



**Estudio ansiedad-depresión del Donante Trasplante Renal vivo
asociado con compartir o no la habitación con el receptor.**

Autor: M^a Teresa Alonso Torres

Universidad Internacional de Cataluña

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería

Tutor: Dr. Albert Gallart Fernández-Puebla

Sant Cugat, 25 Mayo 2012

“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universidad Internacional de Cataluña”.

RESUMEN:

En las últimas décadas, el Trasplante Renal demuestra ser el mejor tratamiento sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica, siendo el Trasplante Renal de donante vivo la mejor elección en cuanto calidad de vida, supervivencia del injerto, menores complicaciones y menor coste-beneficio para el trasplantado.

En la Fundación Puigvert de Barcelona, la pareja, donante-receptor, de trasplante renal de donación de vivo permanecen juntos durante el procedimiento, mientras que en otros Centros Hospitalarios Nacionales la estancia es separada durante todo el procedimiento o en el post-operatorio.

El presente trabajo es un ensayo clínico cuyo **objetivo** es comprobar si la pareja donante receptor de trasplante renal vivo que comparte estancia hospitalaria en el proceso de la donación modifica su estado afectivo, el físico y la estancia hospitalaria frente aquellos que no la comparten. La **población** diana son parejas de donante-receptor de nuestro Centro dónde se lleva a cabo el proceso del trasplante renal. La estimación de la muestra necesaria es de **18 parejas** en cada grupo, se fija un nivel de significación del 5% y el nivel de pérdidas. El **Análisis estadístico** se realizará mediante el test χ^2 de Pearson para las variables independientes cualitativas y el test t-student o Test Shapiro-Wilk. **Procedimiento:** Grupo A, pareja que ingresa en la misma habitación y Grupo B, pareja que ingresa en habitaciones diferentes. En primer lugar, mediante un estudio exploratorio se conoce la sintomatología de ansiedad-depresión que presenta la pareja donante-receptor previo al ingreso hospitalario y en la segunda parte, se establece un grupo control (estancia junta del donante y receptor) y un grupo experimental (estancia separada del donante y receptor). Se analizan tres momentos diferentes: el antes del ingreso hospitalario, el previo a la intervención quirúrgica y el día del alta hospitalaria.

Palabras claves: Trasplante riñón, donante vivo, Hospitalización, depresión, ansiedad.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS:	VI
ABREVIATURAS:	VII
DEDICATORIA:	VIII
AGRADECIMIENTOS	IX
INTRODUCCIÓN:.....	1
REVISIÓN DE LA LITERATURA:	11
MARCO TEÓRICO:.....	15
HIPÓTESIS	18
OBJETIVO:.....	18
METODOLOGÍA:.....	19
Diseño:	19
Población:.....	19
Criterios de Inclusión-Exclusión:.....	19
Muestra:.....	20
Cálculo del tamaño muestral:	20
Variables:.....	22
Instrumentos:.....	26
Procedimiento	30
Análisis estadístico:.....	32
CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN	X
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	X
CRONOGRAMA	X
IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	XI
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	XII
ANEXOS	XIX
Hoja de información y Consentimiento informado	XIX
Instrumentos:	
Anexo 1: Escala de Hamilton ansiedad (HAS)	XXI
Anexo 2: Escala de Hamilton para depresión (HDRS)	XXIII
Anexo 3: Inventario para depresión de Beck-segunda edición (BDI-II)	XXV
Anexo 4: Escala ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)	XXVII

Anexo 5: Cuestionario recogida de variables socio demográficas	XXIX
Autorización para el uso de las escalas	XXXIII

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLA I: <i>Pauta clínica de Nacional Kidney Foundation para establecer el Grado IR</i>	2
TABLA II: <i>Evolución de la IRTT en Cataluña. Periodo 2005-2010</i>	3
TABLA III: <i>Enfermos en espera de Trasplante periodo 2010-2011</i>	7
TABLA IV: <i>Donación y Trasplante en España 2010-2011</i>	9
TABLA V: <i>Tasa de donación por comunidades autónomas en España 2010-2011.</i>	10
TABLA VI: <i>Evolución Actividad donante y trasplante en España 2010-2011.....</i>	XXV
TABLA VII: <i>Donantes de órganos en España 2009-2011</i>	XXV
TABLA VIII: <i>Trasplante renal por comunicadades autónomas 2008-2011.....</i>	XXXVI
FIGURA I: <i>Continuum de los sistemas depresivos</i>	XXXVII

ABREVIATURAS:

AVAD	Años de Vida ajustados en función de la discapacidad.
BDI-II	Inventario para la Depresión de Beck –Segunda Edición.
CIE-10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima Revisión.
ERC	Enfermedad Renal Crónica.
EVN	Escala Valoración Numérica.
<i>GFR</i>	Filtrado Renal Glomerular.
HADS	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.
HAS	Escala Ansiedad de Hamilton.
HDRS	Escala de Depresión de Hamilton.
HLA	Antígenos Leucocitarios Humanos.
IASP	Asociación Internacional para el Estudio del Dolor.
IRC	Insuficiencia Renal Crónica.
IRTT	Insuficiencia renal terminal tratada.
NFK	Nacional kidney Foundation.
OCATT	Organización Catalana de Trasplantes.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONT	Organización Nacional de Trasplante.
p.m.p.	Población por millón de personas.
RERC	Registro de enfermos renales de Cataluña (RERC).
S.E.N.	Sociedad Española de Nefrología.
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada.
TRDV	Trasplante Renal Donante Vivo.
TSR	Tratamientos sustitutivos renales (TSR).
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.
UNOS	United Network for Organ Sharing.

A mi familia,
por su paciencia y comprensión.

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Gallart-Fernández-Puebla profesor de la Universidad Internacional de Cataluña por su dedicación, compromiso y esfuerzo en el desempeño del proyecto, sin su colaboración no hubiese sido posible.

A la Dra. Girambent Farrés, adjunta del área de Bioestadística, Epidemiología y Salud Pública de la Universidad Internacional de Cataluña por su interés, y los ánimos en el impulso de la elaboración de este proyecto. También, agradecer su ayuda en la metodología estadística.

Al Dr. Guirado Perich, jefe de la Unidad del Servicio de Trasplante de la Fundación Puigvert por su disposición, así como sus aportaciones y contribuciones en la progresión del proyecto.

A la Dra. Martínez del Pozo, psicóloga de la Unidad del Servicio de Trasplante de la Fundación Puigvert por ayudarme a mejorar el proyecto gracias a su experiencia.

A la Dra. S. Mateu Escudero doctora del comité de ética y de investigación de la Fundación Puigvert y Hospital de Sant Pau por su colaboración y aportación de conocimientos en la investigación.

Dr. Breda adjunto de urología y responsable de la Unidad de Trasplante de la Fundación Puigvert por su espera hasta finalizar el proyecto de investigación.

A Esher Franquet Barnils Directora de Enfermería de la Fundación Puigvert por su disposición y colaboración.

También, al Dr. Ballesteros, Dr. Vázquez y al Dr. Barrios por su contribución en la autorización para hacer uso de las escalas del presente proyecto de investigación.

A todas aquellas personas que con su esfuerzo, ánimos, paciencia y colaboración han contribuido a que este proyecto de investigación fuese posible.

A todos... muchas gracias.

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los derechos fundamentales de todos los seres humanos y condición previa de bienestar y de calidad de vida [1]. En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) [2] definió la salud como *“el estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo como ausencia de enfermedad”*.

El quinto objetivo del informe de la OMS *“Salud para todos en el siglo XXI”* especifica como envejecer con buena salud. El documento hace referencia a cómo las políticas sanitarias deben preparar a las personas para que disfruten de un envejecimiento sano, por medio de la planificación sistemática de la promoción y de la protección de la salud a lo largo de toda la vida [1].

1. Concepto de Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Un problema de salud que dificulta el envejecimiento sano es la Enfermedad Renal Crónica. Su manifestación es la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) [3]. En 1976, Rotellar (pionero en diálisis y quien montó el primer Centro en 1957, en nuestro país) define la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) [4] *“cómo las etapas por las que la persona “pasa por una serie de fases más o menos rápidas, según los casos, pero, en general, de marcha bastante lenta en que las funciones renales van alterándose progresivamente produciendo una repercusión cada vez mayor sobre el funcionalismo de los demás órganos y afectando progresivamente el estado general del paciente.”*

Por tanto, la Insuficiencia Renal se clasifica en 5 grados o estadios (del I al V) según la patología fisiológica, la clínica y el parámetro analítico clínico de aclaramiento de creatinina, (Rotellar,1976) [5]. En el 2002, la National Kidney Foundation (NKF) publica las pautas clínicas para la IRC, estas conllevan a los clínicos a valorar en qué fase de la IRC se encuentra y están basadas en la presencia de daño renal y en el índice de filtración glomerular (GFR). El GFR mide el grado de función renal (Tabla I) [6].

Etapa	Descripción	Índice de Filtración Glomerular (GFR)
De alto riesgo	Factores de riesgo (por ej., diabetes, hipertensión, antecedentes familiares, vejez, grupo étnico)	
1	Daño renal (por ej., presencia de proteínas en orina (proteinuria) y GFR normal)	Más de 90
2	Daño renal y leve disminución del GFR	60 a 89
3	Disminución moderada del GFR	30 a 59
4	Disminución grave del GFR	15 a 29
5	Insuficiencia renal (es necesario realizar diálisis o trasplante de riñón)	menos de 15
Iniciativa para la Calidad de los Resultados de la Insuficiencia Renal de la Fundación Nacional del Riñón (NFK-K/DOQUI, su sigla en inglés) Pautas de asistencia clínica para la insuficiencia renal crónica.		

Tabla I: Pauta clínica de Nacional Kidney Foundation para establecer el Grado IR.

Actualmente, la enfermedad renal terminal crónica se define como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos tres meses [7] o “como la disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG)”. La National Kidney foundation estadounidense la define como: “aclaramiento de creatinina estimados <60 ml/min/1,73m² [3]. El daño renal se diagnostica como “la alteración estructural o funcional renal y proteinuria con o sin descenso del filtrado Glomerular renal (<60 ml/min) o con descenso del GFR pero sin otra evidencia de alteración renal” [3].

2. Registro, incidencia y prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica en la población española y catalana.

Las cifras anuales de la población española sobre la Enfermedad Renal Crónica (ERC) son proporcionadas por la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.). La S.E.N. dispone de un Registro autonómico de la Enfermedad Renal [8]. El registro proporciona una cobertura a 44.474.711 personas que representa un 94.6% de la población española [9] de los 47,2 millones de habitantes que conforman la población empadronada a 1 de Enero del 2011, según datos del Padrón Municipal a 2012 [10]. A finales del 2009, la S.E.N. revela que cerca de 5 millones de españoles, aproximadamente el 12% de la población, podría sufrir una disfunción renal sin diagnosticar [11]. La enfermedad afecta a más de 20 millones de ciudadanos de Estados Unidos [12] y es reconocida como un problema de Salud que afecta a más de un 13% de su población [13].

En Cataluña, el Registro de enfermos renales de Cataluña (RERC) está adscrito a la Organización Catalana de Trasplantes (OCATT) [14] que fue creado en 1984 como soporte al Programa de atención a la Insuficiencia renal del Departamento de Sanidad y Seguridad Social. El documento dispone de un registro de la población y de notificación obligatoria que recoge información de todos los enfermos en tratamiento sustitutivo renal (TSR) de la propia autonomía [15].

El RERC, desde su inicio hasta 31 de diciembre del 2010, registra 25.251 pacientes tratados, de los cuales 23.923 residen en Cataluña. En el 2010, la tasa de incidencia de la Insuficiencia Renal Terminal Tratada (IRTT) fue de 127.1 p.m.p. y la tasa de renal estuvo en 61.5 p.m.p. Ambas representan las tasas mundiales más altas. Cabe mencionar que la tasa renal es la primera de todo el mundo, con una prevalencia que se sitúa en 1188,4 p.m.p. [15].

		2005	2006	2007	2008	2009	2010
Prevalença	n	7.402	7.596	7.924	8.280	8.665	8.928
Prevalencia	pmp	1.058,2	1.064,7	1.099,0	1.124,4	1159,1	1188,4
Prevalence							
Incidència	n	1.034	903	990	990	1.064	955
Incidencia	pmp	147,8	126,6	137,3	134,4	142,3	127,1
Incidence							
Trasplantaments	n	488	408	470	471	524	462
Trasplantes	pmp	69,8	57,2	65,2	64,0	70,1	61,5
Transplants							
Mortalitat	n	844	708	720	689	727	693
Mortalidad	%	10,2	8,5	8,3	7,7	7,7	7,2
Mortality							

pmp: per milió de població por millón de población *per milion of population*

població de referència: actualització anual del padró
población de referencia: actualización anual del padrón
population of reference: annual census up-date

Tabla II: Evolución de la IRTT en Cataluña. Periodo 2005-2010.

3. Tratamientos sustitutivos renales

Los tratamientos sustitutivos renales (TSR) que disponemos para tratar la persona afecta de IRC son la hemodiálisis [16], la diálisis peritoneal [17] y el trasplante Renal [18]. Entre las distintas alternativas, el Trasplante Renal demuestra ser el mejor tratamiento sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica [19-21] en cuanto supervivencia [20-22], calidad de vida [23-27], menores complicaciones [22,25,28] y mejor relación coste beneficio [24-29].

4. Trasplante renal

El trasplante renal consiste en implantar un riñón humano sano en el cuerpo de otra persona que padece la Enfermedad Renal Crónica. El riñón sano puede proceder de una persona recién fallecida (donante cadavérico), de un familiar directo (donante vivo genéticamente relacionado) y de personas allegadas directas, como la esposa/o, el suegro/a, amigos/as (donante vivo emocionalmente relacionado o no relacionado) [30]. Entre las diferentes modalidades mencionadas, los resultados del trasplante donante vivo son mejores que los del trasplante renal de cadáver en cuanto menor tiempo de isquemia fría y por la supervivencia del injerto [29,31-33].

5 Legalidad y aspectos éticos en materia de donación de órganos.

El donante es un individuo voluntario que de forma totalmente altruista y sin coacción decide donar un órgano a otra persona, con la única finalidad de ayudarle y salvar su vida. Este es el fundamento de su presencia ante la ley.

A mencionar, la Ley 18/1950 del 18 de diciembre [34] que fue el antecedente legal en materia de trasplantes en nuestro país y el primer paso en la evolución legislativa de los trasplantes en España. Esta ley contempla la posibilidad de extraer de los cadáveres, órganos y tejidos dentro de las veinticuatro horas siguientes al fallecimiento de una persona, siempre y cuando la persona hubiese manifestado en vida por acto o documento auténtico su conformidad, o bien no existiese oposición de los familiares.

En el año 1979, los avances de los trasplantes y siguiendo la Recomendación del Consejo de Europa en España se publica la Ley de Trasplantes 30/1979 del 27 de octubre [35] que determina en su artículo 4º la obtención de órganos procedentes de un donante vivo que podrá realizarse si se cumplen los siguientes requisitos: el donante tiene que ser mayor de edad y que goce de plena facultades mentales, el donante tiene

que estar informado previamente de las consecuencias de su decisión y otorgar su consentimiento de forma expresa, libre, consciente y por escrito, ante la autoridad pública. En el documento debe constar la firma del donante, sino no se deberá llevar a cabo la donación y por último, que el destino del órgano extraído sea un trasplante a una persona determinada, con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza y/o sus condiciones de vida, garantizándose el anonimato del receptor.

Así, en 1986, el Real Decreto 426/1980 [36] desarrolla en su capítulo I varios artículos que hacen referencia a la anterior ley y añade que la extracción de órganos deberá ser realizada en centros autorizados. Para ello, debe reunir una serie de condiciones y requisitos. Nos habla del estado de salud física y mental del donante que deberá ser acreditado por un médico distinto a la extracción, el consentimiento informado solamente será válido si concurren las condiciones y requisitos anteriores y se manifiesta por escrito ante el juez encargado del Registro Civil de la localidad que se trate. Además, el documento será firmado por el interesado y todos los asistentes. Por último, especifica que no podrá recibir compensación alguna por la donación. Además, se deberá garantizar al donante vivo la asistencia precisa para su restablecimiento, así como para cubrir cualquier gasto realizado con ocasión de la donación.

En el 2000, se lleva a cabo el Real Decreto 2070/99 [37] supone la regulación de las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.

La legislación española contempla la donación de vivo entre familiares o personas emocionalmente relacionadas y aunque no hace referencia a la figura del “buen samaritano”, nuestra ley permite la donación entre personas no relacionadas y prohíbe expresamente la donación de vivo si media condicionante económico, social o psicológico, por lo tanto incluye la donación de desconocidos, siempre que se realice de forma altruista y desinteresada.

En cuanto los principios éticos en materia de donación y trasplante son el principio de beneficencia en hacer el bien, el altruista en no esperar recompensas, el principio de no maleficencia en no hacer daño a nadie ni a la sociedad, el principio de autonomía dónde las personas, donante y receptor, eligen de forma digna, voluntaria y con autonomía la decisión libre ante la donación y la confidencialidad en el derecho de preservar la privacidad y el secreto (Murphy y Byme, 2007) [38].

6 Requisitos hospitalarios en materia de donación y trasplante de órganos

En el proceso del trasplante renal se requiere de un Centro hospitalario acreditado y de profesionales sanitarios, formados y expertos en el ámbito de la donación que sigan las directrices de las normativas legales [31-35], los principios rectores de la OMS [39] y las guías clínicas de las organizaciones nacionales e internacionales de Trasplante: Organización Nacional de Trasplante (ONT), Organización Catalana de Trasplante (OCATT), United Network for Organ Sharing (UNOS) y el EUROTRANSPLANT [40-43].

7 El perfil del donante

En el 2010, el perfil del donante se sitúa en una edad media de 58,9 frente a los 56,7 años de media de la población en general. Cabe destacar, que el 18,4% de los donantes tienen menos de 45 años y por primera vez, se destaca que el 53.7% de los donantes presentan una edad que supera los 60 años [44]. Esto evidencia el cambio demográfico del planeta en los últimos tiempos y confirma el envejecimiento de la población mundial anunciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los dos factores de envejecimiento de la población. Además, se estima que la cifra mundial de personas mayores de 60 años es de unos 600 millones de personas, se espera que en el 2025 se duplique y en el 2050 se transforme en 2000 millones [45].

El segundo factor de envejecimiento es la disminución de la población de niños [45]. En España, se registra la cifra de 485.252 nacidos durante el 2010, un 2% menos que en el 2008. Por tanto, la tasa bruta de natalidad baja hasta los 10.53 nacidos por mil habitantes y la disminución de defunciones se sitúa en una tasa bruta de mortalidad en 8,25 por cada 1000 habitantes. Por lo tanto, según las estadísticas de Movimiento Natural de la Población [46] la población de España disminuiría un 1,2% en los próximos años. En definitiva, la población está más envejecida, los factores de riesgo aumentan y con ello, la prevalencia de las enfermedades crónicas aumentan [47].

Ante, el aumento mundial de las enfermedades crónicas, el déficit de donantes fallecidos, el descenso de los donantes por accidentes de tráfico (5.1% en el 2011 frente al 5,7% en el 2010 y al 43% en 1992), el elevado número de personas en la lista de espera para recibir un trasplante (5500 pacientes en el 2011) [44], el tiempo de espera de trasplante renal que supone un 4,434 años [15] (Tabla III) y la escasa respuesta de la población ante la donación (un 15.3% en el 2011) [44], a pesar del leve aumento producido durante el año pasado. Por todo lo anterior expuesto en este párrafo, la diferencia entre oferta y demanda no está equilibrada, siendo la demanda superior a su oferta. Así, los profesionales buscan soluciones para tratar el problema de Salud que presenta la población con ERC entre ellos, el trasplante renal de donación de vivo.

ENFERMOS EN ESPERA DE TRASPLANTE		
	2010	2011
RIÑÓN	4552	4.434
HIGADO	769	628
PULMÓN	173	188
CORAZÓN	96	97
PÁNCREAS	157	127
INTESTINO	13	10
TOTAL	5760	5484

Tabla III: Enfermos en espera de Trasplante periodo 2010-2011.

8 El trasplante renal de donante vivo

El trasplante renal de donante vivo (TRDV) demuestra un descenso en la morbilidad del donante y una supervivencia mayor del receptor [22]. Por tanto, es una alternativa más, para aquellos pacientes que presentan una insuficiencia renal avanzada y todavía no han iniciado ninguna terapéutica sustitutiva ya que origina una mayor supervivencia del injerto y disminuye el tiempo de isquemia [22,31].

Cualquier programa de donante vivo debe seleccionar y cuidar al donante para conseguir las máximas posibilidades de salud a largo plazo tal y como se consensuó en el año 2004 en el Foro de Ámsterdam [48]. Así, tanto donante como receptor tienen que estar informados de los riesgos y beneficios asociados a la donación.

9 Estudio de la pareja donante y receptor.

Necesariamente, el estudio de la pareja del donante y receptor debe contener el tipaje y la prueba de histocompatibilidad que confirma la viabilidad, una historia clínica completa, psicosocial y un examen físico minucioso [49-51]. Por lo tanto, cuando el equipo multidisciplinar de la Unidad de Trasplante Renal verifica que todos los informes de las exploraciones practicadas al donante y receptor son dados como correctos por los

profesionales de la salud, se confirma que la pareja donante-receptor es "apta" para el trasplante renal de donante vivo. En consecuencia, se programa día del ingreso hospitalario en el Centro Hospitalario acreditado.

10 Estancia media hospitalaria de la pareja donante y receptor para llevar a cabo el procedimiento de la donación

La estancia media para el receptor de trasplante renal es de 14 días [52] y en el donante vivo es de 4.8 días, si la técnica empleada es cirugía laparoscópica, y de 7.1 días, en aquellos que se lleva a cabo una nefrectomía abierta [53]. Cabe destacar que el promedio de estancia por paciente dentro de la población general es de 7,2 días, mientras que el número de episodios hospitalarios es de 26.5 millones de estancias hospitalarias (persona/cama/día) lo que genera un total de 3.675.430 altas durante el 2011[54].

En cuanto al perfil del receptor candidato a Trasplante renal presenta una edad media en el momento de recibir un riñón 50,9 años. Por grupos de edades el 72,8% presenta una edad entre 0-44 años, un 63,4% entre 45-64 años y un 34% en personas mayores de 64 [15]. En cambio, el perfil del donante es de 58,9 años [44], mientras que el perfil hospitalario general se sitúa en 53,9 años, lo que representa, este dato último, un ligero aumento con respecto a los años anteriores [54].

11 Récor ds históricos: Trasplante Renal donación de vivo

La historia hace recordar que el primer trasplante de donante vivo ocurrió en junio de 1968, gracias a la donación de un riñón, de una mujer a su hermana [55]. Una breve revisión de la historia permite comprender el gran éxito del progreso de los trasplantes desde que el Sr. Joseph Murray realizó el primer trasplante en 1954 hasta la actualidad. En el 2009, la OMS declara que en los últimos 50 años, el trasplante de células, tejidos y órganos humanos se ha convertido en una práctica mundial que prolonga la permanencia y mejora la calidad de cientos de miles de vidas. El motivo es la mejora de la tecnología médica y farmacéutica que produce un aumento de su demanda que hasta la fecha es superior a su oferta a pesar del aumento significativo de los donantes [56].

En España, durante muchos años ocupó un puesto más bien inferior en comparación con el promedio europeo. Así, en 1975 sólo se realizaron 39 trasplantes. En cambio, a principios de los años noventa pasó a ser uno de los índices más altos del mundo, por

encima de Estados Unidos, Francia y Reino Unido. Este hecho es atribuible a la creación de la Organización Nacional de Trasplante (ONT) en 1989, quien realiza campañas de sensibilización para la donación de órganos y acepta como óptimo el donante emocionalmente relacionado, grupo ABO incompatible y mala compatibilidad HLA, lo que representa un incremento porcentual del total de trasplantes de donante vivo con respecto antes del 1990 donde los trasplantes se hacían con familiares consanguíneos, grupo sanguíneo compatible y buena compatibilidad HLA.

En nuestros días, España se sitúa como líder mundial en trasplantes y alcanza su récord histórico en el 2011, con 1667 donantes de órganos [44] frente los 1502 del 2010 [57] (Tabla IV). Este récord en las donaciones [44] permite superar, por primera vez en su historia, los 4218 trasplantes anuales, con un incremento del 11,8%, con respecto al año anterior (3733 trasplantes). Así, efectúa 2494 trasplantes renales, 1137 hepáticos, 237 cardíacos, 230 pulmonares, 111 de páncreas y 9 de intestino (Tabla IV). El aumento de la donación renal de vivo es de un 30%, con un total de 312 trasplantes, con lo que emprende el camino (12,5%) hacia el objetivo de la ONT que es conseguir el 15% de la donación de vivo en España [40,44].

Donación y Trasplante en España	2010	2011
Donantes	1.502	1.667
Trasplantes renales	2.225	2.494
Trasplantes hepáticos	971	1.137
Trasplantes pulmonares	235	230
Trasplantes de corazón	243	237
Trasplantes pancreáticos	94	111
Trasplantes intestinales	5	9

Tabla IV: Donación y Trasplante en España 2010-2011

Por comunidades Autónomas (Tabla V), Cantabria (67,8), La Rioja (62.5), Asturias (46.3) son las principales, con más de 40 donantes, por lo que elevan la tasa de la donación en España a 35,3 donantes p. m. p. Frente a los 32.0 donantes p .m .p del 2010 y 34.4 p. m .p. donantes del 2009. Por números de donantes, Andalucía (+ 47) y Cataluña (+37) son las que más aumentan en números absolutos y en porcentaje, Extremadura (+72,7%) y Cantabria (+53,8%) [44] (Tabla VIII).

CC.AA.	Año 2010		Año 2011	
	Total	p.m.p	Total	p.m.p
ANDALUCIA	261	31,2	308	36,6
ARAGON	40	29,6	48	35,6
ASTURIAS	40	37,0	50	46,3
BALEARES	34	30,6	37	33,3
CANARIAS	75	35,4	73	34,3
CANTABRIA	26	44,1	40	67,8
CASTILLA LA MANCHA	58	27,6	60	28,3
CASTILLA Y LEÓN	103	40,2	106	41,4
CATALUÑA	201	26,8	238	31,6
COM. VALENCIANA	154	30,1	166	32,4
EXTREMADURA	22	19,8	38	34,2
GALICIA	85	30,4	87	31,2
LA RIOJA	14	43,8	20	62,5
MADRID	231	35,8	215	33,1
MURCIA	45	30,8	57	38,8
NAVARRA	18	28,1	21	32,8
PAIS VASCO	92	42,2	100	45,9
Ciudad Autónoma :Ceuta	-	-	1	12,5
Ciudad Autónoma :Melilla	3	37,5	2	25,0
TOTAL DEL ESTADO	1.502	32,0	1.667	35,3

Tabla V: Tasa de donación por comunidades autónomas en España 2010-2011.

12 Instituto Urología-Nefrología y Andrología. Fundación Puigvert

La Unidad de Trasplante renal de la Fundación Puigvert es un Hospital de Tercer Nivel referente de la población española e internacional que ofrece múltiples alternativas terapéuticas ante la Enfermedad Renal Crónica. Cabe señalar, la actividad trasplantadora de la Fundación Puigvert que empieza el 16 de septiembre de 1980 y a finales de diciembre del 2011, el número de trasplantes renales realizados es de 1643, de los cuales 273 corresponden a la donación de vivo (Tabla VI).

En la última década, vemos que se produce un crecimiento significativo del número de trasplantes realizados (19%). Actualmente, el 30% de los órganos anuales que se implantan en la Fundación Puigvert proceden de donante vivo. Además, destaca que el 40% de trasplantes de donante vivo son el primer tratamiento substitutivo renal, realizándose el trasplante cuando el receptor se halla en la fase de insuficiencia renal crónica pre-diálisis o también nombrado “trasplante renal anticipado”. Al ser uno de los hospitales de referencia para la formación de Equipos de la Organización Nacional de Trasplantes [32] nos conduce a buscar nuevos caminos para mejorar la calidad asistencial y ofrecer a la comunidad científica resultados sobre el proceso del trasplante de donación renal vivo.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Una persona con enfermedad renal espera que el trasplante le ofrezca mayor cantidad y calidad de vida (Pérez et al.2005) [58]. Pero, este procedimiento puede originar durante todo el proceso considerables complicaciones psicológicas o problemas de Salud Mental, tanto en los pacientes como en sus familiares.

La Salud Mental es definida por la OMS (2011) [59] como *“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”*.

Entre los trastornos mentales, la depresión grave es la causa principal de discapacidad a nivel mundial y la cuarta de las diez causas principales de la carga de la morbilidad mundial. Se espera, según la OMS que en el 2020, la depresión aumente al 5,7% de la carga total de la morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) [60].

La prevalencia de alto grado de ansiedad o depresión es mayor en el sexo femenino (3.2%) que sobre el sexo masculino (1.9%) y a su vez, estas guardan relación con la edad. Las diferencias son elevadas en los adultos, no están en la infancia y son raras en los ancianos. La OMS añade que el 5.8% de los hombres y el 9.5% de las mujeres padecerán un episodio depresivo en un periodo de 12 meses [60-61]. Además de la OMS, hay autores como Rojas (1998) que manifiesta que la diferencia se encuentra en el tipo de población, urbana o rural, porque bajo esa condición, según él, depende el ritmo de la vida de la persona [62].

En el día a día, el enfermo renal muestra respuestas emocionales frecuentes que están relacionadas con la ansiedad y el estado de ánimo, la depresión provoca un cambio en la personalidad del individuo e induce a una decadencia en el cuidado personal y a la percepción de la persona sobre sí misma. Así, el riesgo aumenta para la salud de éste y puede afectar a la alimentación, a la adherencia a los tratamientos, a la relación con las personas y, en definitiva, a la Salud Mental.

Además de la enfermedad renal crónica que presenta el receptor, como problema de Salud, se añade los síntomas de ansiedad y depresión que pueden aparecer en la familia como fruto de su estado afectivo por la situación ante el proceso del trasplante renal (Pérez et al. 2005) [58].

Esta situación genera una preocupación tanto para el donante como para el receptor que según Davey [63] es un proceso cognitivo común, entre las personas, y aparece en un 38% de los individuos, al menos una vez al día. Así, los aspectos psicológicos de la pareja donante-receptor merecen ser mencionados, porque aunque la pareja acepte la opción terapéutica de donación de vivo, la decisión lleva inexorablemente a un estado de miedo, ansiedad, incertidumbre y preocupación por el desconocimiento a lo que devengará y como nos dice Conesa et al. [64] la pareja presenta una serie de dudas e indecisiones debido al gran vínculo afectivo que les une.

Además, de la preocupación al proceso de la donación, se añade la influencia que ejerce el ingreso hospitalario sobre su estado emocional y sus posibles efectos, sobre ambos, donante y receptor. Existen estudios que demuestran que la ansiedad elevada y el estado psicológico previo del paciente repercuten en el postoperatorio e influye en múltiples factores como el aumento del dolor, que a su vez aumenta el consumo de narcóticos y en consecuencia, se relaciona con el aumento de días de estancia hospitalaria [51,65-68].

En un estudio que se llevó a cabo sobre la ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad Grau et al. (2003) [68] confirma que el 50% de las mujeres tienen un grado alto de ansiedad o depresión y el 20% de ellas, presentan una comorbilidad para ambos trastornos psiquiátricos. Además, añade que esta situación es debida, en su gran mayoría, a su estado de previo de ansiedad y además, destaca la asociación entre la ansiedad y la depresión con la sensación subjetiva de las personas. Para ellos, *“no es cierta la presunción de que están más ansiosos o deprimidos los que más gravemente enfermos”*, sino que en el proceso de la ansiedad lo que más influye es la experiencia y la percepción de gravedad de la persona.

Antes del procedimiento del trasplante renal, Rundell y Hall (1997) [69] demuestran que los receptores de trasplante renal no presentan alteraciones psiquiátricas o diagnóstico clínico de ansiedad y/o depresión. Pero, sí que observa la presencia de niveles de depresión y ansiedad de leve a moderado, Para la depresión una media 5.7 (rango 1-19) y en la ansiedad una media de 6.4 (1-18). Otros autores, entre ellos Rojas (1998) [70] manifiesta que la ansiedad está visible en la mayoría de los trasplantes.

En relación al periodo operatorio: Rojas (1998) [70] observa que en el tiempo que transcurre entre la extirpación renal y el acto propio del trasplante pueden debutarse manifestaciones ansiosas y depresivas post-operatorias en el receptor.

Por tanto, la estancia hospitalaria durante el proceso del trasplante según mencionan Fernández y López [71] representa una situación donde la persona percibe un aumento de su ansiedad, al mismo tiempo que presenta gran cantidad de estímulos estresantes e incluso amenazantes de la propia integridad física. Jiménez et al. [72] confirma que hay un cambio en la actitud del donador de riñón en cuanto a la percepción del dolor, según en la etapa del proceso asistencial en la que se encuentre. Guirado et al. [73] observa que las altas hospitalarias del donante se pueden post-poner a consecuencia de los vínculos afectivos con el receptor.

En cuanto la influencia del lugar y la duración de la hospitalización, Pérez et al. (2005) [52,74] evidencia la salud mental de un grupo de trasplantados renales y la relación con sus familiares más allegados. Los resultados son que cuando el trasplantado se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la familia muestra más sintomatología ansiosa y depresiva. Según ellos, esta manifestación es consecuencia de cómo la familia está influenciada por el estado físico y psíquico del paciente tras el procedimiento, además añaden otros factores estresantes como el lugar, la tecnología, la pérdida de la noción del tiempo del trasplantado... Por otra parte, los investigadores demuestran que cuando el paciente regresa a la Unidad de Hospitalización, el paciente presenta síntomas de ansiedad y/o depresión que es transmitida a sus familiares y a su vez, influye en estos elevando su sintomatología ansiosa y depresiva. También, el tiempo de ingreso influye en el trasplantado y en la familia de forma negativa, ya que acrecienta la sintomatología de ansiedad. Además, una estancia larga se asocia a complicaciones clínicas del paciente trasplantado que influye en el estado psicológico de ambos. Por tanto, hace que la familia sea propensa a padecer síntomas propios de ansiedad.

Virzi et al. (2007) [75] evalúa a la pareja, donante y receptor, de donante vivo antes y a los 4 meses del trasplante. Además, concluye que el trasplante renal mejora la vida de los receptores y no afecta negativamente a la vida de los donantes. Pero, los aspectos psicológicos pueden verse afectados por el procedimiento de la donación. Así, los síntomas depresivos del receptor que se valoran con la escala de depresión de Hamilton mejoran de un 45,8% al 32% (en la puntuación de Hamilton >7) y de 16,4% al 0% (en

puntuación>18). En los donantes no fue significativo la variación aunque se produce una pequeña diferencia del 37,5% al 33,3% (puntuación de Hamilton>7) y del 12,6% al 0% (puntuación de Hamilton>18).

Galán et al. (2008) [76] llega a la conclusión que al año del trasplante renal el receptor se encuentra en una situación similar a la de una persona hospitalizada asintomática. Además, demuestra que de 58 personas trasplantadas renales, 6 de ellas presentan un nivel clínico de ansiedad (más siete dudosas) y 4 un nivel clínico de depresión (más otras 4 dudosas). En cambio, Pérez et al. (2000) [52] evalúa la influencia de variables psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados y observa que los trasplantados renales presentan niveles bajos de síndrome depresivo (7.31).

Por tanto, los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad pueden ser la consecuencia de la inadaptación a un acontecimiento estresante [77] en este caso, al procedimiento de la donación trasplante renal de vivo.

Desde 1980, fecha que se inició el proceso del trasplante renal de donante vivo en la Fundación Puigvert hasta la actualidad, todas las parejas de donante receptor que acuden a nuestro Centro para llevar a cabo el procedimiento de donación comparten habitación, desde el momento del ingreso hasta el alta hospitalaria, a no ser que manifiesten lo contrario, situación ocasional, mientras que en otros centros hospitalarios nacionales la estancia de la pareja, donante-receptor adultos, se separa durante todo el procedimiento o en el post-operatorio.

Pero, el tema en cuestión debe ser motivo de estudio por los profesionales de la salud de nuestro centro para saber si la pareja donante-receptor renal vivo que comparte la misma habitación antes y después del proceso quirúrgico presenta menor sintomatología relacionada con la ansiedad y depresión que si se encuentra en habitaciones separadas. En su post-operatorio presenta menor sintomatología de dolor y estancia media hospitalaria.

Por lo expuesto, el propósito de este estudio es comprobar si la pareja donante receptor de trasplante renal vivo que comparte estancia hospitalaria en el proceso de la donación modifica su estado afectivo, el físico y la estancia hospitalaria frente aquellos que no la comparten.

MARCO TEÓRICO

El marco teórico está basado en el **modelo de los Sistemas de Betty Neuman (1972)**. B. Neuman presenta un gran interés por la conducta humana. Así, en 1957 se licencia en Salud Pública y psicología y en 1966 obtiene el grado de Maestría en Salud Mental. Más tarde, en 1985, se proclama Doctor en Psicología clínica [78].

En 1982, Neuman elabora el documento que explica la forma de su proceder y a partir de ese momento, es aceptado como Modelo conceptual. Las tres áreas disciplinares de influencia son la psicológica, filosófica y biológica.

En las bases psicológicas que se funda el Modelo son: la teoría de Gestalt, la teoría filosófica de Chardin y Marx, la definición del estrés de Seyle y los niveles de prevención del modelo conceptual de Caplan.

La teoría de Gestalt como la adaptación del proceso de mantenimiento de equilibrio y salud a las diferentes situaciones que varían [78]. Si la teoría es contextualizada a la pareja de donante-receptor de Trasplante Renal, ambas personas atraviesan por diferentes etapas y tratan de adaptarse a las diferentes situaciones desde el diagnóstico de la enfermedad renal, la Insuficiencia Renal Crónica, hasta la donación renal, el Trasplante Renal de donante vivo.

La primera etapa es el diagnóstico de la enfermedad Renal, la Insuficiencia Renal Crónica. Esta nueva situación, no esperada, lleva un cambio en el comportamiento del individuo y la familia. Estos tratan de adaptarse a esta nueva situación que comporta un cambio de estilo de vida: dietas, tratamientos médicos, relaciones sociales, laborales, sentimentales...con el fin de mantener la Salud y su bienestar.

La siguiente etapa es el inicio de la diálisis como tratamiento sustitutivo renal para el mantenimiento de la vida de la persona. En esta se producen adaptaciones frecuentes y reguladas por la persona, en sí misma. Parte de la percepción de esta situación es como la persona experimenta los procedimientos invasivos: colocación de catéteres, la realización de la fístula arterio-venosa...

Las siguientes etapas que proceden hacen referencia al procedimiento de la donación, desde el estudio del donante-receptor hasta el trasplante renal de donación de vivo, como

un proceso complejo donde cada uno de los candidatos se rodea de diferentes percepciones para adaptarse y mantener su propio equilibrio.

La teoría filosófica de Chardin y Marx que determina que las propiedades de las partes dependen de los conjuntos más grande [78]. Es decir, el modelo ve a la persona como un individuo único y autónomo, capaz de relacionarse con su entorno.

La definición del estrés de Seyle que consiste en la respuesta física del cuerpo al estrés y el proceso por el cual el individuo se adapta a cualquier demanda que se haga. Esta demanda requiere de una adaptación al problema, independientemente de su origen. Nos habla que los elementos estresantes pueden ser tanto positivos como negativos. Estos son estímulos, consecuencia del estrés, los que provocan la tensión. A nombrar: el impacto de la enfermedad renal, el inicio de la diálisis, la decisión de aceptar el órgano de una persona emocionalmente relacionada o por consanguineidad, la hospitalización... Así, la persona tiene que adaptarse al problema que presenta, lo que posibilita que el resultado sea la salud o la enfermedad (Ej. Síndromes depresivos, trastornos de ansiedad generalizado,...)

Los niveles de prevención del modelo conceptual de Caplan esta teoría considera un acontecimiento grave como el posible causante de dos respuestas: la primera es convertir al individuo en un ser más fuerte con el fin de vencer la situación y la segunda que la situación haga vulnerable a la persona hasta el nivel de no reponerse y suceda la enfermedad. Es aquí, donde se relaciona los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria) con la enfermería [78]. El propósito es que los profesionales de enfermería tengan los conocimientos suficientes sobre la persona para intervenir, identificar y atender los factores de riesgo asociados a los estresores.

Además, a través de su modelo propone comprender los fenómenos de Enfermería que están influidos por múltiples factores estresantes, facilitando la labor de los profesionales en desarrollar directrices y herramientas innovadoras que estén basadas en la evidencia para convertir las políticas en acciones y mejorar nuestro sistema sanitario globalmente y descubrir formas de hacer frente a todos los desafíos de la salud, adaptándonos a los efectos del fenómeno.

Así, el modelo de sistemas de Neuman se describe como: “*el interés de la enfermería en las personas sanas y enfermas como sistemas holísticos y en las influencias ambientales sobre la salud*” [78].

Por lo tanto, la persona con Enfermedad Renal Crónica vive a la espera de un trasplante que podría prolongar su vida. La espera supone un factor estresante para la persona que puede afectar a los estados de ánimo y con ello, la vida del individuo y su entorno familiar.

El entorno familiar del paciente renal, en el proceso del trasplante, asume responsabilidades en el cuidado de éste. Además, de hacer frente a las manifestaciones y diversas tensiones emocionales que están ligadas a su enfermedad. Estas pueden producir trastornos psiquiátricos, tanto al paciente como a la familia, dado que la familia a menudo es vulnerable a padecer problemas psíquicos.

Además, de la presión y emoción por conseguir la curación y eliminación del sufrimiento del enfermo, se añade por ambas partes, donante-receptor, derivado de este vínculo afectivo, la preocupación e incertidumbre por cómo se desarrollará el proceso del trasplante, si tendrá éxito o fracaso, por cómo se afrontará el procedimiento quirúrgico, cuanto afectará a nivel físico (dolor, secuelas...), y cómo afectará a la relación del donante – receptor todo lo expuesto.

En nuestro centro, dónde el donante y receptor permanecen juntos todo el proceso de la donación, la psicóloga Martínez del Pozo et al. [79] verifica que la mayoría de las parejas donante-receptor mantienen un vínculo que es muy significativo durante todo el proceso asistencial en que predomina el amor y el afán de conocerse. Sostiene que entre ambos hay una relación estable y profunda, donde comparten doblemente su preocupación y ansiedad, por la persona amada, y circulan bienes y generosidad hacia el otro. Nateson et al. [80] define la donación de órganos entre vivos como un acto de amor a través del cual, el donante, procura "dar vida" al familiar enfermo y restablecer el equilibrio familiar, produce liberación y movilización de energías, es y constituye una reparación para el propio sujeto dador.

A su vez, Sanner [81] explica que en el post-operatorio inmediato el donante necesita una atención extra, presenta más dolor, depresión, ansiedad y regresión para ser cuidado, querido y amado, mientras que los receptores se centran en el esfuerzo de evitar el rechazo del riñón y sólo piensan en este acto. Lima et al. [82] encuentra que los donantes exigen más atención antes y durante el período post-operatorio que los beneficiarios. Nos explica que la mayoría de los donantes son personas sanas que han decidido someterse al procedimiento para mejorar la salud de un ser querido.

Hay otras tendencias que defienden que es mejor evitar los conyugues como donantes dado que pueden coaccionar. En este sentido, Khedmat et al. [23] postula que cuanto menos relación emocional y genética exista entre el donante y receptor menor será la presión a la que se somete el donante y su familia y añade que, quienes más donan son las madres, esposas y hermanas de acuerdo con Haijii et al. [28].

En definitiva, todos los factores estresantes hospitalarios presentes en la pareja candidata a trasplante renal de donación de vivo afectan de una u otra manera a los estados de ánimo y con ello, a sus vidas y a su Salud Mental. Pero, en mi modesta opinión, la pareja, donante y receptor, de donación renal de vivo necesita afecto y amor recíproco, ante una situación tan compleja como es el procedimiento de la donación de órganos. Este es el motivo del porque pienso que estar juntos, compartiendo habitación, favorece la recuperación y su estado de ánimo tanto del donante como del receptor.

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

- La pareja donante-receptor renal vivo que comparte la misma habitación antes y después del proceso quirúrgico presenta menor sintomatología relacionada con la ansiedad y depresión que si se encuentra en habitaciones separadas. En su post-operatorio presenta menor sintomatología de dolor y estancia media hospitalaria.

OBJETIVO

Objetivo principal:

- Comprobar si la pareja donante receptor de trasplante renal vivo que comparte estancia hospitalaria en el proceso de la donación modifica su estado afectivo, el físico y la estancia hospitalaria, frente a aquellos que no la comparten.

Objetivos secundarios:

- Comprobar si la diferencia que existe entre los niveles de ansiedad y depresión en la entrevista psicológica realizada un mes antes de la donación frente a los niveles de ansiedad, nivel de depresión y síntomas de ambos valorados en las primeras horas del ingreso hospitalario, es distinta cuando la pareja donante receptor de trasplante renal vivo comparte estancia hospitalaria frente a aquellos que no la comparten.

- Comprobar si la pareja donante receptor de trasplante renal vivo que comparte estancia hospitalaria presenta menor nivel de ansiedad y depresión en las primeras horas de su ingreso que si la pareja donante receptor se encuentra separada.
- Comprobar si la diferencia que existe entre los niveles de ansiedad y depresión en la entrevista psicológica realizada un mes antes de la donación frente a los niveles de ansiedad y depresión valorada justo antes del alta hospitalaria, es distinta cuando la pareja donante receptor de trasplante renal vivo comparte estancia hospitalaria frente a aquellos que no la comparten.
- Comprobar si la pareja donante receptor de trasplante renal vivo que comparte estancia hospitalaria presenta menor nivel de ansiedad, depresión y dolor justo al alta hospitalaria que si la pareja donante receptor se encuentra separada.
- Comprobar si la estancia media hospitalaria tanto en el donante como en el receptor se modifica si están separados y juntos.

METODOLOGÍA

Diseño

Estudio de ensayo clínico con recogida de datos mediante cuestionarios cumplimentados de forma anónima y voluntaria.

Población

La población de estudio son todas las parejas de trasplante renal vivo. Para el estudio se considera como población diana a todas las parejas donante-receptor de trasplante renal vivo que ingresan en la Fundación Puigvert (Barcelona) para llevar a cabo el tratamiento terapéutico “trasplante renal de donante vivo”.

Criterios de exclusión/ inclusión:

- Criterios de inclusión: Parejas de donante vivo programado para nefrectomía laparoscópica. Firma de consentimiento informado.

- Criterios de exclusión: Parejas donante-receptor con estancia privada porque tienen habitación individual. Parejas donante-receptor que la estancia hospitalaria es compartida y por cuestiones organizativas, antes del procedimiento, no se lleva a cabo. Escala de la depresión de Hamilton con valores >18 pre-ingreso que significan que pueden estar con diagnóstico clínico de Depresión y estaría contraindicada la donación. La no aceptación de participar en el estudio.

Muestra y asignación

La población diana son todas las parejas de trasplante renal vivo de la Fundación Puigvert. La pareja está compuesta de un donante y un receptor de trasplante renal de vivo. La muestra estará formada por todas las parejas que cumplan los requisitos requeridos. Los requisitos son que todos los candidatos donantes y los receptores que acepten participar y firmen el consentimiento informado se incluirán en el estudio desde el momento que se defina "Apto" para trasplante renal. El investigador principal y el equipo de la Unidad de Trasplante Renal tendrán en cuenta para la asignación de los grupos el parentesco que une a las parejas con la única finalidad de equilibrar los grupos de comparación; es decir, la asignación de los grupos se realizará por estratificación de la pareja donante-receptor de trasplante renal de donante vivo. En consecuencia, la asignación de los grupos será a conveniencia, manteniendo las proporciones observadas en la población de referencia. **Un grupo "A" (grupo control)**: pareja donante-receptor que ingresa y comparte la misma habitación (indistintamente del parentesco, género y edad que los relacione) durante todo el proceso terapéutico y **un grupo "B" (grupo experimental)** pareja donante-receptor que no comparte la misma habitación y la estancia hospitalaria se realiza en diferentes habitaciones, el donante en la Unidad de Urología y el receptor en la Unidad de Trasplante Renal.

Cálculo del tamaño de la muestra necesaria:

En el 2011, la población de parejas trasplantadas de donación renal de vivo en Cataluña fue de 111 trasplantes, de los cuales 32 se llevaron a cabo en la Fundación Puigvert. Se toma como referencia el objetivo principal que es comprobar si la pareja donante receptor que comparte estancia hospitalaria en el proceso de la donación modifica su estado afectivo, el físico y la estancia hospitalaria frente aquellos que no la comparten con la

variable de respuesta principal, ansiedad y depresión (en mayor o menor grado). Usamos la fórmula de cálculo del tamaño muestral de comparación de medias para grupos independientes.

Las medias y desviaciones estándar de los dos grupos se obtienen a partir de un estudio de Virzi A (2007) [75] sobre la Depression and Quality of Life in Living Related Renal Transplantation que evalúa los síntomas de ansiedad y de depresión de Hamilton donantes y receptores de Trasplante Renal un mes antes (Momento 0) y a los 4 meses después de la donación (Momento 1) y de un estudio previo a partir de los datos estadísticos de las parejas de Trasplante Renal de donación de vivo de la Fundación Puigvert para la depresión de Beck (BDI) al mes del ingreso (Momento 0) y al año de la cirugía (Momento 1).

Escala	DONANTE		RECEPTOR	
	Momento 0	Momento 1	Momento 0	Momento 1
Ansiedad Hamilton	5,5	5,7	7,4	8
d	9		14	
Sd	7,92		10,89	
Escala de Beck	3,4	3,9	5,37	3,37
d	9		11	
sd	5,17		6,34	
Depresión Hamilton	3,4	5,3	7,1	4,3
d	7		12	
sd	6,29		8,03	

Para realizar la comparación de medias entre los dos grupos (control y experimental), con una significación estadística (α) del 5% y el nivel de pérdidas, se calcula un tamaño de la muestra de 72 personas. Por lo tanto, serán necesarias 18 parejas en cada grupo: 18 parejas de donante-receptor de trasplante renal de vivo juntas durante la estancia hospitalaria y 18 parejas de donante-receptor de trasplante renal de vivo separadas.

Variables

En la presente investigación las variables son:

Variables independientes:

➤ *Tipo de estancia hospitalaria:*

- Tipo de variable: Cualitativa, nominal, dicotómica.
- Criterio: Juntos o Separados:
 - La estancia “Juntos” significa que durante todo el proceso de la donación hospitalaria permanecen en la misma habitación, tanto el donante como el receptor, en la Unidad de nefrología (1ª o 3ª Clínica). Así, el equipo médico de reconstructiva de la Unidad de Urología se dirige a la Unidad de Nefrología para realizar el seguimiento y evolución clínica del donante. Y el equipo médico de trasplante visita y realiza seguimiento del receptor en su propia Unidad Hospitalaria.
 - La estancia “Separados” significa que mientras dure el proceso de la donación hospitalaria, tanto el donante como el receptor, permanecen en habitaciones distintas, de diferentes Unidades Hospitalarias. El donante permanece ingresado a cargo del equipo de reconstructiva de la Unidad de Urología en el edificio de Hospital y el receptor a cargo del equipo de trasplante de la Unidad de Nefrología en el edificio de Clínica. Ambos, donante y receptor, son visitados y llevan a cabo el seguimiento y evolución del paciente por los equipos médicos de las Unidades correspondientes.

➤ *Tiempo de la medición:*

- Tipo de variable: Cualitativa y ordinal (momento 0, momento 1 y Momento 2).
- Criterio: Antes del ingreso (M_0), pre-Trasplante renal (M_1) y post-Trasplante renal (M_2):
 - M_0 : Un mes antes del ingreso para el procedimiento del trasplante.
 - M_1 : Pre-Trasplante renal: Transcurre un día del ingreso hospitalario, la tarde antes del procedimiento quirúrgico.

- M₂: Post-Trasplante renal: El día del alta hospitalaria, tras el procedimiento del trasplante.

Variables dependientes:

- Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).
- Trastorno Depresivo.
- Síntomas de ansiedad (sin llegar a ser diagnóstico clínico).
- Síntomas de depresión (sin llegar a ser diagnóstico clínico).
- Dolor post-quirúrgico.
- Estancia media hospitalaria.

➤ *Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG):*

- Tipo de variable: Cuantitativa y discreta.
- *El concepto de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) o trastorno clínico de ansiedad se define por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima Revisión (CIE-10) [83] como “la persona afectada debe tener síntomas de ansiedad **la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas**. Los rasgos que deben estar presentes son:*
 - *Aprensión: preocupaciones acerca de calamidades, venideras, sentirse al “límite”, dificultad de concentración, etc.*
 - *Tensión muscular: agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse.*
 - *Hiperactividad vegetativa: mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca.”*

➤ *Trastorno Depresivo:*

- Tipo de variable: Cuantitativa y discreta.
- La OMS [60] define que la depresión es un Trastorno Depresivo cuando los síntomas **duran al menos dos semanas**.
- El concepto de depresión se define por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima Revisión (CIE-10) [84] como aquel paciente que “*sufre un*

decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente, el sueño es perturbado, en tanto disminuye el apetito. La autoestima y la confianza en sí mismo, casi siempre decaen, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias". Se clasifica en leve, moderada y grave, según la cantidad y la gravedad de los síntomas (Figura I):

- Depresión leve: **Están presentes de dos a tres de los síntomas depresivos.** El paciente está tenso pero posiblemente esté apto para continuar sus actividades.
- Depresión moderada: **Están presentes cuatro o más de los síntomas depresivos.** El paciente probablemente tenga dificultad para continuar la realización de sus actividades ordinarias.
- Depresión grave: **Varios de los síntomas son marcados** y angustiantes, especialmente con pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. El paciente presenta ideas y acciones suicidas y constantemente presenta gran cantidad de síntomas.

➤ *Síntomas de ansiedad:*

- Tipo de variable: Cuantitativa y discreta.
- Los principales síntomas de ansiedad definidos por Enrique Rojas [85] son 5: síntomas físicos (palpitaciones, opresión precordial, temblores, hipersudoración, sequedad de boca, dificultad respiratoria, pellizco gástrico, rostro constreñido), síntomas psicológicos (inquietud interior, desasosiego, inseguridad, presentimiento de la nada, temor a perder el control, temor a la muerte, temor a la locura, temor al suicidio), síntomas de conducta (estado de alerta/ hipervigilancia, dificultad para la acción, bloqueo afectivo, inquietud motora, trastorno del lenguaje no verbal), síntomas intelectuales (pensamientos preocupantes, negativos e ilógicos, dificultad para concentrarse, trastorno de la memoria) y síntomas asertivos (bloqueo en la relación humana, no saber qué decir ante ciertas personas, no saber decir que no, no saber terminar una conversación difícil).

- Síntomas de depresión:
 - Tipo de variable: Cuantitativa y discreta.
 - Los principales síntomas depresivos que nombra el CIE-10 [84] son:
 - Pérdida de interés y de los sentimientos placenteros.
 - El despertar matinal con varias horas de antelación de la hora habitual.
 - El empeoramiento de la depresión por las mañanas.
 - El marcado retraso psicomotor.
 - La agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido.

- Dolor post-quirúrgico:
 - Tipo de variable: Cuantitativa y discreta.
 - La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) [86] define el dolor como *“una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular presente o potencial, o descrita en términos de tal lesión”*. Añade que esta definición se emplea para *“un dolor agudo, dolor canceroso y dolor crónico no canceroso”*. La IASP concreta que el dolor agudo es un dolor que aparece de inmediato, con una duración limitada y de evolución transitoria, posiblemente tenga una relación temporal y causal con una lesión o enfermedad, la derivación psicológica suele ser la ansiedad. A diferencia, del dolor crónico que permanece a lo largo del tiempo y va más allá del periodo de la lesión o enfermedad, es recurrente y/o repetitivo, habitualmente no presenta una causa aparente y es plurifactorial, incluso pueden no existir síntomas y la consecuencia psicológica acostumbra ser la depresión.

- Estancia media hospitalaria:
 - Tipo de variable: Cuantitativa y discreta.
 - Estancia media hospitalaria (Cuantitativa y discreta): La estancia media hospitalaria es la media que el paciente permanece hospitalizado en un centro hospitalario. Se entiende como estancia *“el periodo que incluye la pernocta y una comida principal (comida o cena) de un paciente en una cama disponible del hospital”*, según la definición que realiza García [87].

Variables socio demográficas:

1. *Edad*: Cuantitativa, discreta.
2. *Sexo*: Cualitativa, nominal, dicotómica.
3. *Parentesco*: Cualitativa, nominal, dicotómica.
4. *Estado civil*: Cualitativa, nominal y policotómica.
5. Situación Laboral: Cualitativa, nominal y policotómica.
6. Nivel de estudios: Cualitativa, nominal y policotómica.
7. Profesión Cualitativa, nominal y policotómica.
8. Nivel de ingresos: Cualitativa, nominal y policotómica.
9. Descendencia Cualitativa, nominal y policotómica.
10. Religión Cualitativa, nominal y policotómica.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizarán son escalas validadas que proporcionan una puntuación global y diferencian entre niveles en la sintomatología de ansiedad y depresión y niveles en el Trastorno Ansiedad Generalizado y Trastorno de depresión:

- Escala de Ansiedad de Hamilton (HAS): Nivel Trastorno Ansiedad Generalizado.
- Escala de Depresión de Hamilton (HDRS): Nivel Trastorno Depresivo.
- Inventario para la Depresión de Beck-segunda edición (BDI-II): Nivel de los síntomas de Depresión. La escala recoge datos de las últimas dos semanas.
- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS): Nivel de Ansiedad y nivel de Depresión en los últimos siete días; es decir, al momento del alta, recoge datos justo durante el periodo de la hospitalización.
- Dolor: Escala Verbal Numérica (EVN): Nivel del dolor.

El grupo de escalas que se utilizan un mes antes de la donación son la Escala de ansiedad Hamilton (HAS) que mide el nivel de Trastorno de Ansiedad Generalizada y el Inventario de depresión de Beck-II que evalúa el nivel de síntomas de depresión. Si la puntuación que se obtiene en la escala de Beck es mayor a 17 se administra la escala de Depresión Hamilton (HDRS) y si el resultado es mayor a 18, se desestima el candidato, ya que señala un diagnóstico clínico de depresión y puede ser excluido del estudio tras la confirmación del médico responsable.

Para medir los niveles de ansiedad y niveles de depresión de la pareja donante receptor de trasplante renal vivo en los siete últimos días es necesario la utilización de una escala que evalúe lo propuesto, la Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).

1 Escala de Hamilton para ansiedad (HAS) (Anexo 1) que fue diseñada en 1959 por Halmiton [88]. Se trata de una escala heteroaplicada, consta de 14 ítems que evalúa la presencia y gravedad de la ansiedad, de los cuales 13 ítems hace referencia a signos y síntomas ansiosos y el último ítem valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. En la población general se utiliza para señalar la posibilidad de TAG que deberá ser validado por un facultativo. **La referencia temporal es los últimos días en todos los ítems, excepto en el último ítem en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista (según el diagnóstico en varias semanas).** Cada ítem se valora por el entrevistador en una escala de 0 a 4 puntos (0= No presente. 1= Ligera. 2=Moderada. 3= Marcada. 4=Muy marcada) La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se puede obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 6 y 14) y a la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13), se aconseja su valoración a la hora de valorar los resultados de la misma.

0 a 5	No Ansiedad
6 a 14	Ansiedad leve
> 15	Ansiedad moderada o grave

Su duración aproximada es de 10-15 minutos. Se ha encontrado un coeficiente de α de Cronbach de 0,89. Los resultados obtenidos con muestra española indican una fiabilidad test-retest y una fiabilidad entre observadores de 0,92 [89].

2 Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) (Anexo 2): La versión inicial data 1960 [90] que fue modificada en 1967, la versión española fue adaptada por Conde y Cols en 1984 y reevaluada por Ramos-Brieva en 1986, aunque puede encontrarse en varias versiones en castellano (Bobes et al. 2002) [91]. La escala consta de 17 ítems heroaplicados que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo que señala la posibilidad de un Trastorno de Depresión que deberá ser validado por un facultativo. **El marco de referencia temporal es el de los últimos quince días.** Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación

que se evalúa con un baremo de 3 ó 5 puntos, cuyo rango va de 0-52 puntos según la gravedad de los síntomas que caracteriza el estado actual del paciente, se admite como punto de corte entre población normal y depresiva la puntuación de 18 [92]. La escala proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y se interpreta de la siguiente manera:

- 0-7: No deprimido**
- 8-13: Depresión ligera/menor**
- 14-18: Depresión moderada**
- 19-22: Depresión severa**
- >23: Depresión muy severa**

Su duración aproximada es de 30 minutos, se completa al final de una entrevista clínica por un terapeuta entrenado. Se ha encontrado una fiabilidad interexaminadores y correlación con la impresión clínica global de expertos en torno a 0,90. La validez concurrente con el BDI es de 0,60 (Vázquez y Sanz, 1991) [93].

3 *Inventario para la Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II) (Anexo 3)* que fue creada por Beck AT en 1978 y publicada en 1979 [94]. Su traducción y adaptación a la versión española es realizada por Carmelo Vázquez [95], profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, y su última versión, se realiza en noviembre del 2011 [96]. La escala es una escala de autoaplicada. Es un instrumento de auto informe de 21 ítems diseñado para evaluar la presencia y la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. Además, la escala puede permitir la identificación de personas con posible síndrome depresivo, pero no es un instrumento diagnóstico. En cada uno de los ítems la persona elige, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las **últimas dos semanas** [96], incluyendo el día en que completa el instrumento. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos. La suma total se puede obtener de 0 a 63. Los puntos de corte que se proponen para graduar el síndrome depresivo son los siguientes:

- 0 a 9 Ausente**
- 10 a 18 Leve**
- 19 a 29 Moderada**
- 30 a 63 Grave**

Su duración aproximada es de 5-10 minutos. Se ha encontrado un coeficiente de α de Cronbach de 0,87. Los resultados obtenidos con muestra española indican una fiabilidad test-retest de 0,70 al cabo de 3 meses y un de α de Cronbach de 0,80. En cuanto la validez concurre con la HDRS de Hamilton es de 0,73 para pacientes psiquiátricos y de 0,74 para sujetos de la población general [90].

- 4 Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Anexo 4)** que fue creada en 1983 por Zigmond y Snaith para medir los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes que acuden a un hospital de medicina general, sin patología psiquiátrica aparente que fue traducida al español por su propio autor; Snaith RP, en colaboración con A.Bulbena y G. Berrios. Se puede encontrar una versión de esta escala en Quintana. La escala es una escala de autoevaluación que contiene 14 ítems divididos en dos subescalas compuesta de 7 ítems intercalados para cada subescala: 7 para la ansiedad (rango 0-21) y 7 para la depresión (rango 0-21), en los que se hace referencia a la forma en la que **la persona con problemas médicos, no psiquiátricos, se ha sentido en la última semana** [65]. La respuesta es tipo Likert de 4 puntos, cuya calificación oscila entre los valores de 0 a 3. La prueba proporciona dos valores, uno para la ansiedad y otro para la depresión, aparecen de forma intercalada y en ambos la clasificación es:

0-7	normal
8-10	dudoso
≥ 11	problema clínico

Su duración aproximada es de 5 minutos. Se ha encontrado un coeficiente de α de Cronbach de 0,81 para la subescala de ansiedad y de 0,82 para la subescala de depresión en un estudio aplicado a pacientes psiquiátricos en España. En cuanto la validez convergente de la HAD muestra unas correlaciones moderadas con medidas de depresión como el BDI de 0,71 y 0,74 respectivamente (Tejero et al. 1986) [97].

- 5 Escala Verbal Numérica (EVN):** Es una escala que evalúa la percepción del dolor del paciente, el valor numérico que se obtiene va desde el 0 («no dolor») al 10 (el «peor dolor imaginable»). El investigador pregunta al usuario “en una escala de 0 al 10, donde cero es sin dolor y diez el peor dolor imaginable” ¿Cuál es la puntuación que usted presenta en cuanto a su nivel de dolor, en este instante? Su duración aproximada es de 2 minutos.

6 Cálculo media de estancia hospitalaria: Pretende informar sobre el promedio de duración de la estancia de un paciente en el hospital. Su fórmula es:

$$\text{Estancia Media} = \frac{\text{Suma total de días de estancias hospitalaria por sujeto.}}{\text{Sujetos hospitalizados}}$$

7 Cuestionario de recogida de variables socio demográficas (Anexo 5). El cuestionario de recogida de variables socio demográficas es creado para dicho estudio de investigación con la finalidad de recoger datos socio demográficos de la pareja, donante y receptor, de trasplante renal vivo que son relevantes como la edad, el sexo, el parentesco, el estado civil, tipo de religión, profesión y educación.

Procedimiento

La Unidad de Trasplante Renal de la Institución considera candidato a trasplante de donante vivo a todo aquel receptor que está en lista de trasplante renal. Así, tanto donante como receptor deben estar informados de los riesgos y beneficios asociados a la donación. El donante es una persona sana que por definición no presenta riesgos. Por lo tanto, el éxito del trasplante debe estar asegurado para llevarse a cabo, esto incluye no exponer a riesgos a ningún donante. Precisamente, el estudio de la pareja del donante y receptor debe contener el tipaje y la prueba de histocompatibilidad que confirma la viabilidad, una historia clínica completa, psicosocial y un examen físico minucioso.

El procedimiento se inicia con el estudio psicológico de la pareja donante-receptor para conocer su salud física y psicológica. Un profesional del Servicio de Psicología experto en psiconefrología y amplia experiencia en tratar aspectos psicosociales de pacientes con tratamientos sustitutivos renales contacta con la pareja de trasplante renal vivo, se presenta como miembro del equipo de psicología de la Unidad de Trasplante renal de la Fundación Puigvert y trata de acordar una fecha para proceder a una entrevista semiestructurada e individual con el donante y el receptor. La fecha y el lugar de la entrevista se adaptan a las necesidades de ambos. La entrevista tiene como finalidad un primer contacto con los sujetos para conocer la valoración actual de la salud mental, afectiva y psicosomática, identificar los factores de riesgo antes de la donación, indagar la dimensión altruista y verificar la generosidad del sujeto hacia la donación. Los instrumentos que utiliza durante la entrevista son la Escala de ansiedad Hamilton que mide el nivel de ansiedad y la Escala de depresión de Beck que evalúa el nivel de depresión. Si la puntuación que se obtiene en la escala de Beck es mayor a 17 se administra la escala de depresión Hamilton y si el resultado es mayor a 18 se desestima

el candidato, ya que puede presentar un diagnóstico clínico de depresión y es excluido del estudio. Si el estudio prosigue favorablemente y la pareja da su aceptación por escrito, la sintomatología de ansiedad-depresión que presenta la pareja donante-receptor previo al ingreso hospitalario sería definido como **Momento 0**.

Precisamente, cuando el estudio médico y psicológico está completo, con una valoración positiva de todos los especialistas, con el certificado del Comité de ética y el certificado de "Apto" por el Registro civil, en presencia del juez y el secretario, un miembro de la Unidad de Trasplante renal explica a la pareja donante-receptor el propósito del estudio cuyo único fin es disponer de información que permita desarrollar un protocolo de intervención para mejorar el bienestar de la pareja y en definitiva los resultados del tratamiento durante el ingreso hospitalario. Este entrega las hojas de información y el consentimiento informado, por duplicado a ambos candidatos que forman la pareja (donante-receptor). La aceptación, de ambos, a participar en el estudio implica que el equipo médico de trasplante contacta con el investigador principal, quien registra en la base de datos la pareja donante-receptor de trasplante renal de vivo y al grupo que pertenece. Asimismo, tiene en cuenta el grado de parentesco para la asignación de las próximas parejas con el fin de mantener la proporción de parentescos entre los grupos de comparación, hasta completar la muestra en cada grupo (18).

El investigador principal informa al equipo médico de trasplante a qué grupo pertenece la pareja de trasplante renal de donante vivo, compuesta por dos candidatos, el donante y el receptor. La realización de la petición de ingreso hospitalario es necesaria para la programación del procedimiento trasplante renal de donante vivo, de ambos candidatos, donante y receptor. Así, un miembro del equipo médico cumplimenta ambas peticiones de ingreso hospitalario y hace constar en las observaciones, de ambos, al grupo al que pertenece: estudio de investigación "Estancia hospitalaria Juntos" o "Estancia hospitalaria separados" con el fin de programar la admisión de la pareja al Centro.

Éste es el principio de la segunda parte de la investigación, dónde se selecciona el grupo control (estancia junta) o grupo experimental (estancia separada). El *grupo experimental* es aquel que durante el ingreso hospitalario está separado y el *grupo control* es el que permanece en la misma habitación durante todo el proceso del Trasplante Renal.

El tiempo que transcurre desde la entrevista psicológica a la entrada de la pareja donante receptor no supera al mes aproximadamente. El día del ingreso hospitalario, el servicio de Admisiones público agrupa o no a la pareja, en la misma habitación, dependiendo si en la hoja de ingreso consta el "grupo control" o "el grupo experimental".

Un miembro del Servicio de la Unidad de Trasplante Renal realiza la valoración al ingreso y en este segundo estudio, se establecen dos etapas dónde el receptor y donante serán evaluados en el mismo momento temporal por el personal de Enfermería: A) La tarde del día siguiente al ingreso, antes del proceso quirúrgico, es el **Momento 1**; es decir, cuando el donante y el receptor se encuentran en las habitaciones ingresados (juntos o separados), dejamos pasar un día, aproximadamente, para que los participantes se adapten a las condiciones y circunstancias de la hospitalización antes de llevar a cabo la evaluación psicológica de las escalas: Ansiedad de Hamilton, la depresión de Beck y el cuestionario socio demográfico y depende del resultado de la depresión de Beck se aplica por un facultativo la escala de la Depresión de Hamilton, B) Después del procedimiento terapéutico, es el **Momento 2**; El personal de enfermería valora el dolor post-quirúrgico del donante y receptor cada 8h y lo registra en la hoja para tal fin (la hoja Plan terapéutico). El día del alta hospitalaria el personal de enfermería procede a la entrega y cumplimentación de la batería de escalas: la escala de ansiedad y depresión (HAD), la ansiedad de Hamilton y la depresión de Beck. Además, la depresión de Hamilton según el resultado obtenido en la escala de depresión de Beck. En todos los casos, la selección se realizará según el orden en que los participantes serán ingresados, trasplantados y compartirán o no habitación.

Análisis estadístico

Los datos serán tabulados y analizados estadísticamente mediante el paquete estadístico SPSS 18.0 versión español para Windows. En una primera parte, se mostrarán los estadísticos descriptivos de todas las variables recogidas para cada uno de los grupos de estudio, presentando los resultados de frecuencia y porcentaje para los resultados de las variables de tipo cualitativas y para las variables de tipo cuantitativo los resultados de los índices de tendencia central y dispersión para las de tipo cuantitativo. Se comparará la relación entre los dos grupos en cuanto a las variables socio demográficas.

En una segunda parte, se presentará los resultados de los test estadísticos para la comparación de variables independientes entre el grupo control u experimental, siendo estos el test χ^2 de Pearson para las variables independientes cualitativas y el test t-student o Test Shapiro-Wilk para las variables independientes cuantitativas dado que la muestra es menor a 50. El nivel de significación fijado para todos los test es de $\alpha=5\%$.

Obteniéndose estadísticos descriptivos. Calculándose índices descriptivos, prueba ANOVA para muestras independientes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Durante la realización del estudio, las personas que deban manejar la información generada actuarán con la más estricta confidencialidad. Los datos serán recogidos y tratados de forma disociada, de acuerdo a lo que establece la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica. Así mismo, cualquier publicación o transmisión de los datos del estudio se realizará de forma que se asegure el anonimato de los sujetos participantes. El acceso a la información personal quedará restringido al investigador, personal autorizado y a las Autoridades Sanitarias, todos ellos sujetos al deber de confidencialidad. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, los clientes podrán ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones del estudio se encuentran que este se realiza en un solo centro lo que resta poder al estudio. Además, la utilización de dos escalas autoadministradas puede inducir a que el participante introduzca un sesgo de memoria y respuesta. Es decir, los individuos pueden informar de más síntomas de los que realmente tienen y esto puede producir de manera falsa puntuaciones altas; otros, en cambio, pueden negar síntomas y recibir, de manera falsa, puntuaciones bajas. Por último, las aplicaciones repetidas de las escalas pueden producir puntuaciones totales más bajas en las posteriores aplicaciones.

CRONOGRAMA

Para llevar a cabo el estudio se realizará un seguimiento y control de las actividades que considero oportunas para la elaboración del informe. Para ello, el programa informático Microsoft Project ayuda en la confección de un documento en el que constan las tareas planificadas y el tiempo empleado en la consecución de las mismas. Este programa se apoya en las técnicas más clásicas de planificación, que vienen determinadas por los diagramas de Gantt y Pert. El plan de acción comprende:

- A) Determinar las tareas que conlleva el proyecto: la búsqueda bibliográfica, la formulación de los objetivos/hipótesis, trabajo de campo, recolección, organización y procesamiento de los datos, análisis e interpretación de los resultados, conclusión y comunicación de los resultados e informe.
- B) Identificar las personas que trabajan en el estudio y las funciones: Investigador principal, investigadores secundarios y sujetos de estudio.

- C) Duración de las tareas, fecha de inicio y termino de las mismas.
- D) Evaluar el cumplimiento de las tareas y tiempos.

1ª FASE	sep-11	oct-11	nov-11	dic-11	ene-12	feb-12	mar-12	abr-12	may-12	jun-12
<i>Revisión bibliográfica</i>										
Formulación del estudio										
Desarrollo del proyecto de tesis										
Entrega proyecto escrito y defensa oral										
2ª FASE	oct-12	nov-12	oct-13	dic-13	mar-14	jun-14	jul-14	oct-14	jun-15	jun-16
<i>Revisión bibliográfica</i>										
<i>Presentación proyecto tesis doctoral</i>										
Recogida de datos										
Análisis de los datos										
Interpretación de los resultados										
Desarrollo del informe										
Informe a la OCAT										

IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

La difusión de los resultados serán enviados a la Organización Nacional de Trasplante Renal (ONT) y a la Organización de Trasplante Catalán (OCATT) con el propósito de ofrecer a los profesionales de la Salud de la comunidad científica los conocimientos sobre la experiencia hospitalaria de la pareja donante - receptor en el proceso de la donación renal de vivo, con el fin de innovar y hacer hincapié en compartir la habitación para disminuir la ansiedad y depresión que se genera en la estancia hospitalaria ante la donación y confeccionar la guía clínica nacional sobre la acogida hospitalaria de la pareja de trasplante renal en el proceso de la donación de vivo de los Hospitales españoles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la MOS. Informe científico. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: 1999. Página web. [Consultado el: 10/05/12]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/index.html 2/12>.
- [2] Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, 19-22 de junio 1946; Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, N°2.p.100. Página web. [Consultado el: 10/02/11]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
- [3] Soriano S. Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad crónica. Nefrología. 2004(6): 27-34. Página web. [Consultado el: 10/02/12]. Disponible en: <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P7-E237/P7-E237-S141-A3100.pdf>.
- [4] Rotellar E. Insuficiencia Renal Crónica. Barcelona: Médica y Técnica.S.A.;1976. p.1.
- [5] Rotellar E. Insuficiencia Renal Crónica. Barcelona: Médica y Técnica.S.A.;1976. p.8.
- [6] KDIGO Guideline for CKD Classification and Management. La National Kidney Foundation(NKT). Página web. [Consultado el: 9/05/12]. Disponible en: http://www.kdigo.org/clinical_practice_guidelines/CKD.php.
- [7] Alcázar R, Orte, González E, Gòrriz JL, Navarro J.F, Martín de Francisco, Egocheaga M^ªI, Álvarez E. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. Nefrología.2008;(3)273-282. Página web. [Consultado el: 22/11/11]. Disponible en: <http://www.senefro.org>.
- [8] Registro español de enfermos renales. Informe 2007. Página web. [Consultado el: 10/02/12]. Disponible en: www.senefro.org/consultado.
- [9] Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Datos de donación y trasplante 2011. Página web. [Consultado el 04/05/12]. Disponible en: <http://www.ont.es>.
- [10] Instituto Nacional de Estadística (INE). Página web. [Consultado el: 04/05/12]. Disponible en: <http://www.ine.es>.
- [11] Sociedad Española de Nefrología (SEN).Registros de Enfermos Renales (GRER). Informe 2009(Congreso Granada, 2010).Página web.[Consultado el: 28/05/2011] Disponible en:<http://www.senefro.org/modules.php?name=webstructure&idwebstructure=128>.
- [12] Thomas R, Kanso A, Sedor J.R.Enfermedad renal crónica y sus complicaciones. Atención Prim.2008;35(2):329-VII.

- [13] Coresh J, Selvin E, Stevens LA, et al. Prevalence of chronic Kidney disease in the United States. *Jama Journal of the American Medical Association*. 2007;298(17):2038-47. www.jama.com.
- [14] Organización Catalana de Trasplante (OCATT). Registro. Página web. [Consultado el:04/05/12]. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.41e04b39494f1be3ba963bb4b0c0e1a0/?vgnextoid=8064ec04e5b2f210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=8064ec04e5b2f210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default>.
- [15] Registro español de enfermos renales. Versión preliminar 2010. Página web. [Consultado el:10/05/12]. Disponible en: <http://www.OCATT.es>.
- [16] Rosansky, S. The Sad Truth About Early Initiation of Dialysis in Elderly Patients. *JAMA*.2012;307(18).1919-1920.
- [17] Doñate T. Guías de diálisis peritoneal y la práctica diaria. *Nefrología*.2005;25(2):33-8.
- [18] Lampreabre I, Gainza J, Záruga S. Trasplante renal procedente de donante vivo. *DyT* 2005;26(4):161-8.
- [19] Burgos FJ. Justificación del trasplante renal (TR) con donante vivo. *Clínicas Urológicas de la Complutense*. Madrid. UCM;1999. p. 661-673.
- [20] Massó J. El intercambio de riñones y la matemática discreta. País Vasco: Paseo por la Geometría;2010.p.1-22.
- [21] Alarcón A, Millán R. Intervención psiquiátrica previa al Trasplante renal. *Colomb. Psiquiat*.2009;38(4):654-9.
- [22] Segev DL, Muzaale AD, Caffo BS, Mehta SH, Singer et al. Perioperative Mortality and Long-term Survival Following Live Kidney donation. *JAMA*.2010;303(10):959-966(DOI:10.1001/JAMA.2010.237). Página web. [Consultado el: 15-07-11]. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/303/10/950>.
- [23] Khedmat H, Taheri S. Ethical Disputes in Living Donor Kidney Transplantation: What Should We Do to Save Lives?. *Saudi J. Kidney Dis Traspl*.2010;21(5):971-4.
- [24] Arrieta. Evaluación económica del tratamiento sustitutivo renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante) en España. *Nefrología*.2010;1(Supl Ext 1):37-47.
- [25] Valdés C, Ortega F. Avances en la calidad de vida relacionada con la salud y trasplante renal. *Nefrología*.2006;26(2):157-62.
- [26] Dew MA, Swtzer GE, Goycoolea JM et al. Does transplantation produce quality of life benefits? *Transplantation*.1997;64(9):1261-1273.
- [27] Isla P, Moncho J, Torras A, Oppenheimer F, Fernández-Cruz L, Ricart MJ. Quality of life in simultaneous pancreas-kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation*.2009;23:600-5.

- [28] Hajji S, Cheddali K, Medkouri G, Zamd M, Hachim K, Benghanem GM, Ramdani B. Profile of Living Related Kidney Donors: a Single Center Experience. Saudi J Kidney Dis Traspl.2010;21(5):967-70.
- [29] Friedlaender M. A Protocol for Paid Kidney Donation in Israel. IMAJ.2003;5:611-4.
- [30] Mariano S, Chávez PR, Averillaga. Actitud del donador vivo en pre y post-trasplante de riñón. Rev Enferm IMSS.2000;8(1):11-6.
- [31] Devra A, Patel S, Shah S. Laparoscopic Right Donor Nephrectomy: Endo TA Stapler is Safe and Effective. India. Rev Saudi J Kidney Dis Traspl.2010; 21(3):421-5.
- [32] Domínguez-Gil B, Oliva M, Martín E, Cruzado JM, Pascual J, Fernández G. Situación actual del trasplante renal de donante vivo en España y otros países: pasado, presente y futuro de una excelente opción terapéutica.Nefrología.2010;30 Suppl (2):3-13.
- [33] Felipe C, Oppenheimer F, Plaza J. Trasplante renal de donante vivo: una opción terapéutica real. Nefrología.2000;20:8-21.
- [34] Ley 18/1950, sobre la obtención de piezas anatómicas para injertos, procedentes de cadáveres (BOE nº 353: de 19.12.1950).
- [35] Ley 30/1979, de 27 de Octubre, se dictan las disposiciones sobre la extracción y el trasplante de órganos (BOE nº 266, de 06.11.1979).
- [36] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE nº 102, de 29.04.1986).
- [37] Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, se regulan actividades y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos (BOE Nº 3, de 4.01.2000).
- [38] Murphy F, Byrne G. Ethical issues regarding live kidney transplantation.British Journal of Nursing.2007;16(19):1224-9.
- [39] Organización Mundial de la Salud (OMS). Principios rectores de la OMS sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos consignados en el documento EB 123/5 en el Consejo Ejecutivo, en su 123ª reunión, el 26 de mayo del 2008. Página web. [Consultado el: 9/05/12]. Disponible en: http://www.transplantatievereniging.nl/uploads/82/168/WHO_Guiding_Principles_Transplantation_EB123.pdf.
- [40] Organización Nacional de Trasplante (ONT). Página web. [Consultado el: 2/03/12]. Disponible en: <http://www.ont.es/Documents/Datos2011.pdf>.
- [41] Organización Catalana de Trasplante (OCATT). Página web. [Consultado el:04/05/12].Disponible en: <http://www.ocatt.es/>
- [42] United Network for Organ Sharing. Página web. [Consultado el:9/05/12].Disponible en: <http://www.unos.org>.

- [43] Eurotransplant International Foundation. Página web. [Consultado el: 9/05/12]. Disponible en: <http://www.eurotransplant.org/cms/>.
- [44] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gabinete de Prensa. La ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad presenta el balance de la Organización Nacional de trasplantes en 2011. Página web. [Consultado el: 2/03/12]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?metodo=detalle&id=2319>.
- [45] Organización Mundial de la Salud (OMS). La financiación de los sistemas de salud. Página web. [Consultado el: 4/05/12]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf.
- [46] Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2012. Página web. [Consultado el: 4/05/12]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259924856416&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratuitas.
- [47] Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades crónicas. Página web. [Consultado el: 4/05/12]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/index.html.
- [48] The consensus Statement of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor. The Ethics Committee of the Transplantation Society. Transplantation 2004;78:491-2.
- [49] Kasiske BL, Ramos EL, Gaston RS et al. The evaluation of renal transplant candidates: Clinical practice guidelines. J Am Soc Nephrol. 1995;6:1.
- [50] Leitch A, Becker BN, Frost AE, et al. Guidelines for the referral and management of patients eligible for solid organ transplantation. Transplantation 2001;71:1189.
- [51] Cuñado-Barrio A, Legarre-Gil MJ, Ruiz-Castón J, Silveira-delaTorre J, Caballero-Martínez L, García-López F. Efecto de una visita enfermera estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Ensayo clínico aleatorizado. Enfermería Clínica. 1999;9(3):98-104.
- [52] 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. Psicopatología y Psicología Clínica:2000:5(1)71-87.
- [53] Chung E, Grant A, Hibbert A, Sprott P. Why potential live renal donors prefer laparoscopic nephrectomy: a survey of live donor attitudes. Journal compilation BJU International. 2007;100:1344-6.
- [54] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD. Registro de altas. Informe resumen 2010. Página web.

- [Consultado el: 18/05/12]. Disponible en:
http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticos/docs/Hospitalizacion_SNS_CMBD_Informe2010.pdf.
- [55] Matesanz R. El modelo español de coordinación y trasplantes, 2ª ed.p.2. Página web. [Consultado el: 18/05/12]. Disponible en:
www.ont.es/publicaciones/Documents/modeloespanol.pdf.
- [56] Organización Mundial de la salud. Página web. [Consultado el 9/05/12].Disponible en:
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-14-s.pdf>.
- [57] Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gabinete de Prensa. El secretario general de Sanidad presenta el balance de la Organización Nacional de trasplantes en 2010. Página web. [Consultado el 15/07/11]. Disponible en:
<http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1977>.
- [58] Pérez MA, Martín A, Galán A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. International Journal of Clinical and Health Psychology.2005;5(1):99-114.
- [59] Salud mental: un estado de bienestar. Octubre 2011: [Consultado el: 9/05/12]. Organización Mundial de la Salud. Página web. [Consultado el 9/05/12]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html.
- [60] Organización Mundial de la Salud. Carga de los trastornos mentales y conductuales. Página web. [Consultado el: 9/05/12] Disponible en:
www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf.
- [61] Organización Mundial de la Salud (OMS). Página web. [Consultado el: 9/05/12]. Disponible en:http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index.ht.
- [62] Rojas E. La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones,18ªed.Madrid:Temas de Hoy; 1998.p.29.
- [63] Davey GL, Tallis F, Capuzzo N. Beliefs about the consequences of worryung.Cognitive Therapy and Research.1996;5:199-520.
- [64] Conesa C, Rios A, Ramírez P, Rodríguez MªM, Parrilla P. La población ante una nueva realidad del trasplante: el donante vivo. Encuesta de opinión. Cir.Esp 2003; 74(4):228-34.
- [65] Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of Psychopathology in General Medical Inpatients to Use and Cost of Services. Am J.Psychiatry.1990;147(11)1498-1503.
- [66] Pritchard MJ. Managing anxiety in the elective surgical patient. British Journal of Nursing. 2009;18(7):416-9.
- [67] Martín P, Errasti P. Trasplante Renal.an. Sist. Sanit.Navar.2006;29(Supl.2):79-92.

- [68] Grau A, Suñer R, Abulí P, Comas P. Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Med Clin*.2003; 120(10):370-5.
- [69] Rundell J, Hall R. Psychiatric Characteristics of Consecutively Evaluated Outpatient Renal Transplant Candidates and Comparisons With consultation-Liaison Inpatients.*Psychosomatics*.1997;38:269-276.
- [70] Rojas E. La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones,18ªed.Madrid:Temas de Hoy; 1998.p.45.
- [71] Fernández A, López I. Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *Rev Int J Clin Health Psychol*. 2006;6(3):631-645.
- [72] Jiménez S, Chávez P, Arevillaga A. Actitud del donador vivo en pre y postrasplante de riñón. *Rev Enferm IMSS*; 8(1):11-6.
- [73] Guirado L, Díaz J.M, Facundo C, Alcaraz A, Rosales A y Solà R. Resultados del trasplante renal de donante vivo. *Nefrología*.2005; 25(2):67-72.
- [74] Pérez MA, Martín A, Pérez J. Salud mental de los familiares de los trasplantados. *Psicothema*.2005;17(4):651-6. www.psycothema.com.
- [75] Virzi A, Signorelli MS, Veroux M, Giammarresi G, Maugeri S, Nicoletti a et al. Depression and Quality of life in living related Renal transplantation. *Transplantation Proceedings*.2007;39:1791-3.
- [76] Galán A, Pérez MA, Martín A, Borda M. Calidad de vida de los trasplantados en relación a otras situaciones médicas estresantes vividas por los enfermos pulmonares. *Psicothema*.2008;20(2):266-72. www.psycothema.com.
- [77] Organización Mundial de la Salud (OMS). Página web. [Consultado el: 9/05/12]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/>.
- [78] Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en Enfermería,7ªed. Barcelona:Elsevier; 2011.p.309-333.
- [79] Martínez del Pozo M, Segarra M, Vilaplana X, Fernandez E y De la Morena J. Estudio psicológico de la pareja donante-receptor en el trasplante renal de donante vivo (TRDV) Actividad Fundación Puigvert. 2005;24(4):164-88.
- [80] Nateson S. Donación de órganos:una mirada psicológica. *Psicodebate 6:Psicología. Cultura y Sociedad*.140-8. Página web. [Consultado el: 2/07/11]. Disponible en: www.palermo.edu/cienciassociales/.../pdf/.../6Psico%2010.pdf.
- [81] Sanner M. The donation process of living kidney donor. *Rev.Nephrol Dial Transplant*.2005;20:1707-13.
- [82] Lima DX, Petroianu A, Lynn Heather. Quality of life and surgical complications of kidney donors in the late post-operative period in Brazil. *Rev. Nephrol Dial Trasplant.Brazil*. 2006;21:3238-42.

- [83] Organización Mundial de la Salud (O.M.S). Trastornos mentales y de comportamiento de la décima revisión de la clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10). Ginebra: Organización Panamericana de la Salud;1999.p.110.
- [84] Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª ed. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud;1995.p.320.
- [85] Rojas E. La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones,18ªed.Madrid:Temas de Hoy; 1998.p.99.
- [86] Muñoz, J.M. Manual del dolor agudo postoperatorio. Ergon. Madrid. 2010.p.5.
- [87] García A. En máster en Administración y Gestión en Enfermería. A Barcelona: EUI Santa Madrona;2009.
- [88] Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology 1959;32:50-55.
- [89] Lobo A, Charmorro L, Luque A, Dal-Ré, Badía X, Baró E et.al. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la Ansiedad. Med Clin.2002;118(13):493-9.
- [90] Hamilton M. A rating scale for depression. Journal of Neurology Neurosurgery and psychiatry.1960;23:56-62.
- [91] Bobes J, Bulbena A, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N et al. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6,17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clín.2003;120(18):693-700.
- [92] Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P. Medición Clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona. Masson.2003.p.298.
- [93] Vázquez C, Sanz J. Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En Belloch A, Ibáñez E.Manual de Psicopatología.Vol2.Valencia:Promolibro;1991.p.717-84.
- [94] Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory:Twnty-five years of evaluation.Clin Psychol.1988;8:77-100.
- [95] Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck.Psicothema.1998;10(2)303-318.
- [96] Sanz J, Vázquez C. Manual BDI-II. Adaptación española del Inventario de depresión Beck-II. Pearson Education.Madrid.2011.
- [97] Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, Peri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depresión Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. Rev Psiquiatría Facultad de Medicina de Barcelona.1986;13:233-8.

ANEXOS

Investigador Principal: Maite Alonso Torres

Estudio: "Estudio ansiedad-depresión de la pareja de Donante y Receptor de Trasplante Renal vivo y la asociación con los parámetros relacionados con la estancia hospitalaria".

_____ Iniciales del Participante

Información del estudio y consentimiento informado

Este documento de consentimiento informado le informará en qué consistiría su participación en este proyecto de investigación. Es importante que usted lea este material cuidadosamente y qué luego decida voluntariamente si desea participar.

El proyecto de investigación para el que le pedimos su participación tiene por título **"Estudio ansiedad-depresión de la pareja de Donante y Receptor de Trasplante Renal vivo y la asociación con los parámetros relacionados con la estancia hospitalaria"**.

Naturaleza del proyecto

La Salud de las personas es una preocupación creciente de muchos países y organizaciones internacionales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y para ello se necesita realizar estudios de investigación.

Objeto del estudio

Con este estudio, que realizamos en la Fundación Puigvert, queremos describir cuales son las características y condiciones, como la edad, el sexo, el parentesco, el estado civil...etc. que están más relacionadas con el estado afectivo, el físico, la duración y el tipo de estancia hospitalaria (juntos o separados) mientras usted permanece en el Hospital.

¿En qué consiste el estudio?

Si acepta participar deberá firmar un formulario de consentimiento que permite al equipo investigador hacer uso de sus datos sobre las tres escalas que fueron cumplimentados por usted, antes del ingreso hospitalario del procedimiento del trasplante renal de donación de vivo. A continuación, observará que dispone cinco cuestionarios. Tres de ellos, conocidos por usted, sobre la valoración de los niveles de ansiedad y los niveles de depresión, mencionados con anterioridad, un cuestionario sobre la sintomatología de ansiedad y depresión durante el ingreso hospitalario (escala de ansiedad y depresión hospitalaria) y otro cuestionario con parámetros socio demográficos. Todos los cuestionarios deberán ser cumplimentados durante su ingreso hospitalario. Una vez que los datos están recogidos por el investigador, se guardarán informatizados en unos ficheros diseñados para la investigación y por ello, no aparece ni su nombre ni ningún dato que pueda identificarlo.

¿Cuál es su duración?

Se espera que su participación en la investigación tenga una duración de tiempo equivalente al tiempo que usted permanezca ingresado. El número de participantes previstos en el estudio son de 36 parejas de donante-receptor de Trasplante Renal vivo, equivalente a un año y medio de estudio. El lugar dónde se realizará es en la Fundación Puigvert.

¿Debo participar?

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si decide no participar, se considerará como no participante y su decisión no influirá en la atención que usted presta y recibe ahora o en el futuro. Además, en el caso que usted acepte participar, sepa que puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia negativa y sin tener que dar explicaciones. Por lo tanto, se destruirá toda información de los ficheros relacionados con la información facilitada.

¿Si presento dudas o preguntas?

En cualquier momento Ud. podrá comunicarse con la investigadora principal: Maite Alonso Torres, supervisora de Unidades de Hospitalización de Clínica, teléfono: 934169700 (Ext. 4475) para aclarar sus dudas, problemas e incluso puede Ud. retirar este consentimiento, así como acceder, modificar o cancelar sus datos.

Beneficios

El beneficio del estudio es profundizar si se modifica el estado de ansiedad y depresión durante la estancia hospitalaria con el fin de diseñar posteriormente una guía de actuación adecuada a este proceso. A su vez, los resultados de esta investigación beneficiarán a la población en general.

Riesgos e inconvenientes

No se considera que las intervenciones previstas tengan ningún riesgo para su salud, y los únicos inconvenientes se derivan de tener que responder algunas preguntas en diversos momentos del estudio. Además, no le supondrá ningún coste económico adicional y en ningún caso Ud. como participante recibirá compensación económica por ello.

Aspectos éticos y compromiso de confidencialidad.

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundación Puigvert (lo será después que el Tribunal de la UIC lo acepte). Todos los datos obtenidos de este estudio se tratarán confidencialmente, de forma que en ninguna documentación del proyecto, informe o publicación de los resultados aparecerá ningún dato que le pueda identificar. En todos los casos se mantendrá la confidencialidad de los datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal. Los resultados de este estudio podrán utilizarse en presentaciones, publicaciones o futuras investigaciones científicas. Si lo desea, podrá ser informado/a de los resultados generales que se deriven de la investigación.

Un Comité Ético de la Fundación Puigvert ha aprobado el protocolo del estudio y el de esta Hoja de Información y Consentimiento Informado.

Formulario de consentimiento

Dña. _____

DECLARO haber leído la hoja de información sobre el estudio “estudio ansiedad-depresión de la pareja de Donante y Receptor de Trasplante Renal vivo y la asociación con los parámetros relacionados con la estancia hospitalaria”.

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He sido informado/a suficientemente por el Dr/Dra. _____

ACEPTO libre y voluntariamente participar en el mencionado estudio sabiendo que

Puedo retirarme cuando quiera

Sin tener que dar explicaciones

Sin que esto repercuta en el trato que se me dispensará como usuario/a durante la estancia hospitalaria

DESEO ser informado/a de los resultados obtenidos

Sí

No

Firma y nombre del participante informante.

Firma y nombre del investigador.

Fecha: _____

Fecha: _____

INSTRUMENTOS

Anexo 1: Escala de Hamilton para ansiedad (HAS)

Instrucciones para el profesional:

Este cuestionario consiste en 13 grupos de afirmaciones y 1 ítem que valora el comportamiento durante la entrevista. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, rodee con un círculo la respuesta de cada pregunta acerca de la ansiedad. La diferencia temporal son los últimos días en todos los ítems (según el diagnóstico en varias semanas).

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Anexo 2: Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS)

Este cuestionario consiste en 17 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, rodee con un círculo la respuesta de cada pregunta acerca de la depresión del paciente que más se aplique.

		RESPUESTA	PUNTAJOS
1 Humor depresivo (tristeza, desesperación, autodesprecio)	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- expresado sólo tras búsqueda específica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- expresado verbal y espontáneamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- expresado con expresión y actitud propensas al llanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- expresado verbalmente y con tendencia al llanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Sentido de culpabilidad	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- se recrimina a sí mismo, tiene la impresión de haber causado daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- idea de culpa o de reflexión sobre errores pasados o acciones condenables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ideas delirantes de persecución	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Tendencia al suicidio	- alucinaciones amenazantes visuales y/o auditivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- tiene la impresión de que no vale la pena vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- desea morir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Insomnio al principio de la noche	- ideas o actitudes suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- tentativa de suicidio (evaluar cada intento serio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- dificultad esporádica para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Insomnio en plena noche	- dificultad constante para conciliar el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sueño agitado y turbado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Insomnio matinal	- desvelo nocturno (valorar todas las veces que se levanta de la cama)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- despertar precoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Trabajo y actividad	- incapacidad de volver a dormir si se levanta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ninguna dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pensamiento y sensación de incapacidad, astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- pérdida de interés en la actividad profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- disminución del tiempo de actividad o de la productividad (en hospital, puntuar 4 si no pasa al menos 3 horas en actividad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Lentitud (ideomotora y del lenguaje, dificultad para concentrarse)	- ha dejado su trabajo a causa de la enfermedad (en hospital, puntuar 4 si no desarrolla ninguna actividad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ausente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- ligera lentitud al contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- manifiesta lentitud al contacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- contacto difícil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- estupor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESPUESTA	PUNTAJACION	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	9 Agitación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- ausente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- juega con las manos, con el pelo, etc.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- se retuerce las manos, se come las uñas, se tira del pelo, se muerde los labios
<input type="text"/>	<input type="text"/>	10 Ansiedad psíquica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- ausente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- tensión subjetiva e irritabilidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- se preocupa por problemas menores
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- inquietud, que se aprecia en la expresión del rostro y en el habla
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- llanto sin motivo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	11 Ansiedad somática (concomitante físico de la ansiedad)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- ausente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- discreta (gastrointestinal, sequedad de boca, trastornos digestivos)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- media
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- grave (palpitaciones, cefalea)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- incapacidad funcional (hiperventilación, micción frecuente, etc.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	12 Síntomas somáticos gastrointestinales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- ausentes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- pérdida del apetito. Sensación de pesadez abdominal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- dificultad para alimentarse si no se le estimula
<input type="text"/>	<input type="text"/>	13 Síntomas somáticos generales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- ausentes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- pesadez en articulaciones, espalda o cabeza. Astenia, cefalea, mialgias
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- síntomas anteriores muy severos
<input type="text"/>	<input type="text"/>	14 Síntomas genitales (pérdida de la libido, trastornos menstruales)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- ausentes
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- leves
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- graves
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- no estudiados
<input type="text"/>	<input type="text"/>	15 Hipocondría
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- ausente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- atención concentrada en el propio cuerpo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- preocupación por la salud propia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- lamentaciones frecuentes, petición de ayuda, etc.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- ideas delirantes hipocondríacas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	16 Pérdida de peso (subjetiva)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- ausente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- probable pérdida de peso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- pérdida de peso cierta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Pérdida de peso (objetiva)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- menos de 500 g por semana
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- más de 500 g por semana
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- más de 1 kg por semana
<input type="text"/>	<input type="text"/>	17 Toma de consciencia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- reconoce que está deprimido y enfermo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- reconoce que está enfermo pero lo atribuye a la comida, al clima, a un virus, al estrés, etc.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- niega estar enfermo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	PUNTAJACION TOTAL

Anexo 3: Inventario para la Depresión de Beck-Segunda Edición (BDI-II)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de Fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.</p>	<p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo.</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.</p> <p>8. Auto-Críticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
---	---

____ Puntuación Página 1

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE ➡

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el Patrón de Sueño.</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>1a Duermo algo más de lo habitual. 1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual. 2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual. 1 Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito. 3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
--	---

____ Puntuación Página 1

____ Puntuación Página 2

____ PUNTAJE TOTAL (Págs. 1+2)

Anexo 4: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Este cuestionario está confeccionado para saber cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y marque con una cruz la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la **ÚLTIMA SEMANA** (marque una única respuesta para cada pregunta).

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho. Le recordamos que todas sus respuestas son confidenciales.

1- Me siento tenso/a y ansioso/a

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

2- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre

- Ciertamente, igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

3- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

4- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas

- Igual que siempre
- Actualmente, algo menos
- Actualmente, mucho menos
- Actualmente, en absoluto

5- Tengo la cabeza llena de preocupaciones

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

6- Me siento alegre

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

7- Soy capaz de permanecer sentada tranquila y relajadamente

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

8- Me siento lenta/o y torpe

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

9- Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

10- He perdido el interés por mi aspecto personal

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho

11- Me siento inquieta/o como si no pudiera parar de moverme

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

12- Espero las cosas con ilusión

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

13- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

14- Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

Anexo 5: Cuestionario de recogida de variables socio demográficas.



CUESTIONARIO

SOBRE

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA

PAREJA DONANTE RECEPTOR DE

TRASPLANTE RENAL VIVO

Dirigido por:

M. Alonso Torres

**Supervisora de Unidades de Hospitalización de Clínica de la Fundación Puigvert y
tutora académica de la Universidad Internacional de Cataluña.**

Le solicito que señale

Cuestionario N°.....

N° Cuestionario.....

Fecha de cumplimentación.....

Apreciado/a Sr./Sra./Srto/Srta. Le invito que señale con una cruz la respuesta correcta.

Ej. ¿Qué sexo tiene? **Hombre** **Mujer**

1) ¿Qué sexo tiene? **Hombre** **Mujer**

2) ¿Qué edad tiene Usted?..... (Años)

3) ¿Qué parentesco les une?

- Matrimonio, pareja
- De padres a hijos
- De hijos a padres
- Entre hermanos
- Entre amigos
- Otros

4) ¿Está Usted?:

- Casado/a
- Soltero/a
- Divorciado/a-Separado/a
- Viudo/a

5) ¿Cuál es su situación laboral?:

- Trabaja asalariado/a-por cuenta propia
- Estudia
- Paro-desempleo
- Jubilado/a-Pensionista
- No sabe/ no contesta

6) ¿Qué nivel de estudios tiene Usted?

- Leer, escribir o menos
- Estudios Primarios
- Estudios Secundarios
- Estudios Medios
- Estudios Universitarios
- No sabe/ no contesta

7) ¿Cuál es su profesión?

- Cuenta ajena fijo
- Cuenta ajena eventual
- Sus labores
- Autónomo y empresarios
- Contrato de prácticas
- Paro/desempleo
- No sabe/ no contesta

8) ¿Cómo cree Usted qué es su nivel de ingresos?

- Bajo
- Medio
- Alto

9) ¿Tiene Usted descendientes?

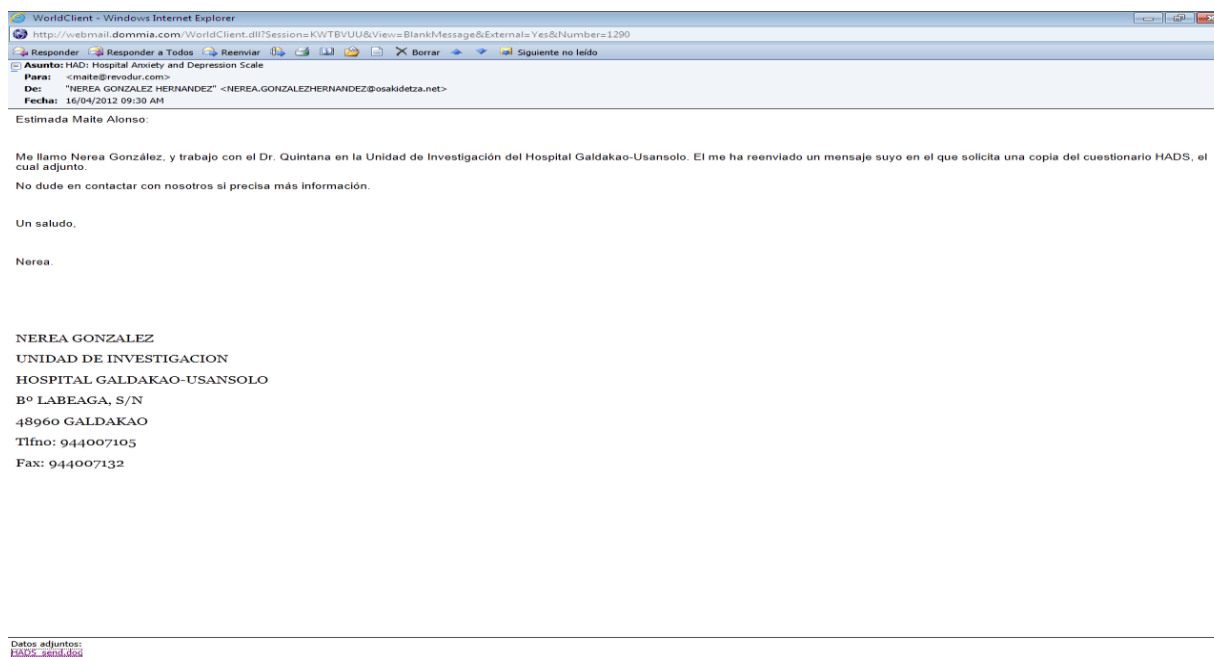
- Sí
- No
- No sabe/ no contesta

10) ¿Cuál es su religión?

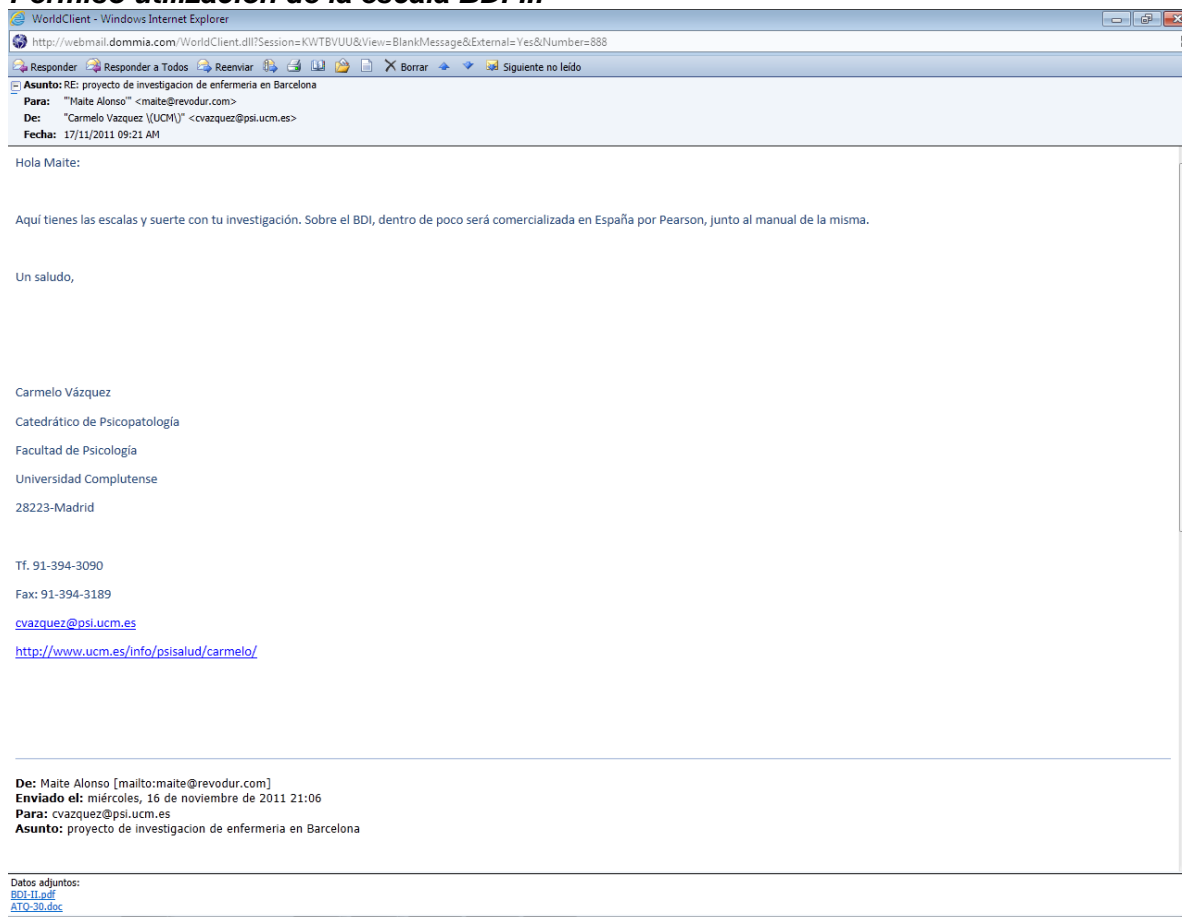
- Cristiana
- Islámica
- Testigo Jehová
- Evangelista
- Protestante
- Ninguna, Ateo
- No sabe/ no contesta

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE LAS ESCALAS

Permiso utilización de la escala HADS:



Permiso utilización de la escala BDI-II:



Permisos para la utilización de las escalas: Ansiedad de Hamilton y Depresión de Hamilton:

Alonso Torres, M^a Teresa

De: Javier Ballesteros [javier.ballesteros@ehu.es]
Enviado el: 2012-04-10 16:22
Para: maite@revodur.com; Alonso Torres, M^a Teresa
CC: edugonfra@hotmail.com
Asunto: Re: RV: proyecto testis doctoral [Escaneado][Puntuación Spam: 8%]

Estimada Maite,
Por supuesto ningún problema en que las utilices. Si necesitas algo mi dirección de la universidad está en la firma.
Saludos,
Javier

"GLEZ. FRAILE EDUARDO" <egonzalezf@aita-menni.org> escribió:

>
> -----Mensaje original-----
> De: Maite Alonso [mailto:maite@revodur.com] Enviado el: lunes, 09 de
> abril de 2012 23:41
> Para: iip@fundacion-iip.org
> Asunto: proyecto testis doctoral [Escaneado][Puntuación Spam: 8%]
>
>
> Apreciado, Dr. Ballesteros
>
> Mi nombre es Maite Alonso Torres, estudiante de 2º Curso del Máster
> Universitario de Enfermería de la Universidad Internacional de
> Cataluña y supervisora de Enfermería de la Fundación Puigvert de
> Barcelona.
> La presente es para solicitarle la autorización para hacer uso de
> varias escalas con el fin de llevar a cabo una tesis doctoral sobre el
> "estudio de ansiedad-depresión de la pareja trasplante renal donante
> vivo durante su estancia hospitalaria".
>
> Los instrumentos que desearía utilizar son:
> Escala de ansiedad de Hamilton y la Escala de depresión de Hamilton
> que fue traducida y adaptada por usted.
>
> Agradecida por su colaboración
>
> Maite Alonso Torres
> Supervisora de Enfermería
> Fundación Puigvert
> Barcelona
> maite@revodur.com
> malonso@fundacio-puigvert.es
>
>

--
Javier Ballesteros, MD, PhD
University of the Basque Country, UPV/EHU Dept of Neuroscience - Psychiatry Barrio
Sarriena s/n 48940 Leioa Spain
E-mail: javier.ballesteros@ehu.es
Mobile phone: 659 948 465
Skype: javier.ballesteros72

TABLAS Y FIGURAS

➤ *Tabla VI: Evolución de la Actividad de Donación y Trasplante en España*

	Año 2010		Año 2011		Variación 2010-2011
	Total	pmp	Total	pmp	
Población x 10 ⁶	47,02		47,19		
Donantes de órganos	1502	32	1667	35,3	11,0%
Total Trasplantes Renales.	2225	47,3	2498	52,9	12,3%
(Donante vivo)	(240)	(5,1)	(312)	(6,6)	(30,0%)
(Donación Asistolia)	(158)	(3,4)	(140)	(3,0)	-(11,4%)
Trasplantes Hepáticos	971	20,7	1137	24,1	17,1%
(Donante vivo)	(20)	(0,4)	(28)	(0,6)	(40,0%)
(Donación Asistolia)	(18)	(0,4)	(8)	(0,2)	
Trasplantes Cardíacos	243	5,2	237	5,0	-2,5%
Trasplantes Pulmonares	235	5,0	230	4,9	-2,1%
Trasplantes de Páncreas	94	2,0	111	2,4	18,1%
Trasplantes de Intestino	5	0,1	9	0,2	80,0%
	Total Tx 2010		Total Tx 2011		Variación
	3.773		4.222		11,9%

➤ *Tabla VII: Donantes de órganos en España 2010-2011.*

Población en millones	Año 2009		Año 2010		Año 2011	
	Total	pmp	Total	pmp	Total	pmp
	46,75		47,02		47,19	
CC.AA	Total	pmp	Total	pmp	Total	pmp
ANDALUCÍA	292	35,2	261	31,2	308	36,6
ARAGON	44	32,6	40	29,6	48	35,6
ASTURIAS	45	41,3	40	37,0	50	46,3
BALEARES	36	32,7	34	30,6	37	33,3
CANARIAS	70	33,3	75	35,4	73	34,3
CANTABRIA	36	61,0	26	44,1	40	67,8
CASTILLA LA MANCHA	53	25,5	58	27,6	60	28,3
CASTILLA y LEON	87	34,0	103	40,2	106	41,4
CATALUÑA	265	35,4	201	26,8	238	31,6
COM. VALENCIANA	164	32,2	154	30,1	166	32,4
EXTREMADURA	30	27,3	22	19,8	38	34,2
GALICIA	85	30,4	85	30,4	87	31,2
LA RIOJA	18	56,3	14	43,8	20	62,5
MADRID	223	34,9	231	35,8	215	33,1
MURCIA	52	35,9	45	30,8	57	38,8
NAVARRA	20	31,7	18	28,1	21	32,8
PAIS VASCO	83	38,2	92	42,2	100	45,9
Ciudad A. de Ceuta	1	12,5	0	0,0	1	12,5
Ciudad A. de Melilla	2	28,6	3	37,5	2	25,0
TOTAL DEL ESTADO	1606	34,4	1502	32	1667	35,3

➤ *Tabla VIII: Trasplantes renales por comunidades autónomas (2008-2011)*

TRASPLANTES RENALES POR COMUNIDADES AUTONOMAS				
CC.AA	2008	2009	2010	2011
Andalucía	367	381	330	426
Aragón	55	66	65	74
Asturias	40	46	43	53
Baleares	46	45	43	43
Canarias	126	103	104	116
Cantabria	27	46	42	48
Castilla -La Mancha	51	51	54	59
Castilla y León	86	79	93	85
Cataluña	471	524	460	581
C. Valenciana	198	209	209	190
Extremadura	35	33	32	44
Galicia	120	127	131	146
La Rioja				10
Madrid	407	417	420	406
Murcia	45	48	47	54
Navarra	26	35	25	40
País Vasco	129	118	127	123
Total del Estado	2.229	2.328	2.225	2.498
Trasplantes de donante vivo	156	148	240	312
Trasplantes Infantiles	62	235	58	63

➤ **Figura I:** Continuum de los síntomas depresivos.

