



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Protocolo unificado para la evaluación psiquiátrica y psicológica de candidatos a trasplante de órganos y tejidos, PSI-CAT[☆]



Sara Guila Fidel Kinori^{a,*}, Antonio Alcántara Tadeo^b, Esther Castan Campanera^c, Gemma Costa Requena^a, Crisanto Diez Quevedo^d, Anna Lligoña Garreta^e, Ana Lopez Lazcano^e, Montserrat Martínez del Pozo^f, Teresa Rangil Muñoz^d y Josep María Peri Nogués^e, en nombre del Grupo de Trabajo de evaluación psiquiátrica y psicológica de la Organización Catalana de Trasplantes

^a Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

^c Servicio de Psiquiatría, Hospital Santa Maria de Lleida, Lleida, España

^d Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^e Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínic, Barcelona, España

^f Fundació Puigvert, Barcelona, España

Recibido el 27 de septiembre de 2013; aceptado el 29 de enero de 2014

Disponible en Internet el 8 de abril de 2014

PALABRAS CLAVE

Trasplante;
Evaluación
psiquiátrica
y psicológica;
Protocolo

Resumen

Introducción: El trasplante es la opción terapéutica que ofrece mayor supervivencia y calidad de vida frente al fallo de un órgano. Los aspectos psiquiátricos y psicológicos de los candidatos a trasplante son relevantes, especialmente en la etapa de evaluación previa, pues la influencia de estos factores puede dificultar la evolución posquirúrgica, tanto en la supervivencia del órgano implantado como en la calidad de vida de la persona trasplantada. Son de especial importancia

[☆] Todos los autores son miembros del Grupo de Trabajo de Evaluación psiquiátrica y psicológica, de la Organización Catalana de Trasplantes (OCATT).

El grupo de trabajo está conformado por 19 profesionales, psiquiatras y psicólogos clínicos, y han participado 10 de los mismos en la confección del artículo.

La primera autora es la coordinadora del grupo de trabajo y responsable de la elaboración del artículo. Es la persona que realizó el diseño del mismo.

Los otros 9 autores contribuyeron de forma equitativa en la escritura del artículo y en su revisión crítica.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sgfidel@vhebron.net (S.G. Fidel Kinori).

los factores vinculados a la patología por uso de sustancias, los trastornos psicopatológicos y el soporte psicosocial. Actualmente, existen pocas Guías que orienten sobre la correcta evaluación de los pacientes candidatos a estos procedimientos complejos.

Método: Diecinueve psiquiatras y psicólogos clínicos de 6 hospitales públicos de Cataluña realizaron un trabajo sistemático de consenso para llegar al diseño de un protocolo unificado de evaluación psicológica y psiquiátrica. Se implementó un plan de trabajo anual, se definieron objetivos y se realizó una revisión bibliográfica, se discutieron los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron los cuestionarios y se elaboró la entrevista estructurada.

Resultados: Con el cumplimiento del plan de trabajo, se diseñó el Protocolo de Evaluación que se presenta en este artículo.

Conclusiones: El trabajo sistematizado y la colaboración intercentros de psiquiatras y psicólogos clínicos ha facilitado homogeneizar y consensuar un protocolo unificado de evaluación.

© 2013 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Transplant;
Psychiatric and
psychological
assessment;
Protocol

Unified Protocol for psychiatric and psychological assessment of candidates for transplantation of organs and tissues, PSI-CAT

Abstract

Introduction: Transplantation is the treatment option that offers improved survival and quality of life as compared to organ failure. Psychiatric and psychological aspects of transplant candidates are important, especially in the pre-assessment stage, as the influence of these factors can hinder post-surgical outcome in both the implanted organ survival and the quality of life of the transplanted person. Of particular importance, are the factors related to pathology due to substance use, psychopathology, and psychosocial support. There are currently few guidelines on the correct evaluation of patients eligible for these complex procedures.

Method: Nineteen psychiatrists and clinical psychologists from six public hospitals in Catalonia conducted a systematic consensus to determine the design of a Unified Protocol psychological and psychiatric evaluation. An annual work plan was implemented, during which; the objectives were defined, a literature review was conducted, the inclusion and exclusion criteria were discussed, questionnaires were selected, and a structured interview was developed.

Results: With the implementation of the work plan, the Assessment Protocol presented in this article was designed.

Conclusions: systematic work and improving cooperation between psychiatrists and clinical psychologists, has led to homogeneity and consensus on a unified evaluation protocol.

© 2013 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Ante el fallo de un órgano vital, el trasplante es la opción terapéutica que ofrece una mayor supervivencia y calidad de vida, frente a otro tipo de tratamientos sustitutivos¹. El programa de trasplante de órganos en Cataluña tiene una historia de casi 50 años. En 1965 se realizó el primer trasplante de riñón, en 1984 se creó el Programa de Trasplantes dentro del Departamento de Sanidad y desde el año 1985 existe la Organización Catalana de Trasplantes (OCATT). Con la experiencia adquirida a lo largo de los años, es evidente que el trasplante de órganos requiere de un equipo multidisciplinar que pueda ofrecer cobertura en todas las fases del proceso.

La escasez de órganos para la donación ha promovido la realización de una selección de candidatos para la obtención de los mejores resultados postrasplante². En ese sentido, diversos estudios señalan la influencia de factores psiquiátricos y psicológicos en la evolución posquirúrgica, tanto en la supervivencia del órgano implantado como en la calidad de vida del sujeto³. Son de especial importancia los factores

vinculados a la patología por uso de sustancias, los trastornos psicopatológicos y el soporte psicosocial^{4,5}. Estos aspectos mentales de los candidatos comenzaron a ganar importancia en la década de los 80, pero no ha sido hasta hace aproximadamente 15 años cuando se comenzaron a establecer distintos protocolos. Aunque similares en su intención y aplicación, es conveniente poder consensuarlos y unificar los criterios profesionales.

En España, hay pocas Guías que orienten sobre estas evaluaciones psicológicas y psiquiátricas^{6,7} y, a pesar de que desde hace años se vienen realizando, no existe hasta la fecha un protocolo de actuación consensuado. En este contexto, y dada la heterogeneidad de los modelos existentes, se decidió constituir un grupo de trabajo con los profesionales que actualmente realizan esta tarea en los hospitales de Cataluña. El objetivo principal fue redactar un Protocolo Unificado de Evaluación Psiquiátrica y Psicológica Pretrasplante. Se pretendía así colaborar con el equipo de trasplante para realizar las intervenciones que promuevan la motivación al cambio y la adherencia a las pautas médicas, y de esta forma mejorar la

calidad asistencial y la eficiencia del procedimiento en el sistema sanitario.

Método

El grupo de trabajo se constituyó en diciembre del 2011 y contó con la participación continuada de 19 profesionales, psiquiatras y psicólogos clínicos, de 6 hospitales públicos de Cataluña. Entre las tareas efectuadas para llegar al objetivo, se compartieron las experiencias institucionales, se establecieron los criterios comunes y se seleccionaron los instrumentos que, junto al soporte de las publicaciones de otros especialistas, dieron las bases para trasladar estos conocimientos al diseño del protocolo.

A lo largo de 10 meses de trabajo, se elaboró el protocolo para la evaluación de los pacientes candidatos. Para su concreción, se establecieron inicialmente los siguientes objetivos parciales, que guiaron cronológicamente el plan de trabajo.

1. Consensuar los criterios psiquiátricos y psicológicos básicos y comunes para la inclusión de pacientes candidatos a trasplante.
2. Diseñar un protocolo unificado de evaluación psiquiátrica y psicológica de los pacientes candidatos a ser receptores de diferentes órganos y tejidos.
3. Acordar los instrumentos de evaluación psicológica que conformaran la batería básica de su evaluación.
4. Promover el uso de una evaluación informatizada y su inclusión en la historia clínica electrónica del paciente, para su fácil acceso por parte de otros profesionales implicados y evitar así la repetición de actuaciones sanitarias y/o administrativas.
5. Difundir el uso del Protocolo de Evaluación y sus resultados en los centros vinculados a la OCATT y ampliarlo a otros organismos relacionados.

El diseño del protocolo se realizó en 3 fases sucesivas, con una duración aproximada de entre 3 y 4 meses cada una de ellas. En la primera fase se definieron los objetivos del grupo de trabajo, se revisó la bibliografía existente sobre el tema y se presentaron los modelos de trabajo de cada centro sanitario. En la segunda, se consensuaron los contenidos comunes y mínimos que debía contemplar el Protocolo, y se seleccionaron los cuestionarios que lo acompañarían. En la última, se redactó el Protocolo y se iniciaron las primeras aplicaciones comprobatorias del mismo.

Resultados

Descripción del Protocolo Unificado para la Evaluación Psiquiátrica y Psicológica de Candidatos a Trasplante de Órganos y/o Tejidos

Dentro de la primera fase del diseño, se establecieron los objetivos que debe contemplar una evaluación psiquiátrica y psicológica de los pacientes candidatos a trasplante (tabla 1).

Se decidió que para acceder a la evaluación psiquiátrica-psicológica es necesario que el/la paciente haya sido informado/a previamente por parte del equipo médico sobre

las características del tratamiento y sus riesgos. La asimilación y la comprensión de esta información serán valoradas en las entrevistas. Otro requisito es la realización de un cribado toxicológico, que se aconseja previo a la primera visita psiquiátrica.

El Protocolo de Evaluación Unificado para pacientes receptores (véase el [anexo 1 como material adicional online](#)) presenta 2 partes diferenciadas y complementarias, que son una entrevista semiestructurada y una batería de cuestionarios. El tiempo para efectuar el proceso evaluador se estima entre 2 y 3 visitas, para poder recoger el máximo de información, así como para facilitar una devolución de los resultados y un plan de intervención.

En la entrevista semiestructurada se recogen datos socio-demográficos del/a candidato/a, antecedentes médicos y psicopatológicos personales y familiares, consumo de sustancias en el pasado y actual, así como la descripción del estilo de vida y la automotivación al cambio. Respecto al problema médico, es relevante recabar la información que el paciente tiene sobre la historia de la enfermedad que le ha conducido al trasplante, los conocimientos y la comprensión sobre los procedimientos médico-quirúrgicos implicados, así como las expectativas de resultados con el tratamiento. Por otra parte, dados los cambios demográficos de las 2 últimas décadas, se incluyen también apartados específicos que se deben valorar en el caso de que el paciente tenga un origen cultural diferente del de la población local (véase el material adicional online).

En cuanto a los criterios para la selección de los instrumentos psicométricos, el grupo de trabajo estableció que los cuestionarios estuviesen validados para la población española, que presentasen una fiabilidad adecuada, que además fueran de comprensión sencilla para el usuario y breves en su extensión, y que pudieran corregirse de forma simple y directa. La experiencia de los expertos en el uso de estos instrumentos también fue determinante en su elección (tabla 2).

Un aspecto relevante de la evaluación lo constituye la detección de los posibles patrones de consumo de sustancias. La realización del cribado basal junto a la pasación de las escalas específicas representarían los valores iniciales. Para predecir la evolución o la capacidad de mantener la abstinencia a medio largo/plazo, la medida utilizada son los meses previos de abstinencia, requiriéndose un mínimo de 6 meses en el caso del alcohol y un mínimo de un año en el caso de consumo habitual de otras drogas. A través de la entrevista clínica, se busca medir la conciencia de toxicidad y dependencia del paciente, conocer si el paciente sabe sobre la influencia negativa del consumo de tóxicos en el trastorno orgánico, así como su incapacidad de control del consumo y consecuencias negativas de este en su vida.

Descripción de los instrumentos psicométricos para la evaluación

Mini-Examen Cognoscitivo

El Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) es un instrumento heteroaplicado, diseñado para detectar casos de deterioro cognitivo. Es una escala ampliamente utilizada en el medio hospitalario en distintas enfermedades médicas. Explora las

Tabla 1 Objetivos de la evaluación psiquiátrica y psicológica de los pacientes candidatos a trasplante

1. Determinar la capacidad del candidato para comprender el proceso, así como para dar su consentimiento informado
2. Evaluar la capacidad de vinculación al tratamiento y de su colaboración con el equipo de trasplante
3. Diagnosticar aspectos psicopatológicos comórbidos que puedan influir en el proceso pre y postrasplante, favoreciendo el seguimiento
4. Detectar el consumo de sustancias y las alteraciones derivadas de este. Evaluar la capacidad de mantener la abstinencia a largo plazo
5. Evaluar las habilidades de afrontamiento ante el proceso de trasplante e intervenir con los pacientes que presentan limitaciones
6. Identificar los comportamientos de salud, especialmente los hábitos de vida no saludables, que pueden influir en la morbimortalidad postrasplante
7. Explorar el nivel de apoyo social y las condiciones socioeconómicas del candidato
8. Establecer medidas objetivas del nivel de funcionamiento basal que permita objetivar datos para su estandarización y futuras investigaciones

áreas de orientación temporal y espacial; memoria inmediata; concentración y cálculo; memoria diferida, y lenguaje y praxis. El MEC es breve y sencillo de aplicar. En este protocolo utilizamos la versión adaptada y validada por Lobo et al.⁸

Structured Clinical Interview for DSM-IV

La Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID) es una entrevista semiestructurada dividida en 2 partes, para realizar los diagnósticos clínicos (eje I) y los

Tabla 2 Procedimientos e instrumentos psicométricos para la evaluación psiquiátrica y psicológica previa al trasplante de órganos

Aspectos a evaluar	Procedimientos	Instrumentos de evaluación
Estado cognitivo	Realizar una valoración cognitiva básica,	MEC
Comprensión del proceso médico-quirúrgico	Realizar una valoración de la comprensión básica de la información recibida sobre el proceso médico-quirúrgico	
Psicopatología previa y actual	Valorar antecedentes de trastornos psiquiátricos personales y familiares (hasta la 2. ^a generación) Valorar situaciones críticas del último año	SCID I HADS
Personalidad y afrontamiento	Identificar trastornos clínicos actuales Evaluar personalidad normal: énfasis en rasgos que puedan afectar a la adherencia y el autocuidado. Estilo de afrontamiento predominante. Peso sobre aspectos de optimismo y fortaleza	TCI-R-67 LOT-R
TUS	Valorar el patrón de consumo, según las diferentes sustancias	AUDIT DAST-I FNTD HRARS.
Adherencia a las pautas/expectativas sobre el proceso médico-quirúrgico	Valorar otros procesos de enfermedad y sus respuestas Valorar tipos de expectativas frente a los procedimientos médicos	Cribado toxicológico SMAQ
Hábitos y calidad de vida	Valorar adherencia a tratamientos Valorar el uso del tiempo libre, la capacidad proactiva y la autopercepción sobre las capacidades físicas y psíquicas para afrontar el proceso del trasplante Valorar calidad de vida	SF-36
Recursos personales, de soporte social y materiales	Conocer la autopercepción sobre los recursos disponibles: humanos y materiales	DUKE

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; DATS-I: Drugs abuse Test Screenig; DUKE: Functional Social Support Questionnaire; FNTD: Fageström Test for Nicotine Dependence; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; HRARS: High Risk Alcoholism Relapse Scale; LOT-R: Life Orientation Test-revised; MEC: Mini Examen Cognoscitivo; SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders; SF-36: Health Survey Short Form 36; SMAQ: Simplified Medication Adherence Questionnaire; TCI-R-67: Temperament and Character Inventory-Revised-67; TUS: trastornos por uso de sustancias.

de trastorno de la personalidad (eje II) del DSM-IV. Los estudios realizados con este instrumento presentan una alta fiabilidad y validez. La amplia extensión de los criterios diagnósticos del manual DSM promovió la creación de diferentes versiones. La última es del año 1992 y es la que fue traducida y adaptada en el año 1999 por los propios autores⁹.

La puntuación de los ítems se va realizando en la progresión e identificación de las respuestas afirmativas del paciente evaluado. Contempla 3 opciones: positiva, negativa e interrogante, si la situación no ha podido corroborarse. En el Protocolo se administra la SCID-I.

Hospital Anxiety and Depression Scale

La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) es una escala autoaplicada, diseñada para evaluar síntomas ansiosos y depresivos en pacientes con enfermedades médicas y es ampliamente utilizada en contextos hospitalarios. La escala incluye 14 ítems (7 que miden síntomas de depresión y 7 que miden síntomas de ansiedad) y, a diferencia de otros cuestionarios diseñados para medir psicopatología, la HADS no evalúa síntomas que podrían ser debidos a causas físicas, por lo que es particularmente apropiado para personas con morbilidad somática.

En el protocolo incluimos la versión española, que presenta unas propiedades psicométricas aceptables (una especificidad del 87% y una sensibilidad del 72% para la subescala de depresión y una especificidad del 85% y una sensibilidad del 80% para la subescala de ansiedad)¹⁰.

Frente a la alternativa de otros cuestionarios, se decide incluir este, por cuanto su validación se realizó también en población con patología médica y por sus características de combinar ítems de ansiedad y de depresión, de forma abreviada y comprensible.

Temperament and Character Inventory-Revised-67

El Temperament and Character Inventory-Revised-67 (TCI-R-67) es una versión reducida del Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) de Cloninger. El TCI-R-67 es de formato para autoaplicación y es capaz de estimar los rasgos temperamentales y caracteriales propuestos por el modelo de Cloninger. Presenta buenas cualidades psicométricas, en relación con la prueba íntegra y está validado en población española¹¹.

El TCI-R-67 mide las 4 dimensiones temperamentales del instrumento completo (búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de la recompensa y persistencia) más la excitabilidad exploratoria, que se incluye como escala independiente, y las 3 dimensiones caracteriales (autodirección, cooperatividad y autotranscendencia).

Consta de 62 ítems más 5 de validez y se responde en una escala Likert de 5 opciones. Cada escala conserva 8 ítems de la escala original, salvo la excitabilidad exploratoria, que mantiene 6.

Frente a otros cuestionarios de personalidad, la elección sobre el modelo de Cloninger por sobre los otros ha sido por representar uno de los modelos más completos sobre personalidad normal y por la brevedad y facilidad en la comprensión que demostraba para el tipo de pacientes evaluados.

Cuestionario de Optimismo, Life Orientation Test-Revised

El Cuestionario de Optimismo, Life Orientation Test-Revised (LOT-R) mide la predisposición generalizada hacia las expectativas de resultados positivos y, según los estudios, parece estar directamente relacionada con los diferentes tipos de afrontamiento ante situaciones estresantes. El cuestionario es autoaplicado y está compuesto por 6 ítems (más 4 suplementarios) que proporcionan una puntuación de optimismo disposicional. En el protocolo incluimos la versión validada en España¹².

Alcohol Use Disorders Identification Test

El Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Test de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol, es un instrumento de cribado desarrollado por la Organización Mundial de la Salud. Es de autoaplicación y permite identificar la dependencia del alcohol. Puede administrarse en un tiempo muy breve y es de fácil puntuación. Consta de 10 preguntas con una escala de respuesta de 0 a 4, obteniéndose una puntuación total de 0 a 40. Las puntuaciones en un rango de 8 a 15 representan un nivel medio de problemas con el alcohol, mientras que una puntuación igual o mayor de 16 representa un nivel alto y por encima de 20 indica una probable dependencia del alcohol. Se ha validado en población española¹³. Con un punto de corte de 7, la sensibilidad para detectar consumo de riesgo fue del 91,7% y su especificidad del 91,9%. Según los criterios DSM-IV, la sensibilidad fue del 88,3% y la especificidad del 88,3%.

Drug Abuse Screening Test

El Drug Abuse Screening Test (DAST) es una adaptación autoadministrada del Michigan Alcoholism Screening Test, para identificar el consumo de otras sustancias distintas del alcohol y el tabaco. El tiempo de aplicación oscila entre 2 y 5 min. Tanto la versión DAST-20 como la DAST-10 tienen una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,93 y 0,89, respectivamente). Los puntos de corte $> 5/6$ (DAST-20) y $> = 3$ (DAST-10) evidenciaron un elevado grado de concordancia con los criterios DSM-IV-TR, clasificando correctamente al 98,07 y el 95,36% de los sujetos, respectivamente. Son instrumentos válidos y fiables para detectar el abuso de drogas entre adultos¹⁴.

Fagerström Test for Nicotine Dependence

El Fagerström Test for Nicotine Dependence es un cuestionario autoadministrado de 6 ítems, versión reducida del original Fagerström Tolerance Questionnaire y que mide la dependencia nicotínica. Los ítems se contestan de 2 modos diferentes: 4 de ellos son de respuesta dicotómica (sí o no) y los otros 2 se responden según una escala tipo Likert de 4 puntos (0 a 3 puntos). La puntuación total varía entre 0 y 10 puntos. Becona y Vázquez han validado este instrumento¹⁵ y ha demostrado ser un instrumento válido y fiable para detectar la dependencia de la nicotina. El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido en 3 muestras clínicas osciló entre 0,56 a 0,64.

High Risk Alcoholism Relapse Scale

La escala High Risk Alcoholism Relapse Scale fue diseñada por el grupo de Yates et al.¹⁶ y aplicada en un grupo de

veteranos para valorar el riesgo de recaída después de un tratamiento rehabilitador para el alcohol. Se ha utilizado para comparar perfiles de pacientes con enfermedad hepática terminal en proceso de trasplante vs. la población de veteranos (no necesariamente con enfermedad hepática alcohólica). Por los resultados obtenidos, la información que ofrece sobre la duración del consumo de alcohol (medida de cronicidad), sobre la cantidad diaria de consumo de alcohol y los tratamientos previos para el alcohol, esta escala se ha incorporado como una medida de selección de candidatos a trasplante en diversos programas de trasplante hepático, entre ellos los de la de la Universidad de Iowa, en Estados Unidos, y el Hospital Clínic, de Barcelona.

Está compuesta por 3 ítems: consumo de alcohol diario en unidades de bebida estándar, años de consumo de riesgo y número de tratamientos previos para el alcohol.

Tiene una validez predictiva para recaída precoz en los primeros 6 meses tras el tratamiento, con una sensibilidad del 69% y una especificidad del 65%.

Simplified Medication Adherence Questionnaire

El Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) es un instrumento breve, heteroaplicado, sobre los hábitos en la toma de medicación que realiza el paciente. Es una modificación del cuestionario Morisky-Green para medir la adherencia a tratamientos antirretrovirales en pacientes con sida y, posteriormente, ha sido validado en castellano en pacientes sometidos a trasplante renal¹⁷. Consta de 6 preguntas que evalúan diferentes facetas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento: olvidos, rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones. Un paciente se clasifica como no cumplidor si contesta cualquier respuesta en el sentido de no adherencia, si refiere haber perdido más de 2 dosis en la última semana o no haber tomado más de 2 días completos la medicación en los últimos 3 meses.

Health Survey SF-36

El Health Survey SF-36 es una de las escalas genéricas autoaplicadas más utilizadas en la evaluación de los resultados clínicos y de la calidad de vida. Este cuestionario fue desarrollado para el estudio de resultados en intervenciones médicas y puede utilizarse tanto en población general como en pacientes. Proporciona un perfil del estado de salud a partir de 36 ítems de diferente puntuación, que evalúan la función física, social, emocional y las limitaciones en el rol por problemas de salud.

En el protocolo incluimos la versión española validada y con valores de referencia de población general¹⁸ y su elección se basa en ser una de las escalas que incluyen ítems de salud mental en la calidad de vida autopercibida.

Functional Social Support Questionnaire-11

El cuestionario Functional Social Support Questionnaire es un instrumento autoaplicado, formado por 11 ítems en escala tipo Likert (de 1 a 5 puntos), que permite la evaluación del apoyo social percibido en relación a 2 subescalas: apoyo confidencial y apoyo afectivo. A mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. La adaptación española obtiene buenos índices de fiabilidad y validez¹⁹.

Discusión

Aunque existan otros muchos factores implicados en el éxito de un trasplante (p. ej., incluso con una perfecta adherencia, se puede producir el rechazo de algún órgano), numerosos estudios⁴ señalan la influencia de las variables psiquiátricas y psicológicas en el pronóstico del paciente.

Según Maldonado et al., cuando somos capaces de predecir el resultado del trasplante con mejores criterios psicosociales y, por tanto, poder intervenir precozmente, se podrá conseguir una menor morbilidad postrasplante, un menor rechazo del órgano, una supervivencia mejorada del trasplante, una mejor calidad de vida para los pacientes y, en definitiva, una reducción global de costes².

La evaluación psicológica y psiquiátrica pretrasplante debe servir para identificar el ajuste psicosocial del paciente, su funcionamiento cognitivo y estado emocional, así como ayudar en la implementación de un plan de tratamiento para abordar los problemas de salud mental actuales.

Este protocolo sintetiza la experiencia de los equipos de diferentes hospitales de Cataluña, con una extensa trayectoria en el campo de la evaluación de los pacientes candidatos a trasplante. Ha permitido alcanzar un consenso, homogenizando las variables de evaluación y tratando de promover una visión integradora del paciente, a partir de una colaboración intercentros e interdisciplinar.

En la actualidad, se está realizando una pasación exploratoria del protocolo y sus cuestionarios. Los autores consideran que los resultados de la aplicación continuada y sistemática del protocolo permitirán la construcción de baremos evaluadores. Se necesitan futuras investigaciones que amplíen la evidencia sobre la relevancia de los factores psicológicos y psiquiátricos en el pronóstico del proceso de trasplante y su utilización como criterios de inclusión y exclusión.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2010.04.001>.

Bibliografía

1. Organización Catalana de Trasplantes. Actividad de donación y trasplante de órganos en Cataluña. Informe 2012. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya: 2013 [consultado 22 Mayo 13]. Disponible en: www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/Trasplantament/Registres%20activitat/Registre%20de%20donacio%20i%20trasplantament/Arxius/Informe%20donaci%C3%B3%202012.pdf
2. Maldonado JR, Dubois H, Evonne D, Sher Y, Lolak S, Jameson D, et al. The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation (SIPAT): A new tool for the psychosocial evaluation of pre-transplant candidates. *Psychosomatics*. 2012;53:123–32.
3. Dobbels F, De Geest S, Cleemput I, Fischler B, Kesteloot K, Vanhaecke J, et al. Psychosocial and behavioral selection criteria for solid organ transplantation. *Prog Transplant*. 2001;11:121–30.
4. Dobbels F, Vanhaecke J, Dupont L, Nevens F, Verleden G, Pirenne J, et al. Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: An evidence base for pre-transplant psychosocial screening. *Transplantation*. 2009;87:1497–504.
5. Altimirano R, Bataller A, Cardenas J, Michelena N, Freixa M, Monras J, et al. Predictive factors of abstinence in patients undergoing liver transplantation for alcoholic liver disease. *J Am Hepatol*. 2012;11:213–21.
6. Lligoña A, Freixa N, Bataller R, Monràs M, Rimola A. Guía clínica de evaluación de pacientes con conductas adictivas para trasplante hepático. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32:155–61.
7. Manyalich M, Menjivar A, Yucetin L, Peri JM, Torres X, Dias L, et al. Living donor psychosocial assesment/follow-up practices in the partners' countries of the ELIPSY Project. *Transplantation Proceedings*. 2012;44:2246–9.
8. Lobo A, Ezquerro J, Gómez F, Sala JM, Seva A. El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1979;3:189–202.
9. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Willims JV, Benajamin L. Guía del usuario ara la entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV SCID-I. Barcelona: Editorial Masson; 1999.
10. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:277–83.
11. Pedrero Pérez EJ. TCI-R-67: versión reducida del TCI-R. Propiedades psicométricas en población clínica y no-clínica. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 2013. En prensa.
12. Ferrando PJ, Chico E, Tous JM. Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*. 2002;673–80.
13. De Torres LA, Rebollo EM, Ruiz-Moral R, Fernández-García JA, Vega RA, Palomino MM. Diagnostic usefulness of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) questionnaire for the detection of hazardous drinking and dependence on alcohol among Spanish patients. *Eur J Gen Pract*. 2009;15:15–21.
14. Pérez Galvez B, García Fernández L, de Vicente Manzanaro MP, Oliveras Valenzuela MA, Lahoz Lafuente M. Validación española del Drug Abuse Screening Test (DAST-20 y DAST-10). *Health and Addictions/Salud y Drogas*. 2010;10:35–50.
15. Becoña E, Vázquez FL. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychol Rep*. 1998;83:1455–8.
16. Yates WR, Booth BM, Reed DA, Brown K, Masterson BJ. Descriptive and predictive validity of a high-risk alcoholism relapse model. *J Stud Alcohol*. 1993;54:645–51.
17. Ortega Suarez FJ, Sanchez Plumbed J, Perez Valentin MA, Pereirra Palomo P, Muñoz Cepeda MA, Lorenzo Aguiar D. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimús. *Nefrologia*. 2011;31:690–6.
18. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM; RED-IRYSS. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*, 19(2):135-150.
19. Bellon JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*. 1996;18:153–63.