

**ANSIEDAD, DEPRESION, ESTRÉS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
SOMETIDOS A TRASPLANTE DE ORGANOS**

Andrea Margarita Segura López

Universidad De La Sabana

Chia, Diciembre del 2006

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es reconocer como se manejan la ansiedad, estrés y depresión, factores de gran importancia, que se manifiestan en todos los pacientes sometidos a trasplante de órganos, teniendo en cuenta además la calidad de vida que presentan antes y después del trasplante. Por otra parte se estudia detenidamente cada uno de estos temas y se examina la importancia y necesidad de fomentar con nuevas técnicas el proceso de evaluación e intervención en los pacientes sometidos a trasplante, encontrando como resultado que el apoyo del psicólogo clínico es fundamental en cada proceso, ya que ayuda de manera notable a que el paciente supere en gran porcentaje todos los problemas a los cuales se ve enfrentado y contribuye en su mejoría.

Palabras clave: trasplante de órganos, ansiedad, depresión, estrés y calidad de vida.

ABSTRACT

The objective of this work is to recognize how they handle the anxiety, stress, depression, factors of great importance, that are pronounced in all the patients submissive to transplant of organs, considering in addition the quality of life that present before and after the transplant. On the other hand one of these subjects studies at great length each and it is examined the importance and necessity to foment with new techniques the process of evaluation and intervention in the patients submissive transplant, finding like result that the support of the clinical psychologist is fundamental in each process, since aid of remarkable way that the patient surpasses in great percentage all the problems which he is faced and it contributes in his improvement.

Key words: heart transplantation, anxiety, depression, stress and quality of life.

ANSIEDAD, DEPRESION, ESTRÉS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE ORGANOS

La depresión, ansiedad, estrés y calidad de vida son factores de gran importancia en los pacientes sometidos a trasplante, ya que en la mayoría de los casos se encuentra que estos pacientes sufren de trastornos psicológicos que afectan de manera significativa su vida antes y después del trasplante, por ello este trabajo hace una revisión de diversos estudios en los cuales se profundiza en el tema y nos da a conocer la importancia del apoyo psicológico tanto en el proceso evaluativo como en el proceso de intervención.

Según Triffaux y Cols. (2001) Hoy en día, la mayoría de los centros de trasplante piden sistemáticamente una evaluación psicológica de cada paciente, incorporándolo en un programa especializado en trasplantes. La disponibilidad limitada de los órganos y la necesidad de la adherencia a un régimen postoperatorio con el fin de asegurar la supervivencia ha conducido al escrutinio intenso de los candidatos a trasplante. Este proceso combina aspectos psicológicos del trasplante, con los de la cirugía cardíaca. Los efectos favorables de la intervención psicológica en la recuperación de ataques cardíacos y cirugía han sido demostrados en muchos estudios realizados anteriormente. Sin embargo, poco se sabe sobre el impacto de la ayuda psicológica y psiquiátrica antes y después del trasplante. (Bernazzali, S 2005).

Con base en lo anterior Dew y Simmons, (1994), citados por Triffaux y Cols, (2001) encontraron que los niveles de ansiedad y depresión aumentaban

tempranamente en el periodo postrasplantante, pero disminuyen rápidamente en un cierto plazo en dos tercios de los pacientes. Aun los desórdenes psicológicos preoperatorios pueden subsistir e influenciar el resultado del paciente después del trasplante, en los síntomas ansio-depresivos particularmente.

Por otra parte, los problemas psicológicos se pueden relacionar con la estancia en el hospital después del trasplante. En la fase postoperatoria, los cambios en la calidad de la vida pueden variar dependiendo de la severidad de la enfermedad antes de la cirugía. Tales cambios afectan el progreso de la memoria, la deterioración de la relación con el esposo dentro de un período de 1-5 años después de la cirugía, o alteración en las estrategias de afrontamiento, que sin embargo no dependen del tiempo transcurrido desde la cirugía. (Hetzler R., citado por Triffaux, 2001)

Ambient Zippel, S, Schneider, M., Wild, B. Lowe, B., Junger, J., Haass, M., Sack, F., Bergmann, G. Herzog, W. (2002). Nos dicen que los estudios demuestran que los síntomas depresivos están altamente asociados con la mortalidad y morbilidad en pacientes con enfermedad cardiaca cerebrovascular y coronaria. Además, se ha demostrado que es un factor de riesgo alto en los enfermos hospitalizados. La evidencia para el desorden de pánico y los efectos de ansiedad en la mortalidad en pacientes con enfermedad de la arteria coronaria son antagónicos. Los síntomas de depresión y ansiedad son frecuentemente encontrados en pacientes a la espera de trasplante de corazón, con tasas de predominio para la depresión mayor del 23.7 % y un incremento significativo en síntomas depresivos durante el período de espera.

Según esto el tiempo posttrasplante es una variable que afecta el bienestar psicológico de los pacientes. Se ha identificado que después de años de espera hay

mayor vulnerabilidad. Teniendo en cuenta esto se reconoce la importancia de la valoración e intervención psicológica, la cual tiene también valor para los pacientes porque necesitan tener expectativas realistas sobre su vida después del trasplante.

Calidad De Vida Después Del Trasplante De Corazón

La Organización Mundial de la Salud (1948) definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no como la ausencia de enfermedad. Esta definición comprende cuatro esferas: estado de la enfermedad y síntomas físicos, estado funcional, funcionamiento psicosocial, todos influenciados por las creencias y expectativas de cada persona. (Testa, 1996 citado por Pollock, 2003)

Encontramos también que en la población adulta la noción de calidad de vida fue desarrollada para evaluar el impacto de la enfermedad, del tratamiento médico o bienestar social. Este tipo de evaluaciones son cada vez más utilizadas para evaluar los resultados, describir el impacto y examinar las experiencias de cada paciente y el cuidado médico. Lo más importante del trasplante de corazón es salvar la vida del paciente, sin embargo el trasplante no es curativo, ya que existen todas las implicaciones post operatorias asociadas a los cambios comportamentales que se experimentan y causa malestar psicológico. (Anantharaju A. y Cols 2003).

Según Pollock, (2003) El trasplante de corazón es actualmente una terapia establecida para pacientes con deficiencia cardíaca que se encuentran en etapa crítica. Entre 1982 y el 2002 se llevaron a cabo 126 trasplantes de corazón en 116 pacientes, buscando mejorar el manejo médico y quirúrgico en el trasplante, logrando así aproximarse a los cinco años de supervivencia acompañados de un seguimiento médico

riguroso, de una evaluación constante y tratamiento farmacéutico. A pesar de todo esto se puede presentar una alta tasa de morbilidad debido un gran número de medicamentos adicionales para tratar enfermedades como la hipertensión y diabetes. Los frecuentes exámenes y visitas médicas reducen el tiempo que muchas veces se ve invadido con biopsias, angiografías, exámenes de sangre, etc. Todo esto conlleva un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes. (Snyder LD, 2005).

Con respecto a la estancia en la unidad de cuidados intensivos Evangelista L y Cols. (2004) dicen que aunque sea un espacio de tiempo corto, el hecho de estar bajo supervisión constante de manera impersonal a través de las máquinas, genera en los pacientes una sensación de agotamiento que afecta su salud mental de manera negativa, donde los pacientes no encuentran motivación alguna y todo les parece sin sentido. Esto afecta ampliamente sus relaciones interpersonales ya que también descuidan su aspecto físico.

Asimismo Akman B y cols (2004) aseguran que durante las últimas tres décadas los estudios en los resultados después del trasplante se han intensificado. Las investigaciones en calidad de vida han incluido a pacientes con trasplante de hígado y durante las últimas dos décadas se han realizado estudios con trasplante de corazón, los cuales han demostrado una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes después del trasplante. Aunque esta no es comparable con la de la población normal, los pacientes hacen una resignificación de lo que para ellos pueda ser el bienestar físico y psicológico, ya que ven en el trasplante un regalo de vida que les permite prolongar su supervivencia. Las investigaciones en pacientes cardíacos después del trasplante han reportado cambios significativos en todas las esferas psicosociales. (Eryilmaz, M., 2005)

Según Evangelista L. y Cols. (2004) el trasplante de corazón también esta representando altos índices de éxito en varios centros de trasplante alrededor del mundo. Los reportes muestran que aproximadamente el 25% de los pacientes con trasplante de corazón son mujeres, a pesar de este incremento en el porcentaje de mujeres que necesitan y reciben trasplante de corazón, poco se sabe sobre sus necesidades especiales y los resultados relacionados con el cuidado que tengan después del trasplante. Aunque se ha demostrado que las mujeres poseen, mas riesgo de presentar resultados negativos después del trasplante existe muy poca investigación dirigida hacia los resultados postrasplante en las mujeres específicamente. (Johnsson L, 1997 citado por Bernazzali y Cols. 2004)

De manera que los esfuerzos en reducir la mortalidad y discapacidad en mujeres sometidas a trasplante de corazón necesitan enfocarse más en la detección temprana y tratamiento de los factores de riesgo. A pesar de que los estudios se han centrado en estudiar los mecanismos biológicos, es necesario también estudiar los factores psicológicos y comportamentales que juegan un papel importante con el fin de profundizar más en este campo de estudio. Como la investigación es especialmente importante en los pacientes que reciben trasplante de corazón, y se ha enfocado fundamentalmente en mejorar la calidad de vida y bienestar psicológico, la literatura habla particularmente de resultados relacionados con estas dos variables. (Lorraine S, 2004)

Con base en esto Evangelista L. y cols. (2005) Examinaron las diferencias de género, controlaron variables como la edad y gravedad de la enfermedad y hallaron resultados más pobres en las mujeres que en los hombres tanto a nivel físico como

psicológico. Las mujeres reportaron mayores niveles de depresión que los hombres al igual que un estado más disfuncional. El género femenino fue incluso encontrado como un factor de riesgo relacionado a desordenes como la ansiedad y la depresión después del trasplante. Debido a que el nivel de calidad de vida y el malestar psicológico han demostrado incrementar la morbilidad y mortalidad, los esfuerzos por entender mejor estos procesos en las pacientes mujeres sometidas a trasplante se ha convertido en una necesidad.

Evangelista y Cols (2004) estudiaron la calidad de vida y bienestar psicológico en un grupo de mujeres sometidas a trasplante y en lista de espera, teniendo en cuenta variables como la edad y condición funcional, realizaron dos preguntas investigativas dirigidas a establecer las diferencias en la calidad de vida (a nivel global, salud física y emocional) y el bienestar psicológico (depresión y percepción de control). En los dos grupos buscaron responder que factores están relacionados con la calidad de vida específicamente. Con base en la literatura establecieron la hipótesis de que las mujeres con trasplante tienen una calidad de vida y bienestar psicológico más funcional que las pacientes en lista de espera. El estudio fue realizado con un grupo de 50 pacientes que habían experimentado el trasplante y 50 candidatas a trasplante en el centro médico del sur de California, los criterios de inclusión que utilizaron fueron: género femenino, pacientes sometidas a trasplante o en lista de espera en nivel 1 y 2, que estuvieran orientadas en lugar, tiempo y espacio, que supieran leer, hablar y escribir en inglés y que tuvieran disposición para participar en el estudio. Después de tener el consentimiento informado de cada paciente les pidieron a las participantes realizar un test donde debían caminar solas por seis minutos, lo que les sirvió a los investigadores del estudio como

indicador del nivel de tolerancia. Una vez completado el test les pidieron llenar un paquete de cuestionarios que incluían tres instrumentos: el cuestionario de Minnesota “Viviendo Con Una Insuficiencia Cardiaca”, “La Escala De Depresión De Beck” Y “La Escala De Control De Actitud”. El tiempo de respuesta fue de diez a quince minutos aproximadamente. (Bernazzali y Cols., 2004)

Con el test de Minnesota se midió la calidad de vida en aspectos físicos, social, funcional y emocional, el bienestar psicológico fue operacionalizado con niveles bajos de depresión y altos niveles de percepción de control. La depresión fue medida con el Inventario de Beck y la percepción de control con el CAS con respuestas tipo Likert. La información demográfica fue recolectada con un formato simple. Los datos fueron analizados con SPSS estadística descriptiva que incluyo mediana, rango y desviación estándar

Con base en su estudio Evangelista L. y Cols (2004) encontraron que las pacientes con trasplante de corazón presentaron mejores niveles de calidad de vida y bienestar psicológico que las pacientes en lista de espera aun cuando las edades fueran mayores y su nivel de funcionalidad fuera más limitado, lo que sustento la hipótesis planteada en el estudio. Las pacientes sometidas a trasplante aunque mostraron niveles superiores en la calidad de vida y bienestar psicológico en relación a las pacientes en lista de espera, no presentaron puntajes altos, pues en general en ambos grupos los puntajes fueron bajos, lo que permite identificar que el trasplante de corazón no es la cura a todos los síntomas de la enfermedad y que esté debe ser acompañado de un tratamiento medico y apoyo psicoterapéutico apropiado.

Vulnerabilidad Psicosocial, síntomas físicos y daños físicos después del trasplante

Dentro de todos los estudios realizados, damos cuenta de que son muchos los síntomas que se presentan tanto a nivel físico como emocional que causan malestar en los pacientes sometidos a trasplante. No obstante es importante tener un adecuado manejo de las diversas situaciones que se presentan para poder brindar el apoyo necesario a cada individuo y saber manejar adecuadamente cada problema en particular.

“El trasplante de corazón ofrece una alternativa de vida y una mejor calidad de vida a las personas que sufren una enfermedad cardio pulmonar. Solamente en los Estados Unidos más de diez mil quinientas personas han sido sometidas a trasplante de pulmón o corazón- pulmón con el fin de prolongar su vida y tratar el dolor. Aunque la mayoría de personas presentan una mejoría significativa después del trasplante también se enfrentan muchas veces a complicaciones serias como rechazo, infección y múltiples efectos colaterales de las drogas inmunosupresivas, las conllevan a síntomas que producen malestar físico y afectan la funcionalidad de la persona” (Lanuza D., 2001 citado por De vito y Cols. 2002).

“De acuerdo a la teoría de síntomas desagradables los actores de vulnerabilidad psicosocial que incluyen estado emocional y estrategias personales de afrontamiento influyen en la predisposición de los pacientes para manifestar síntomas físicos. Hasta la fecha son pocos los estudios que han estudiado la relación entre estas variables y los síntomas físicos de los pacientes sometidos a trasplante de corazón” (Lenz E., 1997, citado por De vito A. y Cols. 2002).

Por este motivo el estudio realizado por De vito y cols, tuvo como objetivo identificar la funcionalidad física y estado psicosocial de los pacientes, examinando las

relaciones entre las variables psicosociales y la manifestación de los síntomas físicos. Las variables psicosociales incluidas en este estudio fueron seleccionadas porque habían sido descritas en la teoría de síntomas desagradables como una causa importante sobre efectos en la calidad de vida de cincuenta pacientes durante sus visitas medicas después del trasplante al centro médico de la Universidad de Pittsburg en la programa de trasplante cardio-torácico, dieciocho meses después de la cirugía. Después de recibir el consentimiento informado por parte de los pacientes, realizaron una entrevista de noventa minutos con entrevistadores experimentados con el fin de obtener datos importantes sobre el trasplante. Los instrumentos psicológicos que utilizaron fueron el Inventario de Síntomas Post-Transplante, el cual se utiliza para determinar los síntomas físicos que afectan el funcionamiento de cada paciente, utilizaron también el Inventario de impacto de la Enfermedad para medir los daños físicos que hacen referencia a la habilidad de la persona para realizar actividades que satisfagan sus necesidades básicas, las cuales les permitan llevar a cabo roles específicos y mantener su salud y bienestar.

Respecto a las variables psicosociales para medir el malestar psicológico después del trasplante se tuvieron en cuenta la ansiedad y la depresión, evaluada en subescalas del SSL 90 y se tuvieron en cuenta historias clínicas a nivel psiquiátrico antes del trasplante de corazón, donde identificaron mayores niveles de depresión y ansiedad según criterios del DSM III R. Se tuvieron en cuenta estos desordenes ya que son los que con mayor incidencia se presentan en la enfermedad crónica.

Finalmente, encontraron en la presente investigación, que los síntomas y daños físicos, así como el malestar psicológico permanece entre los pacientes, pero ese malestar psicológico es independiente de las complicaciones médicas que incrementan

los síntomas físicos; así como el modelo TOUS en el cual basaron su investigación y les permitió identificar que existe una relación importante entre los factores psicosociales y los síntomas físicos en los pacientes que presentan elevados niveles de ansiedad y depresión.

El estrés y el trasplante de órganos

El estrés es uno de los factores psicológicos que más se presentan en los pacientes sometidos a trasplante en las dos fases; tanto la preoperatoria como la postoperatoria, ya que la sensación de tener un cuerpo extraño genera reacciones diversas de malestar y sensaciones a nivel postraumático altas.

Bunzel B. y Cols (2005) en su estudio sobre la presencia de estrés postraumático después de la implantación de un dispositivo mecánico en los pacientes con trasplante de corazón señalan que aunque la tecnología desempeña un papel importante para disminuir el riesgo de mortalidad y morbilidad, podría conducir a la presencia elevada de tensión física y emocional, a la ansiedad, a la señal de socorro respiratoria, y a las pesadillas según lo divulgado por algunos pacientes después de un tratamiento de cuidado intensivo, así como sensaciones intensas de desamparo en sus parejas. Bunzel y cols, realizaron un estudio retrospectivo con el fin de identificar el predominio del desorden de estrés postraumático, de la ansiedad, y la depresión entre los pacientes que experimentaron la implantación de un dispositivo ventricular como puente al trasplante del corazón y en la vida de sus parejas. En 1980 una definición específica fue encontrada para los síntomas y las diversas reacciones entre los sobrevivientes del trauma que no podrían seguir clasificando dentro de la prevalencia de una psicopatológica

Además en su estudio Bunzel y cols. (2005), utilizaron un grupo de 129 pacientes que habían sobrevivido por un periodo largo después del trasplante y que formaban parte del grupo de trasplante de corazón de la universidad, en Viena, Austria, y Munster, Alemania., quienes habían experimentado la implantación circulatoria mecánica del dispositivo de ayuda como puente al trasplante del corazón. En el centro austriaco del trasplante de corazón: proporcionaron a 57 pacientes un dispositivo circulatorio desde 1994; 30 todavía estaban vivos en el momento de la evaluación. En el centro del trasplante de Munster, 72 pacientes experimentaron la implantación del dispositivo en 1993; de los cuales 46 estaban vivos en el momento de la evaluación. En este estudio, ninguno de los pacientes a los cuales se les había implantado el dispositivo circulatorio como puente al trasplante de corazón cumplió con todos los criterios del trastorno por estrés postraumático. Considerando la actual literatura en trastorno por estrés postraumático en pacientes de cirugía de corazón, se habría podido esperar que por lo menos algunos de los pacientes presentaran el trastorno. Este estudio por lo tanto contradice otras investigaciones. En contraste, Stukas (1999) encontró que el 10.5% de pacientes con trasplante de corazón puede presentar trastorno por estrés postraumático y una encuesta realizada por Stoll (2000) reveló que el 15% de sus pacientes cardiacos con cirugía tenía síntomas de estrés postraumático. Dew y colaboradores divulgaron que aunque los pacientes con o sin la implantación de un dispositivo antes de el trasplante de corazón no presentas diferencias significativas en cuanto a la presencia del TEPT, el 16.7% de pacientes con el dispositivo mecánico y el 19.7% de pacientes sin el dispositivo mecánico cumplieron los criterios de DSM-IV para TEPT durante el primer año después del trasplante

Este estudio reveló que el 23% de sus respectivas parejas cumplieron los criterios para el TEPT. Un resultado alto en comparación con el de Stukas, quien encontró que 7.7% de cuidadores de pacientes con trasplante de corazón eran diagnosticados con TEPT. Sin embargo, ya que muchos estudios revelan que las mujeres parecen ser más vulnerables que los hombres a los síntomas de TEPT después de la exposición del trauma, los resultados de este estudio deben ser interpretados con mucha precaución. Hasta la fecha, no se ha publicado ningún otro estudio en TEPT en cuidadores de pacientes adultos con trasplante de corazón. Por otra parte, el 2% de los pacientes y el 19% de las parejas manifestaron niveles leves de depresión, y el 4% de pacientes y el 23% de sus parejas presentaron bajos niveles de ansiedad.

Shapiro y cols. (2005) encontraron que el 20% de los pacientes con implantación del dispositivo en el lado izquierdo y no sus parejas, presentaron episodios importantes de depresión, debido a el ruido que hace el dispositivo y que incomoda a los pacientes, lo que les permitió establecer la hipótesis en el estudio de que estos pacientes podrían ser más vulnerables a la señal de socorro psicológica.

Sin embargo el estudio reveló que no hay diferencias significativas en los resultados de la Escala Revisada del Impacto del Evento y la escala de Depresión y Ansiedad hospitalaria, los instrumentos utilizados para la investigación. Se encontró que las parejas de pacientes con implantación de sistemas pulsátiles de dispositivos mecánicos presentaron niveles de depresión y ansiedad mucho más altos, debido al dispositivo paracorporeal torácico, con necesidades médicas y técnicas más altas para utilizar en estos pacientes.

Por este motivo Bunzel y Cols. (2005) llegaron a la conclusión de que las parejas de los pacientes parecen tener síntomas psicológicos más adversos que los mismos pacientes, quienes hacen frente al parecer con mayor eficacia a la enfermedad y a la cirugía sobre el funcionamiento a largo plazo. Estos resultados destacan la necesidad de apoyar a la persona que ayuda al paciente, quien debe recibir la misma atención psicológica de los pacientes.

Depresión y ansiedad en pacientes sometidos a trasplante

Según Akman B., Zdemir O., Sezer S., Mic H., Lo O., y Haberla M.(2004) la depresión es un problema serio en los pacientes sometidos a trasplante de órganos por lo cual su diagnóstico previo es relevante para la obtención de resultados favorables especialmente después del trasplante. En su estudio llevado a cabo con un grupo de pacientes sometidos a trasplante de riñón, encontraron que las mujeres especialmente son más propensas a sufrir de síntomas depresivos debido a sus limitaciones y que la necesidad de ayuda social influye directamente en su calidad de vida.

Por otra parte Dew y Dobbels (2002) con respecto a la depresión aseguran que el 25% de pacientes con trasplante cardíaco 1 a 3 años después del trasplante presentan episodios depresivos. Hay un predominio del 18% de la depresión incluso en 5 y 10 años después del trasplante así, una gran cantidad de pacientes consumen drogas antidepressivas. Hay diferencias substanciales en el efecto de los varios inhibidores selectivos de la recaptación de los niveles de serotonina.

Asimismo Shapiro (2004) en su estudio sobre la depresión en pacientes pediátricos antes y un año después del trasplante de corazón y pulmón, la depresión

ahora se reconoce extensamente como una condición psiquiátrica significativa de la niñez y la adolescencia. Un predominio del desorden depresivo en los niños en edad escolar es del 3,6% y del 6% en adolescentes. Sin embargo, muchos niños y adolescentes que experimentan los síntomas depresivos no cumplen con los criterios de diagnóstico para el desorden depresivo.

También Grady K. (2003) en su estudio con un grupo de pacientes que fueron puestos en lista de espera entre octubre 1988 y de noviembre de 1993, evaluó el impacto psicológico del trasplante en los niños y sus familias. Se Incluyeron en el estudio a los niños y a las familias que vivieran en el Reino Unido o Irlanda y que el inglés fuera su primera lengua. Los pacientes comprendían edades entre 8 y 17 años. Se cree que éste es el primer estudio divulgado que se centra en la ocurrencia de la depresión y de la sintomatología depresiva en los niños y los adolescentes que experimentan trasplante de corazón. Además, el uso de un cuestionario que ofrece las versiones paralelas para el niño y el padre, proporciona grados de la sintomatología depresiva de más de una fuente. Antes del trasplante, los resultados obtenidos en los instrumentos de evaluación no muestran diferencias significativas en relación a población normal

Shapiro C. (2005) encontró también que los padres de niños con problemas congénitos presentan menos síntomas depresivos que los padres de niños que adquieren la deficiencia cardíaca posteriormente. Además no encontraron diferencias significativas en relación al género y la manifestación de síntomas depresivos.

Por otra parte Según Brown y Cols (2004) El trasplante del corazón se ha convertido en el tratamiento alternativo para el paciente con deficiencia cardíaca severa. Con este tratamiento se logra mejorar la calidad de vida de estos pacientes. El rango de

supervivencia en el 50% de estos pacientes es de diez años. Los estudios muestran que solamente un cuarto de los candidatos a trasplante mueren en lista de espera.

Según Cohen L. y Cols (1998), refieren que uno de los aspectos importantes de la evaluación psiquiátrica, antes del trasplante, es identificar la presencia de contraindicaciones que afecten el proceso de trasplante como tal. Durante el proceso de evaluación es necesario mirar todos los aspectos de la vida del paciente. Estos indicadores de calidad de vida deben ser examinados, para poder identificar la propia perspectiva de vida del paciente: la percepción de su salud física, nivel de actividad, funcionamiento familiar y social, nivel de esperanza y optimismo, salud psicológica y nivel socioeconómico. Dichos indicadores, permiten observar aspectos como: estrategias de afrontamiento, rasgos de personalidad, autoestima, dominio de personalidad y apoyo social.

De manera que la depresión y la ansiedad pueden afectar al paciente tanto antes como después del proceso quirúrgico. Cerca del 52% de los pacientes presentan elevados niveles de ansiedad o depresión antes de trasplante. Si ha existido una alteración en el estado de ánimo en su historia psicológica, aumenta la probabilidad de presentar una depresión después del proceso quirúrgico. (Dew M. 2002, citado por Brown P 2004)

Brown P y Cols (2004), concluyen que el trasplante de corazón influye tanto en la vida del paciente como en la de su familia, dado que se presentan estresores que pueden afectar al paciente a nivel cognitivo y emocional. Cuando los cambios que llega a experimentar el paciente son mayores, hay mayor vulnerabilidad a desarrollar depresión y ansiedad. En contraste con este estudio Barone C. (2004) afirma que este

tipo de pacientes, no solo necesitan tratamiento farmacológico, también necesitan apoyo familiar y psicológico, lo cual le permitirá una mejor adaptación a su nuevo estilo de vida.

Según Sears y cols (1997) existen muchas estrategias que son desarrolladas por parte de los pacientes y les permiten tener una calidad de vida muy buena. Dentro de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes se encuentra la religión que ha demostrado ser de gran ayuda, ya que ponen todo en manos de Dios.

Estudios como el realizado por Harris, Dew, Lee, Amaya, Buches, Reetz y Coleman, 1995 citados por Sears, 1997) demuestran que los pacientes que son activos en la comunidad y participan de eventos religiosos muestran un bienestar físico y psicológico, ya que su preocupación por su salud es baja. Sin embargo sugieren que es necesario que sean los mismos pacientes quienes manifiesten estrategias de afrontamiento guiadas a lo religioso y no que sea algo impuesto por el cuidador o algún familiar.

Características De La Personalidad En Los Pacientes Sometidos a trasplante

La personalidad de las personas sometidas a trasplante cambia significativamente según muchos estudios realizados, ya que su vida cambia significativamente sus actitudes se ven afectadas así como su estado de ánimo lo que genera comportamientos muy distintos a los que habitualmente solía tener la persona antes de tener la enfermedad o incluso después de recibir un cuerpo extraño en su cuerpo.

Según Gross y Cols. (2004), los clínicos han creído por mucho tiempo que la patología de la personalidad esta relacionada con la pobre adherencia al tratamiento y resultados pobres a nivel de salud. Aunque las evaluaciones psicológicas y psiquiatricas no son las más usuales en los centros de transplante de los Estados Unidos, evaluar la personalidad y la patología en los pacientes candidatos a transplante es muy frecuente. Los estudios de personalidad en pacientes con transplante de corazón se han enfocado principalmente en identificar desordenes de personalidad relacionados con la adherencia al tratamiento y los resultados post-transplante. Sin embargo, la investigación sobre la personalidad y adherencia al tratamiento así como los resultados después del transplante se ha visto obstaculizada por la falta de un modelo teórico o la apropiada instrumentación para pacientes no psiquiátricos. (Russi E y Cols. 2005)

Según Smith T. 1992, citado por Stilley y Cols. (2005), estudios recientes han demostrado que el modelo del factor cinco provee una evaluable estructura que permite investigar y entender el vínculo entre la personalidad y la salud. Esta teoría de la personalidad es el producto de investigación de cuatro décadas en pacientes psiquiátricos y normales, la cual propone que las dimensiones básicas de la personalidad incluye cinco rasgos (extraversión: reserva versus animación, amabilidad, responsabilidad: bien organizado o impulsivo, cultura: imaginativo y concreto y intelecto: apertura a la expresión). Los niveles extremos de los rasgos mencionados, están relacionados con el estado de ánimo y los desordenes de personalidad.

Teniendo en cuenta que la depresión y la ansiedad están presentes en los pacientes con transplante cardio-torácico y se relacionan con la morbilidad y mortalidad de los mismo, examinar las características de personalidad de los pacientes es importante

debido al alto potencial de problemas comportamentales y de salud mental, asociado a la personalidad de los pacientes que han sido sometidos a transplantes. (Dew M, 1996, citado por Stilley y Cols. 2005)

Para demostrar esto Stilley y Cols (2005), realizaron un estudio con setenta y tres pacientes sometidos a transplante cardio-torácico con edades comprendidas entre veintiuno y sesenta y ocho años del centro médico de la Universidad de Pittsburg. Los pacientes fueron sometidos a transplante de corazón entre Septiembre del 2001 y Diciembre del 2003, fueron entrevistados con un cuestionario estructurado con el fin de categorizarlos en el eje dos según los criterios diagnósticos del DSM IV. Para medir la personalidad utilizaron el NEO PI-R, el cual esta basado en la teoría de la personalidad de los cinco factores, el cual consta de doscientos cuarenta ítems, valorados en escalas de cero a cuatro, las cuales miden cada uno de los cinco factores. En dicha investigación se encontró que el 32.9% (veinticuatro sujetos) fueron diagnosticados con el CSCID II. Once de ellos clasificaron como Obsesivos Compulsivos, 2 Histriónicos cada uno de ellos con personalidad dependiente, narcisista, limítrofe y antisocial, 5 Obsesivo Compulsivo con personalidad limítrofe y 2 esquizoide. Este estudio demostró que la prevalencia de desordenes de la personalidad es bastante alta en pacientes sometidos a dicho proceso quirúrgico contrario a lo que se había encontrado en investigaciones anteriores, lo anterior se debe a la poca evaluación que se realizaba anteriormente en los grupos de pacientes con transplante de corazón. Adicionalmente, once pacientes cumplieron el criterio de personalidad obsesivo compulsivo y cuatro cumplieron el criterio para la teoría de la teoría de los cinco factores de la personalidad. El 62.5% de los sujetos fueron diagnosticados con desordenes de la personalidad y rasgos obsesivos,

lo cual fue considerado mucho más alto de lo esperado y distingue el trasplante cardiotorácico del grupo de trasplante de hígado y la población psiquiátrica en general, donde prevalece más la personalidad limítrofe y antisocial.

Aunque no se pueden establecer conclusiones sobre la prevalencia de desórdenes de la personalidad, si hay estudios que identifican que las personas con problemas de salud que viven bajo un nivel de estrés elevado tienen mayor probabilidad de presentar problemas emocionales o comportamentales que las personas saludables, debido a que la enfermedad crónica los vuelve más rígidos, convirtiéndolos en personas con trastorno de la personalidad. (Zhang S., 2005)

Por otra parte, los pacientes con trastorno Obsesivo Compulsivo, tienden a tener un riesgo más alto de desarrollar enfermedades cardiacas. Sin embargo, se ha demostrado que debido a sus rasgos de personalidad experimentan mejores resultados después del trasplante. Teniendo en cuenta el tipo de personalidad, hay `pacientes que requieren más tiempo y atención por parte del equipo de trasplante para ajustarse a todos los cambios que se presentaran (Dobbels F, 2000, citado por Stilley y COLs. 2005).

Con respecto a la personalidad del donante y las creencias que se tienen, Grady K. (2003) asegura que aunque los pacientes conozcan ampliamente el procedimiento tiene la falacia sobre algo simbólico del corazón y que posiblemente adquirirán características de la personalidad del donante. No obstante esto influye en su percepción y afecta su comportamiento.

Intervención psiquiátrica

Según Lindenfeld y cols. (2005), la mejoría en la supervivencia a largo plazo de los pacientes con trasplante de corazón ha dado lugar a una población de pacientes con la exposición prolongada a medicamentos inmunosupresivos. Esta exposición, junto con la edad de aumento de los pacientes, ha dado lugar a un predominio impresionante de comorbilidades en estos pacientes. De hecho, 5 años después del trasplante, el 95% de pacientes tienen hipertensión, 81% tienen hiperlipidemia, 32% tienen diabetes, del 25% al 50% tienen vasculopatía coronaria y el 33% tienen insuficiencia renal crónica. Como más drogas se desarrollan para prevenir y tratar estos problemas y complicaciones infecciosas comunes después del trasplante, es probable que el paciente tome un número de medicamentos cada vez mayor. Porque las drogas inmunosupresivas tienen un alto potencial para las interacciones entre medicamentos, el paciente con trasplante de órgano está expuesto a un riesgo enorme de presentar estas interacciones de medicamentos. Teniendo en cuenta estas comorbilidades el papel del psiquiatra es fundamental en la evaluación de los pacientes y debe formar parte del equipo de trasplante responsable de valorar adecuadamente la situación de cada paciente. El psiquiatra puede ayudar a reconocer reacciones potencialmente problemáticas que contribuyan a facilitar o irrumpir el proceso pre y post trasplante. Bulletin of the Menninger Clinic (1998)

El trasplante de órganos y factores éticos

Según Derege, s., Rossman, M. (1999). En materia de trasplantes ha habido una cierta evolución moral. Evolución que responde al desarrollo de las concepciones

filosóficas y teológicas del ser humano, de la responsabilidad ética del propio cuerpo, del progreso de la tecnología médica, etc. El tema de los trasplantes se ha venido considerando más allá de cualquier mutilación, comercialización e instrumentalización del cuerpo humano. Los criterios éticos que, ahora, orientan el juicio se basan en la integridad y la identidad de la persona humana dentro del contexto comunitario.

Por ello el traslado de tejidos de un lugar a otro del mismo organismo, también llamado autoinjerto, en su valoración moral no representa ningún problema, ya que, según el principio de totalidad, se puede sacrificar una parte para el bien de todo el organismo. Es importante que exista una justificación razonable y una proporción entre los riesgos y los beneficios. Cabe mencionar que aquellos trasplantes de la cirugía estética tampoco plantean problemas morales cuando existen razones físico psicológicas que tienen repercusión sobre el aspecto interrelacional de la persona y su evolución personal.

Asimismo el trasplante de un tejido u órgano de un animal al organismo humano no plantea ningún problema moral ya que el mundo animal está al servicio del hombre. Este tipo de trasplante sería objetable si implicara un cambio en la identidad personal del hombre o una alteración seria de su complejidad.

En el trasplante entre dos organismos distintos pero de la misma especie, es preciso distinguir entre órganos vitales y no vitales. Son órganos o tejidos no vitales los que, en su ausencia, no colocan al donante en riesgo de muerte o en muerte inminente, a saber, entre otros: transfusión de sangre, fragmentos de piel, pequeñas esquirlas de hueso, segmentos de tendones, etc. Su moralidad tiene un tinte positivo, pues representa un signo de solidaridad humana y expresión de un amor auténtico al otro.

Los órganos vitales pueden ser órganos sencillos o únicos y órganos dobles. El trasplante de órganos sencillos o únicos sería equivalente a l homicidio. Es moralmente inaceptable. En el caso del trasplante de un órgano vital doble ha sido un tema de estudio y discusión entre los moralistas católicos. Gana la aceptación debido a los principios de la caridad, al principio de totalidad, al principio de la solidaridad humana y cristiana.

El trasplante de un órgano vital doble, por ejemplo, el riñón, se justifica moralmente cuando es decisivo para el receptor y no fatal para el donador. Es preciso, sin embargo, que haya conocimiento de los riesgos y libertad absoluta de parte del donante, así como, garantías suficientes de éxito para el receptor. (Derenge S y Rossman M., 1999).

De la misma forma el trasplante de un órgano cuyo donante es un cadáver no se considera un problema moral, con tal que se eviten dos extremos; primero, la consideración del cadáver como cosa, sin el debido respeto que merece el medio corporal de un ser humano; segundo, la reverencia desmedida al grado de equiparlo a una persona humana. Si el órgano de un cadáver puede mantener con vida a una persona enferma o moribunda, el trasplante no atentaría contra el cadáver sino significaría la humanidad del difunto. Sin embargo, se ha de respetar la carga emocional de los familiares y amigos de la persona fallecida. Este tipo de trasplantes exige la extirpación del órgano en el momento oportuno, tratándose sobre todo de corazón o riñón, por lo que se deberá estar seguro de la muerte de la persona antes de la intervención quirúrgica. Muerte que los especialistas han señalado con la muerte cerebral, lo que favorece para no apresurar el proceso en beneficio del receptor y en daño del donante. En estos casos es preciso tener en cuenta

la previa voluntad de la persona y, en ausencia de ésta, la de los familiares. Aunque, desde el momento de la muerte, el cadáver ha dejado de ser una persona, no puede prescindirse del hecho de que perteneció a una persona concreta y del derecho de los familiares a disponer del cuerpo de la persona muerta. Es cierta la licitud de extirpar un órgano de un cadáver para beneficiar un enfermo, y a veces puede llegar a ser obligatorio, pero una moral responsable no es aquella que se fundamenta en la imposición, sino en la invitación al crecimiento y en la sensibilidad al dolor ajeno. (Notzold A. y Cols 2001).

Terapias Alternativas Post trasplante

Según Dew M. y Cols (2004) ha habido un rápido crecimiento en la investigación empírica que evidencia un progreso a nivel psicosocial en los pacientes sometidos a trasplante de corazón. Sin embargo también se demuestran importantes problemas psicosociales que se desarrollan como consecuencia del trasplante. En promedio la calidad de vida, el bienestar físico, mental y social es superior en los pacientes que han recibido el trasplante de corazón que los pacientes que aun se encuentran en lista de espera. De igual forma existe una proporción alta de pacientes que desarrollan nuevos problemas de salud mental y que presentan limitaciones en su calidad de vida después del trasplante. Más del 58 % de los pacientes experimentan malestar psicológico o desordenes diagnosticables a nivel psiquiátrico en los años siguientes a la cirugía, la mayoría de los pacientes presentan daños importantes a nivel cognitivo debido a que experimentan dificultades en sus relaciones interpersonales y

funcionamiento social ya que se enfrentan a restricciones en su desempeño laboral, social o en las labores domesticas. (Young G. y Cols., 2003)

Por otra parte existe la dificultad en el seguimiento de órdenes o recomendaciones medicas, ya que estudios empíricos demuestran que mas del 48% de los pacientes no sigue las recomendaciones sobre la dieta y ejercicios y el 20% de los pacientes un año después del trasplante presenta problemas en la toma de medicamentos. (Dew M, 1997 citado por Dew M, 2004)

De igual forma es importante desarrollar intervenciones dirigidas a las dificultades que se presentan en el área de salud mental, calidad de vida y adherencia al tratamiento no solo para obtener mejores respuestas post trasplante, sino porque un deterioro psicosocial implica un riesgo alto de morbilidad física, disminuye el cuidado de la salud y incrementa la mortalidad. (Paris W, 1994 citado por Dew M y Cols. 2004)

Existen diversas razones por que a pesar de la necesidad de intervenir a nivel psicosocial, tanto en pacientes como en cuidadores, estas son la mayoría de las veces deficientes; primero que todo los centros de trasplante se encuentran geográficamente muy dispersos, lo que se dificultad para algunos pacientes quienes deben recorrer largas distancias desde sus hogares, además después de la cirugía los pacientes vuelven al centro de trasplante ocasionalmente.

Por otra parte la posibilidad de una intervención prolongada en el hospital después del trasplante se dificultad, ya que el tiempo de hospitalización no es muy largo y el estrés que produce la espera de un donante o su cuidador tengan disponibilidad para hablar sobre lo que puede pasar a largo plazo.

Se presentan también restricciones económicas, ya que los centros para trasplante muchas veces no cuentan con el presupuesto para realizar las intervenciones en los grupos de trasplante.

Según Dew M y Cols. (2004) Una alternativa que minimiza todas estas dificultades y puede servir para expandir los programas de trasplante, es la utilización de las telecomunicaciones como lo son el contacto telefónico, la entrega de material escrito y los programas a través del Internet. Se ha demostrado que todo ello ayuda a conservar la relación del paciente con el equipo de trasplante después de la cirugía.

Aunque existe un resultado positivo de la intervención a través del teléfono, hay evidencia que demuestra que una intervención con un componente visual tiene mayor beneficio, ya que hace al paciente más activo y lo involucra en el tratamiento. Con base en esto se han diseñado programas de intervención computarizados, los cuales a pesar de la edad o la experiencia en sistemas han sido bien aceptados, pues les permite tener un contacto entre ellos mismos y con el equipo de trasplante, ya que la mayoría de los centros de trasplante en la actualidad cuentan con páginas propias de Internet en las cuales suministran información y soporte a sus pacientes. (Dew M. y Cols 2004).

Por este motivo Dew M. y Cols (2004) diseñaron un programa basado en los resultados que ya se han estudiado son los más relevantes en los pacientes trasplantados, como la calidad de vida, la salud mental y la adherencia al tratamiento. El programa tuvo como objetivo principal mejorar la calidad de vida de los pacientes, contaba con un foro, donde se podían comunicar entre ellos mismos y darse soporte social. Se maneja información sobre todo lo relacionado con cuidados y salud mental, así como la importancia de seguir las indicaciones postrasplante.

El estudio fue realizado con un grupo de 20 pacientes de la universidad de Pittsburg y sus respectivos cuidadores, quienes recibieron intervención a través del programa de Internet durante los cuatro meses siguientes a la operación, comparados con un grupo de 40 pacientes y sus respectivos cuidadores quienes no recibieron la intervención del programa de Internet. Evaluaron la depresión, la ansiedad y los síntomas hostiles con las subescalas de la SCL 90 y la calidad de vida con el SF36 en los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente. La adherencia al medicamento fue evaluada con una entrevista estructurada que incluía preguntas para todos los grupos sobre que tanto y como se tomaban los medicamentos, con que frecuencia asistían a las citas medicas, si requerían transfusiones de sangre, si hacían rutina de ejercicios y que dificultades presentaban respecto al régimen alimenticio. La información descriptiva fue analizada examinando la frecuencia de accesibilidad a la página de Internet y las opiniones de los usuarios. Las diferencias entre pacientes y cuidadores se analizaron a través del Mc Nemar chi cuadrado y ANOVA (análisis de varianza)

Con este estudio se provee información empírica de que la intervención psicosocial en pacientes sometidos a trasplante de corazón a través de un programa de Internet mejora el malestar psicológico y la calidad de vida tanto de los pacientes como de los cuidadores. En comparación con el grupo que no recibió la intervención los pacientes que participaron del programa de Internet disminuyeron los niveles de ansiedad y depresión. Los niveles de hostilidad muestran un importante decremento, especialmente en los cuidadores.

CONCLUSION

El presente trabajo es una pequeña recopilación de trabajos hechos por profesionales que nos permiten identificar el objetivo central de esta revisión teórica y nos acerca con una mayor profundidad a diversos temas que son importantes de reconocer como psicólogo clínico, ya que este es un campo donde la psicología tiene mucho que aportar y nos demuestra que el trabajo del medico es vano sino se tiene un apoyo interdisciplinario. El psicólogo esta creciendo a grandes pasos y su labor es cada vez mas reconocida en el mundo, lo que hace de nuestra profesión una tarea meritoria y digna de ser respetada en todo ámbito social.

De esta manera después de revisar algunos estudios sobre los aspectos psicológicos y la calidad de vida de los pacientes sometidos a trasplante de órganos se reconoce claramente la importancia para los clínicos en mejorar los niveles de evaluación e intervención de estos pacientes. Existe una enorme necesidad de apoyo psicoterapéutico en este tipo de población, donde diversas investigaciones han encontrado una alta vulnerabilidad ha desarrollar trastornos psicológicos antes y después del trasplante.

En relación a los programas de intervención, aunque muchas son los inconvenientes que se presentan para algunos pacientes y el grupo de trasplante en poder llevar a cabo un adecuado acompañamiento, queda demostrado que existen alternativas que pueden ser muy útiles en casos específicos como los talleres o programas a nivel grupal que han obtenido resultados favorables.

Por otra parte se ha logrado reconocer que las personas que acompañan a estos pacientes tienen también grandes dificultades y se ven expuestas a estresores que de una

u otra manera interfieren en sus vidas, generando malestar psicológico y disminuyendo su calidad de vida, por lo cual deben ser apoyadas con igual compromiso que los pacientes.

Finalmente a través de estudios recientes, enfocados en el bienestar psicológico y calidad de vida de los pacientes sometidos a trasplante de órganos o candidatos a trasplante, nos damos cuenta de la responsabilidad que se tiene con estos pacientes, del trabajo tan cuidadoso que se debe llevar a cabo y la importancia de ver a cada persona como un ser individual, que con base en su entorno social y su personalidad desarrolla ciertas estrategias o manifiesta ciertas conductas que deben ser tenidas en cuenta en pro de su bienestar, teniendo presente no sólo la enfermedad como tal sino lo que implica tener la enfermedad en su vida diaria.

Referencias

- Akman, B., Zdemir, F., Sezer, S., Mic, H., Ozkadiog˘ Lu, Haberal. M. (2004)
Depression Levels Before and After Renal Transplantation. *Transplantation
Proceedings*, 36, 111-113
- Barone, C., Watson, A., Barone. G (2004). The postoperative care of the adult renal
transplant recipient *MedSurg Nursing*. 26, 7.
- Bernazzali, S., Basile, A. Balistreri, A., Carmellini, M, Cevenini, Lovera, M.
Mazzoldi, Maccherini, M. (2005). Standardized Psychological Evaluation Pre-
and Posttransplantation: *Transplantation Proceedings*, 37, 669–671
- Biller, N., Agich, G. (2001). An Extremely Urgent Transplantation? (Ethical aspects of
moving a person with a psychological need for a kidney transplantation to the
head of the urgency list) *The Hastings Center Report*. 31, 27.
- Brown, P. A., Launius, B. K., Mancini, M. C. (2004) Depression and Anxiety in the
Hearth Transplant Patient. *Lippincott Williams & Wilkins*. 27, 92-95
- Bunzel, B, Hofmann L., Wieselthaler, Roethy, Drees G., (2005) Posttraumatic Stress
Disorder After Implantation of a Mechanical Assist Device Followed by Heart
Transplantation: Evaluation of Patients and Partners. *Transplantation Proceeding*,
37, 1365-1368.

Cohen, L., Littlefield, Ch., Kelly, P., Maurer, J., Abbey, S., March, Ch. (1998).

Predictors of quality of life and adjustment after lung transplantation. *American College of Chest Physicians. 613.12*

Derege, s., Rossman, m. (1999). Issues Surrounding Xenotransplantation.

(Transplanting animal organs to humans) *AORN Journal. 3, 428.*

De Vito, A., Dew, A., Stilley, C., Manzetti, J., Zullo, T. Mc Curry, M., Kormos, R.

Iacono, A. (2003) Psychosocial Vulnerability, Physical Symptoms and Physical Impairment after Lung and Heart-lung transplantation *Journal of Heart Lung Transplant. 22, 1268-1275.*

Dew, M., Goycoolea, M. A., Harris R., Lee, A., Zomak, R., Dunbar, J., Rotondi, A.,

Griffith, B., Kormos, R. (2004). An internet-Based intervention to improve psychosocial outcomes in heart transplant recipients and family caregivers: development and evaluation. *Journal of Heart Lung Transplant. 23, 745-758*

Eryilmaz MM, Ozdemir C, Yurtman F, Cilli A, Karaman T. (2005) Quality of sleep and

quality of life in renal transplantation patients. *Department of Psychiatry, Akdeniz University School of Medicine. 5, 2072-6*

Evangelista, L, Moser, D., Dracup, K., Doering, L., Kobashigawa, J. (2004). Functional

status and perceived control influence quality of life in female Heart transplant recipients. *Journal of Heart Lung Transplant. 23, 360-367.*

- Evangelista, L, Dracup, K, Moser, D., Westlake, Ch., , Erickson, V., Michele A.
Hamilton, M. . Fonarow, G., (2005). Two-year follow-up of quality of life in
patients referred for heart transplant. *Heart & lung*. 34, 3
- Grady, K. L. (2003) Quality of life after heart transplantation: are things really better?
Lippincott Williams & Wilkins. 18, 129-135
- Gross, C., Kreitzer, M, Rusas, V., Treesak, Ch., Frazier, P., Hertz, M. Mindfulness
meditation to reduce symptoms after organ transplant: a pilot study, 2004.
20, 2
- Joseph, J., Lindsay S. Baines, P, Morris, M. Jindal, R. (2003) Quality of Life after
Kidney and Pancreas Transplantation. *American Journal of Kidney Diseases*. 42,
3.
- Lindenfeld, J., Robert, L., Zolty, R., Shakar, S., Levi M., Lowes, B. Wolfel, E., Miller,
G. (2005). Drug therapy in the heart Transplant Recipient. Part III: Common
Medical Problems. *American Heart Association*. 111, 113-117.
- Notzold, A., Huppe, M., Schmidtke, C., Blomer, P., Uhlig, T., Sievers, H. (2001).
Quality of life in aortic valve replacement: pulmonary autographs versus
mechanical prostheses. *Journal of American college of cardiology*. 37, 7
- Pérez, M., Rodríguez, M., Chávez, A., Corpa, G., Correa, E., Pérez, J. (2003).

Psychopathological Features in transplant patients. *Journal of transplantation Proceedings*. 35, 744-745

Pérez-San-Gregorio, M., Martín-Rodríguez, A. Galán-Rodríguez, A., Pérez-Bernal., J. (2005). Psychological Stages in Renal Transplant. *Transplantation Proceedings*, 37, 1449–1452

Pollock, S., Anthony, S. Niedra, R., Dipchand, A., West, L. (2003). Quality of life and function following cardiac transplantation in adolescents. *Transplantation Proceedings*. 35, 2468-2470.

Russi, E., Goetzmann, L., Scheuer, A., Naef, R., Vetsch, R., Buddeberg, C (2005). Transplantation Psychosocial Situation and Physical Health in 50 Patients 1 Year after Lung. *The cardiopulmonary and critical care journal*. 127, 166-170.

Savage, L. (2003). Quality of life among patients with a left ventricular assist device. *AACN Clinical Issues*. 1, 64-72.

Sears, S., Rodriguez, J., Greene, A., Fauerbach, P., Mills, R. (1997) Religious Coping and Heart transplantation: from Threat to Health. *Journal of religious and health*. 36, 4.

Shapiro C. (2005) Organ Transplantation in Infants and Children Necessity or

Choice: The Case of K'aila Paulette. *Pediatric nursing*, 31, 2.

Siminoff, I., Chillag, K. (1999). The Fallacy of the "Gift of Life". *The Hastings Center Report*. 6, 34.

Stilley, C., Dew, A., Pilkonis, P., Bender, A., McNully, M., Christensen, A., McCurry, K., Kormos, R. (2005). Personality characteristics among cardiothoracic transplant recipients. *General Hospital of Psychiatry*. 27, 113-118.

Triffaux, J., Wauthy, J., Bertrand, J., Limet, R., Albert, A., Ansseau, M. (20019). Psychological evolution and assessment patients undergoing orthotopic heart transplantation. *European Psychiatry Journal*. 16, 180-185

Young, G., Mintzer, L., Seacord, D. Castañeda M., Mesrkhani, V, Stuber, M. (2003). Symptoms of Posttraumatic stress disorder in parents of transplant recipients: incidence, severity, and related factors. *American Academy of Pediatrics*. 111, 725-731.

Zhang SJ, Huang LH, Wen YL, Hu ZH, Jin J, Shen LH, Cai LX. (2005) Impact of personality and coping mechanisms on health related quality of life in liver transplantation recipients 3, 356-9

Zippel, S, Schneider, M., Wild, B. Lowe, B., Junger, J., Haass, M., Sack, F., Bergmann, G. Herzog, W. (2002). Effect of depressive Symptoms on survivals after heart

transplantations. *American Psychosomatic society*. 64, 740-747