

Calidad de vida de los trasplantados en relación a otras situaciones médicas estresantes vividas por los enfermos pulmonares

Antonio Galán Rodríguez, M^a Ángeles Pérez San Gregorio*, Agustín Martín Rodríguez* y Mercedes Borda Más*
Junta de Extremadura y * Universidad de Sevilla

El trasplante puede llevar asociado importantes deterioros en el funcionamiento biopsicosocial. Para conocer la calidad de vida de los enfermos un año después del trasplante, se comparó a 58 trasplantados con tres grupos diferentes de enfermos (pacientes con EPOC estabilizados y descompensados, y enfermos quirúrgicos de cáncer de pulmón). Se les evaluó con el EORTC QLQ-C30 (calidad de vida) y el HAD (ansiedad y depresión). Las dimensiones de calidad de vida con diferencias intergrupales eran las de funcionamiento físico, del rol, emocional y cognitivo, la escala global de salud, y algunos síntomas (fatiga, disnea, insomnio y pérdida de apetito). Aparecían diferencias en depresión, pero no en ansiedad. En general, los trasplantados y los enfermos quirúrgicos tendían a mostrar mayores niveles de calidad de vida y mejor estado afectivo que los enfermos respiratorios crónicos. En el análisis discriminante los trasplantados eran el grupo mejor delimitado. Concluimos que el enfermo, un año después del trasplante, muestra una calidad de vida similar a la de un enfermo hospitalizado asintomático, algo mejor a la de un enfermo crónico en un momento de estabilidad clínica y mucho mejor que la de un enfermo crónico grave.

Quality of life in transplant patients, compared to other stressful health situations in pulmonary patients. Transplantation may imply severe biopsychosocial impairments. In order to know the quality of life of patients one year after transplantation, 58 subjects were compared to three different groups of patients (stabilized and acute COPD patients, and lung cancer patients in a surgery unit). Patients filled in two questionnaires: EORTC QLQ-C30 (quality of life) and HAD (anxiety and depression). The quality of life dimensions with inter-group differences were physical, role, emotional and cognitive functioning, global health status, and a number of symptoms (fatigue, dyspnea, insomnia and appetite loss). There were differences in depression, and but not in anxiety. Transplant and surgical patients showed better quality of life and affective status than chronic pulmonary patients. Discriminant analysis showed that the transplant group was the best described group. We conclude that patients, one year after transplantation, show similar quality of life as asymptomatic hospitalised patients, somewhat better than chronic patients in a stabilized stage of the disease, and much better than severe chronic patients.

La calidad de vida es un constructo multidimensional que incluye tres dominios básicos (físico, psicológico y social) que pueden verse afectados por la enfermedad y/o por un tratamiento (Pérez, Martín, Galán, y Blanco, 2005). En el caso de los trasplantados, evaluar dicho constructo a largo plazo es necesario, entre otras razones, para determinar la eficacia de las intervenciones médicas, para mejorar las decisiones clínicas, para controlar la evolución del paciente en sus aspectos físicos, funcionales, psicológicos y sociales, para comprender la calidad de vida de los cuidadores principales y para programar intervenciones psicosociales y de rehabilitación (Ortega y Rebollo, 2004; Pérez, Martín, y Pé-

rez, 2005). Una de las dificultades para realizar estas valoraciones reside en la falta de grupos adecuados con los que comparar la calidad de vida del trasplantado; las tres grandes alternativas son las siguientes: a) realizar estudios longitudinales, en los que se compare el estado del paciente con momentos previos; b) comparar trasplantados y población normal (con la dificultad de encontrar instrumentos de evaluación que sean aplicables a sanos y enfermos); y c) establecer comparaciones con otros grupos de enfermos (situar a los trasplantados en relación a otras experiencias de enfermar).

Desde esta última perspectiva se considera la experiencia de enfermar como un complejo y multidimensional contexto de crisis vital. La enfermedad en sí recoge estresores muy diversos, como el dolor, la incapacidad para realizar actividades, la amenaza de muerte o la dependencia forzada. La cronicidad introduce otros elementos relativos al curso temporal (posible aparición lenta e insidiosa, duración prolongada) y al resultado (habitualmente no hay recuperación). La hospitalización supone la inmersión en una institución con numerosos estímulos estresantes (aislamiento, pérdi-

da de intimidad, despersonalización, relaciones tecnificadas con el entorno). La intervención quirúrgica se configura en un paradigma de intervención médica estresante por su invasividad, el daño y pérdida asociados, y su carácter impredecible e incontrolable. Finalmente, el trasplante de un órgano conlleva otras amenazas y desaffos añadidos, tales como el temor al rechazo del órgano y a la muerte, las fantasías sobre el donante, los efectos secundarios de los inmunosupresores y las alteraciones de la imagen corporal (Magaz, 2006; Pérez, Martín, Díaz, y Pérez, 2006).

En la búsqueda de grupos de enfermos con los que comparar a los trasplantados, hallamos en las enfermedades pulmonares un posible contexto del que extraer un amplio rango de situaciones médicas estresantes (Galán, Pérez, y Blanco, 2001). Con ellos se intenta contar con un grupo heterogéneo de enfermos que, al mismo tiempo que comparten algunos parámetros que les doten de cierta unidad (edad, sistemas orgánicos implicados, etc.), tengan la suficiente variedad en la experiencia de enfermar para poder abarcar la multidimensionalidad de ésta (cronicidad, crisis aguda y la combinación de ambas). En concreto, consideramos las siguientes:

- La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): es una categoría diagnóstica que hace referencia a la limitación crónica en el flujo aéreo, y que engloba dentro de sí la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar. Existe una importante evidencia de las limitaciones en el funcionamiento personal que implican estos trastornos, y de las dificultades psicológicas y sociales que aparecen asociadas a estos cuadros (Álvarez-Gutiérrez et al., 2007; Galán, Blanco, y Pérez, 2002; Rennard et al., 2002). No obstante, hay que distinguir dos situaciones clínicamente diferenciadas: el cuadro estable y la descompensación. En el primer caso, estamos ante un claro ejemplo de enfermedad crónica: una patología de inicio insidioso, que evoluciona hacia un deterioro progresivo con una seria afectación de la función respiratoria y que conlleva importantes limitaciones vitales. En el segundo caso, el enfermo debe enfrentarse a esas limitaciones cronificadas más una situación de crisis médica y una precipitada hospitalización; estas exacerbaciones ocurren un promedio de dos veces al año, donde una de cada seis requerirá ingreso hospitalario (Díaz et al., 2005).
- Cáncer de pulmón quirúrgico: es un grupo de enfermos con características diferenciales respecto al amplio y heterogéneo conjunto de enfermos oncológicos. Son pacientes que en un espacio muy breve de tiempo se ven inmersos plenamente en el funcionamiento del sistema sanitario, con una sucesión de pruebas diagnósticas, una rápida hospitalización y su inclusión en lista de espera para una intervención quirúrgica. No obstante, son enfermos prácticamente asintomáticos, por lo que estamos por tanto ante una vivencia de enfermedad grave que viene definida no por los síntomas percibidos o por las limitaciones impuestas por estos, sino por las acciones del sistema sanitario hacia el individuo.

El objetivo de nuestro estudio es evaluar la calidad de vida y el estado afectivo de un grupo de trasplantados un año después de la intervención quirúrgica. Partiendo de un diseño de estudio de carácter transversal, consideramos de interés establecer comparaciones con tres grupos de enfermos con niveles diferentes de exposición a estresores relativos al enfermar.

Método

Participantes

El grupo central de nuestro estudio («Trasplante») está constituido por 58 varones que recibieron un primer trasplante (hígado, riñón o corazón) de un donante cadáver hace un año. Se estableció una edad mínima de 45 años para poder establecer comparaciones con otros grupos de enfermos. Otras características del grupo son:

- Edad: media de 55.34 años, desviación típica de 5.92 años, rango 45-68.
- Órgano trasplantado: 48.3% hígado, 36.2% riñón y 15.5% corazón.
- Para los hepáticos, la etiología es etílica (78.6%), virásica (17.8%) y colostásica (3.6%); el tiempo padeciendo la enfermedad cubre el rango 6-252 meses (media de 51.82; desviación típica de 57.36).
- El tiempo sometido a diálisis en los renales cubre el rango 12-219 meses (media de 48.85; desviación típica de 46.59).
- Para los coronarios, la etiología es miocardiopatía dilatada (66.7%), isquémica (22.2%) y otras (11.1%); el tiempo padeciendo la enfermedad oscila entre 8-144 meses (media de 77.50; desviación típica de 54.60).

La recogida de esta muestra ocupó un lapso temporal de dos años.

Como grupos de comparación fueron utilizados los tres siguientes:

- Enfermos de EPOC en tratamiento ambulatorio («EP-A»): constituido por 32 pacientes varones que acuden a una cita de control en un servicio de Neumología. La edad media es de 63.75 años (desviación típica de 6.45 años), con un rango de 45-79.
- Enfermos de EPOC en un momento de descompensación clínica que ha requerido hospitalización («EP-H»): está constituido por 32 varones diagnosticados de EPOC que se encuentran ingresados en el servicio de Neumología o de Medicina Interna del Hospital, tras una descompensación de su enfermedad debido a una infección respiratoria. La edad media es de 65 años (desviación típica de 8.57), con un rango de 47-83. Un 40.6% no lleva ingresado más de una semana, un 37.5% entre 8 y 14 días, el 18.8% entre 15 y 30 días, y, finalmente, un 3.1% entre 31 y 60 días.
- Enfermos con cáncer de pulmón en una unidad quirúrgica («Quirúrgico»): compuesto por 32 varones diagnosticados de cáncer de pulmón que se encuentran ingresados en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital en espera de que se realice la intervención quirúrgica. Estos pacientes han sido derivados por distintos profesionales (médicos de Atención Primaria, neumólogos o internistas, fundamentalmente), y en el momento del ingreso existe la indicación de intervención quirúrgica. La edad media es de 63.44 años (desviación típica de 8.38), con un rango de 42-78. Respecto al tiempo de hospitalización, la mayoría lleva ingresado siete días (43.8%); le sigue el intervalo 15-30 días (25%) y 8-14 días (21.9%); un 9.3% se encuentra hospitalizado desde hace más tiempo.

En los tres grupos se solicitaba la colaboración de los enfermos cuando acudían a las unidades correspondientes del Hospital en el que se realizó la investigación, hasta llegar a completar 32 sujetos. Como criterios de inclusión se atendía a su edad (mayores de 45 años), a la ausencia en ese momento de una patología concurrente que motivase la consulta médica, y a la conservación de las funciones cognitivas que permitiesen la cumplimentación de las pruebas.

Procedimiento

Antes de iniciar la evaluación con los participantes del estudio se ofrecía información sobre el mismo, se aclaraban las dudas y se obtenía el consentimiento informado por escrito, teniendo presente que la participación era voluntaria y que los sujetos podían retirarse del estudio cuando quisieran, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercutiera en sus cuidados médicos.

Los cuestionarios fueron administrados en los momentos en los que se indicó al describir las muestras.

Instrumentos

Encuesta Psicosocial: fue elaborada ad hoc para la presente investigación, adaptándose a las características de los cuatro grupos empleados en este estudio. Hacía referencia a datos sociodemográficos (sexo, edad, nivel sociocultural y económico, etc.) y sanitarios (etiología desencadenante de la enfermedad/trasplante, tiempo padeciendo la enfermedad, duración de la hospitalización, etc.).

Cuestionario de Calidad de Vida (EORTC QLQ-C30; Arrarás, Illarramendi, y Valerdi, 1995): consta de treinta ítems que evalúan cinco escalas funcionales («funcionamiento físico», «funcionamiento del rol», «funcionamiento social», «funcionamiento emocional» y «funcionamiento cognitivo»), una «escala global de sa-

lud», tres escalas de síntomas («fatiga», «dolor» y «náuseas-vómitos»), y varios ítems que recogen dificultades originadas por una enfermedad o un tratamiento («disnea», «insomnio», «pérdida de apetito», «estreñimiento», «diarrea» y «problemas económicos»). Tiene un triple sistema de respuesta según la escala de la que se trate: «sí-no», entre 1 («en absoluto») y 4 («mucho»), y entre 1 («pésima») y 7 («excelente»). La puntuación en cada escala es transformada linealmente de tal forma que el resultado final se sitúa en un rango que oscila entre 0 y 100.

Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD; Zigmond y Snaith, 1983): consta de catorce ítems, siete referidos a la depresión y siete a la ansiedad, en los que se hace referencia a la forma en que la persona 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» (≥ 11 puntos).

Estos dos últimos instrumentos constituyen referencias fundamentales para la evaluación de la calidad de vida y el estado afectivo en el entorno médico, puesto que respetan la especificidad de este contexto (importancia de los síntomas para la calidad de vida, confusión entre síntomas médicos y afectivos, etc).

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS (versión 14.0). Los estadísticos utilizados para las comparaciones intergrupales eran escogidos en función de la unidad de medida de las variables consideradas: nominales (Chi-cuadrado), ordinales (Kruskal-Wallis y Mann-Whitney) o cuantitativas (ANOVA, con análisis pos hoc mediante el estadístico de Scheffé). Finalmente, el

Tabla 1
Comparaciones en datos sociodemográficos

Grupo	Edad Media (DT)	Estado civil (%)	Nivel de estudios (%)	Mantenimiento del trabajo (%)
Trasplante (n= 58)	55.34 (5.92)	Solteros: 6.9 Casados: 8.1 Separados: 8.7 Viudos: 3.4	Analfabetos: 1.8 Sin estudios: 17.5 E. Primarios: 38.6 E. Secundarios: 28.1 Universidad: 14	22.4
EP-A (n= 32)	63.75 (6.45)	Solteros: 0 Casados: 84.3 Separados: 6.3 Viudos: 9.4	Analfabetos: 18.7 Sin estudios: 56.3 E. Primarios: 15.6 E. Secundarios: 9.4 Universidad: 0	3.1
EP-H (n= 32)	65.0 (8.57)	Solteros: 12.5 Casados: 71.8 Separados: 9.4 Viudos: 6.3	Analfabetos: 18.7 Sin estudios: 65.6 E. Primarios: 9.4 E. Secundarios: 6.3 Universidad: 0	9.4
Quirúrgico (n= 32)	63.44 (8.38)	Solteros: 3.1 Casados: 90.6 Separados: 0 Viudos: 6.3	Analfabetos: 12.5 Sin estudios: 46.9 E. Primarios: 37.5 E. Secundarios: 3.1 Universidad: 0	34.4
Comparaciones intergrupales	F(3, 150)= 18.021 (p= .000)	Chi-cuadrado= 9.695 (p=.376)	Kruskal-Wallis= 48.612 (p=.000)	Chi-cuadrado=12.884 (p=.005)

análisis discriminante se realizó con el método de inclusión por pasos.

Resultados

En primer lugar, se comprobó que los tres grupos de trasplantados (hepáticos, renales y cardíacos) podían ser considerados como un solo grupo en las variables que estábamos abordando. Para ello establecimos comparaciones mediante la prueba de Kruskal Wallis en cada una de las variables criterio del estudio (ansiedad, depresión y las quince escalas de calidad de vida) y en ningún caso se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (significación del 0.05).

Considerando los cuatro grupos de la investigación, se establecieron comparaciones en los datos sociodemográficos (tabla 1).

En la edad existen diferencias estadísticamente significativas: $F(3, 150) = 18.021, p = .000$. Scheffé muestra que el grupo de Trasplante tiene una edad significativamente menor que el resto (en los tres casos con significaciones de .000), sin que existan diferencias entre los demás.

Respecto al estado civil, la Chi-cuadrado de Pearson (9.695; $p = .376$) indica que no existen diferencias entre los grupos, donde hay un predominio de personas casadas.

En el nivel de estudios, Kruskal-Wallis proporciona una Chi-cuadrado de 48.612 ($p = .000$). Al comparar los pares de grupos, Mann-Whitney ofrece resultados estadísticamente significativos al comparar Trasplante con EP-A ($U = 344.000; p = .000$), EP-H ($U = 277.000; p = .000$) y Quirúrgico ($U = 397.000; p = .000$). Por tanto, en los trasplantados hay una tendencia a disponer de un mayor nivel de estudios. Dado que la edad podría ser una variable implicada en esta diferencia, comprobamos la correlación edad-nivel de estudios a través de la prueba de correlación de Pearson; el resultado muestra que están relacionadas ($r = -.370; p = .000$).

Respecto al mantenimiento de la actividad laboral según el grupo, obtuvimos la Chi-cuadrado de Pearson (12.884; $p = .005$). Los datos descriptivos muestran que la gran diferencia aparece entre los dos grupos de EPOC (con pocos enfermos trabajando) respecto al grupo de Trasplante y, sobre todo, el Quirúrgico. En esta variable, como en el resto de las sociodemográficas, los pacientes con EPOC se ajustan al perfil descrito en estudios previos (Álvarez-Gutiérrez et al., 2007; Esteban, Moraza, Aburto, Quintana, y Capelastegui, 2003).

En las escalas de calidad de vida, evaluadas con el EORTC QLQ-C30, se establecieron comparaciones entre los cuatro grupos. Dado que la prueba de homogeneidad de varianzas de Levene indicaba en muchos casos que no se cumplía la prueba de homocedasticidad, los resultados en el ANOVA fueron confirmados mediante pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis, Mann-Whitney). Puesto que los resultados eran muy similares, exponemos sólo los datos de los ANOVA; aparecen en la tabla 2, donde se encuentran las puntuaciones de los grupos en cada escala, indicando los valores F y Scheffé cuando existen diferencias entre los grupos. En las primeras seis escalas, una mayor puntuación indica una mejor calidad de vida; en el resto (escalas de síntomas), los valores altos indican mayor presencia de sintomatología (y, por tanto, menor calidad de vida).

Las comparaciones en el estado afectivo («ansiedad» y «depresión» según el HAD) partieron del análisis de las puntuaciones en las escalas. Estos datos, junto con la clasificación en gravedad («normal», «dudoso» y «problema clínico»), aparecen en la tabla 3.

Escala	Puntuaciones medias	Valor F y significación	Diferencias entre grupos (Scheffé)
Funcionamiento físico	Traspl= 78.96 EP-A= 51.87 EP-H= 23.75 Quir= 84.37	41.849 (.000)	Traspl y EP-A (.000) Traspl y EP-H (.000) EP-A y EP-H (.000) EP-A y Quir (.000) EP-H y Quir (.000)
Funcionamiento del rol	Traspl= 68.96 EP-A= 40.62 EP-H= 17.19 Quir= 84.37	22.636 (.000)	Traspl y EP-A (.008) Traspl y EP-H (.000) EP-A y Quir (.000) EP-H y Quir (.000)
Funcionamiento social	Traspl= 82.76 EP-A= 92.19 EP-H= 78.65 Quir= 86.46	2.280 (.082)	
Funcionamiento emocional	Traspl= 77.01 EP-A= 73.69 EP-H= 62.76 Quir= 76.82	3.802 (.012)	Traspl y EP-H (.021)
Funcionamiento cognitivo	Traspl= 82.18 EP-A= 84.89 EP-H= 74.99 Quir= 93.23	3.640 (.014)	EP-H y Quir (.017)
Escala global de salud	Traspl= 71.69 EP-A= 59.37 EP-H= 52.60 Quir= 70.86	6.233 (.001)	Traspl y EP-H (.003) Quir y EP-H (.018)
Fatiga	Traspl= 24.44 EP-A= 39.58 EP-H= 52.46 Quir= 13.89	13.966 (.000)	Traspl y EP-H (.000) EP-A y Quir (.002) EP-H y Quir (.000)
Dolor	Traspl= 17.53 EP-A= 17.19 EP-H= 18.23 Quir= 16.15	.041 (.989)	
Náuseas-vómitos	Traspl= 2.87 EP-A= 7.81 EP-H= 6.77 Quir= 7.29	.988 (.400)	
Disnea	Traspl= 11.49 EP-A= 58.33 EP-H= 87.50 Quir= 9.37	100.232 (.000)	Traspl y EP-A (.000) Traspl y EP-H (.000) EP-A y EP-H (.000) EP-A y Quir (.000) EP-H y Quir (.000)
Insomnio	Traspl= 21.84 EP-A= 32.29 EP-H= 53.12 Quir= 25.00	8.165 (.000)	Traspl y EP-H (.000) EP-H y Quir (.003)
Pérdida de apetito	Traspl= 5.17 EP-A= 11.46 EP-H= 18.75 Quir= 31.25	6.533 (.000)	Traspl y Quir (.001) EP-A y Quir (.045)
Estreñimiento	Traspl= 18.96 EP-A= 14.58 EP-H= 22.92 Quir= 16.67	.550 (.649)	
Diarrea	Traspl= 12.64 EP-A= 7.29 EP-H= 4.17 Quir= 3.12	2.849 (.039)	
Problemas económicos	Traspl= 20.69 EP-A= 16.67 EP-H= 12.50 Quir= 10.42	1.021 (.385)	

Tabla 3
Comparaciones en estado afectivo (ansiedad y depresión)

ANSIEDAD	Puntuación media (D.T.)	Normal	Dudoso	Clínico
Trasplante	4.95 (3.51)	45	7	6
EP-A	5.72 (4.98)	22	5	5
EP-H	7.19 (6.12)	19	3	10
Quirúrgicos	5.47 (3.86)	26	3	3
DEPRESIÓN	Puntuación media (D.T.)	Normal	Dudoso	Clínico
Trasplante	3.59 (3.54)	50	4	4
EP-A	4.41 (3.96)	26	4	2
EP-H	7.19 (4.93)	16	6	10
Quirúrgicos	4.36 (4.01)	30	2	0

Al establecer diferencias intergrupales en «ansiedad» aparece una $F(3, 150) = 2.329$ ($p = .077$); dada la ausencia de homocedasticidad (Levene), confirmamos el resultado con una prueba no paramétrica (Kruskal-Wallis), y tampoco aparecen diferencias significativas ($p = .365$). En «depresión» aparece una $F(3, 150) = 8.624$ ($p = .000$); al confirmar este resultado con Kruskal-Wallis, aparecen nuevamente diferencias intergrupales ($p = .000$).

Al realizar análisis post hoc con el test de Scheffé, surgen diferencias significativas en estos emparejamientos: Trasplante con EP-H ($p = .000$), EP-A con EP-H ($p = .034$) y Quirúrgico con EP-H ($p = .000$). Es decir, el grupo de EP-H sufre mayores niveles de depresión que el resto, especialmente que los trasplantados y los quirúrgicos. Estos resultados post hoc aparecen nuevamente con una prueba no paramétrica (Mann-Whitney).

Para saber en qué ítems del HAD aparecen diferencias entre los grupos, realizamos comparaciones con Kruskal-Wallis y Mann-Whitney.

En la tabla 4 se encuentran los ítems donde aparecen resultados significativos (puntuaciones altas implican mayor nivel de ansiedad o depresión). La mayor parte de los ítems pertenecen a la subescala de «depresión».

Para disponer de una visión global de las diferencias que acabamos de analizar realizamos un análisis discriminante, con el método de inclusión por pasos, utilizando las escalas del EORTC QLQ-C30 y del HAD. Por la brevedad del espacio centraremos nuestro análisis en la primera de las funciones canónicas discriminantes. Aquí encontramos que el autovalor (eigenvalue) de la primera función es 2.419 (92.1% de la varianza), con una correlación canónica de .841; el estadístico lambda (l) de Wilks en el contraste de las funciones 1 a 3 es de .242 (Chi-cuadrado 211.696; $p = .000$); estos valores muestran que existe una gran variabilidad intergrupo respecto a la variabilidad total. Las variables con mayor correlación en la primera función, ordenadas según el tamaño, son las siguientes: «disnea» (-.910), «funcionamiento del rol» (.521), «escala global de salud» (.422), «fatiga» (-.330), «funcionamiento emocional» (.159) y «estreñimiento» (-.070). Finalmente, la matriz de clasificación (tabla 5) muestra que un 63.6% de los casos agrupados originales son clasificados correctamente. Esta tabla permite comprobar que el grupo de trasplante aparece bien delimitado, y que el quirúrgico tiende a confundirse con él. En menor grado también el grupo de EPOC ambulatorios tiende a solaparse con el de trasplantados. Bien diferenciado aparece el grupo de EPOC hospitalizados, que sólo se muestra cercano a los EPOC ambulatorios.

Tabla 4
Ítems del HAD con diferencias intergrupales

Ítem	Rango	Kruskal-Wallis (Chi-cuadrado/Sig.)	Mann-Whitney (Grupos y sig.)
7. «Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado»	Traspl= 84.22 EP-A= 68.28 EP-H= 88.94 Quir= 63.11	9.572 (.023)	Traspl y Quir (.008) EP-H y Quir (.016)
2. «Todavía disfruto con lo que antes me gustaba»	Traspl= 72.16 EP-A= 74.95 EP-H= 104.39 Quir= 62.83	20.430 (.000)	Traspl y EP-H (.000) EP-A y EP-H (.003) Quir y EP-H (.000)
4. «Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas»	Traspl= 72.14 EP-A= 77.36 EP-H= 101.70 Quir= 63.16	19.017 (.000)	Traspl y EP-H (.001) EP-A y EP-H (.021) Quir y EP-H (.000)
6. «Me siento alegre»	Traspl= 62.23 EP-A= 89.19 EP-H= 100.27 Quir= 70.72	20.664 (.000)	Traspl y EP-A (.002) Traspl y EP-H (.000) EP-H y Quir (.005)
10. «He perdido el interés por mi aspecto físico»	Traspl= 88.88 EP-A= 69.94 EP-H= 76.94 Quir= 65.00	17.537 (.001)	Traspl y EP-A (.008) Traspl y Quir (.000) EP-H y Quir (.021)
14. «Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de TV»	Traspl= 67.88 EP-A= 85.69 EP-H= 92.47 Quir= 71.78	11.426 (.010)	Traspl y EP-A (.020) Traspl y EP-H (.003) EP-H y Quir (.035)

Tabla 5
Matriz de clasificación en el análisis discriminante

	Grupo de pertenencia pronosticado				Total
	Trasplante	EP-A	EP-H	Quirúrgico	
Trasplante (%)	91.4	5.2	.0	3.4	100.0
EP-A (%)	37.5	28.1	34.4	.0	100.0
EP-H (%)	3.1	25.0	71.9	.0	100.0
Quirúrgico (%)	56.3	3.1	.0	40.6	100.0

Discusión y conclusiones

El objetivo del estudio era determinar el grado de deterioro en la calidad de vida de los trasplantados un año después de recibir el órgano. Para ello, tratamos de situar a estos pacientes en relación a otras experiencias de enfermar. En apartados anteriores ya describimos el amplio rango de situaciones de enfermar que cubren nuestros grupos muestrales (enfermedad, cronicidad, hospitalización, cirugía, trasplante). Una dificultad para establecer comparaciones podría residir en la falta de similitud entre los grupos en los aspectos sociodemográficos. Cualquier estudio, incluyendo el nuestro, se enfrenta a la imposibilidad de contar con grupos que permitan una comparación perfecta. En efecto, las patologías médicas llevan aparejados datos sociodemográficos o contextuales específicos (sexo, edad, intervenciones médicas) y parte de las diferencias entre un grupo de enfermos y otro responderá a estas últimas variables. Partiendo de esta limitación ineludible encontramos que en nuestro estudio estas diferencias son escasas; fundamentalmente que los trasplantados son un poco más jóvenes, y que su nivel cultural es algo mejor que el del resto; además, que los enfermos con EPOC mantienen menos su actividad laboral, lo que se explica fácilmente por su trayectoria de enfermos crónicos. Otra dificultad podría residir en la existencia de diferencias entre los tres tipos de enfermos presentes en el grupo de Trasplante (hepáticos, renales y cardíacos); no obstante, al igual que en estudios previos, el análisis de los datos nos muestra que no existen diferencias entre ellos en las variables de calidad de vida que consideramos (Forsberg, Lorenzon, Nilsson, y Backmana, 1999; Pérez, Martín, Gallego, y Santamaría, 2000).

Una vez solventadas estas dificultades, podíamos abordar el análisis de las dimensiones de calidad de vida (incluyendo aquí el estado afectivo), estableciendo comparaciones entre los trasplantados y tres grupos diferentes de enfermos respiratorios (EPOC estabilizados, EPOC descompensados y cáncer de pulmón quirúrgico); los resultados fueron los siguientes:

A) En el ámbito del funcionamiento físico y de las implicaciones funcionales del enfermar, encontramos dos patrones de respuesta:

- En «funcionamiento físico», «funcionamiento del rol», «escala global de salud», «fatiga» y «disnea», los trasplantados y los quirúrgicos muestran un mejor funcionamiento que los enfermos con EPOC, sobre todo los descompensados. En estas escalas se recoge el deterioro funcional por el enfermar y los síntomas que impiden un buen desempeño en las actividades cotidianas. Estas dimensiones permiten apreciar el carácter asintomático del grupo quirúrgico; por su parte, los trasplantados han sufrido cierto deterioro personal

(peor «funcionamiento físico» y «funcionamiento del rol», más «fatiga» y «disnea»), pero no tan grave como el de un paciente crónico y menos aún como el de un enfermo crónico descompensado.

- En las escalas de «dolor», «náuseas-vómitos», «estreñimiento» y «diarrea» no aparecen diferencias entre los grupos; en la mayor parte de los casos todos los grupos han obtenido puntuaciones bajas, lo que refleja una baja incidencia de estas dificultades físicas. Se trataría por tanto de dimensiones de calidad de vida poco afectadas en los enfermos trasplantados.

Otros resultados a comentar son los que aparecen en «insomnio» y «pérdida de apetito», ya que se trata de dos dimensiones en las que los trasplantados presentan menos problemas que el resto de los enfermos; no obstante, no por ello las dificultades de sueño están ausentes en estos pacientes.

B) Respecto a las dimensiones de calidad de vida con un mayor contenido psicosocial, las comparaciones entre los grupos nos muestran los siguientes resultados:

- Las escalas de estado afectivo («ansiedad» y «depresión» del HAD, y «funcionamiento emocional» del EORTC QLQ-C30), muestran que los trasplantados, los quirúrgicos y los EPOC ambulatorios (por este orden) se encuentran psiquicamente mejor que los EPOC hospitalizados; estas diferencias resultan estadísticamente significativas cuando se compara la destacada sintomatología depresiva de estos últimos con la del resto de los grupos. Centrándonos en detalles más concretos, encontramos que los enfermos trasplantados tienen algunas dificultades para sentirse relajados, y que han perdido el interés en su aspecto físico; por otro lado, son los que se sienten más alegres, y quienes más pueden divertirse con entretenimientos.
- En «funcionamiento social» y «cognitivo» no se mantiene ese patrón de bienestar en trasplantados y quirúrgicos. Así, el «funcionamiento social» de los cuatro grupos de enfermos no parece haber experimentado un deterioro destacable. Los «problemas económicos» no están muy presentes, aunque en este ámbito parecen haber sido los trasplantados quienes más se han visto afectados (con una diferencia que no llega a ser estadísticamente significativa). Y respecto al «funcionamiento cognitivo», el único grupo en el que se ha producido una pérdida de bienestar ha sido el de EPOC descompensados.

El análisis de cada una de las escalas se ve confirmado con los resultados más globales del análisis discriminante. La conclusión principal es que el enfermo trasplantado, un año después de recibir el órgano, se encuentra en una situación parecida a la de un enfermo hospitalizado asintomático, y algo menos parecida a la de un enfermo crónico en un momento de estabilidad clínica; finalmente, se encuentra muy lejos de un enfermo crónico grave (Pérez et al., 2006).

A esta conclusión general debemos añadir algunos datos más particulares que deben ser considerados en la atención integral al paciente trasplantado. Por ejemplo, el hecho de que, en relación al resto, existe una mayor pérdida de interés por el aspecto físico, y que también presentan más dificultades para sentirse relajados. En

estos dos puntos los trasplantados se asemejan al grupo con un mayor deterioro físico y emocional (los enfermos respiratorios graves) (Pinson et al., 2000). Además, nuestros datos muestran las dificultades personales por las que atraviesan estos pacientes. Así, considerando los resultados en el HAD, para nuestra muestra de 58 sujetos, seis pacientes se sitúan en un nivel «clínico» de «ansiedad» (más siete «dudosos»); a estos se suman cuatro enfermos en un nivel «clínico» de «depresión» (y otros cuatro «dudosos»); de la misma manera, los resultados en el EORTC muestran que los pacientes no logran puntuaciones óptimas en las escalas funcionales, y que están presentes en alguna medida síntomas molestos (como la «fatiga», el «dolor» o el «insomnio») (Pérez, Martín, y Galán, 2005).

Antes de finalizar, debemos señalar una limitación del estudio, y que hace referencia al hecho de que el grupo de trasplantados recoge sólo a los pacientes que han sobrevivido durante un año tras la intervención. Conocer el deterioro en la calidad de vida que ex-

perimentaron progresivamente los demás pacientes habría requerido un estudio longitudinal.

Como conclusión general plantearíamos que el análisis de estos resultados nos indica que el trasplante no supone acceder al nivel de bienestar propio de una persona sana, pero sí que permite el mantenimiento de unos estándares aceptables de calidad de vida. En efecto, los trasplantados sufren dificultades serias en su funcionamiento cotidiano, pero sin que éstas lleguen al nivel de algunos otros enfermos que sufren importantes deterioros en su estado de salud.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido financiada por el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I) y el Instituto de Salud Carlos III (Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación) (Expediente nº PI060095).

Referencias

- Álvarez-Gutiérrez, F.J., Miravittles, M., Calle, M., Gobartt, E., López, F., Martín, A., y el Grupo de Estudio EIME (2007). Impacto de la EPOC en la vida diaria de los pacientes. Resultados del estudio multicéntrico EIME. *Archivos de Bronconeumología*, 43, 64-72.
- Arrarás, J.I., Illarramendi, J.J., y Valerdi, J.J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 13-33.
- Díaz, S., González, F., Gómez, M.A., Mayorals, S., Martín, I., y Villasanté, C. (2005). Evaluación de un programa de hospitalización domiciliaria en pacientes con EPOC agudizada. *Archivos de Bronconeumología*, 41, 5-10.
- Esteban, C., Moraza, J., Aburto, M., Quintana, J.M., y Capelastegui, A. (2003). Descripción de una muestra de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica atendidos en las consultas del área de Neumología dependientes de un hospital. *Archivos de Bronconeumología*, 39, 485-490.
- Forsberg, A., Lorenzon, U., Nilsson, F., y Backmana, L. (1999). Pain and health related quality of life after heart, kidney and liver transplantation. *Clinical Transplantation*, 13, 453-460.
- Galán, A., Blanco, A., y Pérez, M.A. (2002). Illness behavior, coping and health-related quality of life. *European Psychologist*, 7(2), 125-133.
- Galán, A., Pérez, M.A., y Blanco, A. (2001). La conducta de enfermedad: análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial. *Psicothema*, 13(1), 63-67.
- Magaz, A. (2006). El estrés psicológico asociado al trasplante y la calidad de vida relacionada con la salud. En F. Ortega y P. Rebollo (eds.): *Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes receptores de un trasplante de órgano sólido* (pp. 37-42). Barcelona: Ediciones Mayo, S.A.
- Ortega, F., y Rebollo, P. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud en pacientes portadores de un trasplante de órgano sólido. En J. Pérez-Bernal (ed.): *Actualizaciones en trasplantes 2004* (pp. 80-89). Sevilla: Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.
- Pérez, M.A., Martín, A., Díaz, R., y Pérez, J. (2006). The influence of posttransplant anxiety on the long-term health of patients. *Transplantation Proceedings*, 38, 2406-2408.
- Pérez, M.A., Martín, A., y Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 99-114.
- Pérez, M.A., Martín, A., Galán, A., y Blanco, A. (2005). Calidad de vida en la salud: algunas investigaciones en el ámbito hospitalario. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 64-72.
- Pérez, M.A., Martín, A., Gallego, A., y Santamaría, J.L. (2000). Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados. Futuras líneas de intervención psicológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(1), 71-87.
- Pérez, M.A., Martín, A., y Pérez, J. (2005). Salud mental de los familiares de los trasplantados. *Psicothema*, 17(4), 651-656.
- Pinson, C.W., Feurer, I.D., Payne, J.L., Wise, P.E., Shockley, S., y Speroff, T. (2000). Health-related quality of life after different types of solid organ transplantation. *Annals of Surgery*, 232, 597-607.
- Rennard, S., Decramer, M., Calverley, P.M.A., Pride, N.B., Soriano, J.B., Vermeire, P.A., y Vesbo, J. (2002). Impact of COPD in North America and Europe in 2000 subjects prospective of confronting COPD international survey. *European Respiratory Journal*, 20, 799-805.
- Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.