

# Sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes trasplantados hepáticos

M. A. Pérez San Gregorio<sup>a</sup>, A. Martín Rodríguez<sup>a</sup>, E. Asián Chaves<sup>b</sup> y J. Pérez Bernal<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla.

<sup>b</sup> Unidad de Cuidados Intensivos de Trasplantes. <sup>c</sup> Coordinación Sectorial de Trasplantes. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

## *Symptoms of anxiety and depression in liver-transplant patients*

### Resumen

**Introducción.** Hemos analizado la influencia de dos variables (lugar de hospitalización de los pacientes y salud mental de los familiares) sobre la sintomatología ansiosa y depresiva de los trasplantados hepáticos.

**Métodos.** Hemos seleccionado dos grupos de sujetos: 48 trasplantados hepáticos y los 48 familiares más allegados a estos pacientes. Hemos empleado una encuesta psicosocial y los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital, Escalas de Ansiedad y Depresión de Leeds y Escala para la Evaluación del Apoyo Social.

**Resultados.** Los trasplantados hepáticos presentan más sintomatología depresiva cuando están ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y más sintomatología ansiosa en la fase post-UCI cuando sus familiares más allegados se hallan más depresivos en dicha fase, lo cual suele ocurrir cuando éstos reciben un escaso apoyo social.

**Conclusiones.** El lugar de hospitalización de los pacientes y el estado anímico de los familiares ejerce una influencia sobre la sintomatología ansiosa y depresiva de los pacientes trasplantados hepáticos.

**Palabras clave:** Trasplante de órganos. Ansiedad. Depresión. Unidad de Cuidados Intensivos. Apoyo social.

### Summary

**Introduction.** We analyzed the influence of two variables (place of hospitalization of the patients and mental health of relatives) on anxiety and depression symptoms in liver-transplant patients.

**Methods.** The subject groups were made up of 48 liver-transplant patients and 48 close relatives. The tests applied were a psychosocial questionnaire and the following instruments: The Hospital Anxiety and Depression Scale, The Leeds Scales for the Self-Assessment of Anxiety and Depression and Social Support Scale.

**Results.** The liver-transplant patients showed more symptoms of depression when they were admitted in the Intensive Care Unit (ICU) and more symptoms of anxiety in the post-ICU phase when their close relatives were more depressed in that phase, as a result of receiving little social support.

**Conclusions.** The place of hospitalization of the patients and the mental health of relatives influenced symptoms of anxiety and depression in liver-transplant patients.

**Key words:** Organ transplantation. Anxiety. Depression. Intensive Care Unit. Social Support.

## INTRODUCCIÓN

Aunque el trasplante de órganos hoy día es una terapéutica totalmente consolidada, son numerosas las repercusiones psicológicas que conlleva, tanto en los pacientes (p. ej., alteraciones del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, alteraciones de la imagen corporal, problemas de identificación con el donante y sus familiares, etc.) como en sus familiares más allegados (p. ej., sentimientos de culpa, temor a la muerte, etc.)<sup>1,2</sup>. Concretamente algunas investigaciones han asociado el trasplante hepático a deli-

rium, trastornos del estado de ánimo (fundamentalmente depresión mayor y trastorno distímico), trastornos adaptativos, trastornos somatomorfos, trastornos de ansiedad (fundamentalmente trastorno por estrés posttraumático) y trastorno psicótico breve no asociado a toxicidad inmunosupresora<sup>3-5</sup>.

Respecto a los familiares de los trasplantados, las pocas investigaciones existentes se centran en los cuidadores de los pacientes cardíacos y renales, y todas ellas coinciden en afirmar que el proceso de integración psicosocial del órgano no es fácil ni para el paciente ni para la pareja. Por ejemplo, tras el trasplante los familiares consideran que empeora la comunicación, la implicación afectiva y los valores y normas que rigen la relación<sup>6</sup>. Además, un 47 % de los cuidadores informan de un aumento de la carga familiar; por ejemplo, son necesarias muchas visitas médicas y el cuidador no puede volver a su estilo de vida anterior al trasplante. Igualmente, el riesgo de un rechazo siempre está presente, lo cual

### Correspondencia:

M. Angeles Pérez San Gregorio  
Facultad de Psicología  
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos  
Camilo José Cela, s/n  
41018 Sevilla  
Correo electrónico: anperez@us.es

aumenta la ansiedad de los familiares, especialmente si los trasplantados no siguen el tratamiento prescrito<sup>7,8</sup>. Todo esto repercute en la salud mental de los familiares de tal forma que en una investigación realizada con 142 cuidadores de trasplantados se halló que el 7,7% cumplía los criterios del trastorno por estrés postraumático<sup>9</sup>.

Dada la relevancia de este tema, en la presente investigación nos planteamos como objetivo principal analizar la influencia que ejerce sobre la salud mental (fundamentalmente sintomatología ansiosa y depresiva) de los trasplantados hepáticos las dos variables siguientes: *a*) el lugar de hospitalización de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos (UCI) (paciente recién implantado e ingresado en la UCI) y post-UCI (paciente dado de alta de la UCI pero ingresado en planta), y *b*) la salud mental (fundamentalmente sintomatología ansiosa y depresiva) de los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos, especificando el peso que sobre esta variable tiene el apoyo social que reciben.

## MÉTODOS

### Sujetos

Fueron seleccionados dos grupos de sujetos: 48 trasplantados hepáticos y los 48 familiares más allegados de estos pacientes (sólo un familiar por cada paciente trasplantado).

El grupo de trasplantados estaba constituido por 34 hombres y 14 mujeres, con una edad media de 51,15 años. En lo que respecta a la etiología del trasplante hepático había un predominio de casos etílicos (52,2%), seguidos de virásicos (34,8%), otros (8,7%) y colestásicos (4,3%). La duración de la hospitalización fue una media de 11,60 días en la UCI de trasplantes y una media de 19,74 días en la unidad de trasplantes hepáticos. Los 48 hígados implantados procedían de 27 hombres y 21 mujeres, los cuales fallecieron por las siguientes causas: accidentes cerebrovasculares (53,2%), traumatismos craneoencefálicos (42,6%) y otros (4,2%).

El grupo de familiares estaba constituido por 10 hombres y 37 mujeres, con una edad media de 45,45 años. El parentesco que tenían con los pacientes era: esposo/a (61,7%), hijo/a (21,3%), hermano/a (8,5%), padre/madre (6,4%) y otros (2,1%). Había un predominio de familiares que convivían con los pacientes (77,1%) y en la mayoría de los casos las relaciones familiares eran buenas (93,8%).

### Procedimiento

Los trasplantados hepáticos y sus familiares más allegados fueron evaluados en dos momentos diferentes: UCI (cuando el paciente estaba recién trasplantado y se encontraba ingresado en la UCI) y post-UCI (cuando al paciente se le daba el alta de la UCI pero continuaba ingresado en el hospital, concretamente en la unidad de trasplantes hepáticos).

Tanto en la primera fase (UCI) como en la segunda fase (post-UCI), antes de proceder a la evaluación psicológica,

dejábamos pasar unos días para que los sujetos se adaptaran a las condiciones y circunstancias de la hospitalización: 6,20 días (trasplantados) y 5,36 días (familiares) en la UCI y 8,60 días (trasplantados) y 8,83 días (familiares) en post-UCI.

Como características generales consideradas en la selección de los sujetos se requería que éstos no presentasen alteraciones en las aptitudes sensoriales o estado mental que les impidiese orientarse espaciotemporalmente o mantener una conversación congruente. En todos los casos la selección de los sujetos se realizó según el orden en que los pacientes fueron trasplantados e ingresados en la UCI.

Excepto en la fase UCI en la que todos los trasplantados fueron evaluados en dicha unidad, en el resto de los casos (familiares [fase UCI] y pacientes y familiares [fase post-UCI]) la evaluación se llevó a cabo en un despacho adyacente situado en cada una de las unidades implicadas (UCI de trasplantes y unidad de trasplantes hepáticos). Las evaluaciones fueron realizadas por una psicóloga con amplia experiencia en los instrumentos empleados y con la población considerada.

### Instrumentos

Encuesta psicosocial: fue adaptada a las características de los dos grupos empleados en este estudio y hacía referencia a datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel sociocultural y económico, etc.), médicos (etiología desencadenante del trasplante hepático, episodios de rechazo, etc.), psicológicos (expectativas hacia la enfermedad, vivencia de situaciones altamente estresantes acontecidas en su vida, etc.) y familiares (convivencia o no en el mismo hogar el familiar y el paciente trasplantado, tipo de relaciones entre ambos, etc.).

Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital<sup>10</sup>: consta de 14 ítems, siete referidos a la depresión y siete a la ansiedad, en los que se hace referencia a la forma en que el sujeto se ha sentido durante la última semana, debiendo elegir una de entre cuatro posibilidades de respuestas. La prueba proporciona dos valores, uno para la ansiedad y otro para la depresión, y en ambos casos las puntuaciones se clasifican en normal (0-7 puntos), dudoso (8-10 puntos) y problema clínico ( $\geq 11$  puntos). Esta escala fue aplicada a los trasplantados hepáticos.

Escalas de Ansiedad y Depresión de Leeds<sup>11</sup>: consta de 22 ítems con cuatro alternativas de respuestas de las que el sujeto ha de seleccionar una. La prueba, además de proporcionar una «puntuación total ansiedad-depresión», ofrece otros cinco valores: por un lado, «ansiedad específica», «depresión específica» y «puntuación diferencial». A partir de este último valor obtenemos la siguiente clasificación: predominio de sintomatología ansiosa (puntuación  $< -4$ ), predominio de sintomatología depresiva (puntuación  $> +4$ ) o casos mixtos, es decir, con sintomatología ansiosa y depresiva (puntuaciones entre  $-4$  y  $+4$ ). Y por otro lado, «ansiedad general», que se clasifica como presencia (puntuación  $\geq 7$ ) o ausencia (puntuación  $< 7$ ) de ansiedad clínica, y «depresión general», que se clasifica como presencia (puntuación  $\geq 6$ ) o ausencia (puntuación  $< 6$ ) de

depresión clínica. Esta escala fue aplicada a los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos.

Escala para la Evaluación del Apoyo Social<sup>12</sup>: consta de 6 ítems con cuatro alternativas de respuestas de las que el sujeto ha de seleccionar una. La prueba proporciona una puntuación total que puede clasificarse como apoyo social bajo (< 15 puntos), apoyo social moderado (entre 15 y 29 puntos) y apoyo social alto (> 30 puntos). Esta escala fue aplicada a los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos.

## RESULTADOS

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

Aplicamos la prueba paramétrica *t* de Student-Fisher para muestras relacionadas y sólo resultó significativa ( $p < 0,01$ ) la variable «puntuación total depresión» de los pacientes, los cuales puntuaron más alto en UCI (4,53) que en post-UCI (3,11) (tabla 1). Sobre esta variable llevamos a cabo un análisis de ítems para detectar cuáles eran aquellos que tenían más peso (tabla 1).

### Influencia de la sintomatología ansiosa y depresiva de los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos sobre la sintomatología ansiosa y depresiva de los pacientes tanto en UCI como en post-UCI

Todas las variables referentes a los familiares («puntuación total ansiedad-depresión», «ansiedad específica», «depresión específica», «puntuación diferencial», «ansiedad general» y «depresión general») de las fases UCI y post-UCI fueron divididas en dos subgrupos (puntuación baja y puntuación alta) con la finalidad de comparar entre ambos las variables referentes a los pacientes

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

Trasplantados hepáticos	Hospitalización		
	UCI	Post-UCI	Significación
Puntuación total ansiedad	7,08	5,64	0,097
Puntuación total depresión	4,53	3,11	0,005**
Todavía disfruto con lo que antes me gustaba •	0,94	0,47	0,011*
Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas •	0,44	0,17	0,039*
He perdido el interés por mi aspecto físico	0,78	0,44	0,026*

A más puntuación más se identifica el sujeto con la variable o frase, excepto en • (a más puntuación se está más en desacuerdo con la frase). \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

(«puntuación total ansiedad» y «puntuación total depresión») de las fases UCI y post-UCI. Sólo resultó significativa la influencia de la variable «depresión general post-UCI» del familiar. El procedimiento que seguimos fue el siguiente: realizamos dos subgrupos de familiares en función de las puntuaciones totales obtenidas en dicha variable; por un lado, familiares con puntuaciones iguales o inferiores al 47,2%, es decir, una puntuación total de 4 puntos o menos, constituyendo un subgrupo de 17 sujetos (depresión general baja), y por otro lado, familiares con puntuaciones superiores al 47,2%, es decir, una puntuación total superior a 4 puntos, constituyendo un subgrupo de 19 sujetos (depresión general alta). Para comparar las diferencias existentes entre ambos subgrupos de familiares en la sintomatología ansiosa y depresiva que experimentan los trasplantados hepáticos en la fase post-UCI aplicamos la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney y hallamos diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,01$ ) en la variable «puntuación total ansiedad post-UCI» de los trasplantados, puntuando más alto los pacientes cuyos familiares presentan «depresión general alta» (7,00) que los pacientes cuyos familiares presentan «depresión general baja» (3,76) (tabla 2). Con la finalidad de discriminar los ítems que tenían más peso en estas diferencias llevamos a cabo con la misma prueba estadística un análisis de ítems sobre la variable «puntuación total ansiedad post-UCI» de los trasplantados (tabla 2).

Por otro lado, con la finalidad de analizar el peso del apoyo social sobre la salud mental de los familiares, éstos fueron divididos en dos subgrupos en función de las puntuaciones totales obtenidas en la Escala de Apoyo Social: por un lado, familiares con puntuaciones iguales o inferiores al 52,2%, es decir, una puntuación total de

**TABLA 2. Influencia de la depresión general post-UCI de los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos sobre sintomatología ansiosa y depresiva de los pacientes en post-UCI**

Trasplantados hepáticos	Familiares más allegados de los trasplantados hepáticos		Significación
	Depresión general post-UCI alta	Depresión general post-UCI baja	
Puntuación total ansiedad post-UCI	7,00	3,76	0,009**
Me siento tenso o molesto	1,58	0,82	0,030*
Tengo una sensación de miedo como si algo terrible me fuera a suceder	0,84	0,18	0,042*
Puntuación total depresión post-UCI	3,37	3,00	0,219

A más puntuación más se identifica el sujeto con la variable o frase. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ .

25 puntos o menos, constituyendo un subgrupo de 24 sujetos (apoyo social bajo) y, por otro lado, familiares con puntuaciones superiores al 52,2%, es decir, una puntuación total superior a 25 puntos, constituyendo un subgrupo de 22 sujetos (apoyo social alto). La sintomatología ansiosa y depresiva de ambos subgrupos (apoyo social bajo y apoyo social alto) de los familiares fue comparada mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Resultaron significativas ( $p \leq 0,05$ ) las siguientes variables en las que puntuaron significativamente más alto los familiares con apoyo social bajo que los familiares con apoyo social alto: puntuación total ansiedad-depresión UCI (25,02 y 18,52), ansiedad general UCI (7,85 y 5,05), puntuación total ansiedad-depresión post-UCI (24,05 y 14,86) y depresión general post-UCI (5,65 y 3,67). También resultó significativa la variable «puntuación diferencial UCI», en la que puntuaron significativamente más bajo los familiares con apoyo social bajo (-1,55) que los familiares con apoyo social alto (0,90) (tabla 3). Sobre estas variables que resultaron significativas llevamos a cabo un análisis de ítems mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney con la finalidad de detectar los ítems que tenían mayor peso (tabla 4).

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Esta investigación parte de la necesidad de analizar la influencia de las siguientes variables sobre las repercusiones psicológicas del trasplante hepático:

**Lugar de hospitalización**

Durante el intervalo temporal que los trasplantados hepáticos estuvieron hospitalizados se encontraron peor

**TABLA 3. Comparación de la sintomatología ansiosa y depresiva en los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos en función del apoyo social que reciben**

Familiares más allegados de los trasplantados	Apoyo social		
	Bajo	Alto	Significación
Puntuación total ansiedad-depresión UCI	25,05	18,52	0,049*
Ansiedad específica UCI	7,05	4,38	0,056
Depresión específica UCI	5,80	5,38	0,385
Puntuación diferencial UCI	-1,55	0,90	0,021*
Ansiedad general UCI	7,85	5,05	0,037*
Depresión general UCI	5,50	5,00	0,519
Puntuación total ansiedad-depresión post-UCI	24,05	14,86	0,043*
Ansiedad específica post-UCI	5,75	4,60	0,400
Depresión específica post-UCI	5,90	3,73	0,055
Puntuación diferencial post-UCI	-0,55	-0,87	0,831
Ansiedad general post-UCI	6,10	4,73	0,382
Depresión general post-UCI	5,65	3,67	0,050*

A más puntuación más se identifica el sujeto con la variable. \*  $p \leq 0,05$ .

**TABLA 4. Comparación de la sintomatología ansiosa y depresiva en los familiares más allegados de los trasplantados hepáticos en función del apoyo social que reciben. Análisis de ítems**

	Apoyo social		
	Bajo	Alto	Significación
<b>Sintomatología ansiosa y depresiva familiares (UCI)</b>			
Me siento ansioso cuando salgo de casa sin compañía	1,20	0,33	0,004**
Me canso sin razón	1,30	0,40	0,004**
Tengo palpitaciones, sensación de tensión en el estómago o de opresión en el pecho	1,75	0,95	0,021*
A menudo pienso que no he hecho nada	0,95	0,43	0,042*
<b>Sintomatología ansiosa y depresiva familiares (post-UCI)</b>			
Todavía me divierto con cosas que solían divertirme •	1,25	0,27	0,009**
Tengo fuertes dolores de cabeza	1,50	0,40	0,002**

A más puntuación más se identifica el sujeto con la variable o frase, excepto en • (a más puntuación se está más en desacuerdo con la frase). \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

psicológicamente cuando estuvieron ingresados en la UCI. Ello podría deberse, entre otras razones, a que la situación de la UCI posee una serie de características específicas que dan lugar a que se pueda considerar como una situación estresante: espacialidad (hay máquinas que invaden el espacio del paciente, luz artificial, ruidos monótonos, etc.), temporalidad (se pierden los ritmos naturales del día y la noche, la percepción de la muerte pasa a un primer plano debido al fallecimiento de otros pacientes, etc.) y despersonalización (el personal sanitario no establece una relación personal con los pacientes debido a la urgencia que requiere la intervención terapéutica, a que la duración de la estancia del paciente es corta, a la mediatización interpersonal por las máquinas, etc.)<sup>15</sup>. Estas características unidas a que en dicha fase el paciente se halla peor físicamente hacen que la UCI sea para los trasplantados un suceso vital estresante que repercute negativamente en su salud mental; por ejemplo, aumenta la sintomatología depresiva de estos pacientes, que se manifiesta en que «no disfrutan con las cosas que antes les gustaban», «no pueden reírse y ver el lado divertido de las cosas» y «pierden el interés por su aspecto físico».

**Sintomatología ansiosa y depresiva de los familiares**

En la fase post-UCI resultó significativa la influencia de la variable «depresión general», es decir, los trasplantados presentan más ansiedad (p. ej., «se sienten tensos o molestos» y «tienen una sensación de miedo, como si algo terrible les fuera a suceder») cuando sus cuidadores se hallan depresivos. Ello podría deberse a que los pacien-

tes no reciben el apoyo que necesitan de sus familiares porque éstos tienen un estado de ánimo (tristeza, apatía, expectativas negativas, etc.) que les incapacita para proveer apoyo físico y psicológico, lo cual deteriora la calidad de vida de los pacientes y les crea un estado de incertidumbre y de ansiedad<sup>14</sup>. Además esta falta de apoyo por parte de los familiares hacia los pacientes debido a su estado anímico podría tener serias implicaciones, ya que la ausencia de apoyo es uno de los predictores con más peso en el abandono del tratamiento médico<sup>15</sup>.

No obstante, hay que tener en cuenta el peso que tiene el apoyo social que reciben los familiares de los trasplantados sobre su propia salud mental, ya que los que percibían un apoyo social bajo presentaban más sintomatología ansiosa y depresiva tanto en la fase UCI (p. ej., «se sentían ansiosos cuando salían de casa sin compañía», «se cansaban sin razón», «tenían palpitaciones, sensación de tensión en el estómago o de opresión en el pecho» y «a menudo pensaban que no habían hecho nada») como en la fase post-UCI (p. ej., «no se divertían con cosas que solían divertirlos» y «tenían fuertes dolores de cabeza»). El empeoramiento de la salud mental en estos cuidadores podría deberse, entre otras razones, al hecho de no contar con el apoyo de otros para hacer frente a una serie de estresores que suelen aparecer tras el trasplante: miedo a que el paciente muera, sentimiento de que nadie se preocupa por él o por su salud, preocupaciones financieras y preocupación por si funciona o no el nuevo órgano<sup>7</sup>.

A pesar de la influencia de las variables anteriores en las repercusiones psicológicas del trasplante hepático hay que tener en cuenta que tras el implante de hígado mejora la calidad de vida de los pacientes y disminuye la sintomatología ansiosa y depresiva que presentan los trasplantados y sus familiares en comparación con la fase pretrasplante debido, fundamentalmente, a que finaliza la ansiedad por la espera de un órgano y por el temor a la operación<sup>16,17</sup>.

Ante estos hechos consideramos que las técnicas principales que debería contener un programa psicoterapéutico destinado a mejorar la calidad de vida de los trasplantados hepáticos y de sus familiares serían las siguientes: técnicas de reestructuración cognitiva (para eliminar las creencias irracionales relacionadas, fundamentalmente, con el futuro funcionamiento del órgano), técnicas de búsqueda de apoyo social (para disminuir las conductas evitativas de contacto social), técnicas de relajación (para disminuir la ansiedad y el exceso de activación fisiológica) y técnicas de solución de problemas (para enseñarles las estrategias básicas para hacer frente a todos los problemas generados a raíz del trasplante). Además serían necesarias una serie de medidas profilácticas en la UCI (p. ej., evitar que el paciente pierda la orientación temporal procurando que conserve el reloj o un calendario cercano u objetos personales, mantener los monitores alejados de la vista del paciente y prevenir la aparición de falsas alarmas que puedan asustarle, evitar comentarios médicos junto a la cama del paciente que pueden ser malinterpretados, etc.) para prevenir en los pacientes la aparición de trastornos psicológicos<sup>18</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria (Instituto de Salud Carlos III) dentro del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I + D + I 2000-2003).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez MA, Martín A. Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Rev Psicol Gen Aplic* 2002;55:439-53.
2. Pérez MA, Martín A, Gallego A, Santamaría JL. Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados. Futuras líneas de intervención psicológica. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2000; 5:71-87.
3. Dew MA, Switzer GE, DiMartini AF, Matukaitis J, Fitzgerald MG, Kormos RL. Psychological assessment and outcomes in organ transplantation. *Progr Transplan* 2000;10:239-61.
4. Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawasaki H, Surman OS. Psychiatric disorders before and after living-related transplantation. *Psychosomatics* 2001;42:337-43.
5. Pantiga C, Rodrigo LR, Cuesta M, López L, Arias JL. Cognitive deficits in patients with hepatic cirrhosis and in liver transplant recipients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003;15:84-9.
6. Bunzel B, Laederach-Hofmann K, Schubert MT. Patients benefit-partners suffer? The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transpl Int* 1999;12:33-41.
7. Collins EG, White-Williams C, Jalowiec A. Spouse quality of life before and 1 year after heart transplantation. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2000;12:103-10.
8. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. Family caregivers' burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation. *J Transpl Coord* 1998;8:170-6.
9. Stukas AA, Dew MA, Switzer GE, DiMartini A, Kormos RL, Griffith BP. PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. *Psychosomatics* 1999; 40:212-21.
10. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
11. Snaith RP, Bridge GW, Hamilton M. The Leeds scales for the self-assessment of anxiety and depression. *Br J Psychiatry* 1976;128:156-65.
12. Conde V, Franch JI. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn, 1984.
13. Dörr-Zeger O. Espacio y tiempo en la unidad de cuidado intensivo. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1988;4:246-54.
14. Christensen AJ, Raichle K, Ehlers SL, Bertolatus JA. Effect of family environment and donor source on patient quality of life following renal transplantation. *Health Psychology* 2002;21:468-76.
15. Kiley DJ, Lam CS, Pollak R. A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation* 1993;55:51-6.
16. Moore KA, Burrows GD, Hardy KJ. Anxiety in chronic liver disease: changes post transplantation. *Stress Medicine* 1997;13:49-57.
17. Shih FJ, Hu RH, Ho MC, Lin HY, Lin MH, Lee PH. Changes in health-related quality of life and working competence before and after liver transplantation. *Transplan Proc* 2000;32:2144-8.
18. Gómez E, López MA, Cirera E. El paciente en cuidados intensivos. En: Rojo JE, Cirera E, editores. *Interconsulta psiquiátrica*. Barcelona: Masson, 1997; p. 469-77.