

FACTORES PSICOLOGIOS Y PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL  
TRANSPLANTE DE CORAZON

María Andrea Ruiz V.

Universidad de La Sabana

## Resumen

El transplante de corazón es una alternativa terapéutica para aquellos pacientes que tienen problemas graves en el funcionamiento de dicho órgano. Dada la relevancia de este tema, en el presente estudio teórico se analizaron los principales factores psicológicos y psicosociales asociados al transplante. Para esto se tuvieron en cuenta las diferentes etapas por las que atraviesan los pacientes que se someten a este tipo de procedimiento, con sus respectivas repercusiones. Dentro de estas etapas se analizaron las variables psicológicas tanto del paciente como de su familia, las variables psicosociales asociadas al transplante, calidad de vida del paciente y finalmente se sacaron conclusiones acerca del tema junto con algunas recomendaciones, para lograr una atención integral para esta población.

Palabras clave: Transplante de órganos (356601), transplante de corazón (1973), evaluación psicológica (1997), trastornos mentales (1967), calidad de vida (1985), factores psicosociales (1988).

## Abstract

Heart transplant is an alternative for those patients who have serious problems with the organ in mention. Taking into account the relevance of this matter, in this study the most important psychological and psychosocial factors associated with the heart transplant were looked in detail. In order to analyze these factors, the different phases, which a patient who experience this type of surgical procedure goes through, were taken into account analyzing the possible consequences these may have. In these phases psychological factors of the patient as well as those of his family were studied. Also, psychosocial factors associated with the transplant such as the patient's quality of life. Finally there were conclusions drawn about this matter along with some recommendations with the purpose of bringing a complete attention of this population.

Key words: Organ transplantation (356601), heart transplantation (1973), psychological assessment (1997), mental disorders (1967), quality of life (1985), psychosocial factors (1988).

## FACTORES PSICOLOGICOS Y PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL TRANSPLANTE DE CORAZON

La falla cardiaca ocurre cuando el corazón es incapaz de bombear suficiente sangre para satisfacer las necesidades del cuerpo. Los síntomas más comunes son: respiración corta, baja tolerancia al ejercicio, tos, fatiga y retención de líquidos (Jurt, Delgado, Malhotra, Bishop y Ross, 2006).

Las personas con falla cardiaca presentan con frecuencia una disminución en la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, una reducción en el bienestar emocional, capacidades cognitivas y sociales disminuidas, y un incremento de síntomas depresivos; todo esto contribuye a una disminución sustancial de la calidad de vida de la persona (Evangelista et al., 2005). Así, varios estudios han demostrado que los pacientes con falla cardiaca crónica sufren de depresión o ansiedad en un nivel moderado-severo. (Majani et al., 1999).

El estado mental y el bienestar son partes esenciales de la calidad de vida de las personas. A medida que la necesidad de un transplante de corazón se hace más presente, los pacientes caen en cuenta que las terapias convencionales no van ayudar más en la recuperación de su salud. Esto, normalmente genera sentimientos de rabia, ansiedad y depresión. El paciente tiene que afrontar la realidad de verse y sentirse cada vez más discapacitado, y también darse cuenta que la posibilidad de morir cada vez está más cerca (Brown, Launius, Manzini y Cush, 2004).

Comenzando con el proceso de enfermedad en el que se muestra la necesidad de un transplante, tanto los pacientes como sus familiares deben afrontar periodos de

incertidumbre e inseguridad los cuales pueden dominar su vida y retar sus habilidades de afrontamiento (McCurry y Thomas, 2002).

Debido a las grandes implicaciones tanto físicas como psicológicas que tiene la falla cardíaca crónica, la tecnología ha ido desarrollando métodos para disminuir el impacto de esta enfermedad en las personas, uno de estos es el transplante de órganos.

Históricamente, debido a la falta de conocimiento acerca de las ganancias del transplante, y el limitado número de donantes, el transplante de corazón era ofrecido a aquellos pacientes con menos del 50% de probabilidad de vivir. Sin embargo, como los niveles de supervivencia y calidad de vida se han incrementado, luego de un transplante de corazón, este ha sido ofrecido a pacientes en los que el beneficio de sobrevivir al transplante este presente un año después, pero más pronunciado, después de 2 o 3 años. (Kirklin, Joung y Mc Griffin, 2002).

Hoy en día, el transplante de órganos es una alternativa terapéutica para todos aquellos pacientes que presentan problemas graves en el funcionamiento de un órgano vital. Este ofrecerá a los pacientes una mayor cantidad y calidad de vida, no obstante este tipo de intervenciones puede generar durante todo el proceso importantes complicaciones psicológicas (Pérez, Martín y Galán, 2005).

El progreso en la tecnología quirúrgica y en la terapia post-operatoria ha incrementado de manera notable la expectativa de vida después del transplante de corazón. No obstante, los pacientes aun muestran resistencia para asumir una vida normal después del transplante (Savadori, Lotto y Rumiati, 2002), y los problemas a nivel emocional, social y ocupacional tienden a incrementar (Miller, 2002).

Este procedimiento, que puede ayudar de manera significativa, puede a la vez llevar a la persona a experimentar estrés tanto físico como emocional (Bunzel, Leaderach, Wieselthaler, Roethy y Drees, 2005).

El transplante de corazón implica cambios que alteran la vida, tanto del paciente como de su familia. Nuevos estresores son puestos tanto en el cuerpo como en la mente del paciente. A medida que estos cambios ocurren el paciente está sujeto a desarrollar depresión y ansiedad. Además este puede presentar complicaciones de adaptación a su nueva condición después del transplante. (Brown y cols., 2004).

El transplante de corazón también es considerado como una situación tanto de crisis específica, como de ambigüedad crónica (a largo plazo). Aquellas personas que sobreviven al transplante tienen que lidiar con la posibilidad de que el órgano (corazón) sea rechazado y también con otros problemas médicos. Por esta razón estos pacientes deben enfrentarse a un futuro incierto e impredecible. (Bohachick, Taylor, Sereika, Reeder y Antón, 2002).

El éxito del transplante de corazón no solo está enfocado en la supervivencia, también en la calidad de vida de la persona. Los pacientes que se someten a este procedimiento no solo tienen que afrontar las secuelas médicas del transplante, sino también tienen que enfrentar factores psicológicos, físicos y sociales que abarcan la terapia. (Paris y White-Williams, 2005).

Es por esto que surge la necesidad de realizar evaluaciones tanto antes, como después del transplante, con la intención de identificar aquellos pacientes y familiares que están en riesgo de tener un resultado negativo en el proceso de transplante.

Durante estas evaluaciones se evidencian los trastornos psicológicos que pueden aparecer tanto antes como después del transplante de corazón; estos pueden ser: cambios en el estado de ánimo, ansiedad, disfunciones sexuales, cambios en la imagen corporal, etc. Todos estos deben ser considerados en el momento de enfrentarse tanto con un candidato como con un paciente transplantado. (Pérez et al., 2003).

Las investigaciones que se han enfocado en estudiar los efectos del transplante de corazón tanto a nivel funcional como psicológico, muestra que aunque los pacientes transplantados reportan cambios dramáticos en su capacidad funcional, continúan manifestando complicaciones psicológicas varios años después del transplante. (Reyes, Evangelista, Doering, Dracup, Cesario y Kobashigawa, 2003).

Es por esto, que la atención no solo debe ser puesta en la buena salud física de los transplantados, sino también en el estado emocional de los mismos. Los pacientes tienen que enfrentarse con un reto dual: la pérdida de su propio corazón, y la aceptación del corazón del donante. (Rogers, 1989).

El conocimiento acerca de los factores de riesgo que contribuyen en los resultados psicológicos negativos del transplante de corazón, como también el impacto de estos resultados en la salud física y el bienestar de la persona es esencial para seleccionar algunas posibles estrategias de prevención en esta población (Dew y DiMartini, 2005).

En este artículo se pretende revisar e integrar los resultados arrojados por diferentes estudios acerca de la salud mental de pacientes adultos que se someten a un transplante de corazón, como también el impacto tanto psicológico, como social que

tiene este sobre la persona y su familia y la calidad de vida, todo esto, a lo largo de las diferentes etapas del proceso.

### Fases Generales del Transplante

El proceso de transplante comienza con la propuesta del procedimiento y continúa hasta mucho tiempo después de la operación. Los pacientes deben progresar de un estado terminal de falla cardíaca crónica a un estilo de vida activo. (Kaba, Thompson, Burnard, Edwards y Theodosopoulou, 2005).

Empezando por una evaluación realizada por el equipo de transplante durante el contacto inicial, los pacientes y sus familias atraviesan diferentes eventos y fases del proceso de transplante; incluyendo la evaluación para la candidatura de ser un posible receptor de transplante, la espera de un donante de órgano adecuado, la cirugía y el periodo de recuperación, y un ajuste a largo plazo al transplante.

La secuencia general de los acontecimientos y de los períodos de tiempo es similar entre todos los tipos de pacientes para el trasplante de un órgano (Dew et al., 2002).

El paciente transplantado se mueve por una serie de fases, comenzando por el momento en que es sacado de la sala de cirugía, un tiempo corto después de la cirugía, el riesgo de infección por algunas actividades aumenta, tales como falta de higiene personal o estar en lugares con mucha gente. A medida que pasa el tiempo el riesgo disminuye, pero otros comportamientos como no tomar la medicación o fumar, continúan siendo riesgosos durante el resto de la vida del paciente después del transplante. (Savadori y cols., 2002).

## Evaluación Para El Transplante

Según Grady, Jalowiec y White-Williams (1995), la relación entre las variables psicológicas y cardiológicas, han sido pobremente exploradas, solo se han tenido en cuenta unas pocas variables cardiológicas que han sido relacionadas con el funcionamiento físico de la persona como una medida de calidad de vida.

En general, los pacientes con falla cardiaca crónica sufren de mayores disturbios emocionales que los sujetos sanos. El malestar psicológico se manifiesta por la presencia frecuente de problemas del sueño, dificultades financieras, comportamientos alimenticios disfuncionales, decremento en la actividad sexual y disfunciones sexuales; adicionalmente se presenta tabaquismo, ideación suicida y terapia psicofarmacológica. (Majani et al., 1999).

Así, la depresión y la ansiedad parecen ser las complicaciones psicológicas más frecuentes en la población que sufre de enfermedades crónicas. En los estudios realizados con este tipo de población, la prevalencia del trastorno depresivo mayor, tiene una media de 24%. (Dew, 1998).

Esto, es de gran importancia, ya que este tipo de población es aquella que se somete al transplante debido a su condición crónica. Teniendo en cuenta lo que postulan Dew et al. (2001), cuando dicen que algunos de los factores que puede incrementar el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos después del transplante de corazón son la historia psiquiátrica pre-transplante y la red de apoyo social y familiar, vale la pena enfocar la atención a la hora de evaluar a los posibles candidatos; ya que pueden tener la necesidad de recibir algún tipo de intervención psicológica y/o



psiquiátrica o puede que no estén en las condiciones necesarias para recibir la intervención quirúrgica.

Además, con la identificación de estas variables o factores es posible desarrollar estrategias preventivas con el fin de preparar a los pacientes que están en riesgo y a sus familias para la vida después del transplante. (Dew et al., 2001).

La evaluación psicológica y psiquiátrica es una parte fundamental de la rutina establecida para los candidatos a transplante (Dew et al., 2001). Ya que por ejemplo, la depresión severa asociada a ideas suicidas y a síntomas psiquiátricos activos, como la esquizofrenia o la ideación paranoide son contraindicaciones absolutas para tener éxito en el transplante (Kirklin y cols., 2002).

Según Scheld, Schmid y Drees (2002) algunas de las variables ha identificar son la demencia, los intentos suicidas, abuso de drogas y deterioro cognitivo. Otras contraindicaciones a las que hacen referencia son la obesidad, tabaquismo, trastornos de personalidad, trastornos afectivos y esquizofrenia controlada

Esta evaluación debe estar encaminada a la identificación de características psicológicas y psicosociales del individuo con la intención de reconocer aquellas variables que pueden convertirse en obstáculos para tener una recuperación exitosa tras el transplante.

. De esta manera es preciso tener en cuenta variables demográficas del paciente (género, edad y nivel de educación) y si ha tenido o no una historia psiquiátrica previa (ansiedad o depresión). También es de gran importancia la identificación de factores relacionados con el deterioro en el funcionamiento físico, soportes sociales, estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo para manejar

los problemas de salud, estrato socioeconómico, la exposición a eventos traumáticos durante su vida, el sentimiento de control del individuo sobre la situación, niveles de optimismo y de autoestima. (Dew y DiMartini, 2005).

Según Dew et al. (2001), los individuos con historia psiquiátrica previa parecen ser por lo menos 1.5 veces más propensos a desarrollar trastornos en la etapa post-transplante.

En el estudio realizado por estos autores el 19% de los candidatos para un transplante de corazón tenían una historia previa de uno o más episodios depresivos mayores. Después del transplante la ocurrencia de nuevos episodios fue del 13 y 14% en los primeros 12-18 meses. Con respecto a los trastornos de ansiedad el 5.9% de los pacientes la padecían antes del procedimiento y dos años después la tasa de nuevos episodios fue del 22%.

Otro estudio realizado por Dew et al. (2005), muestra que los individuos con malestar psicológico persistente después del transplante, tendían a ser mujeres, tenían una historia psiquiátrica previa y tenían un nivel de deterioro físico muy alto.

Por otro lado Ramsey, Patrick, Lewis, Albert, y Raghu (1995), en su estudio concluyeron que el 6% de los candidatos para transplante tenían una historia de uno o más trastornos de ansiedad. En el año después del transplante la tasa de estos trastornos había alcanzado el 18%.

Según Brown y cols. (2004), si un paciente ha presentado depresión y/o ansiedad antes del transplante, como parte de su historia psicológica, existe una alta probabilidad de que presente los mismos síntomas después del transplante.

En general, el porcentaje estimado de pacientes que sufren de ansiedad o depresión antes del transplante, es de 52 (Brown y cols., 2004).

También vale la pena considerar los individuos con historia de psicosis, ya que estos pacientes están en riesgo de experimentar episodios luego del transplante (Dew y DiMartini, 2005). En un estudio realizado por Coffman y Crone (2002), el 37% de los pacientes con historia previa de psicosis experimentó episodios maníacos o psicóticos en los años siguientes al transplante.

Con respecto a los trastornos de personalidad y rasgos de la misma, una escasa parte de la literatura sugiere que las dificultades en esta área puede aumentar el riesgo de obtener resultados negativos después del transplante. Sin embargo se sostiene que los rasgos de personalidad no adaptativos de los pacientes han mostrado influir directamente la adherencia al tratamiento del transplante de corazón (Stilley et al., 2005).

Según Dew et al. (2003), la evaluación de la personalidad en los candidatos para transplante es de suma importancia, debido a la gran relación que tiene esta con otros problemas mentales y conductuales en la persona.

En el estudio realizado por Stilley et al. (2005), el 32% de los candidatos de la muestra (n= 72), fueron diagnósticas con un trastorno de personalidad; 11 pacientes fueron diagnosticados con trastorno obsesivo-compulsivo, 2 con trastorno evitativo de la personalidad, 2 con trastorno histriónico y 1 de cada uno de los siguientes: trastorno de personalidad dependiente, narcisista, límite y antisocial.

Los mismos autores afirman que los pacientes que tienen patrones de comportamiento obsesivos-compulsivos no solo se adhieren de mejor forma al

tratamiento, sino que también tienden a sobrevivir mayor tiempo y además pueden ser vistos de manera más favorable durante la evaluación pre-transplante. Sin embargo estos pacientes encuentran difícil la adaptación al complejo régimen terapéutico, sobretodo al comienzo.

Otro factor que puede ayudar a identificar los individuos que están en riesgo de experimentar complicaciones psicológicas es el estilo de afrontamiento. Este puede ser definido como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que hace una persona para manejar los estresores de la vida. Las estrategias de afrontamiento pueden ser activas (ej: planear) o pasivas (ej: negación) (Burker, Evon, Loiselle, Finfel y Mill, 2005).

Arraras, Wright, Jusue, Tejedor y Calvo (2002), demostraron que algunos tipos de estrategias de afrontamiento tales como la negación, evitación, descarga de emociones y falta de compromiso, están asociadas con el incremento de síntomas depresivos y en general con el malestar psicológico en una muestra de enfermos crónicos.

En general, los pacientes que presentan bajas reservas psicológicas tienden a ser más fácilmente amenazados, pueden tener niveles más altos de ansiedad y se muestran más defensivos. Aquellos con mejores estrategias de afrontamiento tienden a ser más flexibles ante estresores de la vida diaria (Brown y cols., 2004).

Con respecto a lo anterior se puede decir que las estrategias de afrontamiento cumplen un papel fundamental en el manejo de las situaciones y condiciones que exige el proceso de transplante. Además es uno de los factores principales que

predice tanto la mortalidad como la morbilidad en los candidatos para el transplante de corazón (Zipfel et al., 2002).

En relación a las variables demográficas del paciente, Evangelista et al. (2005), concluyeron que el ser mayor de edad y ser mujer está asociado a niveles más bajos de salud física y mental y con altos niveles de depresión. Una posible explicación de esto podría ser que las mujeres perciben en menor medida el alivio de signos y síntomas de la falla cardíaca o que hay una disminución en la capacidad de desempeñar actividades de la vida diaria.

Politi et al. (2004), revelaron que los pacientes de su estudio que cumplían con características demográficas específicas, como ser mayor de 65 años, tenían una peor calidad de vida en lo que respecta al área física. Sin embargo, otros estudios han encontrado que las personas mayores suelen tener una mejor calidad de vida con menos complicaciones psicológicas, mejor patrón de sueño y una mejoría en las relaciones familiares (Rickenbacher, Lewis y Valentine, 1997).

Con respecto al estado civil de la persona, Politi et al. (2004) sugieren que los beneficios de estar casado/a con respecto a la calidad de vida ayuda de manera significativa durante los primeros años después del transplante, pero a largo plazo los resultados indican que las personas solteras tienden a ser más independientes y tienen mayores recursos personales que las personas casadas.

Continuando con la evaluación pre-transplante, Kirklin y cols. (2002), proponen que es preciso realizar una evaluación neurocognitiva y psicosocial del paciente, con el fin de identificar áreas en donde el paciente puede necesitar apoyo emocional y/o modificaciones conductuales. También es útil para descartar

candidatos que debido a sus características neuropsicológicas y/o sociales-ambientales, están en riesgo de tener un bajo nivel de supervivencia. Este tipo de evaluación examina áreas fundamentales de ajuste: el área cognitiva (retraso mental severo y demencia son considerados contraindicaciones importantes para el transplante), personalidad, habilidades de afrontamiento, afecto, fortaleza psicológica y sistemas de apoyo social y familiar.

El funcionamiento cognitivo es un factor clave de identificar en los pacientes, ya que este predice la habilidad que tiene el individuo de manejar de manera positiva el régimen médico y de esta manera puedan beneficiarse de manera óptima del procedimiento (Cupples y Stilley, 2005).

Algunos estudios han notado síndromes cerebrales o delirium en los pacientes transplantados, tanto antes como después del procedimiento (Cupples y Stilley, 2005). Mientras otros han encontrado que el funcionamiento cognitivo de los pacientes se encuentra dentro de los límites de la normalidad (Roman, et al., 1997).

Con respecto a los recursos psicosociales con los que cuenta la persona es de suma importancia que estos sean examinados a fondo. Ya que, como afirma Bohachick y cols. (2002), estas variables facilitan el afrontamiento de la crisis y pueden afectar la adaptación a la enfermedad crónica o amenazante. En este ámbito es preciso evaluar el apoyo social y el sentido de auto-control. En el estudio realizado por estos autores se llegó a la conclusión que el sentido de auto-control estaba asociado a resultados psicológicos favorables después del transplante. También los resultados mostraron, que los pacientes con un alto nivel de apoyo social, tuvieron puntajes más altos en bienestar y funcionamiento personal.

Burker y cols. (2005), afirman que el funcionamiento psicológico de las parejas de los pacientes es un factor importante para el equipo terapéutico, ya que el apoyo de estas ha mostrado contribuir de manera notable en la adherencia del paciente al tratamiento después del transplante.

También es de gran importancia evaluar las características conductuales del individuo, ya que por ejemplo el consumo repetitivo de sustancias psicoactivas y el alcoholismo deben ser consideradas contraindicaciones para el transplante de corazón (Kirklin y cols., 2002).

Para muchos pacientes y familias, la evaluación médica formal para el transplante de órganos, marca el principio del fin de un largo camino de enfrentarse a una salud deteriorada (Dew et al., 2002), pero a veces puede causar en los pacientes malestar psicológico y/o emocional, ya que su vida esta de por medio y esta depende de una serie de criterios y valoraciones que el individuo debe cumplir para así poder ser escogido para el transplante.

La mayoría de pacientes y sus familias, se acercan y experimentan la evaluación médica inicial para la candidatura del transplante con una mezcla de sensaciones que están en conflicto, angustia y ambivalencia (Dew et al., 2002).

Los pacientes también tienen la preocupación sobre cómo el equipo de transplante podría juzgarlos de forma psicológica y/o psicosocial; inquietudes de revelar indiscreciones pasadas o comportamientos actuales de la forma de vida tales como fumar, beber en exceso, la obesidad, y/o el uso ilícito de sustancias. Otro motivo de su preocupación es que depresiones pasadas u otras enfermedades mentales

serias puedan ser vistas como puntos en contra por el equipo de transplante (Dew et al., 2002).

Sobre esta línea se puede mencionar uno de los resultados obtenidos en el estudio realizado por Inspector, Kutz y David (2004), en donde este periodo de espera fue experimentado por los pacientes de manera intensa, incierta y en algunos casos, amenazante. Los pacientes experimentaron incertidumbre mientras que pasaron por una serie de evaluaciones y exámenes antes de saber si iban a ser aceptados o rechazados para el transplante. La decisión final fue percibida como un veredicto para la “vida” o para la “muerte”. El 43% de los pacientes describieron el anuncio sobre la decisión final de la operación como una amenaza, más que como una salvación.

Más de 100 reportes empíricos proporcionan evidencia de que los niveles de bienestar emocional en los pacientes transplantados son mejores que en los pacientes que están como candidatos (Dew y DiMartini, 2005). Esto sugiere la necesidad de una evaluación exhaustiva durante esta etapa del proceso, para así poder prevenir y/o intervenir en situaciones de riesgo.

Existe un acuerdo general que plantea que el transplante de corazón debe ser reservado para aquellos pacientes que se vayan a ver beneficiados tanto en expectativa de vida, como en la calidad de la misma (Kirklin y cols., 2002). De esta premisa surge la necesidad de realizar evaluaciones objetivas y completas, es decir que abarquen todas las áreas de la persona, con el fin de tomar la decisión más adecuada que proporcione bienestar al paciente.



La evaluación psicológica tiene como objetivo la detección de factores psíquicos de riesgo y los recursos psicológicos del pacientes, como también el entorno social y familiar del mismo (Bernazzali et .al, 2005 y Zipfel et al., 2002).

. La meta de este acercamiento es la remisión de pacientes a servicios o intervenciones que los asistirán, para obtener una mejor calidad de vida antes y después del transplante (Dew et al., 2002).

### El Periodo de Espera

El periodo de espera puede variar de días hasta varios meses, dependiendo de la disponibilidad del órgano, el grupo sanguíneo del paciente y de la severidad de la enfermedad. (Jurt, Delgado, Malhotra, Bishop y Ross, 2002).

Varios estudios demuestran que aproximadamente un cuarto de los pacientes que se encuentran en lista de espera para transplante de corazón, mueren antes de que se encuentre un donante. (Brown y cols., 2004), ya que desafortunadamente no hay corazones suficientes para cada paciente que lo necesita (Jurt y cols., 2002).

El periodo de espera para un transplante de corazón en pacientes con insuficiencia cardiaca es reconocido como un periodo en el que se generan problemas psicológicos marcados. Varios estudios han reportado ansiedad, depresión y dificultades psicosociales en pacientes que esperan un donante (Triffaux et al., 2001).

Según Zipfel et al. (2002), más del 60% de los pacientes que están esperando un transplante de corazón cumplen criterios para al menos un diagnóstico en el eje uno (trastornos depresivos y/o trastornos de ansiedad).

Por ejemplo Brown y cols., (2004), en su estudio de caso único mostraron que el paciente, mientras estaba en la lista de espera para recibir el transplante, desarrolló síntomas ansiosos. Su preocupación principal era la idea de no encontrar un donante.

En el estudio realizado por Inspector y cols. (2004), el miedo de los pacientes hacia la muerte se volvió más notorio desde el momento que fueron aceptados para estar en la lista de espera. Todos los pacientes temían que podían morir antes de que se pudiera encontrar un donante.

Los candidatos para el transplante tienen que soportar la carga de saber que su opción de vivir depende de la muerte de otra persona. Por esta razón algunas personas desarrollan culpa, ya que se sienten mal de desear la muerte de alguien (Inspector y cols., 2004).

Algunos pacientes que esperan la cirugía para el transplante muestran un deterioro clínico importante, lo cual los lleva a reducir su calidad de vida de una manera significativa (Evangelista et al., 2004).

Estos pacientes generalmente experimentan ansiedad y sentimientos de desesperanza acerca de su futuro, también presentan pérdida de control de sus vidas e incrementan la dependencia hacia los otros (Evangelista, Doering, Dracup, Vassilakis y Kobashigawa, 2003). Esto se puede presentar debido a que los pacientes reconocen que no tienen ninguna influencia sobre el tiempo que tienen que esperar para su transplante; así se generan sentimientos de impotencia y dependencia hacia otros, que son generalmente reflejados en síntomas ansiosos y depresivos (Scheld, Schmid y Drees, 2002).

Como se puede ver, estos pacientes experimentan un constante estrés psicológico y generalmente presentan compromiso del estado mental en el momento de la intervención (Grigioni et al., 2005).

Todas estas complicaciones psicológicas no solo las vive el paciente, en muchos casos los familiares muestran síntomas parecidos. Así, Burker y cols. (2005), mostraron que entre más larga fuera la espera para el transplante, mayor impacto negativo tenía sobre la vida de las esposas de los pacientes. Estas, reportaron altos niveles de ansiedad, depresión y preocupación.

Aunque el periodo de espera parece traer varias complicaciones tanto físicas como psicológicas hay quienes argumentan que un periodo corto de espera tiene un impacto negativo en los resultados del transplante, ya que los pacientes que son transplantados de manera rápida no tienen el tiempo suficiente para adaptarse a la idea de que necesitan un transplante, por lo tanto esto le causará al individuo mayor dificultad para ajustarse a su nueva condición (Dew et al., 2005).

Aunque no existe un acuerdo colectivo con respecto al tiempo óptimo de espera, la literatura si demuestra un acuerdo general con respecto al impacto psicológico que tiene el transplante de corazón tanto en los pacientes como en sus familias.

#### Periodo de Recuperación

Inmediatamente después del transplante, muchos pacientes atraviesan por un periodo de euforia; esto se produce, no solo por la mejoría de la situación vital del paciente, sino también como resultado del tratamiento médico. Existen consecuencias

negativas en este periodo del transplante tales como: desorientación y en algunos casos síntomas psicóticos transitorios (Scheld, Schmid y Drees, 2002).

Así, algunos estudios han reportado complicaciones psicológicas en el periodo post-operatorio del transplante, tales como el delirium, el cual según Pérez y cols. (2005) aparece de forma inmediata y es causado por los fármacos. Su incidencia oscila entre el 25 y el 50% y depende del tipo de transplante realizado, de tal forma que es más frecuente en los transplantados pulmonares y hepáticos que en los transplantados cardíacos y renales.

Dew y DiMartini (2005), también reportan el delirium como uno de las complicaciones psicológicas que aparece durante esta fase, como también afirman que pueden presentarse de manera más común trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad.

Los mismos autores afirman que pueden presentarse episodios psicóticos en este momento del proceso de transplante, pero que se da exclusivamente en individuos con una historia previa de esta enfermedad.

En esta etapa del transplante es de gran importancia la comunicación que tiene el equipo terapéutico con el paciente con respecto a lo que puede o no realizar de ahí en adelante. Así, Savadori y cols. (2002) llegaron a la conclusión que la comunicación utilizada con los pacientes de su estudio no fue lo suficientemente efectiva como para evitar que los pacientes estuviera propensos a sobrevalorar las actividades con poco o nada de riesgo, y tampoco fue suficiente para evitar la tendencia a subestimar los altos riesgos.

De esta manera se puede decir que el periodo de recuperación es un periodo en el cual no se puede intervenir de manera directa con el paciente, pero si se puede brindar el apoyo necesario para que la persona, de manera progresiva vaya asimilando su nueva condición.

### Etapa Post-Transplante

En la etapa post-transplante se pueden evidenciar cambios en los pacientes como consecuencia del procedimiento. Estos cambios pueden manifestarse tanto a nivel psicológico como social, ambos alterando la calidad de vida del paciente y de su familia.

### *Variables Psicológicas*

A pesar de la mejoría de los pacientes observada del pre-transplante al post-transplante, muchos de estos experimentan morbilidades psiquiátricas (Dew y DiMartini, 2005). El malestar usualmente se presenta a través de diferentes áreas, especialmente síntomas depresivos, ansiosos y/o de somatización (Evangelista, Moser, Dracup, Doering y Kobashigawa, 2004).

Emocionalmente, el paciente atraviesa por un periodo de pena y culpa, para poder aceptar el hecho de que alguien tuvo que morir o tuvo que sacrificar parte de su cuerpo para darle la oportunidad de vivir. (Savitch, Gilmore y Dowler, 2003).

En el estudio realizado por Kaba y cols. (2005), todos los pacientes reportaron sentimientos de culpa hacia el donante y preocupación al preguntarse si el nuevo corazón podría cambiarlos. Sin embargo la gran mayoría de los pacientes admitieron sentirse agradecidos con el donante y su familia.

Los mismos autores llegaron a la conclusión que el hecho de recibir el corazón de otra persona influye considerablemente la manera como los pacientes afrontan la situación, y como se adaptan a la vida después del transplante.

Una de las formas en que los pacientes afrontan la situación es a través de la negación, que según Kaba y cols. (2005), ayuda al individuo a adaptarse a la pérdida. Estos autores plantean que la negación es el primer paso del proceso de pérdida. Confrontar al paciente con la realidad tan rápidamente no contribuye con los objetivos terapéuticos, de lo contrario, podría causarle daño.

Gulledge, Buszta y Montague (1983) hacen referencia al post-transplante como una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia.

Así, estos miedos y desesperanzas pueden tener grandes implicaciones en la adaptación del sujeto a la nueva condición, generando malestar psicológico. El malestar también puede estar relacionado tanto con los síntomas físicos, como con los efectos secundarios de las drogas inmunosupresoras. (Dew y DiMartini, 2005).

Un bajo nivel de ajuste psicológico hacia la experiencia del transplante de órganos parece ser uno de los factores más influyentes de la reducción de la calidad de vida y del incremento de la morbilidad física. De la misma manera este ajuste está asociado con una baja adherencia terapéutica y con la aparición de infecciones y con el rechazo agudo o crónico del órgano implantado (Dew et al., 2001).

Los trastornos psiquiátricos también están asociados a un aumento en el riesgo de mortalidad, aún en población físicamente sana (Dew y DiMartini, 2005), y con un

mayor tiempo de estancia en el hospital después del transplante (Triffaux et al., 2001).

Los trastornos del estado de ánimo suelen aparecer con frecuencia en los pacientes transplantados; los que más se presentan son los trastornos depresivos con una prevalencia que oscila entre el 10 y el 58% durante los primeros años post-transplante (Pérez, 2005).

La literatura sugiere que la depresión es un factor significativo en la etapa post-transplante (Miller, 2002). Un estudio realizado por Dew et al. (2000) donde se investigaron los trastornos depresivos y ansiosos en pacientes después de un año de transplante, 14% de estos tenía depresión mayor. Luego se investigaron los mismos trastornos pero tres años después y el porcentaje de pacientes con trastorno depresivo mayor subió a 25%. Los autores estiman que más del 58% de los pacientes transplantados están diagnosticados con algún tipo de trastorno depresivo.

Además, según el estudio realizado por Dew et al. (2000), la mujeres reportaron mayores síntomas depresivos y un peor nivel de funcionamiento que los hombres, lo cual sugiere que el género femenino es un factor de riesgo independiente para incrementar la depresión después del transplante de corazón.

Según Triffaux et al. (2001), los pacientes transplantados tienen puntajes significativamente más altos en el Inventario de Depresión de Beck, que los sujetos sanos. En un estudio realizado por Dobbels et al. (2004), la prevalencia de síntomas depresivos en los pacientes fue de 30% después de 5 años del transplante, y 22% después de 10 años. De los 41 pacientes, 20% de estos estuvieron deprimidos en ambos momentos de la evaluación. Estos pacientes tuvieron puntajes

significativamente más altos en estrategias de afrontamiento pasivas y también tendían a presentar mayores emociones negativas tales como: rabia, hostilidad e irritabilidad.

La conclusión de los resultados de siete estudios acerca de los trastornos psicológicos luego del transplante, los cuales fueron revisados por Dew y DiMartini (2005), mostraron que más del 63% de los pacientes han sido diagnosticados por trastornos depresivos (trastornos depresivo mayor y distimia), y más del 26% experimentan uno o más trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, ataque de pánico y trastorno de estrés post-traumático). También se halló que el riesgo de tener estos trastornos es mayor durante el primer año después del transplante que en los años siguientes.

Grandy y cols. (2001), afirman que la depresión en la etapa post-transplante es un problema clínico de gran importancia, ya que puede ser un factor de riesgo para las conductas de no adherencia, las cuales provocan en un alto porcentaje de pacientes, el rechazo del órgano. Esto es de gran importancia ya que la adherencia al tratamiento es uno de los determinantes del éxito del procedimiento del transplante de órganos (Geest, Dobbels, Fluri, Paris y Troosters, 2005).

Los mismos autores afirman que la no adherencia al tratamiento está asociada a una menor satisfacción con respecto a la salud, mayor percepción de discapacidad, mayor número de complicaciones, problemas psiquiátricos tales como depresión y trastornos de personalidad y mayor abuso de sustancias. Otros factores que han estado relacionados con una pobre adherencia al tratamiento son: mayores niveles de



hostilidad y de ansiedad, estrategias de afrontamiento fatalistas y de evitación y bajos niveles de motivación y autoeficacia.

Otro factor de importancia es la insatisfacción con la imagen corporal la cual está asociada a diferentes problemas psicológicos, así por ejemplo Pérez y Martín (2002) hallaron que los transplantados con peor imagen corporal puntuaban más alto en las variables de ansiedad estado, depresión, pensamientos depresivos y pensamientos ansiosos y además sus expectativas hacia la enfermedad eran más negativas.

Los trastornos de ansiedad también pueden aparecer en esta etapa y su prevalencia oscila entre el 3 y el 33% durante los primeros años post-transplante. (Pérez y cols., 2005).

La tasa de ocurrencia de los trastornos de ansiedad generalizada es menor que 1% de los pacientes después de un año del transplante. Así existe evidencia de que son más comunes los trastornos adaptativos con ansiedad, que los trastornos de ansiedad generalizada como tal. (Dew et al., 2001).

Estos trastornos aumentan cuando los pacientes reciben el alta hospitalaria, debido fundamentalmente a dos razones: por un lado porque pierden la seguridad debido a la interrupción de una atención médica continuada e intensiva propia del hospital, que les lleva a pensar en el riesgo de infección, rechazo y muerte, y por otro lado, porque sus familiares suelen distanciarse de ellos debido a que consideran que los pacientes han regresado a una vida completamente normal (Engle, 2001).

Según Dew et al., 2001, los trastornos de ansiedad post-transplante aparecen de manera más frecuente durante el primer año después de la cirugía, en cambio la

depresión tiene un patrón más gradual de incremento continuo en los tres años siguientes.

El trastorno por estrés post-traumático es el trastorno de ansiedad que más se destaca en esta población con una incidencia del 17% en los transplantados cardiacos luego de tres años (Dew et al., 2001, Pérez y cols., 2005). Así Stukas, Dew y Switzer (1999) hallaron que el 10.5% de los pacientes de su muestra presentaron este trastorno; al igual que Stoll, Schelling y Gotees (2000), quienes encontraron que el 15% de los pacientes mostraban síntomas de estrés post-traumático.

La ocurrencia del trastornos de estrés post-traumático parece indicar la dificultad que tiene el paciente de aceptar la experiencia del transplante (Dew et al., 2001).

A pesar de la incidencia de estos trastornos existen investigaciones que reportan no haber encontrado pacientes con estrés postraumático como tal, así, Inspector y cols. (2004), hallaron que solamente siete pacientes cumplían los criterios para diagnosticar un trastornos de estrés post-traumático moderado. Así mismo, Bunzel y cols. (2005) tampoco hallaron ninguna incidencia de este trastorno en los pacientes de su muestra.

Los trastornos sexuales también pueden aparecer después del tranplante, estos aparecen en un 30% de los transplantados y las causas pueden ser tanto físicas como psicológicas (por ejemplo, algunos transplantados evitan las relaciones sexuales por temor a dañar el órgano transplantado o por que se sienten menos atractivos debido a los efectos secundarios) (Engle, 2001). Según Trumper y Appleby (2001), las

disfunciones sexuales más frecuentes son el deseo sexual hipoactivo y el trastorno de la erección.

Otras complicaciones psicológicas que también se han hallado en los transplantados, aunque con menos frecuencia, son los trastornos adaptativos, los trastornos somatomorfos y los trastornos de la conducta alimentaria (Dew et al., 2000).

Escasa parte de la literatura ha proporcionado información acerca de la incidencia de la psicosis luego del transplante. La psicosis, incluyendo condiciones como la esquizofrenia, manía y depresión psicótica, es extraña en cualquier población y es observada en solo el 1% de los individuos en cualquier momento de la vida (Dew y DiMartini, 2005).

En la etapa post-transplante pueden aparecer fantasías sobre el donante, en algunas ocasiones fantasean con las características físicas y psicológicas del mismo (Pérez y cols., 2005).

Así, en el estudio realizado por Inspector y cols. (2004), el 46% de los pacientes reportaron fantasías acerca del donante. Siete pacientes (20%) compartían la misma fantasía que el donante era un individuo musculoso y atlético. El 34% de los pacientes reportaron de manera explícita que consideraban la posibilidad de que se les transfirieran características del donante vía corazón.

En un estudio de caso realizado por Miller (2002), el paciente comenzó a desarrollar síntomas depresivos después de saber que el corazón que había recibido pertenecía a una mujer. El paciente había preconcebido ideas estereotipadas de que el

corazón de una mujer iba a inhibir su recuperación física y lo iba a transformar en una persona más emotiva.

En esta etapa del proceso también pueden verse déficits cognitivos en los transplantados, así, en el estudio realizado por Strauss, Thormann y Strenge (1992), los pacientes transplantados tuvieron mayor deterioro cognitivo que el grupo control, especialmente en lo que se refería a las medidas de atención, concentración, velocidad psicomotora, flexibilidad mental y memoria.

Cupples y Stilley (2005) afirman que las variables psicológicas, como la depresión y la ansiedad en un paciente pueden influir en los resultados de una evaluación neuropsicológica, especialmente en lo que se refiere a la atención, concentración y/o velocidad psicomotora. Así la mejoría de los pacientes en el área cognitiva puede atribuirse a un mejor estado emocional.

Alguna evidencia sugiere que las complicaciones psicológicas que surgen por la experiencia del transplante tienden a disminuir con el tiempo (Dew et al., 2001).

A pesar de todas las implicaciones negativas que puede tener el transplante de corazón, hay estudios donde se demuestra que son más las experiencias positivas que tiene el paciente frente al transplante, que las negativas. Por ejemplo Inspector y cols. (2004), llegaron a la conclusión de que la mayoría de los pacientes de su estudio (73%) sintieron un cambio positivo para su vida, donde experimentaron sentimientos de haber vuelto a nacer, y agradecimiento por la nueva oportunidad de vida.

#### *Variables Psicosociales*

Las variables psicosociales más relevantes que ejercen influencia en las complicaciones psicológicas asociadas al transplante de corazón se pueden resumir

en: apoyo familiar, trastornos psicológicos en los familiares, hospitalización, expectativas pre-transplante y post-transplante, estrategias de afrontamiento y duración de la enfermedad.

Según Dew et al. (2000), la ausencia de apoyo por parte de la familia aumenta los trastornos psicológicos en los transplantados y es uno de los predictores más relevantes en la falta de adherencia terapéutica por parte de los pacientes.

Inspector y cols. (2004) demostraron que los pacientes con más sistemas de apoyo lograron salir adelante más fácilmente que los que no. Por la misma línea, Barr et al. (2003), afirman que el apoyo social (incluyendo estado marital y otros factores) predice una mayor tiempo de supervivencia.

El factor psicosocial que predice de mejor forma la habilidad del paciente para adaptarse satisfactoriamente a sus roles y responsabilidades, es la calidad de las relaciones familiares y su estilo de afrontamiento (Paris y White-Williams, 2005).

Por otro lado están las variables psicológicas en los familiares; cuando los familiares más allegados de los pacientes transplantados no gozan de una adecuada salud mental deben tener un contacto emocional directo limitado con los pacientes, ya que pueden debilitar las defensas psicológicas de estos (Ordóñez et al., 1995).

Las implicaciones psicológicas que trae el proceso de transplante, a veces parecen ser más impactantes en los familiares que en los mismos pacientes, así lo demuestra el estudio realizado por Bunzel y cols. (2005), en donde las parejas de los pacientes de la muestra mostraron tener mayores síntomas psicológicos adversos que los mismos pacientes que, aparentemente lograron afrontar de manera más efectiva la enfermedad y la cirugía a lo largo del tiempo.

La salud mental de los cuidadores parece verse afectada de manera considerable durante el proceso del transplante; por ejemplo Dew et al. (2004), mostraron resultados sorprendentes con respecto a este tema; el 31.6% de los cuidadores tenían un trastorno depresivo mayor, el 35.4% tenía un trastorno adaptativo, el 22.5% sufría de trastorno de estrés post-traumático relacionado con el transplante, y el 7.3% tenía trastorno de ansiedad generalizada.

El riesgo de un rechazo siempre está presente, lo cual puede aumentar la ansiedad de los familiares (Bunzel y cols., 2005). Otros factores que pueden aumentar la sintomatología ansiosa en los cuidadores y/o familiares es la percepción de un bajo autocontrol y también el uso de estrategias de afrontamiento de tipo evitativo (Dew et al., 2004).

En este ámbito resulta muy importante la influencia que ejerce el apoyo que reciben los familiares de los transplantados sobre su propia salud mental, ya que el empeoramiento de la salud mental en estos cuidadores podría deberse entre otras razones, al hecho de no contar con el apoyo de otros para hacer frente a una serie de estresores que suelen aparecer tras el transplante (Collins, White y Jalowiec, 2000).

La salud mental de los cuidadores, influye de manera notable en la salud de los mismos pacientes y su bienestar. (Dew et al., 2004).

Así, es preciso mencionar el impacto que tiene el transplante de corazón sobre las relaciones familiares. Debido a que lo más característico de la fase post-transplante es la confusión o el conflicto entre la asignación y la asunción de los roles, entre los diferentes miembros de la familia, suelen presentarse diferentes conflictos. De esta forma, los familiares consideran que empeora la comunicación, la

implicación afectiva y los valores y normas que rigen la relación (Bunzel, Laederach y Schubert, 1999).

La familia tiene que aceptar que en el transplantado se ha producido un cambio de rol de “enfermo” a “sano” y debe convertir su actitud protectora en una actitud de compañerismo hacia el paciente (Ordóñez et al., 1995), lo cual puede generar conflictos por lo menos mientras este, se adapta a la situación.

En esta misma línea Paris y White-Williams (2005), encontraron evidencia que mostraba que después del transplante existían grandes disfunciones y conflictos familiares.

Todo esto lleva a pensar que, en algunos casos, tras el transplante empeoran las relaciones de pareja, no obstante a largo plazo, la mayoría tiene relaciones estables; prueba de ello es la investigación realizada por Hummel, Miehaik, Hetzer y Fuhrmann (2001), con 369 transplantados cardíacos en los que se halló que a los siete años del transplante, el 72% tenía una relación estable.

En el estudio realizado por Mai (1993), se encontró que el ajuste a las áreas sexuales y sociales del individuo mejoraba después del transplante.

Acerca las repercusiones psicológicas de la hospitalización en los transplantados se han realizado investigaciones teniendo en cuenta la duración de la hospitalización y los reingresos en el hospital debido a complicaciones médicas tras el transplante.

Por lo que se refiere a la influencia que ejerce la duración de la estancia hospitalaria tras el transplante en los trastornos psicológicos de los pacientes, los resultados son contradictorios. Dew et al. (2000) en un grupo de transplantados

cardiacos hallaron que un mayor tiempo de hospitalización estaba asociado a más trastornos psicológicos, mientras Pérez, Martín, Gallego y Santamaría (2000), en diferentes grupos de transplantados, no hallaron diferencias psicológicas en función del mayor o menor tiempo de hospitalización de los pacientes tras el transplante.

Respecto a los reingresos en el hospital, estos ejercen una influencia negativa en la salud mental de los transplantados cardiacos: más sintomatología ansiosa y depresiva y peor autoconcepto físico (Pérez y cols., 2000).

En relación a las expectativas pre-transplante y post-transplante, algunas investigaciones demuestran que los trastornos depresivos son más frecuentes en la fase post-transplante cuando los pacientes tienen unas expectativas demasiado optimista antes de la operación (Grandi et al., 2001).

Por otro lado unas expectativas negativas hacia la enfermedad (por ejemplo “me siento cansado y muy débil por mi enfermedad y a veces no se si seré capaz de superarlo”) tras el transplante, también incrementa la sintomatología ansiosa y depresiva y empeora desde una perspectiva física el autoconcepto, la autoestima y el autocomportamiento. Esto se debe fundamentalmente a que las expectativas negativas aumentan los pensamientos irracionales sobre el funcionamiento del órgano implantado, lo cual les lleva a pensar en la posibilidad de una evolución desfavorable del transplante con un gran temor al rechazo del órgano y, consecuentemente, a la muerte (Pérez y cols., 2000).

Otro factor importante que influye en el funcionamiento mental de la persona son las estrategias de afrontamiento que adopte frente al transplante y lo que este implica.



En general, las estrategias de afrontamiento aproximativas (buscar y recibir información relacionada con la salud) en comparación con las evitativas se asocian a una mayor adaptación psicológica por parte de los transplantados (Frazier, Tix, Klein y Arikian, 2000). En los transplantados cardiacos un estilo evitativo implica conductas de no adherencia por ejemplo, fumar, ausencia de ejercicio, dieta inadecuada, etc. (Shapiro et al. 1995).

Con respecto a la duración de la enfermedad antes del transplante, algunos estudios existentes muestran que a mayor duración de la enfermedad en este periodo hay más riesgos de padecer trastornos psicológicos después de este (Trumper y Appleby, 2001).

Otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir trastornos psicológicos en los transplantados son los siguientes: ser mujer, tener antecedentes psiquiátricos y/o psicológicos y ser joven. (Dew et al., 2000).

#### *Calidad de Vida*

Tras el transplante disminuyen los síntomas relacionados con la enfermedad, el número de ingresos hospitalarios, el grado de incapacidad para trabajar, la ansiedad, la irritabilidad y la labilidad afectiva y, por otro lado, en que los pacientes se sienten más felices y tienen un mejor funcionamiento en las áreas sexual, social y laboral. No obstante puede que esta mejoría puede que no sea total o que no esté presente en algunos pacientes (Pérez y cols, 2005). Tal vez por que existen problemas psicológicos, físicos y sociales en los pacientes que ocurren justo después del transplante, y tienden a prolongarse por más tiempo (Politi et al., 2004).

El estudio realizado por Triffaux et al. (2001) confirma la baja calidad de vida en los pacientes trasplantados, comparados con un grupo de sujetos sanos.

La mayoría de estudios sobre calidad de vida han demostrado que el funcionamiento físico muy a menudo mejora de la etapa pre-transplante a la etapa post-transplante, mientras la mejoría con respecto al estado mental/cognitivo y calidad de vida social, es menos certera (Triffaux et al., 2001).

Por ejemplo Dew et al. (2001), se dieron cuenta que los pacientes trasplantados no mostraban ninguna ganancia en el área psicológica, que aunque las habilidades funcionales de los pacientes habían mejorado de manera notable, el bienestar psicológico continuaba sin cambios.

En el estudio realizado por Evangelista, Moser, Dracup, Doering y Kobashigawa (2002), se encontró que los pacientes trasplantados, tenían mejores puntajes en calidad de vida y bienestar psicológico, que los candidatos a transplante de corazón. Así los sujetos de la muestra mostraban menos síntomas que limitaban su funcionalidad. No obstante, el 35% de los trasplantados continuaban reportando síntomas moderados de depresión y el 26% reportaron bajos niveles de autocontrol.

Por otro lado Karam et al. (2003), afirman que en los pacientes trasplantados, el puntaje en relación al bienestar y al afecto es mejor que el de la población general. Esto prueba la importancia del transplante para el paciente, y sus implicaciones a nivel de calidad de vida, incluso a largo plazo.

Dada la importancia que tiene la calidad de vida en estos pacientes, y las contradicciones que se presentan al intentar dar resultados acerca de esta, es necesario conocer cuales son algunas variables que la predicen.

En primera instancia está la adherencia terapéutica, según Dew et al. (2000), el incumplimiento de las prescripciones médicas predice el rechazo del órgano. También plantea que esta falta de adherencia se ha observado especialmente en los transplantados con trastornos psicológicos, los cuales no suelen prestar atención a los hábitos de salud. Esta variable va de la mano del número de hospitalizaciones que tiene el paciente tras el transplante, ya que precisamente los pacientes que no se adhieren al tratamiento, son aquellos que están más tiempo hospitalizados, y por lo tanto su calidad de vida tiende a empeorar.

Por otro lado algunos estudios asocian tener pareja a un mayor ajuste psicológico en los transplantados (Winsett y Hathaway, 1999).

En un estudio realizado por Barr et al. (2003), el estar casado/a predecía de manera notable un incremento en la calidad de vida del paciente, durante un año después del transplante. La relación de pareja parecía actuar como un factor moderador o estabilizador de los cambios en la calidad de vida.

Por otro lado, según Pérez y cols. (2005) aquellos pacientes con unas expectativas muy optimistas hacia el transplante antes de la intervención suelen tener peor calidad de vida que aquellos que no esperan que sus vidas regresen a la normalidad tras el transplante. Así, las expectativas optimistas son útiles a corto plazo como estrategia de afrontamiento en el contexto de la intervención y de la estancia hospitalaria; sin embargo, a largo plazo tienen un efecto negativo (aumenta el estrés y deteriora la calidad de vida) si no se alcanzan los resultados esperados.

Sin embargo, algunos estudios apoyan la idea de que aquellos pacientes que tienen expectativas positivas tienden a mejorar su bienestar psicológico. Estos

estudios han encontrado una relación estrecha entre la esperanza (o expectativas positivas), buen estado de ánimo, adaptación a la enfermedad y calidad de vida (Evangelista et al. 2003).

Así, En un estudio realizado por Pérez et al. (2003), se llegó a la conclusión que los pacientes que tenían expectativas negativas acerca de su enfermedad, mostraron en primera instancia altos niveles de ansiedad estado y rasgo, depresión, y pensamientos depresivos, y en segunda instancia mostraron un bajo auto-concepto a nivel físico.

Otro factor que predice la calidad de vida de los pacientes transplantados es la presencia de enfermedades mentales, ya que está asociado con una discapacidad significativa. La depresión en particular ha sido reportada por la Organización Mundial de la Salud como la cuarta causa más importante de carga global de enfermedad. (Dew y DiMartini, 2005).

Dew et al. (2001), reportó que la baja adaptación psicológica al transplante de corazón es lo que más afecta la calidad de vida de la persona e incrementa las morbilidades físicas en los primeros 12-18 meses después del transplante.

Un indicador importante de la calidad de vida es el regreso al trabajo después de la cirugía. La mayoría de los pacientes no vuelven a su trabajo a pesar de estar en buenas condiciones médicas. Los datos de 250 transplantados en los Estados Unidos muestran que solo el 13% de los pacientes estaban en condiciones físicas insatisfactorias, pero del 87% restante, que estaban en condiciones médicas favorables, solo el 45% estaban empleados (Savadori, Lotto y Rumati, 2002).

En el estudio realizado por Savadori y cols. (2002), en el que se intentó entender por que los pacientes tomaban la decisión de volver o no a sus actividades de la vida diaria, los pacientes sobrevaloraban aquellas actividades que se referían a eventos estresantes incluyendo experiencias emocionales relevantes y aquellas que hacían referencia al trabajo físico. A su vez, estas actividades son las que le dan más vigor a la vida y seguramente las que incrementan la calidad de vida después de la operación.

El malestar psicológico que presentan algunos pacientes después del transplante se encuentra estrechamente relacionado con la capacidad de los pacientes de volver a retomar sus actividades diarias como el trabajo. Así Savitch y cols., (2003), plantean que la depresión, el miedo o la ansiedad pueden limitar la capacidad del paciente para funcionar de manera óptima en su entorno.

Según Paris y White-Williams (2005), los factores que influyen en la capacidad física para trabajar, incluyen el funcionamiento físico antes del transplante, la recuperación inicial de la cirugía, el funcionamiento físico después del transplante y las creencias del paciente acerca de sus propias discapacidades físicas.

Después de conocer la situación de los pacientes transplantados con respecto a su calidad de vida, y las variables que la predicen se puede decir que esta tiene una importancia significativa en la recuperación de las personas, ya que esta puede ser vista como un indicador fundamental del éxito que tienen los pacientes después del transplante (Shih et al., 2003).

## CONCLUSION

Como lo afirman Inspector, Kutz y David (2004), incorporar el corazón de otra persona implica un proceso complejo y prolongado el cual lanza al individuo desde la desesperación y la cercanía a la muerte, hasta los picos más altos de esperanza y recuperación. Es por esto que después de revisar la literatura acerca de las implicaciones psicológicas y psicosociales del transplante de corazón, se ponen de manifiesto varias necesidades que tiene la población de pacientes transplantados y sus familias. Estas necesidades son indudablemente de carácter psicológico, ya que como afirman Paris y White-Williams (2005), los pacientes que se someten a este procedimiento no solo tienen que afrontar las secuelas médicas del transplante, sino también tienen que enfrentar factores psicológicos, físicos y sociales.

Retomando las diferentes etapas del transplante se puede observar que en cada una de estas surgen complicaciones de tipo psicológico y/o social. Así las evaluaciones a estos pacientes deben ser constantes y deben realizarse a lo largo de todo el proceso, ya que según Dew y DiMartini, (2005) estas facilitan la identificación de nuevos síntomas o trastornos psicológicos que pueden aparecer después de varios años del transplante.

Así como lo afirman Bohachick, y cols., (2001), los miembros del equipo de transplante deben evaluar y valorar continuamente a los paciente transplantados en lo que respecta al bienestar psicológico, y lo deben hacer como parte fundamental de la rutina clínica de estos individuos.

Existe gran necesidad de intensificar el apoyo psicoterapéutico que incluye al paciente y a sus cuidadores primarios, como un medio para reducir estrés durante el

momento de espera y durante la recuperación del paciente transplantado. De esto surge la importancia de sensibilizar al equipo médico acerca de las necesidades psicosociales y psicológicas que tienen tanto los pacientes como sus familias

De esta forma, es preciso, no solo limitarse a una evaluación exhaustiva, sino también intervenir sobre las diferentes problemáticas de los pacientes, que se pueden encontrar a lo largo de esta, para así garantizar el bienestar del mismo durante todo el proceso de transplante. Esto va de la mano con lo que plantean Dew et al. (2001), cuando dicen que la identificación de las complicaciones psicológicas del transplante es de fundamental atención, para así poder diseñar educación clínica adecuada, estrategias de intervención y hacer prevención primaria y secundaria de estas condiciones en la población transplantada.

Esto sugiere la necesidad de una intervención inmediata después del transplante para así facilitar el alivio de los síntomas tempranos o para acelerar el proceso para conseguir estabilizar al paciente o mantener niveles bajos de malestar psicológico.

Para maximizar el bienestar psicológico de los pacientes transplantados, el reto principal es desarrollar y aplicar intervenciones que puedan reducir la duración del malestar psicológico y su impacto sobre las personas. Así, según Brown y cols. (2004), la intervención debe estar enfocada en que los pacientes puedan aprender que las emociones negativas no son necesariamente el resultado de pensamientos distorsionados, también en que los pacientes sepan que la ansiedad, el miedo, la tristeza y la rabia son reacciones normales e inevitables a ciertos eventos de la vida. Otro punto importante de la intervención es que los pacientes puedan aprender a

discriminar entre las expresiones sanas y las no sanas de estos estados emocionales. Además estos pueden necesitar apoyo para desarrollar estrategias más efectivas para afrontar sus emociones negativas.

Con respecto a la adherencia al tratamiento Dobbels et al., (2005), proponen una intervención cognitiva y conductual ya que para estos este tipo de intervención es fundamental para promover adherencia y una participación activa en aquellos pacientes que no tienen las capacidades básicas para adherirse al régimen terapéutico.

La evidencia indica que el transplante de corazón está cumpliendo con el objetivo de mejorar el estado clínico de la persona. Sin embargo, debido a que el funcionamiento físico y la salud mental continúan estando en un nivel bajo, mejorar la calidad de vida de los pacientes requerirá mayor sensibilidad por parte de los clínicos con respecto a las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes.

Así, surge la necesidad de proponer una visión integrada con respecto a la atención del paciente que se somete al transplante, el equipo médico debe abrir su foco de atención, reconociendo que existen necesidades de tipo psicológico en la población transplantada, las cuales deben ser atendidas en la misma forma que se atienden otro tipo de necesidades, con el fin de aumentar la calidad de vida del paciente y de esta forma garantizar el éxito total del transplante en todas sus esferas.



## Referencias

- Arraras, J., Wright, S., Jusue, G., Tejedor, M., Calvo, J. (2002) Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases. *Psychological Health Medicine*, 7, 181-189.
- Barr, M., Schenkel, F., Van Kirk, A., Halbert, R., Helderman, J., Hricik, D., Matas, A., Pirsch, A., Siegal, B., Ferguson, Nordyke, R. (2003) Determinants of quality of life changes among long-term cardiac transplant survivors: Results from longitudinal data. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22 (10), 1157-1167.
- Bernazzali, S., Basile, A., Balistreri, A., Carmellini, M., Cevenini, G., Lovera, G., Mazzoldi, M., Maccherini, M. (2005) Standardized psychological evaluation pre- and posttransplantation: A new option. *Transplantation Proceedings*, 37, 669-671.
- Bohachick P., Reeder, S., Taylor, M., Antón, B. (2001) Psychosocial impact of heart transplantation on spouses. *Clinical Nursing Research*, 10 (1), 6-25.
- Bohachick, P., Taylor, M., Sereika, S., Reeder, S., Anton, B. (2002) Social support, personal control, and psychosocial recovery following heart transplantation. *Clinical Nursing Research*, 11 (1), 34-51.
- Brown, P., Launius, B., Mancini, M., Cush, E. (2004) Depression and anxiety in the heart transplant patient. *Critical Care Nursing*, 27 (1), 92-95.
- Bunzel, B., Laederach, K., Schubert, M. (1999) Patients benefit-partners suffer? The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transplantation International*, 12, 33-41.

- Bunzel, B., Laederach, K., Wieselthaler, G., Roethy, W., Drees, G. (2005) Posttraumatic stress disorder after implantation of a mechanical assist device followed by heart transplantation: Evaluation of patients and partners. *Transplantation Proceedings*, 37, 1365-1368.
- Burker, E., Evon, D., Loiselle, M., Finkel, J., Mill, M. (2005) Planning helps, behavioural disengagement does not: coping and depression in the spouses of heart transplant candidates. *Clinical Transplantation*, 19, 653-658.
- Coffman, K.L., Crone, C.(2002) Rational guidelines for transplantation in patients with psychotic disorders. *Current Opinion Organ Transplant*, 7:385–388.
- Collins, E., White, C., Jalowiec, A. (2000) Spouse quality of life before and 1 year after heart transplantation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 12, 103-110.
- Cupples, S., Stillely, C. (2005) Cognitive function in adult cardiothoracic transplant candidates and recipients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20 (55), 574-587.
- Dew, M.A. (1998) *Psychiatric disorder in the context of physical illness, in adversity, stress and psychopathology*. New York: Oxford University Press.
- Dew, M.A., DiMartini, A.F., Switzer, G.E., Kormos, R.L., Schulberg, H.C., Roth, L.H., Griffith,B.P. (2000) Patterns and predictors of risk for depressive and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, 41, 191-192.
- Dew, M.A., Kormos, R., DiMartini, A.F., Switzer, G., Schulberg, H., Roth, L.H., Griffith,B.P. (2001) Prevalence an risk of depression and anxiety-related

disorders during the first three years after heart transplantation.

*Psychosomatics*, 42 (4), 300-311.

Dew, M., Manzatti, J., Goycoolea, J., Lee, A., Zomak, R., Vensak, J., McCurry, K.,

Kormos, R. (2002). Psychosocial Aspects of Transplantation. *Organ*

*Transplantation* 3, 120-154.

Dew, M.A., DiMartini, A.F., Switzer, G.E., Kormos, R.L., Schulberg, H.C., Roth,

L.H., Griffith, B.P. (2003) Differential vulnerability to psychiatric distress

after lung vs. heart transplantation. *Journal of Heart and Lung*

*Transplantation*, 22, S128-S140.

Dew, M.A., Myaskovsky, L., DiMartini, A.F., Switzer, G., Schulberg, H., Kormos, R.

(2004) Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers

to heart transplantation recipients. *Psychological Medicine*, 34, 1065-1082.

Dew, M.A., DiMartini, A.F. (2005) Psychological disorders and distress after adult

cardiothoracic transplantation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20 (55),

551-566.

Dew, M.A., Myaskovsky, L., Switzer, G., DiMartini A.F., Schulberg, H., Kormos, R.

(2005) Profiles and predictors of the course of psychological distress across

four years after heart transplantation. *Psychological Medicine*, 35, 1215-1227.

Dobbels, F., Geest, S., Martin, S., Van Cleemput, J., Droogne, W., Vanhaecke, J.

(2004) Prevalence and correlates of depression symptoms at 10 years after

heart transplantation: continuous attention required. *Transplant Int.*, 17, 424-

431.

- Dobbels, F., Vanhaecke, J., Desmyttere, A., Dupont, L., Nevens, F., Geest, S. (2005) Prevalence and correlates of self-reported pretransplant nonadherence with medication in heart, liver, and lung transplant candidates. *Transplantation*, 79, 1588-1595.
- Engle, D. (2001). Psychosocial aspects of the organ transplant experience: What has been established and what we need for the future. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 521-549.
- Evangelista, L.S., Moser, D., Dracup, K., Doering, L., Kobashigawa, J. (2002) Functional status and perceived control influence quality of life in female heart transplant recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 23 (3), 360-367.
- Evangelista, L.S., Doering, L., Dracup, K., Vassilakis, M., Kobashigawa, J. (2003). Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipient. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22 (6), 681-686.
- Evangelista, L.S., 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, C., Erickson, V., Hamilton, M., Fonarow, G. (2005) Two year follow-up of quality of life in patients referred for heart transplant. *Journal of Heart and Lung*, 34 (3), 187-192.
- Frazier, P.A., Tix, A.P., Klein, C.D., Arikian, N.J. (2000). Testing theoretical models of the relations between social support, coping, and adjustment to stressful life events. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 314-335.

- Geest, S., Dobbels, F., Fluri, C., Paris, W., Troosters, T. (2005) Adherence to the regimen in heart, lung, and heart-lung transplant recipients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20 (55), 588-598.
- Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C. (1995) Predictors of quality of life in patients with advanced heart failure awaiting transplantation. *Journal of Heart Lung Transplant*, 14, 2-10.
- Grandi, S., Fabbri, S., Tossani, E., Mangelli, L., Branzi, A., Mangelli, C. (2001). Psychological evaluation after cardiac transplantation: The integration of different criteria. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 176-183.
- Grigioni, F., Musuraca, A., Tossani, E., Potena, L., Coccolo, F., Naldi, M., Fabbri, F., Russo, A., Carigi, S., Magnani, G., Zannoli, R., Sirri, L., Grandi, S., Arpesella, G., Magelli, C., Branzi, A. (2005) Relationship between psychiatric disorders and physical status during the course of a heart transplantation program: a prospective, longitudinal study. *Italian Heart Journal*, 6, 900-903.
- Gulledge, A.D., Buszta, C., Montague, D.K. (1983). Psychosocial aspects of renal transplantation. *Urologic Clinics of North America*, 10, 327-335.
- Hummel, M., Michauk, I., Hetzer, R., Fuhrmann, B. (2001). Quality of life after heart and heartlung transplantation. *Transplantation Proceedings*, 33, 3546-3548.
- Inspector, Y., Kutz, L., David, D. (2004) Another person's heart: Magical and rational thinking in the psychological adaptation to heart transplantation. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 41 (3), 161-173.

- Jurt, U., Delgado, D., Malhotra, K., Bishop, H., Ross, H. (2002) Heart transplant: What to expect. *Journal of the American Heart Association*, 106, 1750-1752.
- Kaba, E., Thompson, D., Burnard, P., Edwards, D., Theodosopoulou, E. (2005). Somebody else's heart inside me: A descriptive study of psychological problems after a heart transplantation. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 611-625
- Karam, V., Gasquet, I., Delvart, V., Hiesse, C., Dorent, R., Colette, D., Samuel, D., Charpentier, B., Grandjbakhch, I., Bismuth, H., Castaing, D. (2003) Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney, and heart transplantation. *Transplantation*, 76 (12), 1699-1704.
- Kirklín, J., Joung, J., McGiffin, D. (2002) *Heart Transplantation*. Philadelphia: Ed. Churchill Livingstone.
- Mai, T. (1993) Psychiatric aspects of heart transplantation. *British Journal of Psychiatry*, 11, 352-357.
- Majani, G., Pierobon, A., Giardini, A., Callegari, S., Opasich, C., Cobelli, F., Tavazzi, L. (1999) Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure. *European Heart Journal*, 20, 1579-1586.
- McCurry, A., Thomas, S. (2002) Spouse's experiences in heart transplantation. *Western Journal of Nursing Research*, 24 (2), 180-194.
- Miller, M. (2002) Depression after cardiac transplant treated with interpersonal psychotherapy and paroxetine. *American Journal of Psychotherapy*, 56 (4), 555-561.

- Ordóñez, A., Pérez, J., Borrego, J.M., Hernández, A., Valle, J., Wamba, F., Rodríguez, M.J., Martínez, A. (1995). Importancia de los factores psicopatológicos en los candidatos a trasplante cardíaco. *Psiquis*, 16, 218-231.
- Paris, W., White-Williams, C. (2005) Social adaptation after cardiothoracic transplantation. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 20 (55), 567-573.
- Pérez, M.A., Martín, A., Gallego, A., Santamaría, J.L. (2000). Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados. Futuras líneas de intervención psicológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5, 71-87.
- Pérez, M.A., Martín, A. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55, 439-453.
- Pérez, M.A., Martín, A., Asián, E., Gallego, A., Correa, E., Pérez, J. (2003) Psychopathological features in transplant patients. *Transplantation Proceedings*, 35, 744-745.
- Pérez, M.A., Martín, A., Galán, A. (2005) Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 99-114.
- Politi, P., Piccinelli, M., Poli, P., Klersy, C., Campana, C., Goggi, C., Vigano, M., Barale, F. (2004) Ten years of “extended” life: Quality of life among heart transplantation survivors. *Transplantation*, 78 (2), 257-263.

- Ramsey, S.D., Patrick, D.L., Lewis, S., Albert, R.K., Raghu, G. (1995) Improvement in quality of life after lung transplantation: a preliminary study. *Journal of Heart Lung Transplant*, 14:870–877.
- Reyes, C., Evangelista, L. S., Doering, L., Dracup, K., Cesario, D. A., Kobashigawa, J. (2003). Physical and psychological attributes of fatigue in female heart transplant recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 23(5), 614–619.
- Rickenbacher, P., Lewis, N., Valantine, H. (1997) Heart transplantation in patients over 54 years of age. Mortality, morbidity and quality of life. *European Heart Journal*, 78, 870-878.
- Rogers, K. R. (1989). Nature of spousal supportive behaviours that influence heart transplant patient compliance. *Journal of Heart Transplantation*, 6, 90–95.
- Roman, D.D., Kubo, S.H., Ormaza, S., Francis G., Bank, A., Shumway, S.J.(1997) Memory improvement following cardiac transplantation. *Journal of Clinical Experimental Neuropsychology*, 19, 692–697.
- Savadori, L., Lotto, L., Rumiati, R. (2002) Risk perception in patients and their medical team. *European Psychologist*, 7 (4), 285-294.
- Savitch, S., Gilmore, R., Dowler, D. (2003) An investigation of psychological and psychosocial challenges faced by post-transplant organ recipients. *Journal of Applied Rehabilitation Counselling* ,34 (3), 3-9.
- Scheld, H., Schmid, C., Drees, G. (2002) Heart transplantation and psychology-Do we need psychology in transplant medicine?. *Thoracic Cardiovascular Surgery*, 50, 197-200.



- Shapiro, P.A., Williams, D.L., Foray, A.T., Gelman, I.S., Wukich, N., Sciacca, R. (1995). Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation*, 60, 1462-1466.
- Shih, F., Tsao, W., Ko, W., Chou, N., Hsu, R., Chen, Y., Wang, S., Chu, S. (2003) Changes in health-related quality of life and working competences before and after heart transplantation: One year follow-up in Taiwan. *Transplantation Proceedings*, 35, 466-471.
- Stilley, C., Dew, M.A., Pilkonis, P., Bender, A., McNulty, M., Christensen, A., McCurry, K., Kormos, R. (2005) Personality characteristics among cardiothoracic transplant recipients. *General Hospital Psychiatry*, 27, 113-118.
- Stoll, C., Schelling, G., Goetz, A. (2000) Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 120, 505-520.
- Strauss, B., Thormann, T., Strenge, H. (1992) Psychological, neuropsychological and neurological status in a sample of heart transplant recipients. *Quality of Life Research*, 1, 119-128.
- Stukas, A., Dew, M.A., Switzer, G. (1999) PTSD in heart transplant recipients and their primary caregivers. *Psychosomatics*, 40, 212-226.
- Triffaux, J., Wauthy, J., Albert, A., Bertrand, J., Limet, R., Demoulin, J., Dozot, J., Anseau, M. (2001) Psychological distress of surgical patients after orthotopic heart transplantation. *Transplantation Int.*, 14, 391-395.

Trumper, A., Appleby, L. (2001). Psychiatric morbidity in patients undergoing heart, heart and lung, or lung transplantation. *Journal of Psychosomatics Research*, 50, 103-105.

Winsett, R.P. y Hathaway, D.K. (1999). Predictors of QOL in renal transplant recipients: Bridging the gap between research and clinical practice. *ANNA Journal*, 26, 235-240.

Zipfel, S., Schneider, A., Wild, B., Lowe, B., Junger, J., Haass, M., Sack, F., Bergmann, G., Herzog, W. (2002) Effect of depressive symptoms on survival after heart transplantation. *Psychosomatic Medicine*, 62, 740-747.