mental State Examination.

>27	Cognición normal
24 ó menos	Sospecha de patología
12 a 24	Deterioro cognitivo
9 a 12	Posible demencia

V. 2.1.3 Inventario Breve de Síntomas Psicopatológicos (SA-45).

El instrumento utilizado para la detección de sintomatología psicopatológica ha sido el cuestionario SA-45, que es un instrumento de autoinforme de 45 ítems, derivado del SCL-90 (118). Incluye 9 escalas que cubren la evaluación de 9 dominios psicopatológicos básicos (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo) (119).

El SCL-90 presenta muchos problemas que dificultan su utilización en la clínica habitual, reduciendo su aplicabilidad en investigación, prevención y terapia. Los problemas vienen dados por el elevado número de ítems, el solapamiento de ítems y la alta correlación entre las nueve escalas, la baja validez discriminante, la inestabilidad de su estructura y falta de validez factorial, el desequilibrio de las escalas en el número de ítems y las limitaciones de coste-efectividad de los instrumentos disponibles. Por este motivo, Davison et al. (1997) desarrollaron el SA-45 que 1) reduce significativamente la extensión del cuestionario (reducción a la mitad de los ítems); 2) iguala las escalas a un mismo número de ítems y maximizan la posibilidad de que posean similar fiabilidad y validez; 3) evita el solapamiento entre las distintas escalas; 4) minimiza la correlaciones entre las escalas; y 5) favorece la utilidad y uso del cuestionario. El cuestionario SA-45 consta de 45 ítems con opciones de respuesta tipo Likert (0 nada, 1 poco, 2 moderado, 3 bastante, 4 mucho).

El cuestionario SA-45 fue utilizado por Sandín et al. (2008) en 420 estudiantes de distintas universidades públicas de Madrid y concluyen que es un cuestionario más breve, consistente y equilibrado que el SCL-90, y por ende permite una utilización rutinaria y efectiva en la práctica clínica y en la investigación psicopatológica (119).

La versión española adaptada y validada por González Rivera y De las Cuevas en 1998 (120).

Material y métodos

Anexo I
SA-45

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre en alguna ocasión. **Indique cuánto ha experimentado cada uno de ellos durante los últimos 7 días (incluido el día de hoy) rodeando con un círculo el número que corresponda.**

Para ello tenga en cuenta la siguiente valoración:

	0 <i>Nada en absoluto</i>	1 <i>Un poco presente</i>	2 <i>Moderada- mente</i>	3 <i>Bastante</i>	4 <i>Mucho o ex- tremadamente</i>
1. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
2. Creer que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
3. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
4. Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
5. La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
6. Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
7. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
8. Miedo a salir de casa solo/a	0	1	2	3	4
9. Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
10. Sentirse triste	0	1	2	3	4
11. No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
12. Sentirse nervioso o con mucha ansiedad	0	1	2	3	4
13. Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
14. La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
15. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
16. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	0	1	2	3	4
17. Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
18. Dolores musculares	0	1	2	3	4
19. Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
20. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
21. Tener dificultades para tomar decisiones	0	1	2	3	4
22. Sentir miedo a viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
23. Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
24. Tener que evitar ciertos lugares o situaciones porque le dan miedo	0	1	2	3	4
25. Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
26. Entumecimiento y hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
27. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
28. Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
29. Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
30. Sentirse preocupado/a, tenso/a o agitado/a	0	1	2	3	4
31. Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
32. Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
33. Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
34. Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
35. Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
36. Sentirse muy cohibido/a entre otras personas	0	1	2	3	4
37. Sentir miedo o ansiedad entre mucha gente (en el cine, supermercado, etc.)	0	1	2	3	4
38. Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
39. Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
40. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
41. Sentirse inquieto/a o intranquilo/a	0	1	2	3	4
42. La sensación de ser un/a inútil o no valer nada	0	1	2	3	4
43. Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
44. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
45. La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4

V.2.1.4 Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).

Se trata de un instrumento de evaluación clínica diagnóstica de trastornos psiquiátricos. El cuestionario MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) es una breve entrevista diagnóstica estructurada diseñada, inicialmente por Lecubrier, Sheehan et al. (121) para el diagnóstico de desórdenes psiquiátricos incluidos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) y para explorar los síntomas de esquizofrenia y descartar la presencia de trastornos psicóticos.

Fue diseñado para una duración de unos 15 minutos. Es un test corto, económico, sencillo de aplicar, con una sensibilidad y especificidad alta y que es capaz de detectar variantes subsindrómicas.

El test está diseñado por módulos de desórdenes mentales, así si en un determinado tipo de enfermedad mental la respuesta es negativa se pasa inmediatamente al siguiente módulo de enfermedad psiquiátrica y si es positiva ésta lleva a un árbol de preguntas para ahondar en dicho trastorno.

Casi todos los módulos están focalizados a síntomas actuales excepto los trastornos bipolares en los que una historia de manía o hipomanía puede ser relevante ante una historia actual de síntomas depresivos.

La validación de dicho test fue realizada por dos estudios paralelos en la Universidad de South Florida en Tampa y por el National Institute for Mental Health en Paris (121,122), incluyendo un total de 636 sujetos en ambos centros. La adaptación y validación española ha sido realizada por Ferrando et al. (123).

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

4

A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	→ NO	SÍ	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de ± 5% de su peso corporal o ± 8 libras o ± 3,5 kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? <small>CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA</small>	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:

A4	a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	→ NO	SÍ	10
	b ¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

2

Nombre del paciente: _____	Número de protocolo: _____
Fecha de nacimiento: _____	Hora en que inició la entrevista: _____
Nombre del entrevistador: _____	Hora en que terminó la entrevista: _____
Fecha de la entrevista: _____	Duración total: _____

<i>Módulos</i>	<i>Período explorado</i>	<i>Cumple los criterios</i>	<i>DSM-IV</i>	<i>CIE-10</i>
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
		<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL (<i>Trastorno de ansiedad social</i>)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82	
		<input type="checkbox"/>	293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

5

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = **SÍ**), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	→ NO	SÍ	
A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

6

B. Trastorno distímico

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	→ NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	→ SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	→ NO	SÍ	
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	→ NO	SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

7

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos:
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

D. Episodio (hipo)maníaco

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?</p>			→ NO	SÍ	
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?</p>			→ NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

D4	¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas? EL EPISODIO EXPLORADO ERA: ¿CODIFICÓ NO EN D4? ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO. ¿CODIFICÓ SÍ EN D4? ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	NO SÍ 12 ↓ ↓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIPOMANÍACO MANÍACO								
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SÍ	<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ									
<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>EPISODIO MANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SÍ	<i>EPISODIO MANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ									
<i>EPISODIO MANÍACO</i>										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

10

E. Trastorno de angustia

(⇒ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	→ NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
					Trastorno de angustia de por vida
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
					Crisis actual con síntomas limitados
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
					Trastorno de angustia actual

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

SI F1 = NO, RODEE CON UN CÍRCULO NO en F2.

F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SÍ	20
----	--	----	----	----

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE POR VIDA)?

NO	SÍ
----	----

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

12

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	➡ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	➡ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	➡ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ➔ H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ➔ H4	SÍ	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ obsesiones	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ compulsiones	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	➔ NO	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	➔ NO	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SÍ	6
TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL				

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	→ NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	→ NO	SÍ	2
I3	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
I4	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?			

NO SÍ 14
**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

15

J. Abuso y dependencia de alcohol

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	→ NO	SÍ	1
J2	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?		→ SÍ	
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		
J3	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?		SÍ	
		ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

K1	a	¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	➡ NO	SÍ
----	---	--	---------	----

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).

Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?

ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

K2 **Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**

a	¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1
---	--	----	----	---

b	¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ	2
---	---	----	----	---

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

c	¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
---	---	----	----	---

d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4
---	---	----	----	---

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)**

17

	e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
	f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
	g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____	NO	SÍ →	
			DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL		
		Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:			
K3	a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
	b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
	c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
	d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
		¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____	NO	SÍ	
			ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)					

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE SÍ SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPRESIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI: UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

EXTRAÑAS

L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L6	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:	NO	SÍ		11
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ ⇒ L8b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

**1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)**

19

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si Sí: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	→								
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO	SÍ	19						
<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </table>						NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)											

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

M. Anorexia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

M1 a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pulgadas
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm
b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kg
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO	SÍ	1
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SÍ	2
M4 a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SÍ	3
b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SÍ	4
c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SÍ	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	NO	SÍ	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO	SÍ	6

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

TABLA UMBRAL DE ESTATURA/PESO MÍNIMO (estatura sin zapatos; peso sin ropa)

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15 % por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por el DSM-IV. Esta tabla refleja los pesos con un 15 % por debajo del límite inferior de la escala de distribución normal de la *Metropolitan Life Insurance Table of Weights*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

N. Bulimia nerviosa

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	→ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	→ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	→ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	→ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	→ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____)libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN N5 O CODIFICÓ **NO** EN N7 O SALTÓ A N8?

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

¿CODIFICÓ **SÍ** EN N7?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	→ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	→ NO	SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	→ NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
		En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ	1
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ	2
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ	5
f	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ	6
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1?	→ NO	SÍ	

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SÓLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS.

P2 Después de cumplir los 15 años:

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SÍ	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SÍ	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SÍ	9
d	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SÍ	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SÍ	11
f	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SÍ	12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

V.2.1.5 Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS).

Una de las escalas utilizadas para valorar el apoyo social es la escala MOS que se trata de un cuestionario breve y multidimensional, permitiendo investigar tanto los aspectos cuantitativos (red social) como los cualitativos (dimensiones del apoyo social) (124). Este cuestionario está propuesto y validado por Sherbourne (125).

Este cuestionario de apoyo social. Evalúa el tamaño de la red social y cuatro dimensiones de apoyo: a) Apoyo emocional; b) Ayuda material o instrumental; c) Relaciones sociales de ocio y distracción; d) Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño. La escala MOS consta de 20 ítems; salvo el primero, los restantes se miden con una escala de Likert, puntuando de 1 a 5.

Además, el cuestionario establece tres niveles de apoyo según el Índice Global de Apoyo en mínima, media y máxima. Para la interpretación de los resultados de este trabajo utilizamos la denominación de *Apoyo funcional* cuando la puntuación es igual o mayor a la puntuación media y *No funcional* cuando es menor a la puntuación media en cada una de las dimensiones. Adaptación española de Costa et al. (126).

Existen numerosos estudios que demuestran el impacto que ejerce el apoyo social sobre los procesos relacionados con la salud y la enfermedad (127). Varios estudios además relacionan el apoyo social con la mortalidad, de forma que cuando este es insuficiente determina un mayor riesgo de muerte (128).

CUESTIONARIO MOS

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que le ocurre).

Nº de amigos íntimos o familiares...

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con un círculo uno de los números de cada fila).

PREGUNTA	NUNCA	POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace.	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas.	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.	1	2	3	4	5

V.2.1.6 Cuestionario Apgar Familiar.

Se trata de un instrumento que evalúa la percepción de la función familiar de la persona entrevistada. Está compuesta por 5 ítems y clasifica entre función familiar normofuncional, disfuncional leve o disfuncional grave.

Es un instrumento rápido y sencillo para explorar la función familiar, que fue desarrollada por Smilkstein en 1978 y se fue introduciendo en la práctica clínica y en diversos estudios para abordar problemas familiares (129).

La puntuación mínima es 0 y la máxima es de 10 puntos, a mayor puntuación el paciente presenta mayor satisfacción familiar. Entre 7 y 10 puntos se considera que presenta buena funcionalidad familiar, entre 3 y 6 puntos presenta una disfuncionalidad leve y se debería evaluar y por debajo de 3 puntos el paciente presenta un problema grave de funcionalidad familiar por lo que se debería realizar intervención inmediata.

Este cuestionario mide varios componentes del funcionamiento familiar como son la Afectividad, Adaptabilidad, Gradiente de crecimiento a desarrollo, Participación o cooperación y la Capacidad resolutive.

La *Afectividad* es la relación de cariño que existe entre los miembros de la familia y la capacidad de demostrárselo.

La *Adaptabilidad* es la capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas familiares en situaciones de estrés familiar o en periodo de crisis.

El *Gradiente de crecimiento a desarrollo* es la maduración física y emocional y la autorrealización que alcanzan los componentes de una familia, gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo a través del ciclo vital familiar.

La *Participación* o cooperación es la implicación de los miembros de la familia en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

La *Capacidad* resolutive es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros familiares

La adaptación española fue realizada por Bellón (1996) et al., estos autores también realizaron la validación del mismo en nuestro medio (130). La validación se realizó en una población española de 656 pacientes pertenecientes a una zona de Salud de Granada, separando a los pacientes hiperutilizadores de los normoutilizadores de las consultas del centro de atención primaria. Definieron los hipetulizadores como aquellos que realizó un número de visitas al Centro de Salud superior a la media más una desviación estándar para su estrato de edad y sexo. En esta evaluación concluyeron que las mujeres, la mayor edad, el no estar casado, el nivel cultural bajo presentan menor funcionalidad familiar. Además los pacientes con menor funcionalidad familiar utilizan más los recursos de los servicios de salud y además altera la percepción subjetiva de la propia salud y es mayor el número de trastornos crónicos.

Nº	Preguntas	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre
1	¿Esta satisfecho(a) con la ayuda que recibe de su familiar cuando tiene un problema?	0	1	2
2	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4	¿Está satisfecho (a) con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5	¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
	PUNTUACIÓN TOTAL			

V.2.2 Instrumentos para determinar las Estrategias de Afrontamiento de la Enfermedad.

Se utiliza como instrumento el cuestionario de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad “Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC)” versión adaptada a población española por Ferrero et al (1994) (131), ante la ausencia de un cuestionario específico para pacientes de este tipo. Es una prueba de auto-informe, aunque en este caso y por las características clínicas de los pacientes es aplicado por un profesional de Psicología (132).

Este instrumento, cuya base es el modelo de Moorey y Greer (1989) sobre los tipos de ajuste a la enfermedad, está compuesto por 40 ítems, con cuatro opciones de respuestas, las dos primeras equivalentes a falso y dos siguientes a verdadero. Identifica cinco escalas de afrontamiento: espíritu de lucha, indefensión, preocupación ansiosa, fatalismo y negación.

A) Espíritu de lucha: consta de 16 ítems. La puntuación mínima es de 16 y la máxima de 64, punto de corte en 47. El buen espíritu de lucha presenta respuestas de afrontamiento confrontativas. Un inadecuado espíritu de lucha (puntuación menor de 47) refleja una actitud del paciente con dificultades en la aceptación del diagnóstico y la enfermedad. El reflejo emocional será negativo, con tendencia ansioso-depresiva.

B) Indefensión (desamparo): consta de 6 ítems. La puntuación mínima es de 6 y la máxima de 24, el punto de corte es de 12. La indefensión (puntuación mayor de 12) provoca en los pacientes alteraciones emocionales de tipo depresivo, generalmente. Ausencia total de estrategias activas de lucha.

C) Preocupación ansiosa: consta de 9 ítems. La puntuación mínima es de 9 y la máxima de 36, el punto de corte es 27. La preocupación ansiosa (puntuación mayor de 27), como afrontamiento negativo, se asocia a alteraciones de tipo emocional, principalmente de tipo ansioso. Conductualmente la respuesta se centra en la búsqueda compulsiva de la calma.

D) Fatalismo: consta de 8 ítems. La puntuación mínima es de 8 y la máxima de 32, punto de corte es de 24. Como afrontamiento inadecuado ante la enfermedad (puntuación mayor de 24) el fatalismo se apoya en estrategias pasivas junto con una emotividad serena, traduciéndose en déficits motivacionales y expectativas negativas que impulsan patrones conductuales que puede ser desadaptativos.

E) Negación (evitación): consta de 1 ítem más una pregunta abierta “¿cómo se llama su enfermedad?”. La puntuación mínima es de 2 y la máxima de 8, el punto de corte es de 6. Los pacientes cuya estrategia de afrontamiento es la negación no siente amenaza ante la enfermedad, puesto que niega o minimiza el diagnóstico real. A tal estrategia, inadecuada le acompaña un estado emocional sereno a corto plazo, aunque sus consecuencias a medio y largo plazo son nocivas en el manejo de la enfermedad.

	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud	1	2	3	4
Creo que no puedo hacer nada para animarme	1	2	3	4
Mis problemas de salud me impiden hacer planes para el futuro	1	2	3	4
Creo que mi actitud positiva será beneficiosa para mi salud	1	2	3	4
No le doy vueltas a la cabeza sobre la enfermedad	1	2	3	4
Creo firmemente que mejoraré	1	2	3	4
Creo que nada de lo que pueda hacer cambiará las cosas	1	2	3	4
Dejo todo en manos de mis médicos	1	2	3	4
Siento que en la vida no me queda esperanza	1	2	3	4
He estado haciendo cosas que creo que mejorarán mi salud (por ejemplo, ejercicio físico)	1	2	3	4
Desde que conozco mi diagnóstico valoro mucho más la vida y trato de sacar mayor partido de ella	1	2	3	4
Será lo que Dios quiera	1	2	3	4
Tengo planes para el futuro (para las vacaciones, en casa, en el trabajo)	1	2	3	4

Perfil psicopatológico y estrategias de afrontamiento en lista de espera

Me preocupa que vuelva la enfermedad o que vaya a peor la que tengo	1	2	3	4
He tenido una buena vida; lo que me quede es un suplemento	1	2	3	4
Pienso que mi estado mental puede jugar un importante papel en mi salud	1	2	3	4
Creo que no hay nada que yo pueda hacer por ayudarme	1	2	3	4
Intento continuar con la misma vida que he llevado siempre	1	2	3	4
Me gustaría entrar en contacto con personas que se encuentren en la misma situación que yo	1	2	3	4
Estoy decidido a ponerlo todo por detrás de mí mismo	1	2	3	4
Me cuesta creer que esto me haya pasado a mí	1	2	3	4
Siento mucha ansiedad a causa de la enfermedad	1	2	3	4
No tengo muchas esperanzas sobre el futuro	1	2	3	4
De momento, procuro vivir día a día	1	2	3	4
Me siento como si me hubiera rendido	1	2	3	4
Trato de tomármelo con sentido del humor	1	2	3	4
Hay gente que se preocupa por mí más que yo mismo	1	2	3	4
Pienso en otras personas que están peor que yo	1	2	3	4
Intento conseguir toda la información que puedo sobre la enfermedad	1	2	3	4
Creo que no puedo controlar lo que sucede	1	2	3	4
Trato de tener una actitud muy positiva	1	2	3	4
Estoy tan ocupado que no tengo tiempo para pensar en la enfermedad	1	2	3	4
Evito informarme más sobre la enfermedad	1	2	3	4
Veo mi enfermedad como un reto	1	2	3	4
Respecto a mi enfermedad, lo que tenga que ser será	1	2	3	4
Me siento completamente desorientado sobre lo que he de hacer	1	2	3	4
Estoy muy afectado por lo que me ha pasado	1	2	3	4
En realidad, yo no creo que tenga una enfermedad maligna	1	2	3	4
Tengo en cuenta los beneficios que me ha traído la enfermedad	1	2	3	4
Intento luchar contra la enfermedad	1	2	3	4

V.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

El estudio se realiza de manera prospectiva. Los pacientes conforme se incluyen en la lista de espera para trasplante hepático se reclutan para el estudio. Se les cita por teléfono para la asistencia a la consulta, que se hace coincidir con sus revisiones en la consulta de pre-trasplante.

En la consulta se le pide el consentimiento para su inclusión en el estudio, tras el cual se cumplimenta la historia socio-personal, historia clínica y el MMSE. Si la puntuación de este test es mayor de 24 se aplica el resto de pruebas psicológicas en el siguiente orden: 1) Inventario breve de síntomas psicopatológicos (SA-45), 2) Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), 3) Cuestionario de apoyo socio-familiar (MOS), 4) Cuestionario Apgar Familiar, 5) Cuestionario Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC).

V.4 VARIABLES ANALIZADAS

El estudio incluye el siguiente análisis de variables y datos:

V.4.1 Perfil psicológico.

- Historia socio-personal y clínica.
- Inventario breve de síntomas psicopatológicos.
- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.
- Cuestionario de apoyo socio-familiar.
- Cuestionario Apgar Familiar.

V.4.2 Variables de las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad.

- Espíritu de lucha.
- Indefensión.
- Preocupación ansiosa.
- Fatalismo.
- Negación.

V.4.3 Análisis de las estrategias de afrontamiento y psicopatología.

Para ello, se analizan las estrategias de afrontamiento (detallado en el apartado V.4.2) y como sintomatología psicopatológica, las siguientes escalas:

- Somatizaciones.
- Obsesiones-compulsiones.
- Sensibilidad interpersonal.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Hostilidad.
- Ansiedad fóbica.
- Ideación paranoide.
- Psicoticismo.

V.4.4 Valoración del apoyo socio-familiar y las estrategias de afrontamiento.

Se analizan las variables relacionadas con el apoyo social y familiar junto con las distintas estrategias de afrontamiento.

V.5 ESTADISTICA.

Se realizaron las entrevistas en la consulta utilizando los test descritos, recogiendo los datos manualmente, se almacenaron y se analizaron mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) 21.0 (Armonk, New York: IBM corporation).

Se realizó estadística descriptiva de cada una de las variables analizadas, utilizándose para las variables continuas la media \pm desviación estándar y para las variables cualitativas las frecuencias y porcentajes.

Para el análisis bivalente se aplicaron los test de t de Student y el test de X^2 de Pearson cumplimentado con un análisis de residuos. Se utiliza el test exacto de Fisher cuando las tablas de contingencia tienen celdas con una frecuencia esperada < 5 .

Para la determinación y evaluación de riesgos múltiples se hizo un análisis de regresión logística (análisis multivariante) utilizando las variables que en el análisis bivalente dieron asociación estadísticamente significativa.

En todos los casos, los valores de p inferiores a 0.05 fueron considerados estadísticamente significativos.

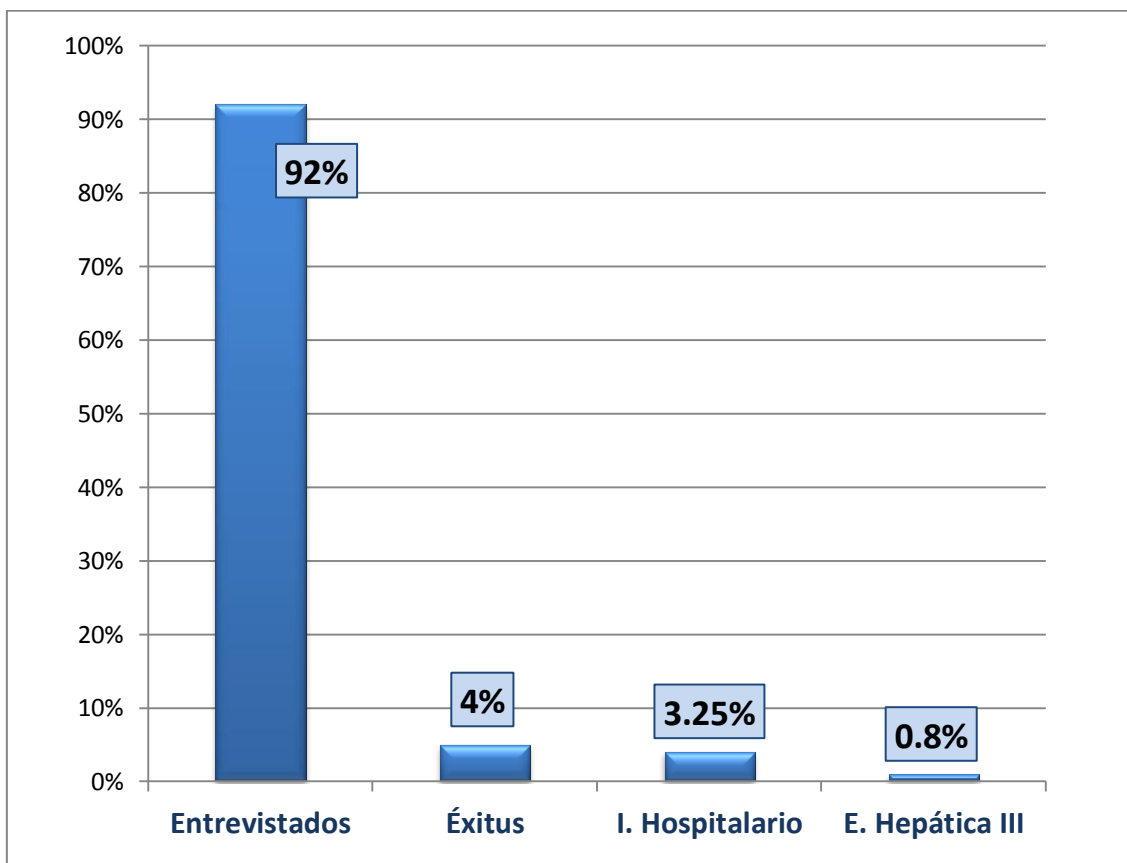
VI. RESULTADOS

VI.1 Pacientes incluidos en el estudio.

El estudio se ha realizado en 24 meses. En este periodo se han incluido en lista de espera para trasplante hepático 122 pacientes. El grado de cumplimentación fue del 92%. Se entrevistaron a 112 pacientes y 10 los no entrevistados fueron por varios motivos (Figura 6):

- Éxitus en 5 pacientes (4%).
- Ingresos hospitalarios continuados en 4 pacientes (3,25%).
- Presencia de encefalopatía hepática grado III en 1 paciente (0,8%).

Fig 6. Pacientes del estudio.



VI.2 Perfil psicológico.

1.1 Historia Socio-Personal y clínica.

Los resultados de la historia socio-personal, observamos que el 78% son varones, y la edad media es de 55 +/- 9,1 años (Tabla 4). En cuanto al estado civil, el 72% están casados, el 80% tienen hijos, el 25% no tiene estudios y el 51% solo el graduado escolar, el 100% de los pacientes evaluados no realiza actividad laboral, y el 61% de los enfermos presenta problemas relacionados con el abuso de sustancias tóxicas (Tabla 4).

Tabla 4. Descripción de las características socio-personales de los pacientes en lista de espera para un trasplante.

VARIABLES SOCIO-PERSONALES		
EDAD	MEDIA=55 AÑOS	55+/- 9,1 años
	Edad mínima	20 años
	Edad máxima	71 años
SEXO	Varones	78%
	Mujeres	22%
ESTADO CIVIL	Casados	72%
	Solteros	14%
	Separados	9%
	Viudos	5%
DESCENDENCIA	Si	80%
	No	20%
NIVEL DE ESTUDIOS	No tiene estudios	25%
	Graduado escolar	51%
	Bachiller superior	12%
	Estudios universitarios	12%
SITUACION LABORAL	Realiza actividad laboral	0%
	No realiza actividad laboral	100%
ABUSO SUSTANCIAS TÓXICAS	Si	61%
	No	39%

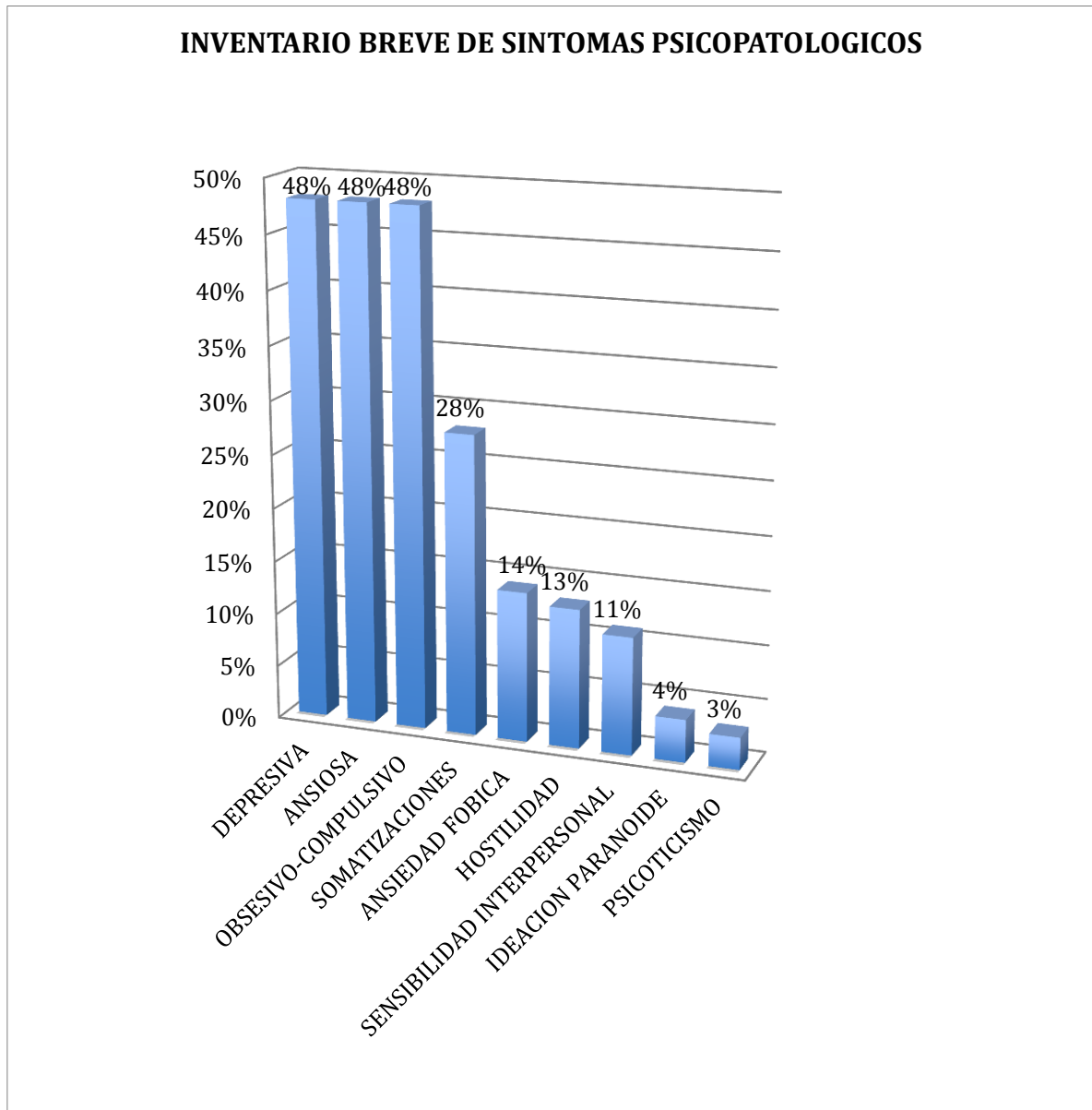
1.2 Inventario Breve de Síntomas Psico-Patológicos

El 68% de los enfermos evaluados presenta algún tipo de sintomatología psicopatológica de tipo emocional. Como se ve en la Tabla 5, en función de las escalas evaluadas el 48% de los enfermos presenta sintomatología emocional relevante de tipo depresiva, el 48% ansiosa y el 48% obsesiva-compulsiva (Figura 7).

Tabla 5. Sintomatología psicopatológica en pacientes en lista de espera para un trasplante hepático.

INVENTARIO BREVE DE SINTOMAS PSICOPATOLOGICOS	
DEPRESIVA	48%
ANSIOSA	48%
OBSESIVO-COMPULSIVO	48%
SOMATIZACIONES	28%
ANSIEDAD FOBICA	14%
HOSTILIDAD	13%
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	11%
IDEACION PARANOIDE	4%
PSICOTICISMO	3%

Fig 7. Sintomatología psicopatológica en pacientes en lista de espera para un trasplante de hígado.



1.3 Entrevista Neuro-Psiquiátrica Internacional.

El 10% de los enfermos presentan algún tipo de trastorno psiquiátrico previo a la enfermedad hepática. De los cuales, el 7% padecen trastornos de estado de ánimo, de tipo depresivo mayor (5%), distimia (1%) y bipolar (1%). El 3% restante presenta un trastorno de ansiedad de tipo ansiedad generalizada.

1.4 Cuestionario de Apoyo Socio-Familiar.

De los pacientes evaluados, el tamaño medio de la red social es de 13+/- 8.68 (Tabla 6). Según el Índice Global de Apoyo el 21% de los pacientes evaluados presentan un apoyo social y/o familiar no funcional (puntuación <56). Los resultados en las cuatro dimensiones fueron:

a) *Apoyo emocional*: el 24% de los pacientes evaluados presentan un apoyo no funcional en esta dimensión (puntuación <23).

b) *Ayuda material o instrumental*: el 6% presentan un apoyo no funcional en esta dimensión (puntuación <11).

c) *Relaciones sociales de ocio y distracción*: el 23% son no funcionales en esta área (puntuación <11).

d) *Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño*: son el 13% de los pacientes los que tienen un apoyo no funcional (puntuación <8) (tabla 6).

Tabla 6. Apoyo socio-familiar en pacientes en lista de espera para un trasplante de hígado.

APOYO SOCIO-FAMILIAR		
RED SOCIAL	Media	13+/-8,68
	Apoyo mínimo	1 persona
	Apoyo Máximo	30 personas
APOYO EMOCIONAL	No funcional	24%
	Funcional	76%
AYUDA MATERIAL O INSTRUMENTAL	No funcional	6%
	Funcional	94%
RELACIONES SOCIALES DE OCIO Y DISTRACCION	No funcional	23%
	Funcional	77%
APOYO AFECTIVO (AMOR Y CARIÑO)	No funcional	13%
	Funcional	87%
INDICE GLOBAL DE APOYO	No funcional	21%
	Funcional	79%

1.5 Cuestionario Percepción Socio-Familiar.

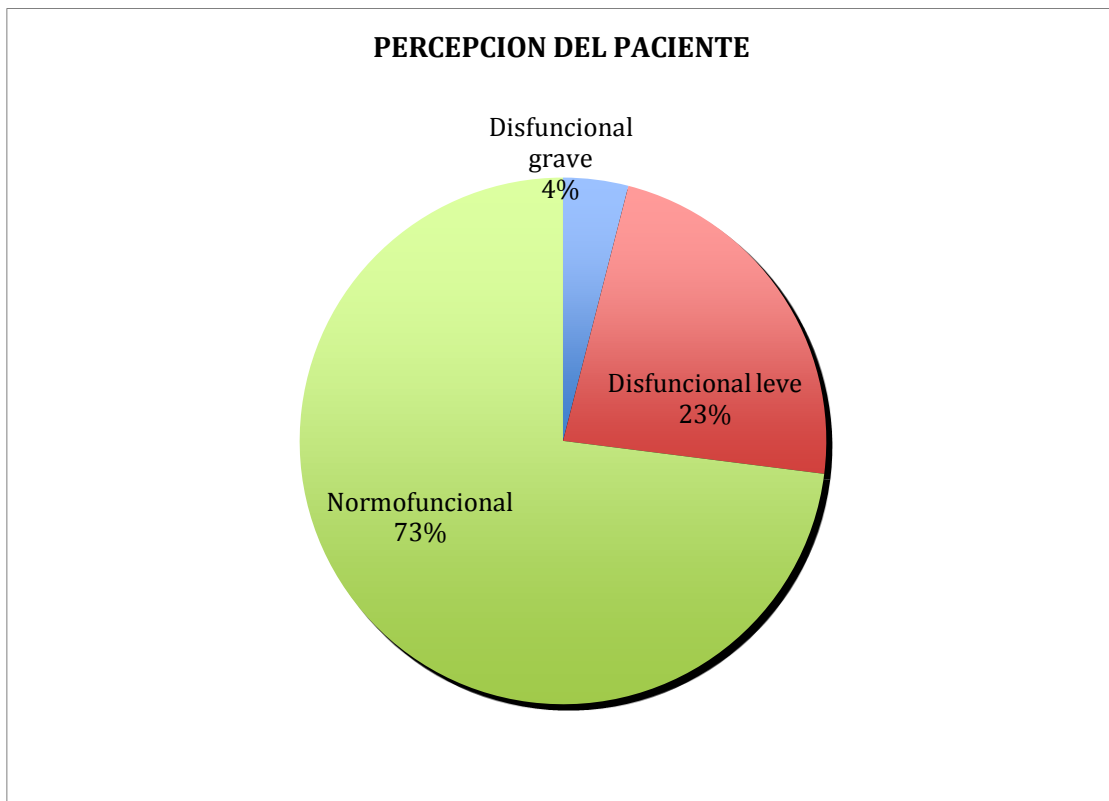
El 27% de los pacientes evaluados presentan una percepción sobre la función familiar disfuncional; de los cuales son disfuncional leve el 23% y grave el 4% de los casos. El 73% restante presentan una función familiar normofuncional (Tabla 7) (Fig 8).

Resultados

Tabla 7. Percepción del funcionamiento familiar de pacientes en lista de espera para un trasplante de hígado.

PERCEPCION DE LA FUNCION FAMILIAR		
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	Casi nunca	5%
	A veces	17%
	Casi siempre	78%
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?	Casi nunca	15%
	A veces	21%
	Casi siempre	64%
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	Casi nunca	20%
	A veces	20%
	Casi siempre	60%
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	Casi nunca	7%
	A veces	14%
	Casi siempre	79%
¿Siente que su familia le quiere?	Casi nunca	4%
	A veces	15%
	Casi siempre	81%
PERCEPCION DEL PACIENTE	<u>Disfuncional grave</u>	4%
	<u>Disfuncional leve</u>	23%
	<u>Normofuncional</u>	73%

Fig 8. Percepción del funcionamiento familiar de pacientes en lista de espera para un trasplante de hígado.



VI.3 Estrategias de afrontamiento ante la enfermedad

De los pacientes incluidos en lista de espera para un trasplante hepático, solo el 8% presenta una buena adaptación a la enfermedad. El 92% restante tiene una mala adaptación; de ellos, un 79% presenta un menor espíritu de lucha, el 51% utiliza la preocupación ansiosa como afrontamiento a la enfermedad, el 34% se apoya en el fatalismo, el 29% en la negación, y el 27% en la indefensión.

➤ Espiritu de lucha.

El 79% de los evaluados utilizan un inadecuado espíritu de lucha ante la enfermedad. De ellos, el 89% además utiliza algún otro tipo de estrategia desadaptada: el 53% preocupación ansiosa, el 39% fatalismo, el 31% indefensión y el 27% negación.

➤ **Indefensión.**

El 27% utiliza este tipo de estrategia de afrontamiento. El 100% de quienes muestran indefensión, manifiestan simultáneamente otros patrones desadaptativos, el 93% con menor espíritu de lucha, el 57% con preocupación ansiosa, el 53% con fatalismo y el 17% con negación.

➤ **Preocupación ansiosa.**

De los pacientes evaluados el 51% presentan este patrón. Además se aúnan otras estrategias de afrontamiento como mal espíritu de lucha (84%); indefensión (30%), fatalismo (28%) y negación (25%).

➤ **Fatalismo.**

El 34% de los evaluados presentan estas pautas desadaptativas, de ellos, además presentan el 90% inadecuado espíritu de lucha, el 42% indefensión y preocupación ansiosa el 29% negación.

➤ **Negación.**

El 29% utiliza la negación. De ellos, el 10% presentan únicamente esta estrategia y el 90% restante asocian la negación a otras estrategias inadecuadas de adaptación, como son mal espíritu de lucha 77%, preocupación ansiosa 45%, fatalismo en un 36% e indefensión el 16%.

VI.4 Estrategias de afrontamiento y psicopatología asociada.

➤ **Espíritu de lucha.**

Respecto a la relación entre las distintas estrategias de afrontamiento y la sintomatología psicopatológica, los pacientes con un inadecuado espíritu de lucha presentan en mayor medida síntomas emocionales de tipo depresivos (89% versus 69%; $p=0.010$) (Tabla 8).

En el análisis multivariante de los resultados, se observa que se mantiene la asociación significativa entre el estilo de afrontamiento de tipo “Espíritu de lucha” y la presencia de sintomatología psicopatológica de tipo depresiva, con una Odds Ratio de 3.600 ($p=0.013$) (Tabla 13).

Tabla 8. Factores que influyen entre la estrategia de afrontamiento *Espíritu de lucha* y la presencia de sintomatología psicopatológica en pacientes en lista de espera para una trasplante de hígado.

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: <i>ESPÍRITU DE LUCHA</i>			
DIMENSIONES PSICOPATOLOGICAS	Adecuado 21% (n=24)	Inadecuado 79% (n=8)	p
<i>Somatizaciones:</i>			
Si (n=31)	26% (n=8)	74% (n=23)	0.485
No (n=81)	20% (n=16)	80% (n=65)	
<i>Obsesiones-compulsiones:</i>			
Si (n=54)	22% (n=12)	78% (n=42)	0.843
No (n=58)	21% (n=12)	79% (n=46)	
<i>Sensibilidad Interpersonal:</i>			
Si (n=12)	8% (n=1)	92% (n=11)	0.242
No (n=100)	23% (n=23)	77% (n=77)	
<i>Depresión:</i>			
Si (n=54)	11% (n=6)	89% (n=48)	0.010
No (n=58)	31% (n=18)	69% (n=40)	
<i>Ansiedad:</i>			
Si (n=54)	15% (n=8)	85% (n=46)	0.100
No (n=58)	28% (n=16)	72% (n=42)	
<i>Hostilidad:</i>			
Si (n=14)	14% (n=2)	86% (n=12)	0.486
No (n=98)	22% (n=22)	78% (n=76)	
<i>Ansiedad Fóbica:</i>			
Si (n=16)	31% (n=5)	69% (n=11)	0.301
No (n=96)	20% (n=19)	80% (n=77)	
<i>Ideación Paranoide:</i>			
Si (n=4)	---	100% (n=4)	0.287
No (n=108)	22% (n=24)	78% (n=84)	
<i>Psicoticismo:</i>			
Si (n=3)	---	100% (n=3)	0.359
No (n=109)	22% (n=109)	78% (n=85)	

➤ **Indefensión o desesperanza.**

Al estilo de afrontamiento de tipo indefensión o desesperanza se asocian cuatro tipo de dimensiones psicopatológicas, que son las somatizaciones (45% versus 18%; $p=0.004$), la sensibilidad interpersonal (83% versus 19%; $p<0.001$), la depresión (54% versus 0%) y la ansiedad (43% versus 10%; $p<0.001$) (Tabla 9). En el análisis multivariante los resultados mantienen la asociación entre la sensibilidad interpersonal ($OR= 6.606$; $p=0.031$) y depresión ($OR=47.619$; $p<0.001$) (Tabla 13).

➤ **Preocupación ansiosa.**

Destaca la asociación con síntomas obsesivo-compulsivos (70% versus 31%; $p<0.001$) y ansiedad (63% versus 38%; $p=0.008$) (Tabla 10). Manteniéndose la asociación estadística, tras el análisis multivariante, con síntomas de tipo obsesivo-compulsivo ($OR=4.878$; $p<0.001$) (Tabla 13).

➤ **Fatalismo.**

En este tipo de afrontamiento no se observa asociación estadísticamente relevante con las dimensiones psicopatológicas evaluadas (Tabla 11).

➤ **Negación.**

En este tipo de afrontamiento no se observa asociación estadísticamente relevante con las dimensiones psicopatológicas evaluadas (Tabla 12).

Tabla 9. Factores que influyen entre la estrategia de afrontamiento *Indefensión/desesperanza* y la presencia de sintomatología psicopatológica en pacientes en lista de espera para una trasplante de hígado.

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: <i>INDEFENSIÓN-DESESPERANZA</i>			
DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS	Si 27% (n=30)	No 73% (n=82)	p
<i>Somatizaciones:</i>			
Si (n=31)	45% (n=14)	55% (n=17)	0.004
No (n=81)	18% (n=16)	82% (n=65)	
<i>Obsesiones-compulsiones:</i>			
Si (n=54)	35% (n=19)	65% (n=35)	0.053
No (n=58)	19% (n=11)	81% (n=47)	
<i>Sensibilidad Interpersonal:</i>			
Si (n=12)	83% (n=12)	17% (n=2)	<0.001
No (n=100)	19% (n=20)	81% (n=80)	
<i>Depresión:</i>			
Si (n=54)	54% (n=29)	46% (n=25)	<0.001
No (n=58)	---	100% (n=58)	
<i>Ansiedad:</i>			
Si (n=54)	43% (n=23)	57% (n=31)	<0.001
No (n=58)	10% (n=7)	90% (n=51)	
<i>Hostilidad:</i>			
Si (n=14)	43% (n=6)	57% (n=8)	0.147
No (n=98)	25% (n=24)	75% (n=74)	
<i>Ansiedad Fóbica:</i>			
Si (n=16)	44% (n=7)	56% (n=9)	0.098
No (n=96)	24% (n=23)	76% (n=73)	
<i>Ideación Paranoide:</i>			
Si (n=4)	50% (n=2)	50% (n=2)	0.286
No (n=108)	26% (n=28)	74% (n=80)	
<i>Psicoticismo:</i>			
Si (n=3)	67% (n=2)	33% (n=1)	0.114
No (n=109)	26% (n=28)	74% (n=81)	

Resultados

Tabla 10. Factores que influyen entre la estrategia de afrontamiento *preocupación ansiosa* y la presencia de sintomatología psicopatológica en pacientes en lista de espera para una trasplante de hígado.

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: PREOCUPACIÓN ANSIOSA			
DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS	Si 51% (n=57)	No 49% (n=55)	p
<i>Somatizaciones:</i>			
Si (n=31)	55% (n=17)	45% (n=14)	0.605
No (n=81)	49% (n=40)	51% (n=41)	
<i>Obsesiones-compulsiones:</i>			
Si (n=54)	70% (n=38)	30% (n=16)	<0.001
No (n=58)	31% (n=19)	69% (n=39)	
<i>Sensibilidad Interpersonal:</i>			
Si (n=12)	83% (n=12)	17% (n=2)	0.077
No (n=100)	20% (n=20)	80% (n=80)	
<i>Depresión:</i>			
Si (n=54)	61% (n=33)	39% (n=21)	0.037
No (n=58)	39% (n=24)	61% (n=34)	
<i>Ansiedad:</i>			
Si (n=54)	63% (n=34)	37% (n=20)	0.008
No (n=58)	38% (n=23)	62% (n=35)	
<i>Hostilidad:</i>			
Si (n=14)	71% (n=10)	29% (n=4)	0.100
No (n=98)	48% (n=47)	52% (n=51)	
<i>Ansiedad Fóbica:</i>			
Si (n=16)	69% (n=11)	31% (n=5)	0.123
No (n=96)	48% (n=46)	52% (n=50)	
<i>Ideación Paranoide:</i>			
Si (n=4)	75% (n=3)	25% (n=1)	0.326
No (n=108)	50% (n=54)	50% (n=54)	
<i>Psicoticismo:</i>			
Si (n=3)	67% (n=2)	33% (n=1)	0.580
No (n=109)	51% (n=55)	49% (n=54)	

Tabla 11. Factores que influyen entre la estrategia de afrontamiento *Fatalismo* y la presencia de sintomatología psicopatológica en pacientes en lista de espera para una trasplante de hígado.

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:			
FATALISMO			
DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS	Si 34%(n=38)	No 66%(n=74)	p
<i>Somatizaciones:</i>			
Si (n=31)	42% (n=13)	58% (n=18)	0.268
No (n=81)	31% (n=25)	69% (n=56)	
<i>Obsesiones-compulsiones:</i>			
Si (n=54)	33% (n=18)	67% (n=36)	0.898
No (n=58)	35% (n=20)	65% (n=38)	
<i>Sensibilidad Interpersonal:</i>			
Si (n=12)	33% (n=4)	67% (n=8)	0.963
No (n=100)	34% (n=34)	66% (n=66)	
<i>Depresión:</i>			
Si (n=54)	41% (n=22)	59% (n=32)	0.142
No (n=58)	28% (n=16)	72% (n=42)	
<i>Ansiedad:</i>			
Si (n=54)	39% (n=21)	61% (n=33)	0.285
No (n=58)	29% (n=17)	71% (n=41)	
<i>Hostilidad:</i>			
Si (n=14)	29% (n=4)	71% (n=10)	0.651
No (n=98)	35% (n=34)	65% (n=64)	
<i>Ansiedad Fóbica:</i>			
Si (n=16)	31% (n=5)	69% (n=11)	0.807
No (n=96)	34% (n=33)	66% (n=63)	
<i>Ideación Paranoide:</i>			
Si (n=4)	50% (n=2)	50% (n=2)	0.489
No (n=108)	33% (n=36)	67% (n=72)	
<i>Psicoticismo:</i>			
Si (n=3)	33% (n=1)	67% (n=2)	0.982
No (n=109)	34% (n=37)	66% (n=72)	

Resultados

Tabla 12. Factores que influyen entre la estrategia de afrontamiento *Negación* y la presencia de sintomatología psicopatológica en pacientes en lista de espera para una trasplante de hígado.

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:			
NEGACIÓN			
DIMENSIONES PSICOPATOLÓGICAS	Si 29%(n=32)	No 71%(n=80)	p
<i>Somatizaciones:</i>			
Si (n=31)	23% (n=7)	77% (n=24)	0.385
No (n=81)	31% (n=25)	69% (n=56)	
<i>Obsesiones-compulsiones:</i>			
Si (n=54)	31% (n=17)	69% (n=37)	0.511
No (n=58)	26% (n=15)	74% (n=43)	
<i>Sensibilidad Interpersonal:</i>			
Si (n=12)	17% (n=2)	83% (n=10)	0.334
No (n=100)	30% (n=30)	70% (n=70)	
<i>Depresión:</i>			
Si (n=54)	20% (n=11)	80% (n=43)	0.064
No (n=58)	36% (n=21)	64% (n=37)	
<i>Ansiedad:</i>			
Si (n=54)	22% (n=12)	78% (n=42)	0.151
No (n=58)	35% (n=20)	65% (n=38)	
<i>Hostilidad:</i>			
Si (n=14)	43% (n=6)	57% (n=8)	0.206
No (n=98)	27% (n=26)	73% (n=72)	
<i>Ansiedad Fóbica:</i>			
Si (n=16)	38% (n=6)	62% (n=10)	0.393
No (n=96)	27% (n=26)	73% (n=70)	
<i>Ideación Paranoide:</i>			
Si (n=4)	25% (n=1)	75% (n=3)	0.872
No (n=108)	29% (n=31)	71% (n=77)	
<i>Psicoticismo:</i>			
Si (n=3)	33% (n=1)	7% (n=2)	0.853
No (n=109)	28% (n=31)	72% (n=78)	

En la siguiente tabla se muestran los resultados obtenidos en el análisis multivariante realizado entre las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y la presencia de sintomatología psicopatológica (Tabla 13).

Tabla 13. Factores que influyen entre las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y la presencia de sintomatología psicopatológica en pacientes en lista de espera para un trasplante de hígado. Análisis Multivariante.

Variabes	Coficiente de regresión	Error Standard	Odds Ratio (Intervalos de confianza)	p
ESPIRITU DE LUCHA Y SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA				
Depresión:				
No (n=58)			1	
Si (n=54)	1.281	0.519	3.600 (1.305-9.931)	0.013
INDEFENSIÓN/DESESPERANZA Y SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA				
Sensibilidad Interpersonal:				
No (n=100)			1	
Si (n=12)	1.800	0.834	6.060 (31.25-1.179)	0.031
Depresión:				
No (n=58)			1	
Si (n=54)	3.852	1.055	47.619 (333.333-5.952)	<0.001
PREOCUPACION ANSIOSA Y SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA				
Obsesiones-compulsiones:				
No (n=58)			1	
Si (n=54)	1.584	0.409	4.878 (10.869-2.188)	<0.001

VI.5 Importancia del Apoyo socio-familiar en el desarrollo de las Estrategias de Afrontamiento.

En cuanto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y la relación socio-familiar, destacan tres aspectos (Tabla 14, 15).

Respecto al *espíritu de lucha*: los pacientes con menor espíritu de lucha presentan en mayor medida apoyo social y familiar no funcional, siendo significativas las diferencias en el apoyo emocional (93% versus 74%; $p=0.042$) y afectivo referido a expresiones de amor y cariño (100% versus 75%; $p=0.030$).

Respecto a la *indefensión y desesperanza*: los pacientes que utilizan la indefensión como afrontamiento ante la enfermedad presentan en mayor medida no funcionalidad en las distintas áreas de apoyo social y familiar, en apoyo emocional (59% versus 16%; $p<0.001$); en ayuda material e instrumental (86% versus 23%; $p>0.001$); en relaciones sociales de ocio y distracción (58% versus 17%; $p<0.001$); en apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño (73% versus 20%; $p<0.001$). El Índice Global mantiene dicha diferencia, siendo el 58% no funcionales frente al 18% ($p<0.001$). Los resultados obtenidos tras el análisis multivariante nos muestra que se mantiene la asociación entre pacientes con un “Indefensión/desesperanza” y apoyo emocional no funcional con una Odds Ratio de 3.623 ($p=0.049$).

Respecto a la *preocupación ansiosa, fatalismo y negación*: aquellos evaluados que presentan preocupación ansiosa o fatalismo o negación como medida de afrontamiento ante la enfermedad no presentan diferencias relevantes en cuanto a funcionalidad en ninguna dimensión de apoyo socio familiar ($p>0.05$).

Respecto a la *percepción del paciente de la función familiar*: destaca que aquellos que presentan un inadecuado espíritu de lucha perciben el apoyo familiar como disfuncional el 93% frente al 73% que lo perciben como funcional ($p=0.021$). Ante la indefensión, la percepción disfuncional familiar es

Perfil psicopatológico y estrategias de afrontamiento en lista de espera

del 57% (16% normofuncional; $p < 0.001$). En los demás tipos de estrategias de afrontamiento evaluados, no se observan resultados estadísticamente significativos.

Tabla 14. Apoyo socio-familiar (MOS) en el desarrollo de las Estrategias de Afrontamiento en pacientes en lista de espera para un trasplante de hígado.

	Inadecuado espíritu de lucha			Indefensión			Preocupación Ansiosa	Fatalismo	Negación
	No Funcional	Funcional	p	No Funcional	Funcional	p	p	p	p
Apoyo emocional	93%	74%	0.042	59%	16%	<0.001	***	**	**
Ayuda material	-	-	***	86%	23%	<0.001	***	**	**
Relaciones sociales	-	-	***	58%	17%	<0.001	***	**	**
Apoyo afectivo	100%	75%	0.030	73%	20%	<0.001	***	**	**
Índice Global Apoyo	-	-	***	58%	18%	<0.001	***	**	***

***N.S.: No significativo ($p > 0.05$)

** No funcional.

* Funcional

Tabla 15. Percepción del Apoyo social y familiar (Apgar Familiar) en el desarrollo de las Estrategias de Afrontamiento en pacientes en lista de espera para un trasplante de hígado.

	Inadecuado Espíritu de Lucha		Indefensión		Preocupación Ansiosa	Fatalismo	Negación
	%	p	%	p	p	p	p
Disfuncional	93%	0.021	57%	<0.001	***	***	***
Funcional	73%		16%				

***N.S.: No significativo ($p > 0.05$)

VII. DISCUSIÓN

En la actualidad, cada vez son más los servicios sanitarios que incorporan a sus protocolos habituales de actuación la presencia del profesional de psicología. Algunas áreas, ya llevan años trabajando con estas pautas interdisciplinarias, como oncología, cuidados paliativos, dolor, lesiones medulares. Es más, dado que la comorbilidad psiquiátrica es un factor que empeora el pronóstico de cualquier patología, cada vez son más las unidades sanitarias que proponen estas incorporaciones.

A través de la investigación, junto a un proceso empírico, es posible detectar, determinar y analizar las características de los pacientes adscritos a dichas Unidades, y con ello, las necesidades de los mismos. Algunos de los servicios incipientes en este proceso son, por ejemplo, cardiología, dermatología (especialmente en pacientes con psoriasis), urgencias y reumatología (133). Sin embargo, y a pesar de las cada vez más notables evidencias científicas, en la actividad clínica la presencia de alteraciones psicológicas en estos enfermos está infravalorada.

En el área del trasplante, existe una creciente toma de conciencia por parte de los equipos médicos, relacionados con el proceso de la donación y el trasplante, de la necesidad de la evaluación psico-social de pacientes en espera para un trasplante (134,135,136). De esta manera, pueden ser identificados aquellos factores que intervienen negativamente en la fase post-trasplante. Es fundamental una buena evaluación psicosocial e identificar los factores de riesgo del paciente candidato para disminuir el riesgo de la pérdida del órgano trasplantado (137).

Es de destacar que no existe en la bibliografía una amplia referencia a los aspectos psicológicos y sociales del paciente en lista de espera de trasplante, y los encontrados, fundamentalmente están referidos al trasplante cardiaco, pulmonar y renal, siendo un número menor de estudios los referidos al trasplante hepático.

A pesar de la escasa bibliografía referente a pacientes hepáticos, debemos tener en cuenta que algunos estudios describen que en los pacientes candidatos a trasplante de hígado entre el 15 y el 50% de los enfermos desarrollan algún tipo de trastorno psicopatológico (24,25,26). Siendo las alteraciones de tipo ansioso y/o depresivo las más frecuentes. En la actualidad, la prevalencia de la ansiedad y la depresión, en nuestro país está entre el 8% y el 10% de la población general (OMS, 2014). Y no queda aquí, ya que estos pacientes presentan otras complicaciones psicológicas, entre las que se encuentran las relacionadas con fantasías sobre el donante, insatisfacción con la imagen corporal, adaptativos, somatomorfos y de la conducta alimentaria (42,43,44). También es necesario destacar, entre los últimos estudios realizados sobre los pacientes candidatos a trasplantes, el realizado por Kemmer et al (2011), en el que destacan como segunda causa de exclusión, para no incluir en la lista de espera, las causas de tipo psicosociales (138).

Concretamente, en el paciente con patología hepática crónica terminal, el trasplante de hígado es la única opción terapéutica, tanto para incrementar su supervivencia como para mejorar su calidad de vida (22). La circunstancia afecta a diversos aspectos personales del paciente, de tipo biológico y físico, además de psicológico y social, al igual que ocurre en otras patologías de gran impacto como es el cáncer.

Ante todos estos cambios, las estrategias de afrontamiento entendidas como *“los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como desbordantes por los recursos de un individuo”* (57) son fundamentales.

Las estrategias de afrontamiento han sido ampliamente descritas en la enfermedad oncológica, donde se ha demostrado que los rasgos de personalidad están muy en relación con las valoraciones que realiza el paciente sobre la enfermedad (65,68,69,70).

En el estudio que nos ocupa, el paciente en el momento de ser incluido en lista de espera para un trasplante es transcendental, y ahí es donde las estrategias de afrontamiento a la enfermedad serán determinantes, ya que éstas son el reflejo de su esquema cognitivo ante el diagnóstico, el control de la enfermedad y sus expectativas respecto al curso y pronóstico (96). Y no solo eso, además, el estilo de afrontamiento ante la enfermedad determina la morbilidad psicológica del paciente con reacciones psicopatológicas que pueden desencadenar en alteraciones del comportamiento. (57,139,140,141).

Actualmente el tiempo que un paciente permanece en lista de espera para un trasplante hepático es prolongado y esto provoca en los pacientes un nivel alto de incertidumbre y aumenta secundariamente los niveles de ansiedad y depresión (142). Además de la aparición de ansiedad y depresión se objetiva en nuestros pacientes la aparición de alta incidencia de sintomatología obsesiva compulsiva como la demostrada en otras series, como la de Palmieri et al (2015) en la que se describe, como en nuestra serie, la misma incidencia de ansiedad, depresión y de sintomatología obsesiva-compulsiva (143).

Algunos autores estudian la influencia de las distintas estrategias de afrontamiento ante la enfermedad (141,144). Entre ellos, hay trabajos que describen como las estrategias de afrontamiento activas son más beneficiosas en el abordaje de la enfermedad que las pasivas (145,146), de manera que los estilos caracterizados por indefensión y fatalismo correlacionan significativamente con la presencia de depresión en los pacientes, mientras que el mayor espíritu de lucha se correlaciona con pacientes no deprimidos (146). Este patrón asociativo se encuentra en los pacientes pendientes de trasplante (corazón, pulmón, intestinos, hígado...) (141,144).

La identificación de las estrategias de afrontamiento, cuando los pacientes son incluidos en la lista de espera, es importante, dado que reflejan el esquema cognitivo de cómo los pacientes se enfrentan a su enfermedad, tanto como su capacidad de control de la misma y sus expectativas tras el trasplante independientemente de su evolución y pronóstico.

Basándose en el tipo de estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman (57), Greer et al. idearon un esquema de evaluación de desarrollo cognitivo para la forma con la se visualiza un diagnóstico, la percepción de control y para la percepción del pronóstico desde el punto de vista del paciente.

Utilizamos en nuestro estudio el cuestionario Mental Adjustment to Cancer Scale (MAC) para describir las estrategias de afrontamiento según el modelo de Moorey and Greer's (72), que fue ideado para la patología oncológica. Pensamos que podría ser interesante su aplicación en los pacientes en lista de espera para trasplante hepático, debido a la ausencia de instrumentos de medida específicos para este tipo de pacientes y que la patología hepática terminal presenta similitudes con el cáncer debido a la severidad del diagnóstico y la incertidumbre del pronóstico.

Otro aspecto a valorar fue la presencia de alteración cognitiva. Es importante en el paciente con hepatopatía crónica el detectar la presencia de síntomas de encefalopatía hepática mediante el cuestionario Mini-Mental State Examination (MMSE) ya que la presencia de este trastorno nos podrían invalidar los resultados de las entrevistas subsiguientes. En este trabajo, la presencia de encefalopatía clínicamente significativa no ha sido un factor a tener en cuenta, ya que de los enfermos entrevistados, tan solo un paciente ha sido excluido del estudio por dicho motivo.

Respecto a los instrumentos de evaluación restantes utilizados en este trabajo, cabe descartar, que no existe en la actualidad en las Unidades de Trasplantes de España ningún procedimiento de evaluación consensuado ni protocolizado para la detección y diagnóstico de problemas psicológicos y psiquiátricos en los pacientes en espera para trasplante. De manera que, el protocolo de instrumentos seleccionados para la evaluación de los pacientes se realizó bajo el análisis y adecuación de las distintas pruebas a los objetivos de trabajo propuestos. Dichos instrumentos están validados y estandarizados, además, de ser de uso habitual en el ámbito científico por la fiabilidad y viabilidad que presentan.

Por lo tanto, la aplicación de los cuestionarios en nuestro estudio, está basado en instrumentos que han sido ampliamente validados en la población y con adaptación española, y así el Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS) y el Apgar Familiar para la medición de apoyo social y familiar han demostrado influencia tanto en la hiperutilización de los servicios sanitarios por la alteración de la percepción de salud y el mayor riesgo de mortalidad (128,130).

Para la detección de sintomatología psicopatológica decidimos la utilización del SA-45 ya que es un instrumento ideado que se aplica con frecuencia en investigación, prevención y terapia, al ser de fácil aplicabilidad al no ser extenso y maximizar la fiabilidad y validez de los resultados obtenidos al equilibrar las escalas evaluadas. Proviene del SCL-90, el cual no aplicamos fundamentalmente por presentar un elevado número de ítems y el solapamiento de las escalas.

Complementario al SA-45 para el hallazgo de sintomatología psicopatológica utilizamos la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) la cual se halla dirigida a la detección de trastornos psiquiátricos incluidos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

En los pacientes evaluados en este trabajo, se observa como únicamente el 8% presenta una adaptación adecuada a la enfermedad tras la inclusión en lista de espera para un trasplante hepático. Este tipo de afrontamiento les permite asumir el diagnóstico como un reto, con percepción de control y con una visión de pronóstico optimista. Este esquema de supervivencia, le permite al paciente desarrollar un papel activo en su recuperación junto con un tono emocional positivo aunque con ligera ansiedad. El 92% restante, presenta una inadecuada adaptación a la enfermedad. La estrategia más frecuente entre estos pacientes es la de menor espíritu de lucha. Además, la mayor parte de ellos utilizan algún otro tipo de pautas desadaptadas, como la preocupación ansiosa, la indefensión, el fatalismo y/ negación. Estos hallazgos confirman que las estrategias de afrontamiento evitativas y aproximativas no son excluyentes, usando los pacientes estrategias de afrontamiento de ambos tipos. Estas

estrategias de afrontamiento generan sobre el paciente un tono emocional negativo, sobretodo de tipo depresivo y ansioso.

En el estudio estadístico de nuestra muestra se halla asociación estadísticamente significativa entre un menor espíritu de lucha y la presencia de depresión, la indefensión con la sintomatología psicopatológica de somatización, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad; y por último, la preocupación ansiosa con la ansiedad y la sintomatología obsesiva compulsiva. No hallando asociación significativa en las estrategias de afrontamiento de fatalismo y negación con ningún tipo de sintomatología psicopatológica.

Además de cómo enfrentarse a la enfermedad, otro factor de gran influencia sobre el bienestar de la persona en cualquier situación es el apoyo social y familiar. Es una implicación tan relevante que se convierte en cuestión estudiada en diferentes ámbitos clínicos por su relación con el pronóstico del paciente (77,147).

Un inadecuado o escaso apoyo social y/o familiar contribuye al desarrollo de síntomas físicos, psicológicos y psicosomáticos en el enfermo (77,147) que pueden llegar a ser patológicos, y por lo tanto, afectan sobre la salud mental del mismo. Entre los pacientes evaluados se observa que el 21% presenta un apoyo social y/o familiar no funcional, siendo el apoyo emocional y el apoyo referido a las relaciones sociales de ocio y distracción las áreas más deficitarias. Además, cabe destacar una relación directa entre estrategias de afrontamiento de estos pacientes a su proceso de enfermedad con el déficit de apoyo social y/o familiar. De manera, que se observa un paciente que además de presentar estrategias de afrontamiento ante la enfermedad inadecuadas carece de la infraestructura de apoyos sociales y familiares en una situación de enfermedad donde las limitaciones físicas causadas por la propia enfermedad se incrementarán.

La influencia de un apoyo socio-familiar inadecuado en la morbimortalidad del paciente trasplantado se ha demostrado sobre todo en estudios realizados en población infantil sometida a un trasplante de órganos

sólidos (79,80). Es por ello que queda evidencia de la necesidad del planteamiento y desarrollo de trabajos que traten este objetivo: apoyo social-familiar y trasplante de órganos.

Tras la revisión de la literatura realizada y los resultados obtenidos en distintos estudios, es necesario considerar la problemática observada. Es decir, hay que considerar que es necesaria la presencia de una Unidad de Atención Psicológica integrada en la Unidad de Trasplante Hepático, puesto que se trata de pacientes con unas características psicológicas específicas (22,148). Para ello, una de las claves fundamentales para el funcionamiento adecuado y efectivo de la Unidad es la incorporación a la Comisión de Trasplantes Hepático de un profesional en Psicología con formación específica en Donación y Trasplantes de Órganos, y con dedicación para la puesta en marcha y funcionamiento de la Unidad. En cuanto al coste y la efectividad de la Unidad, todos los centros trasplantadores, cuenta con la infraestructura de consultas y manejo de los pacientes en lista de espera, y nuestra experiencia muestra que se pueden detectar y manejar los problemas psico-patológicos de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático de manera altamente efectiva (22).

Además, y a partir de la información expuesta, hay que destacar como aspectos especialmente importantes, la necesidad de elaborar programas de atención psicológica específicos para aquellos pacientes en los que se detectan problemas para el afrontamiento de una situación altamente estresante como es la situación de lista de espera para un trasplante. Por todo ello, se debe considerar el continuar manteniendo la atención a nivel post-intervención, de tal forma que puede conseguirse una mejora en la adherencia a las indicaciones médicas tras la intervención y una disminución en las tasas de problemas post-trasplante. También es necesario tener en cuenta las necesidades de orientación y atención psicológica de las personas familiares que actúan como apoyo más cercano al paciente durante todo el proceso, como ya se ha demostrado en estudios de intervención en espera del órgano (149).

En conclusión, los pacientes hepáticos en el momento de su inclusión en lista de espera para un trasplante de hígado presentan una inadecuada adaptación a su enfermedad. Los pacientes en lista de espera presentan importantes implicaciones emocionales que derivan en alteraciones psicológicas que incrementan potencialmente la morbi-mortalidad del paciente.

Es importante establecer una adecuada Atención Psicológica a estos pacientes desde la fase pre-trasplante. Para ello, resulta importante la implantación de una Unidad de Atención Psicológica para la detección, intervención y seguimiento de los pacientes en lista de espera para trasplante.

Conclusiones

VIII. CONCLUSIONES

1-Los pacientes hepáticos en el momento de su inclusión en lista de espera para un trasplante hepático presentan un predominio de síntomas psicopatológicos de tipo depresivo, ansioso y obsesivo-compulsivo.

2-Un 92% de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático presentan una inadecuada adaptación a la enfermedad.

3-Los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático presentan varias estrategias de afrontamiento al mismo tiempo, siendo el inadecuado espíritu de lucha la más frecuente, siendo la preocupación ansiosa la segunda estrategia más utilizada por estos pacientes.

4-Las $\frac{3}{4}$ partes de los pacientes en lista de espera para un trasplante hepático presentan una percepción normofuncional del apoyo socio-familiar, y sólo el 4% presentan una percepción funcional grave.

5-Existe relación entre los estilos de afrontamiento y la sintomatología emocional. Así, el inadecuado espíritu de lucha se asocia a los síntomas depresivos, la indefensión a los síntomas de somatización, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad; y finalmente la preocupación ansiosa con la sintomatología obsesivo-compulsiva.

6-Las estrategias de afrontamiento de inadecuado espíritu de lucha y de indefensión son las que presentan una mayor asociación con la percepción no funcional de apoyo socio-familiar.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. **Memoria anual de la ONT 2012.** Disponible en www.ont.es
2. **Datos del European Liver Trasplant Registry (ELTR).** Disponible en www.eltr.org.
3. **Memoria anual de la ONT 2014.** Disponible en ww.ont.es
4. **Bodenham A, Berridge JC, Park GR et al** Brain stem death and organ donation. *Br Med J* 1989; 299: 1009-1010
5. **Slaikeu, K.** Intervención en crisis. México, D.F.: Manual moderno. 1988.
6. **Parrilla P., Ramírez P, Ríos A.** Manual sobre donación y trasplante de órganos. Ed Arán. 2008.
7. **Martin P, DiMartini A, Feng S et al.** Evaluation for Liver Transplantation in Adults: 2013 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and The American Society of Transplantation. *Hepatology* 2014; 59: 1144- 1165.
8. **Documento de consenso de la Sociedad Española de Trasplante Hepático.** *Cir Esp* 2008; 83: 290-300.
9. **Child CG, Turcotte JG.** Surgery and portal hypertension. *The Liver and Portal Hypertension*, Child CG. (Ed) Saunders, Philadelphia 196; 50.
10. **Pugh RN, Murray-Lyon IM, Dawson JL, et al.** Transection of the oesophagus for bleeding oesophageal varices. *Br J Surg* 1973; 60: 646.
11. **Malinchoc M, Kamath PS, Gordon FD, et al.** A model to predict survival in patients undergoing transjugular intrahepatic portosystemic shunts. *Hepatology* 2000; 31: 464.
12. **Wiesner R, Edwards E, Freeman R, et al.** Model for end-stage liver disease and allocation of donor livers. *Gastroenterology* 2003; 124: 91.
13. **Freeman RB, Wiesner R, Harper A, et al.** The new liver allocation system: moving toward evidence-based transplantation policy. *Liver Transpl* 2002; 8: 851.
14. **Freeman RB, Wiesner R, Edwards E, et al.** Results of the first year of the new liver allocation plan. *Liver Transpl* 2004; 10: 4.

15. **Kamath PS, Wiesner R, Malinchoc M, et al.** A model to predict survival in patients with end-stage liver disease. *Hepatology* 2001; 33: 464.
16. **De La Mata M, Cuende N, Huet J, et al.** Model for end-stage liver disease score-based allocation of donors for liver transplantation: a Spanish multicenter experience. *Transplantation* 2006; 82: 1429-1435.
17. **Oblitas L, Becoña E.** 2000. *Psicología de la Salud*. México. Ed. Plaza y Valdés.
18. **Oblitas L.** Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria. Bogotá. Ed. Psicom. 2004
19. **Fernández-Abascal E.G., Palmero F.** Emociones y salud. Barcelona. Ed. Ariel. 1999
20. **Leventhal H., Prochaska T., Hirschman R.** Preventive health behavior across the life-span. *Prevention in health psychology*. 1985
21. **Nezu A., Nezu C., Blissett S.** Sense of humor as a moderator of the relation between stressfull events and psychological distress: A prospective analysis *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 54: 520-525.
22. **López-Navas A, Ríos A, Riquelme A, et al.** The importance of the introduction of a psychological care unit in a liver transplant unit. *Transplant Proc.* 2010; 42: 302-305.
23. **Rocca P.,Cocuzza E., Rasetti R., et al.** Predictors of Psychiatric disorders in liver transplantation candidates: logistic regression models. *Liver Transp.* 2003; 9: 721-726.
24. **Caccamo I. Azara V, Doglia M, et al.** Longitudinal prospective measurement of the quality of life before and after liver transplantation among adults. *Transpl Proc.* 2001; 33: 1880-1.
25. **Stilley C, Miller D, Gayowski T, et al.** Psychological characteristics of candidates for liver transplantation. *Clin Transp* 1998; 12 : 416-24
26. **Tzrepacz P, Maue F., Coffman G., et al.** Neuropsychiatric assessment of liver transplantation candidates: Delirium and other psychiatric disorders. *Int J Psychiatry Med.* 1986; 16:101-111.

27. **Streisand R, Rodriguez J, Sears S, et al.** A psychometric normative database for pre-liver transplantation evaluations. The Florida cohort. 1991-1996. *Psychosomatics* 1999; 40: 479-485.
28. **Singh N, Gayowski T, Wagener MM, et al.** Quality of life, functional status, and depression in male liver transplant recipients with recurrent viral hepatitis C. *Transplantation* 1999; 67: 69-72.
29. **Dieperink E, Willenbring M, Ho SB.** Neuropsychiatric symptoms associated with hepatitis C and interferon alpha: A review. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 867-876.
30. **Monra M, Marcos V, Rimola A.** Características de personalidad en pacientes alcohólicos candidatos a trasplante hepático. *Med Clin.* 2004; 122: 779-781.
31. **Ewusi-Mensah I, Saunders JB, Wodak AD, et al.** Psychiatric morbidity in patients with alcoholic liver disease. *Br Med J.* 1983; 287: 1417-1419.
32. **Sarin SK, Sachdev G, Jiloha RC, et al.** Pattern of psychiatric morbidity and alcohol dependence in patients with alcoholic liver disease". *Dig Dis Sci.* 1988; 33: 443-448.
33. **López-Navas A, Ríos A, Moya-Faz F.J., et al.** Emotional-type psychopathologic Symptoms among patients with terminal chronic alcohol-induced liver cirrhosis. *Transplant Proc* 2012; 44: 1510-1512.
34. **López-Navas A, Ríos A, Riquelme A, et al.** Psychological characteristics of patients on the liver transplantation waiting list with depressive symptoms. *Transplant Proc.* 2011; 43: 158-160.
35. **Olbrisch M, Levenson J,** "Psychosocial assessment of organ transplant candidates". *Psychosomatics.* 1995; 36: 236-243.
36. **Prieto M, Aguilera V, Berenguer M, et al.** Selección de candidatos para trasplante hepático. *Gastroenterol Hepatol.* 2007; 30: 42-53.
37. **Krahn LE, DiMaritini A.** Psychiatric and psychosocial aspects of liver transplantation. *Liver Transpl.* 2005;11: 1157-1168.

38. **De Bona M, Ponton P, Ermani M. et al.** The impact of liver disease and medical complications on quality of life and psychological distress before and after liver transplantation. *J. Hepatol.* 2000; 33: 609-615.
39. **Nolan M., Cupples S, Brown M, et al.** Perceived stress and coping strategies among families of cardiac transplant candidates during the organ waiting period. *Heart lung* 1992; 6: 540-547.
40. **Kuhun W., Brennan A., Lacefield P, et al.** Psychiatric distress during stages of the heart transplant protocol. *J. Heart Transplant* 1990; 9: 25-29.
41. **Protocolo Clínico de Trasplante Hepático Hospital Regional Universitario Carlos Haya.** Málaga 3^a Ed. 2010. Disponible en www.hospitalregionaldemálaga.es.
42. **Dew MA, Switzer GE, Dimartini AF, et al.** Psychological assesment and outcomes in organ transplantation. *Prog. In Transpl.* 2000; 10: 239-261.
43. **Fukunushi I, Sugawara Y, Takayama T, et al.** Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics.* 2001; 42: 337-343.
44. **Pantiga C, Rodrigo LR, Cuesta M, et al.** Cognitive déficits in patients with hepatic cirrosis and in liver transplant recipients. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2003; 15: 84-89.
45. **Strouse TB.** Psychosocial assesment of adult liver transplant recipients. *Transplantation of the liver.* Filadelfia, WB Saunders 1996; 297-306.
46. **García R, Córdoba J.** Update on the management of hepatic encephalopathy. *Rev Esp Enferm Dig.* 2008; 100: 637-644.
47. **Gonzalez J.** Aspectos Psiquiátricos del candidato a trasplante hepático. *Rev. Gastroenterol Mex.* 2003; 68 : 24-30.
48. **Burra P, Mioni D, Cillo U, et al.** Long-term medical and psycho-social evaluation of patients undergoing orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Transpl Int* 2000; 13: 174-178.
49. **A.López Navas, A. Ríos, L. Martínez-Alarcón, et al.** Patients with terminal

- chronic liver pathology faced with this disease. *Transplant proc.* 2013; 45: 3630-3632.
50. **Santos G.G.D., Gonçalves L.C.S., Buzzo N., et al.** Quality of life, depression, and psychosocial characteristics of patients awaiting liver transplants. *Transplant proc.* 2012; 44: 2413-2415.
51. **Lazarus R.** Psychological stress and the coping process. Nueva York: Mcgraw Hill. 1966.
52. **Lipowski Zj.** Physical illness, the individual and the coping processes. *Psychiatry in Medicine.* 1970; 1: 91-102.
53. **Weisman A, Worden J.** Coping and vulnerability in cancer patients: a research report. Cambridge: Shea Nors. 1977.
54. **Mechanic D.** Medical Sociology. Nueva York. 1978.
55. **Pearlin L, Schooler C.** The structures of coping. *Journal of Health and Social Behavior.* 1978; 19: 2-21.
56. **Rodríguez Marín J, Pastor M.A, López Roig S.** Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema.* 1993; 5: 349-372.
57. **Lazarus R and Folkman S.** Stress, appraisal and coping. Ed: Martínez Roca; 1986, 164-168.
58. **Lazarus, R.** Stress, coping, and illness. En H.S. Friedman (Ed). *Personality and disease*, (pp. 97-120). Nueva York. Wiley and Sons. 1990.
59. **Moos, R.H., y Schaefer, J.** The crisis of physical illness. An overview and conceptual approach. En R.H. Moos, (Ed). *Coping with Physical Iones* (pp. 3-25). Nueva York. Plenum Press. 1984.
60. **Roth S, Cohen LJ.** Aproach, avoidance, and coping with stress. *Am Psychol.* 1986; 41 : 813-819.
61. **Folkman S, Schaefer C, Lazarus R.S.** An analysis of coping in a middle-aged community simple. *Journal of Health and Social Behavior.* 1980; 21: 219-239.
62. **Lipowski Zj.** Psychosocial aspects of disease. *Annals of Internal Medicine.*

- 1969; 71: 1197-1206.
63. **Weisman AD.** Coping with cáncer. New York: McGraw-Hill Book Company;1979.
64. **Weisman AD, Worden JW.** The ecistenial plight in cáncer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry and Medicine.* 1976-1977; 7: 15.
65. **Ferrero Berlanga J.** El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Valencia: Promolibro, 1993.
66. **Feifel HS, Strack S, Nagy VT.** Coping strategies and associated features of medically ill patients. *Psychosomatic Medicine.* 1987; 49: 616-625.
67. **Behem Jm, Rodrigue JR.** Predictors of coping strategies among adults with cáncer. *Psychological reports* 1994; 1: 43-48.
68. **Bayés R.** Psicología oncológica. Barcelona: Martínez Roca. 1991.
69. **Crespo M, Cruzado JA.** Estrategias de afrontamiento ante el posible diagnostico de neoplasia mamaria. *Ansiedad y estrés.* 1998; 4: 259-279.
70. **Stone AA, Porter LS.** Psychological Coping: Its importance for treating medical problems. *Mid/Body Medicine.* 1995; 1: 46-54.
71. **Van't Spijker A, trijsburg RW, Duivenvoorden Hj.** Psychological sequelae of cáncer diagnosis. A meta análisis review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine.* 1997; 59 : 280-293.
72. **Moorey S, Greer S.** Psychological Therapy for patients with cáncer: a new aproach. Heinemann Medical Books. 1984.
73. **Watson M, Greer S.** Personality and coping. *Psychooncology.* Oxford University Press. 1998.
74. **Rodríguez Fernández MI.** Tesis doctoral Afrontamiento del cáncer y sentido de la vida: un estudio empírico y clínico. Universidad Autónoma de Madrid. 2006.
75. **López- Navas A, Ríos A, Riquelme A. et al.** Psychological care; social and family support for Patients awaiting a liver transplant. *Transplant Proc*

- 2011; 43: 701-704.
76. **Queenan JA, Feldman D, Brundage M et al.** Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *Eur J Cancer Care.* 2010; 19: 251.
77. **Zheng Y, Ye D, Pan H, et al.** Influence of social support on health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol.* 2009; 28: 265.
78. **Anthony SJ, Annunziato RA, Fairey E, et al.** Waiting for transplant: physical, psychosocial, and nutritional status considerations for pediatric candidates and implications for care. *Pediatr Transplantation* 2014; 18: 423-434.
79. **Gerson AC, Furth SL, Neu AM, et al.** Assessing associations between medication adherence and potentially modifiable psychosocial variables in pediatric kidney transplant recipients and their families. *Pediatr Transplantation* 2004; 8: 543-550.
80. **Stone D, Banerjee M, Dupuis J, et al.** Association of parenteral pretransplant psychosocial assessment with post-transplant morbidity in pediatric heart transplant recipients. *Pediatr Transplant* 2006; 10: 602-607.
81. **Pérez San Gregorio MA, Martín Rodríguez A, Asián Cháves E., et al.** Psychopathological Features in Transplant Patients. *Transplant Proc.* 2003; 35: 744-745.
82. **Pérez San Gregorio MA, Martín Rodríguez A, Asián Cháves E., et al.** Psychological Adaptation of Liver Transplant Recipients. *Transplant Proc.* 2005; 37: 1502-1504.
83. **Kiley DJ, Lam CS, Pollak R.** A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation.* 1993; 55: 51.
84. **Badía X.** La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En: Sacristán JA, Badía X, Rovira J, editores. *Farmacoeconomía: evaluación económica de medicamentos.* Madrid. Editores Médicos S.A., 1995:51-76.

85. **Patrick DL, Erickson P.** What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Clin Nutr* 1988; 7:53-63.
86. **Magaz A, García Pérez E.M.** Calidad de vida en la personas con algún órgano trasplantado. En: Matesanz R, Miranda B. Eds.Coordinación y trasplantes: el modelo español. Grupo Aula médica. Madrid. 1994: 281-286.
87. **Aberg F, Hockerstedt K, Roine RP, et al.** Influence of liver-disease etiology on long-term quality of life and employment after liver transplantation. *Clin Transpl* 2012; 26: 729-735.
88. **Dupuis-Girod S, Chesnais AL, Ginon I, et al.** Long-term outcome of patients with hereditary hemorrhagic telangiectasia and severe hepatic involvement after orthotopic liver transplantation: a single-center study. *Liver Transpl* 2010; 16: 340-347.
89. **Sirivatanauksorn Y, Dumronggittigule W, Limsrichamrern S, et al.** Quality of life among liver transplantation patients. *Transpl Proc* 2012; 44: 532-538.
90. **Estraviz B, Quintana JM, Valdivieso A, et al.** Propiedades psicométricas de un cuestionario específico de calidad de vida en trasplante hepático. *Rev. esp. enferm. dig* 2007; 99: 13-18.
91. **Badía X, Salamero M, Alonso J, et al.** La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. Barcelona. PPU. 1996.
92. **Belle S, Porayko M, Hoofnagle J, et al.** Changes in quality of life after liver transplantation among adults. *Liver Transp Surg* 1997; 3: 93-94.
93. **Seiler C, Müller M, Fisch H, et al.** Quality of live after liver transplantation. *Transpl Proc* 1998; 30: 4330-4333.
94. **Bravata D, Olkin I, Barnato A, et al.** Health-related quality of life after liver transplantation: a meta análisis. *Liver Transp Surg* 1999; 5: 318-331.
95. **Küchler T.** Liver transplantation: quality of life related to prognosis. *Transp Proc* 1999; 31: 1404-1405.
96. **Bordallo JR.** Estudio de las alteraciones psiquiátricas y de la calidad de vida

- en candidatos a trasplante hepático y sus modificaciones tras el mismo. (Tesis doctoral). Madrid. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma. 1994.
97. **Dan AA, Younossi ZM.** Long-term improvement in health-related quality of life after orthotopic liver transplantation. *Liver Transpl* 2008; 14: 1404-1405.
98. **Belle Sh, Porayko M.** Improvement in quality of life after transplantation for recipients in the NIDDK liver transplantation database. *Transp Proc* 1995; 27: 1230-1232.
99. **Eid A, Steffen R, Porayko MK, et al.** Beyond 1 year after liver transplantation. *Mayo Clin Proc.* 1989 Apr; 64(4): 446-450.
100. **Sobral J, Mirón L, Carames R.** Evaluación de la calidad de vida en pacientes trasplantados de hígado en Galicia. Santiago. Oficina de Coordinación de Trasplantes de Galicia. Servicio Gallego de Salud. 1997.
101. **Armenti VT, Herrine SK, Radomski JS, et al.** Pregnancy after liver transplantation. *Liver Transpl* 2000;6:671-685.
102. **Ho JK, Ko HH, Schaeffer DF, et al.** Sexual health after orthotopic liver transplantation. *Liver Transpl* 2006; 12:1478-1484.
103. **Coscia La, Constatinescu S, moritz MJ, ER al.** Report from the National Transplantation Pregnancy Registry (NTPR): Outcomes of pregnancy after transplantation. *Clin Transpl* 2008:89.
104. **Huda A, Newcomer R, Harrington C, et al.** Employment After Liver Transplantation: A Review. *Transp. Proc* 2015;47:233-239.
105. **Bravata D, Keeffe EB.** Quality of life an employment after liver transplantation. *Liver Transpl* 2001;7:S119-123.
106. **Karam V, Castaing D, Danet C, et al.** Longitudinal prospective evaluation of quality of life in adult patients before and one year after liver transplantation. *Liver Transpl* 2003;9:703-11.
107. **Kneipeiss D, Wagner D, Piennar S, Thaler HW, et al.** Solid organ

- transplantation: technical progress meets human dignity: a review of the literature considering elderly patients' health related quality of life following transplantation. *Ageing Res Rev* 2012; 11: 181-187.
108. **Yang LS, Shan LL, Saxena A, et al.** Liver transplantation: a systematic review of long-term quality of life. *Liver Int* 2014; 34: 1298-1313.
109. **Wick K, Bauer S, Malessa C, et al.** Relationship between stress and resources in patients waiting for organ transplantation: comparison of patients with renal and liver insufficiency. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2015; 65: 311-320.
110. **Dominguez Cabello E, Martin Rodriguez A, Perez San Gregorio MA, et al.** Coping strategies in liver patients as a function of relatives' anxiety level. *Transplant Proc* 2012; 44: 2616-2618.
111. **Jurado R, Morales I, Taboada D, et al.** Coping strategies and quality of life among liver transplant candidates. *Psichotema* 2011; 23: 74-79.
112. **Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.** Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189-198.
113. **Mungas D.** In-Office mental status testing: a practical guide. *Geriatrics.* 1991;46: 54-58, 63, 66
114. **Corrias M, Turco M, Michele D, et al.** Covert hepatic encephalopathy: does the mini-mental state examination help?. *J Clin Exp Hep* 2014; 4: 89-93.
115. **Castellanos F, Hernández JM, Zurdo M, et al.** Trastornos psicopatológicos y calidad de vida en el infarto cerebral. *Neurología* 2012; 27: 76-82.
116. **Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, et al.** Brief cognitive assessment of cancer patients: evaluation of the Mini-Mental State Examination (MMSE) psychometric properties. *Psychooncology* 2007; 16: 352-357.
117. **Lobo A, Saz P, Marcos G.** Grupo de trabajo ZARADEMP. "MMSE: examen cognoscitivo Mini-Mental. Madrid: TEA ediciones; 2002.

118. **Alvarado B, Sandin B, Valdez-Medina JL, et al.** Análisis factorial confirmatorio del cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales de psicología* 2012; 28: 426-433.
119. **Sandín B, Valiente RM, Chorot P, et al.** SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*.2008; 20:290-296.
120. **González de Rivera JL, De las Cuevas C.** (1988) Versión española del cuestionario SCL-90 R. Tenerife: Universidad de la Laguna.
121. **Lecubrier Y, Sheehan DV, Weiller E, et al.** The mini international neuropsychiatric interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry*.1997; 12:224-231.
122. **Sheehan DV, Lecubrier Y, Harnett-Sheehan K, et al.** The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry* 1997;12:232-241.
123. **Ferrando L, Bobes-García J, Gilbert-Rahola J.** Instituto IAP. Madrid.
124. **Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, et al.** Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Med Familia* 2005; 1: 10-18.
125. **Sherbourne CD, Stewart AL.** The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32: 705-712.
126. **Costa G, Salamero M, Gil F.** Validación del cuestionario MOS-SSS de apoyo social en pacientes con cáncer. *Med Clin* 2007; 128: 687-691.
127. **Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, et al.** The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health. *Am J Epidemiol* 1983; 117: 521-529.
128. **Berkman LE, Syme SL.** Social networks, hosts resistance and mortality: a nine year follow up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 186.
129. **Smilkenstein G.** The family Apgar: a proposal of a family function test and

- its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-1239.
130. **Bellón JA, Delgado A, Luna JD, et al.** Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Atención Primaria*. 1996; 6: 289-296.
131. **Ferrero J, Barreto MP, Toledo M.** Mental adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study. *Psycho-Oncology* 1994; 3: 223-232.
132. **Watson M, Homewood J.** Mental Adjustment to cancer scale: psychometric properties in a large cancer cohort *Psycho Oncology*. 2008; 17: 1146-1151.
133. **Remor E, Arranz P, Ulla S.** El psicólogo en el ámbito hospitalario. *Desclee De Brouwer*. 2007.
134. **Dobbels F, Vanhaecke J, Dupont L, et al.** Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: an evidence base for pretransplant psychosocial screening. *Transplantation*, 2009; 87: 1497-1504.
135. **Rodríguez JR, Davis GI, Howard RJ, et al.** Psychological adjustment of liver transplant candidates. *Clin Transplant*, 1993; 7: 228-229.
136. **Volk ML, Biggins SW, Huang MA, et al.** Decision making in liver transplant selection committees: a multicentre study. *Ann Intern Med* 2011; 155: 503-508.
137. **Kuntz K, Weinland SR, Butt Z.** Psychosocial challenges in solid organ transplantation. *J Clin Psychol Med Settings* 2015; 22: 122-135.
138. **Kemmer N, Alsina A, Neff GW.** Social determinants of orthotopic liver transplantation candidacy: role of patient-related factors. *Transplant Proc* 2011; 43: 3769-3772.
139. **Greer S, Moorey S, Watson M.** Patient's adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *J Psychosom Res*, 1989, 33: 373-377.
140. **Watson M, Greer S, Young J. et al.** Development of a questionnaire

- measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988; 18: 203-209.
141. **Telles-Correia D, Barbosa A, Mega I, et al.** Importance of depression and active coping in liver transplant candidates quality of life. *Prog Transplant* 2009; 19: 85-89.
142. **Lasker JN, Sogolow ED, Olenik JM, et al.** Uncertainty and liver transplantation: women with primary biliary cirrhosis before and after transplant. *Women Health* 2010; 50: 359-375.
143. **Palmieri V, Santovito D, Margari F, et al.** Psychopathological profile and health-related quality of life (HRQOL) in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) an cirrhosis. *Clin Exp Med* 2015; 15: 65-72.
144. **Fusar-Poli P, Lazzaretti M, Ceruti M, et al.** Depression after lung transplantation: Causes and treatment. *Lung*. 2007; 185: 55-65.
145. **Soucase B, Monsalve V, Soriano JF, et al.** Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004; 11: 353-359.
146. **Rodríguez B, Bayón C, Orgaz P, et al.** Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Piscoonc*. 2007; 4: 7-19.
147. **Queenan JA, Feldman D, Brundage M, et al.** Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *Eur J Cancer Care*. 2010; 19: 251-259.
148. **Pérez San Gregorio MA, Martín A, Galán A.** Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Int J Of Clin and Heal Psych*. 2005; 5: 99-114.
149. **Guimaro MS, Lacerda SS, Bacoccina TD, et al.** Evaluation of efficacy in a liver pretransplantation orientation group. *Transplant Proc* 2007; 39: 2522-2524.

X. ANEXO

Los beneficios de psicoterapia en un grupo de pacientes cirróticos en lista de espera de trasplante hepático.

Introducción. Es bien conocido que los pacientes en lista de espera de trasplante hepático experimenta una alta incidencia de síntomas psicopatológicos. Sin embargo, solo pocos estudios han sido publicados sobre el uso de psicoterapia en grupo para estos pacientes.

Objetivos. 1) Evaluar los datos psicopatológicos en los pacientes en lista de espera de trasplante hepático; y 2) evaluar la actitud hacia el procedimiento de psicoterapia en grupo y su eficacia.

Material y métodos. En la fase de consulta pretrasplante, se le ofreció a 20 pacientes en lista de espera la terapia en grupo. Los pacientes que recibieron psicoterapia fueron previamente evaluados usando el test Inventario de Depresión de Beck.

Resultados. 15 pacientes fueron inicialmente incluidos en el estudio. Se hallaron diferencias significativas entre la evaluación psicopatológica y la gravedad de la hepatopatía. En la primera sesión observamos que los pacientes con hepatocarcinoma fueron más reacios a participar en la terapia. En la segunda sesión, el grupo mostró un alto nivel de ansiedad asociado al miedo del trasplante. En la tercera sesión, un médico de la Unidad de Trasplantes contestó todas las dudas, y al final de la sesión disminuyó el nivel de ansiedad. Durante la siguientes sesiones se le dio importancia a los lazos familiares y a compartir las experiencias con otros pacientes trasplantados.

Conclusiones. Los pacientes inicialmente fueron reacios a participar en la psicoterapia en grupo, aunque esto cambió en las siguientes sesiones. Se ha visto que es necesario proveer más información sobre el trasplante a los enfermos con el objetivo de disminuir el nivel de ansiedad. La terapia grupal fue positivamente evaluada por todos los pacientes.

