

Tratamiento cognitivo-conductual de una persona con trastorno adaptativo en espera de un trasplante de pulmones.

I. Belchi¹, R. Vilardaga², A. Bados³

Resumen

Son escasos los estudios controlados sobre eficacia de tratamientos psicológicos con personas que presentan síntomas o trastornos psicológicos en espera de recibir un trasplante. A continuación, se presenta el caso de una persona que estaba en lista de espera para recibir un trasplante de pulmones, que presentaba un trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo y que necesitaba reducir sus niveles de ansiedad para poder someterse a la operación. Tras la evaluación se llevó a cabo una intervención cognitivo-conductual en la que además de abordar los niveles de ansiedad se trabajaron aspectos relacionados con el estado de ánimo y la calidad de vida. Siete meses y medio después de iniciar el tratamiento, la paciente recibió los nuevos pulmones. Los instrumentos utilizados indicaron una disminución de los niveles de ansiedad y una mejora del estado de ánimo. Una valoración clínica del caso mostró un mantenimiento de la calidad de vida de la cliente.

Palabras clave: Trasplante. Trastorno adaptativo. Tratamiento cognitivo-conductual.

Summary

There are not much controlled studies about the therapeutic outcome of psychological treatment with people awaiting lungs transplant who suffer from psychological complains. In this article we present the case of a person who was on the waiting list for lungs transplant with and adjustment disorder with anxiety and depressed mood. She needed to reduce her anxiety levels to be ready for the transplant. After the evaluation, cognitive-behavioural intervention was carried out to achieve these objectives. Seven and a half months after starting the interven-

¹Psicólogo. Unitat de Teràpia de Conducta. Universitat de Barcelona.

²Psicólogo. Unitat de Teràpia de Conducta. Universitat de Barcelona.

³Profesor Titular del Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Facultat de Psicologia. Universitat de Barcelona.

Correspondencia: Israel Belchi Pujol

Unitat de Teràpia de Conducta

Pg. Vall Hebron, 171.

08035 Barcelona

E-mail: ibelchi@psi.ub.es

tion, the patient was transplanted. The obtained measures showed up that the aims of the intervention were reached. A clinical assessment of the case showed the maintenance of the client's quality of life.

Key Words: Transplantation. Adjustment disorder. Cognitive-behavioral treatment.

INTRODUCCIÓN

Dos estudios recientes han medido el impacto psicológico en pacientes que están en espera de un trasplante de corazón (13), y en pacientes que están en espera de un trasplante de corazón, de corazón y de pulmón, y sólo de pulmón (12). Zipfel *et al.* (13) observaron que las medidas de depresión y ansiedad de 42 sujetos se incrementaron de forma clínicamente significativa después de permanecer en lista de espera durante un período de cuatro meses. Por su parte, Trumper y Appleby (12) hallaron que en una muestra de 79 pacientes en lista de espera, el 39% padecía algún trastorno psiquiátrico (22 casos de depresión mayor, y 8 de trastorno de ansiedad generalizada), y el 58% informaba de disfunción sexual.

Según datos de la Organización Nacional de Trasplantes (10), organismo técnico del Ministerio de Sanidad y Consumo, durante el año 2001 se llevaron a cabo 143 trasplantes de pulmón en España. La cifra contrasta si la comparamos con los 6 trasplantes que se realizaron el año 1990. Asimismo, el 22% de los 143 trasplantes, esperaron entre 3 y 6 meses a recibir el nuevo órgano, mientras que el 26% esperaron entre 6 meses y un año. A pesar de que no disponemos de estudios que muestren la incidencia en España de alteraciones psicológicas en pacientes que van a ser trasplantados, todo apunta a que el número de pacientes afectados por estas alteraciones habrá aumentado.

Urge pues, esclarecer el tipo de intervención que sería más eficaz en estos casos. Tras una búsqueda en las bases de datos PsycINFO y Medline, hemos hallado sólo dos estudios controlados que pusieran a prueba una intervención psicológica, en concreto, de tipo cognitivo-conductual. En el primero de ellos (8), se muestra que después de 8 semanas de intervención mediante llamadas telefónicas en 36 pacientes en

espera de un trasplante de pulmón, los niveles de bienestar y la calidad de vida relacionada con la enfermedad aumentaron significativamente con relación a 35 pacientes que sólo recibieron tratamiento médico. En otro estudio (9), se compararon los niveles de estado ansiedad de pacientes en espera de un trasplante de riñón que recibieron tratamiento cognitivo-conductual con los de pacientes que no recibieron tratamiento psicológico. Los resultados no mostraron diferencias significativas.

Creemos necesario realizar más investigaciones sobre las intervenciones en pacientes trasplantados para poder contar con resultados más firmes. Mientras tanto, puede ser interesante exponer un caso en el que se muestra una intervención cognitivo-conductual con una paciente que presentaba un trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en espera de un trasplante de pulmones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La cliente, de 34 años, casada y sin hijos, acudió a consulta diagnosticada con una enfermedad degenerativa del tejido pulmonar, cuyo tratamiento recomendado era el trasplante de pulmones. La cliente fue derivada por su psiquiatra por la presencia de intensas dificultades respiratorias en diversas situaciones, acompañadas por otras manifestaciones de ansiedad, que por un lado interferían en su calidad de vida, y por el otro podían llegar a desaconsejar el trasplante. La medicación que estaba tomando cuando acudió a consulta era de 0,5 mg de alprazolam y 20 mg de paroxetina.

Después de hablar con el neumólogo y descartar el origen orgánico de la ansiedad, se vio que ésta se manifestaba en presencia de y al anticipar las siguientes situaciones: ir en metro y autobús, subir escaleras, estar en sitios con mucha

gente y estar sola. Los síntomas que manifestaba eran dificultades respiratorias, dolor intenso en el pecho e incremento del ritmo cardíaco. Además, estos síntomas iban acompañados de pensamientos desadaptativos, tales como “cuando tenga mucha ansiedad, me desmayaré”, “si tengo ansiedad, me ahogaré”, “si estoy sola tendré mucha ansiedad”, “si tengo ansiedad, se me estropeará el corazón” o “cuando tenga ansiedad me volveré loca y perderé el control”. La mayor parte de las veces, la cliente evitaba las situaciones mencionadas, pero cuando las afrontaba, realizaba conductas de seguridad como ir acompañada, llevar medicación en el bolso o sentarse cerca de las ventanas del autobús.

En cuanto al estado de ánimo, la cliente manifestaba emociones intensas de tristeza, ira y desesperanza, además de ausencia de actividades en general, y en consecuencia, de actividades gratificantes. Los pensamientos que afectaban el estado de ánimo de la cliente estaban relacionados con la enfermedad (“seré siempre una enferma”), la muerte (“me moriré un año después del trasplante”), la relación con su marido (“no entiende lo que estoy pasando”) y la imposibilidad de tener hijos. El estado de ánimo se veía agravado por el apoyo inadecuado que le prestaba su entorno familiar, ya que el marido de la cliente creía que su mujer no mantenía una actitud suficientemente luchadora, parecía anteponer su trabajo a las necesidades de su cónyuge, y le atribuía parte de responsabilidad en la evolución de la enfermedad.

A partir de toda la información recogida y según criterios DSM-IV (1), se estableció un diagnóstico de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

Instrumentos cuantitativos

Los instrumentos de evaluación cuantitativa utilizados en este caso fueron la versión española de Bados y Solanas (3) del cuestionario *Depression, Anxiety, Stress Scales* (DASS) de Lovibond y Lovibond (7), y un cuestionario personalizado diseñado a partir de la información obtenida durante el pretratamiento. El DASS es un cuestionario de cuarenta y dos ítems que valora de 0 a 3 la severidad o frecuencia de los síntomas durante la semana previa. El instru-

mento permite desglosar las puntuaciones en tres escalas: depresión (emociones depresivas), ansiedad (síntomas somáticos y subjetivos de miedo) y estrés (activación y tensión persistentes).

El cuestionario personalizado que elaboramos para el caso tiene 18 ítems valorados de 0 a 10 y consta de tres escalas. La primera (*ansiedad específica ante situaciones*) mide la ansiedad ante una serie de cinco situaciones comentadas en la presentación del caso; la segunda (*creencia total de miedos*), el nivel de creencia en una serie de miedos; y la tercera (*perturbación total de miedos*) mide la perturbación que producen estos miedos. Las puntuaciones de las tres escalas se obtienen a través de una media de las puntuaciones directas y se construyen a partir de la información recogida durante el pretratamiento.

Tras el trasplante se eliminaron tres de los ítems en las escalas de *Creencia total de miedos* y *Perturbación total de miedos*. El motivo fue que dos de las preocupaciones que formaban parte de estas escalas desaparecieron una vez se realizó la operación. Estos miedos eran: “tengo miedo a morirme esperando” y “tengo miedo al dolor durante la operación”. El tercer miedo que desapareció del cuestionario fue “tengo miedo a no poder tener hijos”. Este ítem fue suprimido del cuestionario al saber que tanto la enfermedad como el tratamiento de la misma impedían que la cliente pudiera tener hijos.

El resto de ítems que forman estas dos escalas son: “miedo a tener una mala relación con mi marido debido a la enfermedad”, “miedo a que mi marido me deje debido a la enfermedad”, “miedo a rechazar los nuevos pulmones”, “miedo a que los nuevos pulmones no sean adecuados”, “miedo a morirme poco tiempo después del trasplante”, “miedo a tener una mala calidad de vida después del trasplante”, “miedo a ahogarme”, “miedo a no recibir ayuda si me ahogo”, “miedo al dolor después de la operación” y “miedo a que se vean afectadas mis relaciones sociales debido a mi enfermedad”.

Los cuestionarios fueron contestados por la paciente cada 3 meses. La única excepción fue que sólo pasaron dos semanas y media entre la evaluación justo antes del trasplante y la realizada después del mismo. Las puntuaciones de los cuestionarios en el momento del pretratamiento

fueron altas (ver gráficos 1, 2 y 3), y confirmaban la información recogida mediante la entrevista de evaluación, es decir, estado de ánimo depresivo, altos niveles de ansiedad y estrés, intensidad importante de miedos o preocupaciones de la cliente, alto grado de perturbación producido por estos miedos y ansiedad muy alta ante determinadas situaciones.

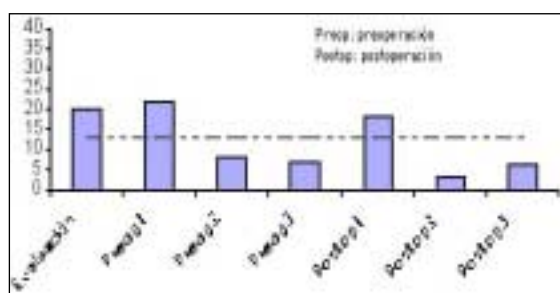


Gráfico 1

Resultados en la escala de depresión del DASS

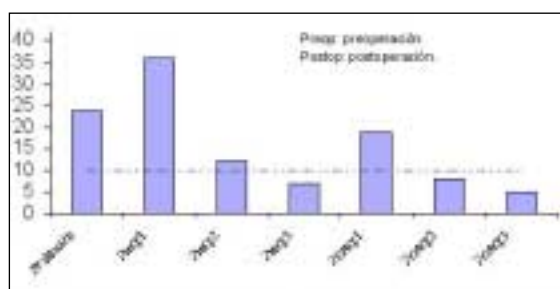


Gráfico 2

Resultados de la escala de ansiedad del DASS

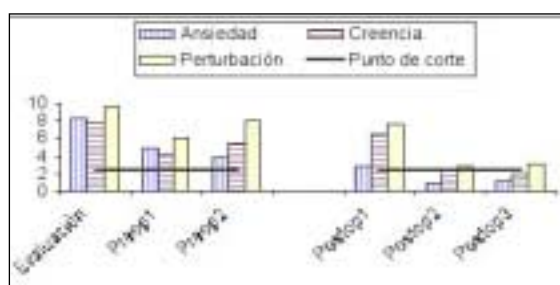


Gráfico 3

Resultados de las escalas de *Ansiedad específica ante situaciones*, *Creencia de miedos* y *Perturbación de miedos* del cuestionario personalizado.

TRATAMIENTO

El tratamiento se llevó a cabo a lo largo de treinta y una sesiones semanales de hora y media de duración y se basó en los dos núcleos más importantes del trastorno que presentaba la cliente, es decir, la ansiedad y el bajo estado de ánimo.

Debe señalarse la ausencia de fecha para el trasplante como una dificultad añadida para el tratamiento de este tipo de casos. Existían ciertos indicios de la proximidad de esta fecha, como por ejemplo la lista de espera de personas para el trasplante, o el hecho de que el neumólogo informara a nuestra cliente de que en un máximo de dos años se le realizaría el trasplante, siendo un año el tiempo más probable. Esta incertidumbre hizo que uno de los objetivos del tratamiento fuera dotar lo antes posible a la cliente de estrategias para manejar la ansiedad, y una vez las hubiera aprendido, las utilizara para afrontar una situación tan estresante como el tiempo de espera para el trasplante.

Otro elemento que debe tenerse en cuenta es la presencia de tratamiento farmacológico supervisado por el psiquiatra del hospital encargado del trasplante de la cliente. Éste se llevó a cabo en paralelo al tratamiento psicológico que se describirá a continuación. Por este motivo, consideramos necesario y de especial importancia seguir una línea de trabajo coordinada con el equipo médico responsable del caso, con el objetivo de lograr mejores resultados en la salud general de la cliente. Esto incluye, además del equipo psiquiátrico, al equipo de neumólogos en este caso.

Ansiedad

Para trabajar la ansiedad ante las situaciones anteriormente comentadas, empezamos con psicoeducación sobre la fisiología y psicología del miedo y la ansiedad tal y como propone Bados (2).

Además, se utilizó la autoexposición *in vivo* a las situaciones temidas graduando la dificultad de éstas y eliminando las conductas de seguridad, con los objetivos de que la cliente: a) tomase conciencia de que sus predicciones no se cumplieran, b) aprendiera que la ansiedad podía controlarse mediante estrategias de afrontamiento (explicadas a continuación), c) rompiera la aso-

ciación entre las situaciones temidas y la respuesta de ansiedad, y d) incrementara su nivel de actividad.

En cuanto a las estrategias utilizadas para controlar la ansiedad, en un principio se utilizó la relajación autógena de Schultz (11). Después de varias sesiones, al no ver resultados positivos, se decidió pasar a la respiración controlada ya que era un ejercicio recomendado para las personas en espera de trasplante y que no estaba contraindicado en el caso de la enfermedad de la cliente. Además de las técnicas de relajación, también se enseñó a la cliente diferentes estrategias de distracción (6) para evitar que se centrara en sus reacciones somáticas, como por ejemplo centrarse en diferentes objetos y describirlos, realizar ejercicios mentales o llevar a cabo actividades absorbentes. Finalmente, se enseñó a la cliente a utilizar la reestructuración cognitiva siguiendo el modelo de Beck (4, 5) sobre pensamientos desadaptativos relativos a la ansiedad y a la enfermedad para lograr cuatro objetivos: facilitar la realización de las exposiciones, corregir errores cognitivos, dotar a la cliente de una estrategia más de afrontamiento y prevenir recaídas. Algunos de los pensamientos reestructurados fueron los comentados en la presentación del caso, como por ejemplo el pensamiento “si estoy sola, tendré mucha ansiedad y me ahogaré”. Después de aplicar la reestructuración cognitiva, la cliente substituyó este pensamiento por otro más adaptativo como “Es posible que tenga ansiedad cuando estoy sola, pero no puede hacerme ningún daño, sólo es muy desagradable. Además, caso de experimentar ansiedad, puedo llegar a controlarla.”

Se hizo especial hincapié en las actividades entre sesiones que debía realizar la cliente para aumentar su autonomía y generalizar los cambios que pudieran producir las técnicas descritas. Las autoexposiciones se llevaron a cabo sin ayuda de terapeuta y progresivamente se iba cediendo la responsabilidad de elegir las exposiciones a realizar, así como el número de ellas, a la cliente. Las técnicas de relajación y respiración se practicaban a diario y la identificación de pensamientos desadaptativos y aplicación de reestructuración cognitiva en situaciones reales formaban parte del entrenamiento en esta técnica.

Estado de ánimo

El tratamiento orientado a mejorar el estado de ánimo se articuló sobre dos ejes: incrementar el número de actividades generales y gratificantes, y reestructuración cognitiva. Estas actividades se pactaban sesión tras sesión con la cliente, y las debía llevar a cabo durante la semana antes de volver a sesión. Además, consideramos de especial importancia que la cliente mantuviera su puesto de trabajo, ya que así no disminuía su nivel de actividades y se sentía útil. A su vez estaba realizando una actividad altamente reforzante, mantenía un buen nivel de contactos sociales, hacía ejercicio físico (recomendado por sus médicos) y le ayudaba a pensar que estaba afrontando con éxito la situación del futuro trasplante, ya que dentro del grupo de pacientes que iban a ser trasplantados era la única que mantenía su puesto de trabajo.

Además de utilizar la reestructuración cognitiva para pensamientos referentes a la ansiedad y la enfermedad (que también tenían un efecto positivo en el estado de ánimo y no sólo en los niveles de ansiedad), se utilizó también para pensamientos desadaptativos sobre su vida cotidiana, sobre la falta de apoyo que le ofrecía su entorno familiar y sobre todo, para aquellos momentos en los que aparecieron deseos de dejar el trabajo que estaba desempeñando y cuando surgieron pensamientos de muerte. Estos pensamientos hacían referencia a dudas sobre si valía la pena continuar viviendo o estar dispuesta a realizar el trasplante, y no habían aparecido durante el pretratamiento. Después de trabajar estas cogniciones, se controló su reaparición a lo largo del tratamiento.

Del mismo modo que en la reestructuración cognitiva sobre pensamientos referentes a la ansiedad era muy importante el trabajo que se realizaba en situaciones reales, también lo fue en aquellas situaciones donde los pensamientos afectaban el estado de ánimo, de manera que se enfatizó a la cliente la necesidad de aplicar esta técnica de manera autónoma en situaciones que le ocurrieran fuera de sesión.

En cuanto a mejorar su relación con la pareja, se trabajó de manera indirecta con la cliente mediante reestructuración cognitiva y ensayos conductuales debido a las dificultades que pre-

sentaba el marido para asistir a sesión por motivos laborales. En la tabla 1 puede consultarse la relación entre las técnicas aplicadas en el tratamiento y las sesiones durante las cuales se llevaron a cabo.

de las puntuaciones de las escalas de depresión y ansiedad del cuestionario DASS. El punto de corte ha sido calculado sumando una desviación típica a la media de las puntuaciones de mujeres de población general australiana extraídas de

Tabla 1
Relación entre técnicas aplicadas y sesiones de tratamiento

Técnica aplicada	Sesión inicial	Sesión final
Entrenamiento en relajación autógena	1	26
Reestructuración cognitiva de pensamientos desadaptativos	2	31
Psicoeducación de la fisiología y psicología del miedo y la ansiedad	4	4
Exposición a las situaciones temidas	4	31
Apoyo para mantener el puesto de trabajo	4	31
Aumento de actividades gratificantes	8	31
Técnicas de distracción	16	31
Entrenamiento en respiración controlada	25	31

RESULTADOS

La duración del tratamiento fue de siete meses y medio antes del trasplante de los pulmones. Éste fue el tiempo transcurrido desde que la cliente acudió a consulta hasta el día en el que se le realizó la operación. En el caso de que se hubiera realizado la intervención más tarde, el tratamiento antes del trasplante hubiera proseguido hasta el momento de la operación ya que uno de los elementos que más causaban ansiedad era el tiempo de espera, y uno de nuestros objetivos, que la ansiedad no interfiriera en el trasplante. Después de la intervención y cuando estuvo recuperada, la cliente continuó en tratamiento, ya que fue necesario trabajar nuevas preocupaciones como por ejemplo “¿volveré a tener ansiedad?”, “si vuelvo a tener ansiedad se me estropearan los pulmones”, “seré una enferma toda la vida” o “me puedo morir en cualquier momento”. Los objetivos de esta nueva fase fueron ayudar a la cliente a usar las estrategias aprendidas durante el tratamiento para afrontar estos nuevos miedos y apoyarla en el replanteamiento y organización de su nueva vida con las limitaciones y consecuencias que conlleva un trasplante de pulmones.

Los gráficos 1 y 2 nos muestran la evolución

Lovibond y Lovibond (7). La razón de haber utilizado esta población es no haber dispuesto de una más apropiada; los únicos datos sobre población española corresponden a universitarios de psicología (3), los cuales no parecían apropiados para la paciente. Observamos tanto en depresión como en ansiedad la presencia de puntuaciones por encima del punto de corte en las dos primeras pasaciones del cuestionario y una notable reducción en la siguiente, que se mantiene en la evaluación realizada justo antes del trasplante (preop3); este patrón se repite en el caso de la escala de estrés (no mostrada). Las puntuaciones de ansiedad, depresión y estrés sufren un incremento después del trasplante (postop1), pero vuelven a situarse debajo del punto de corte en la siguiente evaluación. El incremento de las puntuaciones parece ser debido al cambio de situación en la que se encontró la cliente. Después del trasplante aparecieron nuevos miedos y nuevas preocupaciones, siendo en definitiva, una nueva situación estresante. A medida que pasaba el tiempo, con ayuda de las estrategias de afrontamiento que ya había aprendido antes de la intervención, estos resultados volvieron a descender.

Respecto a los resultados obtenidos en el cuestionario personalizado, se utilizó un punto de corte arbitrario situado en el valor 2,5 sobre 10.

Encontramos que las puntuaciones de la escala de *Ansiedad específica ante situaciones* fueron reduciéndose a medida que avanzaba el tratamiento, permaneciendo en un punto muy bajo en la última pasación antes del trasplante, y estando por debajo del punto de corte al final de la intervención (véase el gráfico 3).

Los resultados de la escala de *Creencia total de miedos* y *Perturbación total de miedos* siguen un patrón diferente a las puntuaciones de la anterior escala según puede observarse en el gráfico 3. Las puntuaciones de ambas escalas presentan altibajos y se mantienen por encima del punto de corte durante todo el transcurso del tratamiento, aunque normalmente más bajas que los resultados obtenidos durante el pretratamiento. Además, los valores de la escala de *Perturbación total de miedos* son superiores a los valores de la escala de *Creencia total de miedos*. Esta diferencia entre las dos escalas muestra que aunque algunos miedos parecieran menos creíbles, continuaban teniendo una intensidad importante. También es posible que se trate de pensamientos más difíciles de controlar, y por lo tanto, susceptibles de ser trabajados más a fondo. Debemos destacar que el hecho de que la mayoría de los miedos pertenecientes a las dos escalas sean miedos que hacen referencia a después del trasplante, hace que sea necesario que transcurra tiempo después de la operación para que la cliente compruebe si ocurren o no. Por tanto, es de esperar que los cambios en las medidas de creencia y perturbación de los miedos ocurran más lentamente.

A nivel cualitativo, encontramos otros indicadores de la eficacia del tratamiento aplicado. Un indicador conductual es la presencia o ausencia de evitación a aquellas situaciones que son ansiógenas. La cliente evitaba todas las situaciones mencionadas que aparecen en la presentación del caso. Justo antes de la intervención sólo evitaba coger el metro, mientras que poco después del trasplante afrontaba todas estas situaciones y sin uso de conductas de seguridad.

Otro indicativo de la utilidad de las técnicas aplicadas es la valoración subjetiva por parte de la cliente sobre las mismas. Esta valoración se obtuvo pidiendo a la cliente que puntuara la utilidad de cada una de las técnicas en una escala de 0 a 10 (donde 0 es carente de alguna utilidad, y

10 es utilidad máxima). Entre las menos valoradas encontramos el aumento de actividades gratificantes y la relajación autógena, aunque con puntuaciones de 6 y 5 respectivamente. Por otro lado, las más valoradas, fueron la reestructuración cognitiva, la autoexposición *in vivo* y el entrenamiento en respiración controlada, con unas puntuaciones que oscilaban entre 8 y 9.

Por otro lado, la retroalimentación proporcionada por los responsables médicos encargados del trasplante de la cliente fue positiva a lo largo del tratamiento, destacando la mejoría que ésta iba mostrando a medida que pasaba el tiempo y se acercaba el momento de la intervención. Esta misma opinión era compartida por el psiquiatra del caso. Estos elementos nos hacen pensar que el tratamiento utilizado fue útil en cuanto a mejorar la calidad de vida de la cliente, mejorar su nivel de salud y prepararla de cara a la operación.

Otro elemento susceptible de ser destacado en referencia al tratamiento es la ausencia de dudas sobre si acceder o no a someterse a la intervención por parte de la cliente cuando llegó el momento de trasplantarse. Estas dudas aparecieron a lo largo del tratamiento y fueron trabajadas básicamente mediante reestructuración cognitiva. El hecho de que la cliente no tuviera dudas al respecto y se sometiera a la operación enfrentándose a sus miedos era uno de los objetivos más importantes del tratamiento.

Cinco meses después de la primera consulta, la cliente dejó de cumplir criterios para un trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Si consideramos el trasplante como evento estresante, la cliente tampoco cumplía criterios para este diagnóstico después de la operación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Consideramos que debido a que la cliente no disponía del suficiente apoyo familiar y social, uno de los aspectos que valoraba más de la terapia era el apoyo emocional que recibía durante las sesiones. La cliente manifestaba de forma recurrente la necesidad de recibir nuestro apoyo y hay que destacar que a lo largo de treinta y una sesiones la paciente sólo faltó en una ocasión. Este aspecto de la relación terapéutica pasará a

ser después del trasplante uno de los objetivos de nuestra intervención, el aumento de la autonomía de la paciente.

Una de las limitaciones de la intervención es que el empleo de la respiración controlada se postergó en exceso. Por otra parte, hubiera sido de gran ayuda realizar sesiones conjuntas con el cónyuge de la paciente para modificar la perspectiva de éste sobre el problema y aumentar su grado de apoyo. Sin embargo, como se dijo antes, esto no fue posible porque el marido de la paciente manifestó que su trabajo le impedía asistir a las sesiones y pasar más tiempo con su mujer. Consideramos que haber conseguido un mayor grado de apoyo por parte del marido habría favorecido una menor duración del tratamiento antes y después del trasplante.

Es necesario destacar que tanto en el tratamiento como en los resultados, estamos hablando de la ansiedad y el bajo estado de ánimo como dos entidades diferenciadas. El hecho de que sea difícil medirlas por separado lleva a pensar que están muy relacionados. La presencia de ansiedad influye en el estado de ánimo depresivo y viceversa. Prueba de ello es que, por ejemplo, afrontar situaciones a las que se les tiene miedo no sólo ayuda a disminuir la ansiedad, sino que además mejora el estado de ánimo. Muchos de los pensamientos reestructurados difícilmente pueden incluirse en una sola categoría, como por ejemplo los que hacen referencia a la enfermedad. Estos pensamientos alimentan el estado de ánimo depresivo a la vez que aumentan la ansiedad. La prueba más clara de esta relación es la similitud entre los perfiles de las escalas del DASS.

Debido a que nuestro estudio no era controlado, no podemos afirmar con seguridad que nuestra intervención fuera eficaz en la reducción o aumento de las variables manipuladas. No podemos afirmar por ejemplo, que la reducción de los niveles de ansiedad de la cliente fuera significativamente mayor que la de pacientes en lista de espera, o que su calidad de vida fuera mayor. Y en el caso de que los resultados fueran debidos a la intervención, no sabemos cuáles de sus diversos componentes fueron los más importantes. Qué intervenciones son eficaces con pacientes psicológicamente afectados en espera de un trasplante y

cuáles deben ser sus componentes básicos es una cuestión a dilucidar en estudios controlados.

BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association.**: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2000.
2. **Bados A.**: Agorafobia y Ataques de Pánico. Barcelona: Pirámide, 1999.
3. **Bados A. y Solanas A.**: Propiedades psicométricas de la versión española de las escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS y DASS-21). Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona. (Manuscrito en Preparación), 2002.
4. **Beck AT, Emery G. y Greenberg RL.**: Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. Nueva York: Basic Books, 1985.
5. **Beck AT, Rush AJ, Shaw BF y Emery G.**: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer (Original de 1979), 1983.
6. **Botella C, Ballester R.**: Trastorno de Pánico: Evaluación y tratamiento. Barcelona: Martínez Roca, 1997; 91-96.
7. **Lovibond PF y Lovibond SH.**: Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sidney: Psychology Foundation of Australia, 1995a.
8. **Napolitano M.**: Telephone-based psychosocial intervention for patients awaiting lung transplantation. Dissertation-Abstracts-International: Section B: The Sciences and Engineering. 1999 Jul; 60 (1-B): 0371.
9. **May TE.**: The effect of psychotherapy on state anxiety in the renal transplant candidate population. Dissertation-Abstracts-International: Section B: The Sciences and Engineering. 1998 Apr; 58 (10-B): 5650.
10. **Organización Nacional de Trasplantes.**: Memoria Actividad Trasplante de pulmón 2001. http://www.msc.es/ont/esp/estadisticas/f_estadisticas.htm. (10 de Junio de 2002).
11. **Schultz JH.**: Cuaderno de ejercicios para el entrenamiento autógeno (3ª ed.). Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1969.
12. **Trumper A, Appleby L.**: Psychiatric morbidity in patients undergoing heart, heart and lung, or lung transplantation. Journal of Psychosomatic Research. 2001; 50: 103-105.
13. **Zipfel S, Löwe B, Paschke T, Immel B, Lange R, Zimmermann R, Herzog W, Bergmann G.**: Psychological distress in patients awaiting heart transplantation. Journal of Psychosomatic Research. 1998; 45: 465-470.