

Aspectos psicológicos, psiquiátricos y sociales en pacientes sometidos a trasplante de corazón y corazón pulmón

Digna Edelsys Hernández Meléndez, Miguel A. Valdés Mier, Jorge A. Grau Abalo, Piedad Almandoz Madan y Mayra Lam Reyes. Hospital Clínico Quirúrgico Hnos. Ameijeiras

RESUMEN

Teniendo en cuenta el grupo de pacientes sometidos a trasplante cardiaco y cardio-pulmonar en el Hospital Clínico Quirúrgico Hnos. Ameijeiras en el periodo correspondiente del mes de noviembre de 1985 a abril de 1987, se analizan los protocolos de estudio realizados a un grupo de veinte pacientes.

Se enfatiza la importancia del equipo psicólogo-psiquiatra dentro del trabajo interdisciplinario en cuanto a la selección de los candidatos probables.

Se señalan los principales hallazgos en las esferas psicológico-psiquiátrica y social en el grupo de veinte pacientes, así como en el seguimiento sistemático de los mismos como parte esencial del control ambulatorio de egresados.

Se proponen los cinco momentos o etapas que debe seguir la atención psicológica en cualquier tipo de trasplante así como las características de la integración de este equipo en cada una de ellas y los resultados encontrados en esta muestra de pacientes.

Se destaca la importancia del medio ambiente familiar y de su nivel de comprensión y compromiso en la etapa de regreso a la vida hogareña de los trasplantados.

ABSTRACT

Considering the group of patients who have undergone a heart and heart-lung transplantation in Clinical Surgical Hospital Hnos Ameijeiras in the period from november 1985 to april 1987. The study protocols performed on a group of twenty patients are analyzed.

We emphasize the importance of the psychology-psychiatry team in regard to the interdisciplinary work of the probable candidate selection.

The main findings are underlined in the psychologic, psychiatric and social spheres in the group of twenty patients, as well as, in the systematic follow-up as an essential component of out patient control.

We proposed the five moments of stages that should follow the psychologic assistance in any type of transplantation as well as the integration characteristics of this team in each of them, and the results found in this patient sample.

The family environment and comprehension level is outstanding as the returning stage to home life of the patient who has under gone transplantation.

INTRODUCCIÓN

Con el inicio a partir de 1985 de los trasplantes cardíacos en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Amijeiras, se creó un grupo interdisciplinario, dirigido a esclarecer, orientar y ejecutar el trabajo de atención psicológica en el trasplante cardíaco, respondiendo a una línea priorizada en nuestra Institución.

Este equipo conformado por las especialidades Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social, emprendió el análisis del rol de las características psicológicas y sociales de los candidatos a ser intervenidos y con posterioridad al acto quirúrgico, la repercusión de ambos factores en la evolución ulterior y proceso rehabilitatorio de los pacientes.

En el presente trabajo se analizan las experiencias iniciales obtenidas y se trazan metodológicamente las proyecciones para el trabajo futuro.

M.J. Mc. Aleer, J. Copeland, J. Fuller y J. Copeland refieren que cuando se inició el trabajo relativo al trasplante de órganos la supervivencia era limitada y lo principal era lograr que sobrevivieran por lo que se le dio poca prioridad a los aspectos psicológicos. Posteriormente observaron que la deficiencia de dejar de considerar al paciente como algo más que la suma de sus partes ha llevado a estos a grandes desajustes psiquiátricos. (1)

Este grupo estableció seis etapas de ajuste psicológico:

Período de evaluación, período de espera, período post-operatorio inmediato, primer episodio de rechazo, período de recuperación y alta del hospital.

Estos estados anteriormente han sido señalados por los autores siguen los puntos de mayor crisis. Dentro de las alteraciones psíquicas encontradas se refieren alteraciones del humor, cambios en la imagen corporal, desajustes maritales, indiferencia, impotencia y disminución de la libido. Un aspecto que se destaca es la experiencia obtenida con los familiares de los pacientes. En junio de 1983 se abrió un grupo de apoyo para los familiares que estaban esperando trasplante de corazón y para los familiares que habían sufrido trasplante en los últimos seis meses. Este grupo se reunía una hora, una vez a la semana. Se destaca que la respuesta de la familia fue tan buena que los pacientes quisieron formar su grupo.

L. Gunderson, plantea la importancia de la enseñanza al paciente que va a ser sometido a trasplante; en este trabajo se destaca el papel de la en-

fermera en su estrecha relación con el paciente en todas las etapas relativas a este proceso; preoperatoria, post-operatoria, alta y rehabilitación. (2)

V.C. O'Brien, se refiere a la importancia de los aspectos psicológicos y sociales en el trasplante cardíaco planteando los resultados de su trabajo en cinco etapas:

Etapa de presentación de la enfermedad y su diagnóstico, etapa de admisión para el trasplante, periodo de espera, operación y alta para la casa. (3)

D.M. Freedman, D. Watts y R. Karp muestran su experiencia con respecto a la evaluación de los candidatos a trasplantes cardíaco. Ilustran sus experiencias con la presentación de ocho casos. Consideran como criterio de exclusión en la selección, los casos de Retraso Mental y Psicosis y como pacientes con pobre rendimiento médico los casos de abuso serio de alcohol, abuso de drogas y las disfunciones familiares severas. (4)

Lunde, D. reportó complicaciones psiquiátricas en nueve pacientes con trasplante cardíaco y atribuía la mayor incidencia de los síntomas psicóticos en parte a una autoimagen distorsionada que acompañaba a la adquisición del corazón del donante. (5) Castelneuvo-Tedesco, P. se refiere a las implicaciones de la autoimagen alterada en el trasplante de órganos y la psicoterapia empleada. (6)

Kraft, I. detalló algunas de las consecuencias psicodinámicas del trasplante de órganos destacando un paralelismo entre la naturaleza de las complicaciones psiquiátricas post-operatorias de los pacientes y sus fantasías preoperatorias o expectativas con respecto al corazón donado. (7)

Malish, B y cols. demostraron déficits post-operatorios en el funcionamiento intelectual con cinco trasplantados pero no tenían datos preoperatorios confiables para comparación. (8)

Kraft notó desajustes orgánicos en la mayoría de los veinte pacientes estudiados por él y postuló la relación entre los agentes inmunosupresores y la extensión del grado de organicidad.

Abrams, H. en su revisión bibliográfica sugiere que una combinación de factores como la ansiedad ante la muerte, la privación sensorial y el aislamiento característico del ambiente de cuidados intensivos, así como el desbalance fisiológico secundario causado por las altas dosis de esteroides que incrementan las catecolaminas y disminuyen el gasto cardíaco son etiológicamente responsables de la aparición de psicosis posteriores al trasplante cardíaco. (12)

Baumgarther W, Reitz, B. y cols. enfatizan la importancia de la evaluación psiquiátrica en la correcta selección de los receptores potenciales. (10)

DESARROLLO

A partir de nuestras experiencias con los primeros veinte pacientes trasplantados de corazón y corazón pulmón en nuestro país, consideramos que la atención psicológica debe desarrollarse en cinco etapas fundamentales:

- I. Estudio psicológico, psiquiátrico y social del paciente preseleccionado (estudio diagnóstico).
- II. Preparación psicológica del paciente que se someterá a trasplante.
- III. Atención a familiares en el pre, trans y post-operatorio.
- IV. Apoyo emocional y psicoterapia al paciente trasplantado en el post-operatorio inmediato.

V. Psicocorrección de la personalidad del paciente trasplantado y rehabilitación para su reinserción a su medio socio laboral habitual.

De esta manera, el objetivo fundamental con los pacientes trasplantados debe estar orientado hacia la búsqueda de todos aquellos factores que puedan garantizar su estabilidad emocional. Para cumplir este objetivo se precisa de un estudio prequirúrgico de la personalidad y su correcta selección sobre la base de los elementos recogidos en el mismo.

A continuación detallaremos las etapas antes mencionadas, así como la integración del equipo psicólogo-psiquiatra-trabajadora social en cada una de estas.

I. ESTUDIO PSICOLÓGICO DEL PACIENTE PRE-SELECCIONADO (ESTUDIO DIAGNÓSTICO)

Tal vez donde más se ha destacado el trabajo interdisciplinario entre el psicólogo y el psiquiatra del equipo, sea en el proceso de selección de los candidatos, ya que como el ser humano es único e irrepetible, el tener un enfoque prejuicioso, eliminando a algunos pacientes simplemente por su presunta sintomatología psiquiátrica, le resta posibilidades de supervivir a seres humanos que, aunque portadores de un desarrollo anómalo de la personalidad, no estamos autorizados a privarles de la oportunidad de conservarles la vida.

Por otro lado se han valorado casos portadores de patología psiquiátrica severa, miembros de una familia con bajo nivel cultural, pobre cohesión, falta de compromiso, en los cuales se ha hecho evidente la repercusión negativa de estos factores al insertarse nuevamente el operado en un sistema familiar incapaz de conducirse de forma adecuada. Como ejemplo de esto podemos citar en nuestra experiencia cuatro casos.

Paciente I

Síndrome depresivo ansioso con elementos obsesivos. Antecedentes psiquiátricos. Como rasgos de su personalidad se destacan su extrema labilidad emocional y su pusilanimidad.

Paciente II

Retraso mental severo, madre, padre y ocho hermanos RM. Alcoholismo en la familia.

Paciente III

Extrema labilidad emocional. Neurosis depresiva de ocho años de evolución.

Paciente IV

Síndrome depresivo ansioso. Extrema labilidad emocional con incontinencia afectiva. Antecedente de patología psiquiátrica severa. Padres, hermanos y sobrinos esquizofrénicos y esposa psicópata, histérica de crisis a repetición.

Como puede observarse, las características del medio familiar y de la personalidad de estos pacientes no garantizaba un adecuado seguimiento postrasplante, ya que estos pacientes deben seguir una dieta adecuada, deben llevar rigurosamente el control de los medicamentos, así como su posología por lo que necesita de condiciones mínimas para su recuperación.

En esta etapa diagnóstica la trabajadora social realiza un estudio de las condiciones de vida del paciente de modo que se tenga en cuenta las posibles modificaciones que debe sufrir en el período de rehabilitación, en lo que se refiere al trabajo o estudio, su situación familiar, su economía para de este modo garantizar la durabilidad del trasplante.

Con estos fines se realiza una entrevista al paciente, a sus familiares, compañeros de estudio o de trabajo y se realizan las visitas necesarias.

El estudio de la personalidad del paciente incluye una serie de aspectos que detallamos a continuación:

Capacidad de trabajo intelectual:

La investigación de esta esfera se hace necesaria en dos sentidos:

- Para conocer el estado de los procesos psíquicos del paciente (atención, memoria, pensamiento) y en consecuencia, poder establecer una comunicación adecuada con él y brindarle al mismo tiempo, la información que sea capaz de asimilar en cada momento de acuerdo con su nivel intelectual utilizando la técnica requerida.
- Para someter al paciente después de operado, a una evaluación comparativa del estado de los procesos y constatar los cambios que ocurren tanto de mejoría como de daño por complicaciones en el trans o post operatorio.

La capacidad de trabajo intelectual se evalúa a través de un sistema de metódicas propuestas por B.W. Zeigarnik y cols. (18) y validadas por D. E. Hernández en sujetos cubanos (19) (20). El sistema incluye metódicas destinadas a la evaluación de la memoria, la atención y el pensamiento e incluye pruebas tales como: Aprendizaje de diez palabras, de Luria, Reproducción de relatos cálculo de Kraepelin, Búsqueda de números en las tablas de Schulte, comparación de conceptos, Cuarto excluido, Modificación de las tablas de Schulte y simultaneidad de los signos.

Estas metódicas, nacidas en la Patopsicología soviética permiten no sólo evaluar el estado de los procesos en el paciente sino también trabajar con él en un sentido psico-correctivo.

Para poder establecer una comparación de este aspecto con los datos de la literatura extranjera se le aplica a los pacientes la prueba para evaluar inteligencia de Raven.

De los veinte pacientes sólo pudimos evaluar a doce con estos fines. A los ocho restantes no se les pudo evaluar por su estado precario de salud o porque el tiempo que medió entre su ingreso y el trasplante no lo permitió.

En la tabla I donde se plasman las alteraciones de la capacidad de trabajo intelectual antes y después del trasplante podemos observar cómo aumentan las alteraciones de la memoria y sobre todo las alteraciones de la dinámica de los procesos, sin embargo disminuyen las alteraciones del pensamiento.

Las razones están dadas por el hecho de que, antes del trasplante hay un bajo gasto cardíaco que explica la insuficiente irrigación y por tanto la afectación operacional de la actividad cognoscitiva.

Después del trasplante mejoran los procesos y operaciones del pensamiento, al mejorar el gasto cardíaco, sin embargo, resulta interesante destacar cómo aumentan en el postrasplante las alteraciones de la dinámica de los procesos.

Las alteraciones de la dinámica de los procesos puede aparecer como consecuencia de una inestabilidad afectivo-emocional. En el caso de nuestros pacientes observamos una alta incidencia del componente personal motivacional en los procesos cognoscitivos. Después del trasplante estos pacientes están sometidos a altas dosis de tensión psíquica, aumenta la manipulación del paciente con vistas al diagnóstico del posible rechazo por lo que resulta necesario en el primer mes la realización de una biopsia endomiocárdica semanal, la extracción de sangre varias veces en el día para conocer la dosis de Ciclosporina (droga antirrechazo) junto a las expectativas del paciente de la estabilización del éxito de las interven-

ciones y otras tensiones de carácter afectivo-emocional lo que incide en su concentración de la atención y en definitiva en la inestabilidad de la capacidad de trabajo.

En la tabla II podemos ver la reacción entre los aspectos antes mencionados y la autovaloración del estado de ansiedad, los cuales se encuentran aumentados después del trasplante. Obsérvese cómo aumentan los parámetros ansiedad alta y ansiedad baja que son los puntos extremos en la curva de Gauss.

Autovaloración:

Este es un aspecto importante en el estudio de nuestros pacientes ya que la valoración de su estado de salud y su nivel de aspiraciones nos va a dar la medida de cómo tenemos que trabajar con él, adecuando las metas que este se trace.

Para evaluar este aspecto utilizamos entre otros instrumentos la escala de autovaloración conocida como Dembo-Rubinstein (tabla IV). Observamos cómo nuestros pacientes en general valoran su salud de acuerdo con su estado real antes y después del trasplante.

Sin embargo, existen casos en los que hay una autovaloración inadecuada. Un paciente consideraba que su problema cardíaco era algo trivial y de rápida solución. Esto tuvo una gran incidencia en el paciente después del trasplante, ya que consideró que estaba tan bien que ya podía abandonar algunas medidas de tratamiento médico lo que motivó su reingreso en el hospital. En el abordaje psicocorrectivo se logró ajustar la autovaloración de este paciente posteriormente.

Sistema motivacional:

El estudio incluye la evaluación del sistema de actitudes, necesidades y valores del paciente, así como sus principales áreas de conflicto. Para llevar a cabo el análisis de estos aspectos, realizamos una entrevista psicológica y aplicamos la prueba de elección de valores, la prueba RAMDI y la prueba de completamiento de frases de Rotter.

Observamos que nuestros pacientes no enfatizan tanto en la operación por sí misma, sino en las consecuencias, en las limitaciones sociopsicológicas de su enfermedad. Así por ejemplo, conocemos de su preocupación por volver a su trabajo, a continuar criando a sus hijos, a realizar labores al servicio de la Revolución.

Estudio de algunos rasgos caracterológicos extremos:

Para conocer este aspecto nos basamos en la prueba 16 P.F. de Catell. Esta prueba se le realizó a once de nuestros pacientes por razones ya apuntadas anteriormente.

Como se observa en la tabla V predominan los sujetos reservados (9) y los emocionalmente inestables (6), el resto de los rasgos se mantiene dentro de límites normales.

Estados psíquicos predominantes:

Evaluamos su estado de ansiedad a través del inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Charles Spielberger que nos ofrece una valoración del grado de ansiedad personal del paciente (como rasgo de la personalidad) y de su ansiedad reactiva actual.

Ya hacíamos referencia cuando analizamos la capacidad de trabajo intelectual a este aspecto.

En la tabla II podemos observar cómo antes del trasplante aparece un paciente con alta ansiedad reactiva y después del trasplante 4 pacientes.

Con baja ansiedad, aparecen antes del trasplante 5 pacientes y 6 después del acto quirúrgico.

Esto nos da una medida de la incidencia que tiene en el paciente la manipulación a que es sometido en el periodo posterior al acto quirúrgico en que aumentan las medidas de acción médica sobre él tanto en el sentido diagnóstico como terapéutico, conjuntamente con las expectativas acerca de la garantía del éxito de la intervención y otras tensiones de carácter afectivo emocional.

II. PREPARACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE A QUIEN SE SOMETERÁ A TRASPLANTE

Una vez que se decide en el equipo médico que el paciente debe ser trasplantado se le comunica y se comienza el trabajo de preparación psicológica que incluye la explicación al paciente de todas las fases del proceso reclutando en cada caso su disposición a cooperar activamente en su tratamiento.

Debemos apuntar que es imprescindible en la atención psicológica de los trasplantados, que el psicólogo constituya parte del equipo interdisciplinario, de modo que participe activamente en las discusiones del caso y conozca el porqué de cada técnica que se aplicará en la gestión médica, tanto para el diagnóstico como el tratamiento, ya que no se concibe el abordaje psicológico al margen de la problemática central del paciente: el órgano trasplantado. En este sentido consideramos necesario que se establezca una comunicación muy estrecha con el personal médico y de enfermería. La relación con el primero es imprescindible porque el paciente debe estar psicológicamente preparado para la aplicación de algunas técnicas que en ciertos casos resultan traumáticas y necesitan de su cooperación. No debe perderse de vista que el trasplantado es un sujeto constantemente agredido ya que generalmente se requiere de una investigación periódica de los posibles signos de rechazo, de infección, complicaciones secundarias, etcétera, lo que precisa de extracciones frecuentes de sangre, aplicación de sondas, biopsias endomiocárdicas y broncoscópicas en el caso de trasplante de corazón pulmón, que en muchos casos los toman irritables y tensos lo que facilita la instalación de depresiones reactivas, estados de ansiedad e insomnio. Igualmente debe tenerse en cuenta que algunos psicofármacos pueden entorpecer el procedimiento anestésico. En el orden estratégico, la discusión frecuente de los aspectos psicológicos y psiquiátricos que el trasplantado presente, debe producirse entre ambos profesionales para tratar de precisar la etiología y corregir en lo posible cualquier alteración en la conducta o el humor del paciente, capaz en ocasiones de comprometer el resultado de un esfuerzo interdisciplinario tan laborioso.

La importancia de la interacción constante con el personal de enfermería estriba en nuestro criterio en dos razones fundamentales:

- Este personal está en contacto directo con el paciente durante las veinticuatro horas por lo que sus observaciones nos son de extraordinaria importancia.

- La orientación adecuada de este personal es lo que va a permitir una rehabilitación más rápida del paciente, de modo que no se le sobreproteja, ni se trate con rigidez, sino que se sepa en cada momento cómo actuar de acuerdo con sus características y las circunstancias ambientales concomitantes.

III. ATENCIÓN A FAMILIARES EN EL PRE, TRANS Y POST-OPERATORIO

Es necesario destacar que no sólo se realiza una evaluación de la personalidad del paciente sino que se hace un estudio de la familia para conocer los factores con que se cuenta para garantizar su estabilidad emocional. Esto es importante, por cuanto es sabido que algunos componentes del núcleo familiar son elementos estabilizadores mientras que otros, por el contrario resultan completamente desestabilizadores. Para ello nos apoyamos en entrevistas que tienen un doble carácter: diagnóstico y terapéutico.

En este aspecto se destaca la necesidad de la labor conjunta psicóloga-trabajadora social las cuales han constituido un binomio imprescindible en cada uno de los pasos. Todas las familias han sido atendidas facilitándole en muchos casos una serie de condiciones, sin las cuales se hubieran producido situaciones muy difíciles, ya que en la mayoría de los casos son del interior del país o han tenido una situación económica difícil, por el hecho de ser el trasplantado el elemento de sostén familiar, por lo que se le han garantizado todas las condiciones necesarias para su traslado a nuestra Institución y a su hogar de regreso.

En el preoperatorio la familia es informada de las posibilidades de alargarle la vida a su ser querido, así como de las posibles complicaciones derivadas del proceder quirúrgico, evacuando todas sus dudas.

En este aspecto la información central la ofrece el médico y el psicólogo en entrevistas posteriores, refuerza esta información y aclara los aspectos que puedan haber sido mal interpretados por los convivientes del trasplantado.

En el trans-operatorio la familia es informada del estado de salud del paciente, del éxito de la intervención o de las posibles complicaciones.

En el post-operatorio se valora con familiares, las personas más adecuadas para acompañar al paciente de acuerdo con el estado psíquico de ambos.

Posteriormente se realiza un seguimiento con vistas al papel que cada uno debe jugar al regreso del paciente a su hogar.

IV. APOYO EMOCIONAL Y PSICOTERAPIA AL PACIENTE EN EL POST-OPERATORIO INMEDIATO

Debemos apuntar que, desde el momento en que abordamos al paciente se trabaja con él en el sentido de ofrecerle apoyo emocional.

En presencia de complicaciones psíquicas se necesita la acción consecuente del equipo psicólogo-psiquiatra, de modo que se apliquen oportunamente las técnicas psicoterapéuticas indicadas de acuerdo con las características de la personalidad del paciente y de su estado psíquico particular. De acuerdo con nuestra experiencia han resultado exitosas en esta etapa las técnicas sugestivas y persuasivas y sobre todo, nos han sido de gran utilidad las técnicas hipno-relajantes.

En forma ocasional en algunos de los casos ha sido necesaria la intervención del psiquiatra fundamentalmente por antecedentes en los candidatos de trastornos psiquiátricos previos, o por la presentación de sintomatología aguda con posterioridad al trasplante susceptible de ser modificada con tratamiento psicofarmacológico, intervenciones psicoterapéuticas, o ambos. En lo que concierne a intervenciones psiquiátricas directas, se han producido en cinco de los casos en dependencia siempre de la petición o solicitud de interconsulta del psicólogo de cabecera, salvo el primero de los trasplantes en el cual, por tener antecedentes psiquiátricos previos se trabajó de forma conjunta y sistemática desde el período pre-operatorio.

Como elemento común puede destacarse el hecho de que los pacientes trasplantados tienen que ingerir una serie de medicamentos como la Ciclosporina, esteroides, antibióticos y otros que tienen como objetivo esencial la conservación de la vida y que el abordaje psicofarmacológico de estos pacientes, que en un período de la enfermedad tienen que estar mucho tiempo encamados y padecen habitualmente de ansiedad y de insomnio deben reducirse al mínimo evitando la polifarmacia y a su vez reducirse las dosis hasta las mínimas posologías posibles.

En pacientes que en un momento dado pueden potencialmente ser sometidos a nuevas operaciones, el manejo de antidepresivos debe ser discreto y evitarse habida cuenta de la contraindicación que muchos de ellos tienen con la anestesia requerida en estas intervenciones.

En uno de los casos el examen psiquiátrico determinó que el aparente cuadro depresivo y los fallos mnésicos obedecían a un Síndrome Encefálico Crónico, relacionado con anoxia cerebral de carácter eminentemente orgánico irreversible.

PSICO-CORRECCIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL PACIENTE TRASPLANTADO Y REHABILITACIÓN PARA SU REINSECCIÓN A SU MEDIO SOCIO-LABORAL HABITUAL

Consideramos de vital importancia la interacción psicólogo-trabajadora social en esta etapa de reinsección del paciente a su medio socio-laboral, escolar, la valoración de los pasos encaminados a lograrla, la valoración de las características de su puesto de trabajo, la toma de decisiones en función de si puede seguir ocupando este puesto o debe elegirse otro de acuerdo con su nuevo estado y la comunicación con el personal con el cual va a laborar.

Lo mismo sucede en su medio familiar, las atenciones que debe brindarle la familia así como la forma en que el paciente se reintegre a los deberes para con ella.

En estos momentos tenemos seis pacientes reintegrados al trabajo y dos estudiando nuevamente.

Con respecto a la psico-corrección se ha trabajado sobre la base de la adecuación de la autovaloración del paciente, tanto en casos en que han minusvalorado su estado como en casos en que lo han sobrevalorado, de modo que se consideren con condiciones de participar activamente en la sociedad, realizar ejercicios, al mismo tiempo que lleven a cabo la dieta adecuada a sus trastornos metabólicos y continúen con el chequeo sistemático para prevenir el rechazo agudo u otras complicaciones. Una actividad que se ha celebrado con éxito es la Dinámica de grupo con todos los trasplantados donde se discuten problemas comunes a todos, así como específicos de algunos pacientes. En esta actividad participa el psicólogo, el cardiólogo y la trabajadora social con vista a tomar todas las medidas necesarias para la prolongación de la vida de los pacientes.

Es temprano aún para enjuiciar categóricamente los resultados del trabajo de atención integral en el trasplante cardíaco y cardiopulmonar y establecer con claridad los límites de su efectividad.

En nuestros pacientes se ha confirmado el fenómeno descrito en la literatura por Christopherson con relación a las etapas por las cuales pasa un paciente trasplantado:

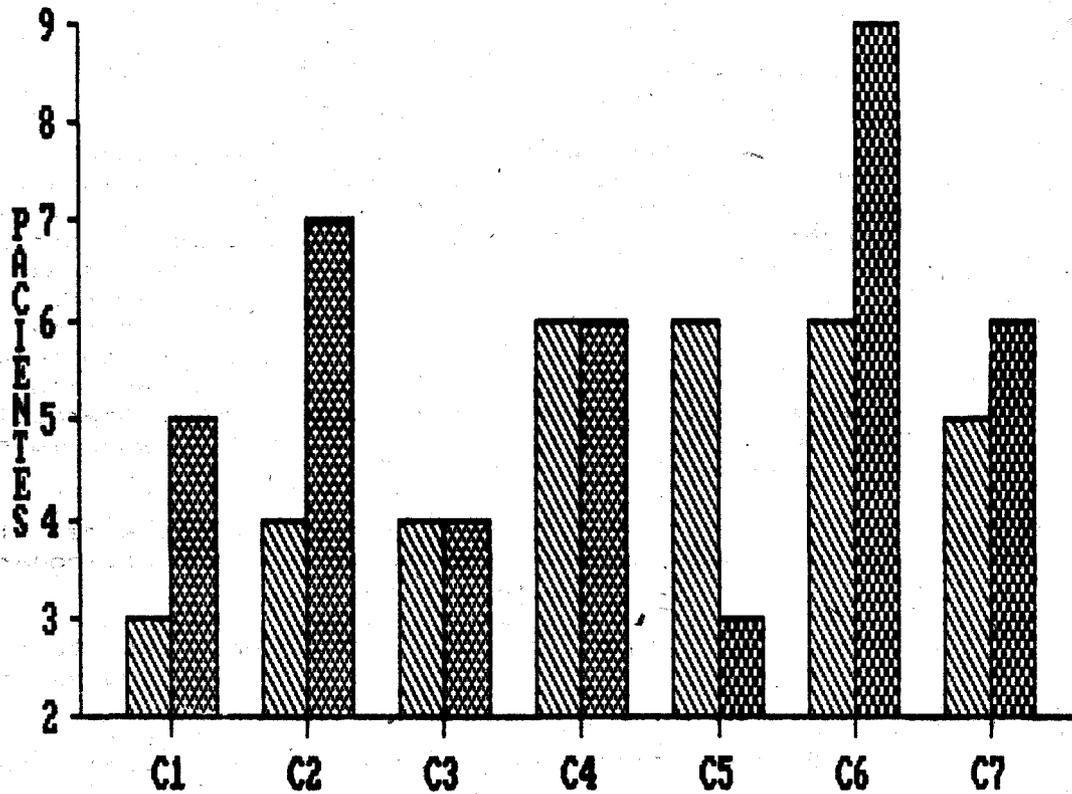
1. Miedo y angustia como primera reacción al anuncio del trasplante (en 9 pacientes).
2. Alivio y disposición al procedimiento cuando aparece el donante (en 20 pacientes).
3. Sentimiento de extremo bienestar inmediatamente después de la operación (en 14 pacientes).
4. Depresión que acompaña al primer episodio de rechazo en todos los pacientes (en el total).

Lo que nos ha permitido confirmar las etapas expuestas en nuestro trabajo.

A juzgar por los resultados de estas primeras investigaciones y la satisfacción de médicos, pacientes y familiares en las primeras experiencias asistenciales desarrolladas en nuestro país, se abre ante la Psicología y la Psiquiatría un campo promisorio en estrecha cooperación interdisciplinaria.

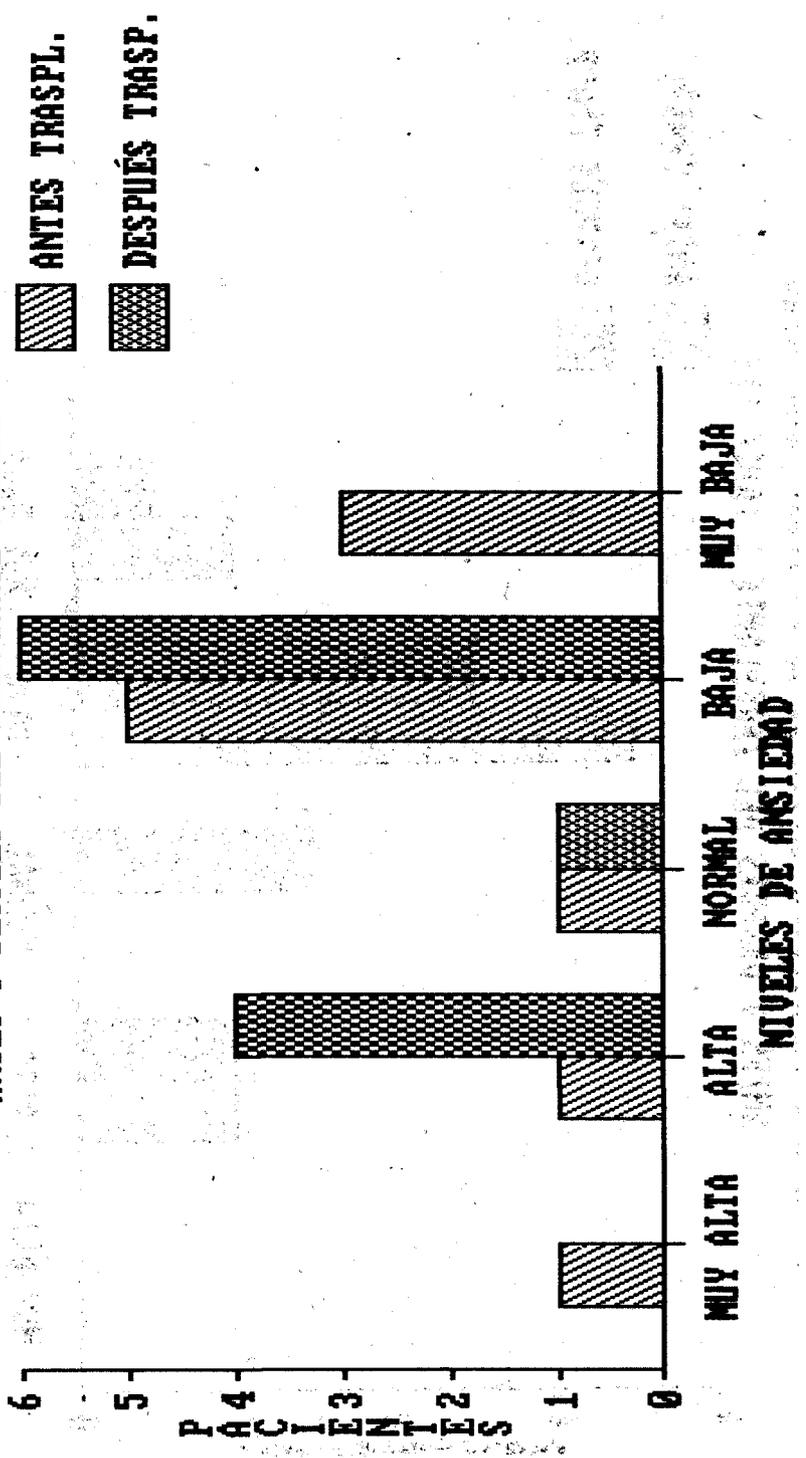
Desbrozando nuevos caminos de investigación. con la aplicación consecuente de sus resultados en el trabajo asistencial, el éxito hasta ahora obtenido podrá parecerse insignificante en el futuro y quizás ya en condiciones de elaborar normas y procedimientos más precisos para este tipo de atención, los psicólogos, psiquiatras y trabajadoras sociales podrán hacer un modesto aporte en el desarrollo integral de la trasplantología contemporánea.

ALTERAC. DE LA CAP. DE TRABAJO INTELECTUAL ANTES Y DESPUÉS DEL TRASPLANTE : TABLA I

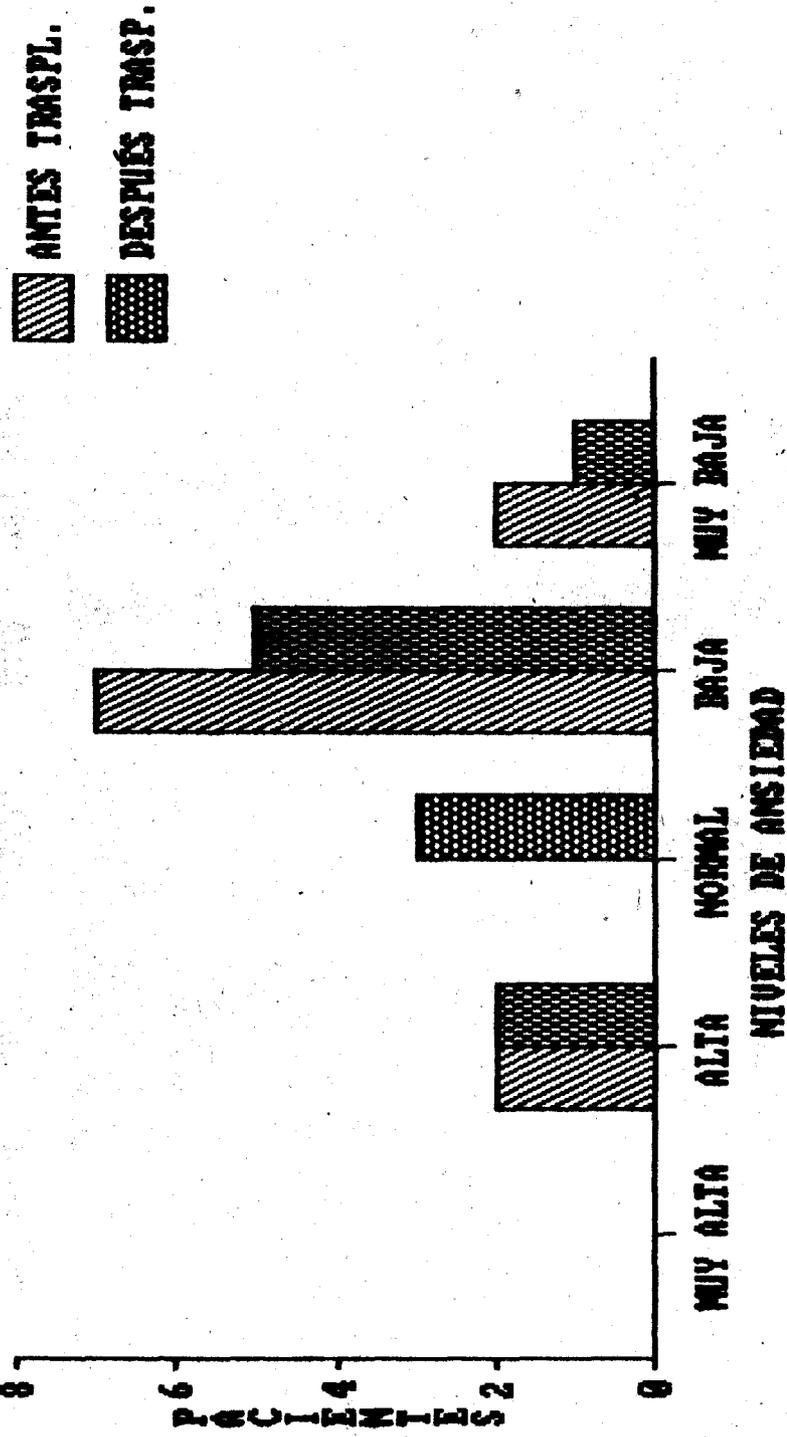


 ANTES TRASPL.
 DESPUÉS TRASP.

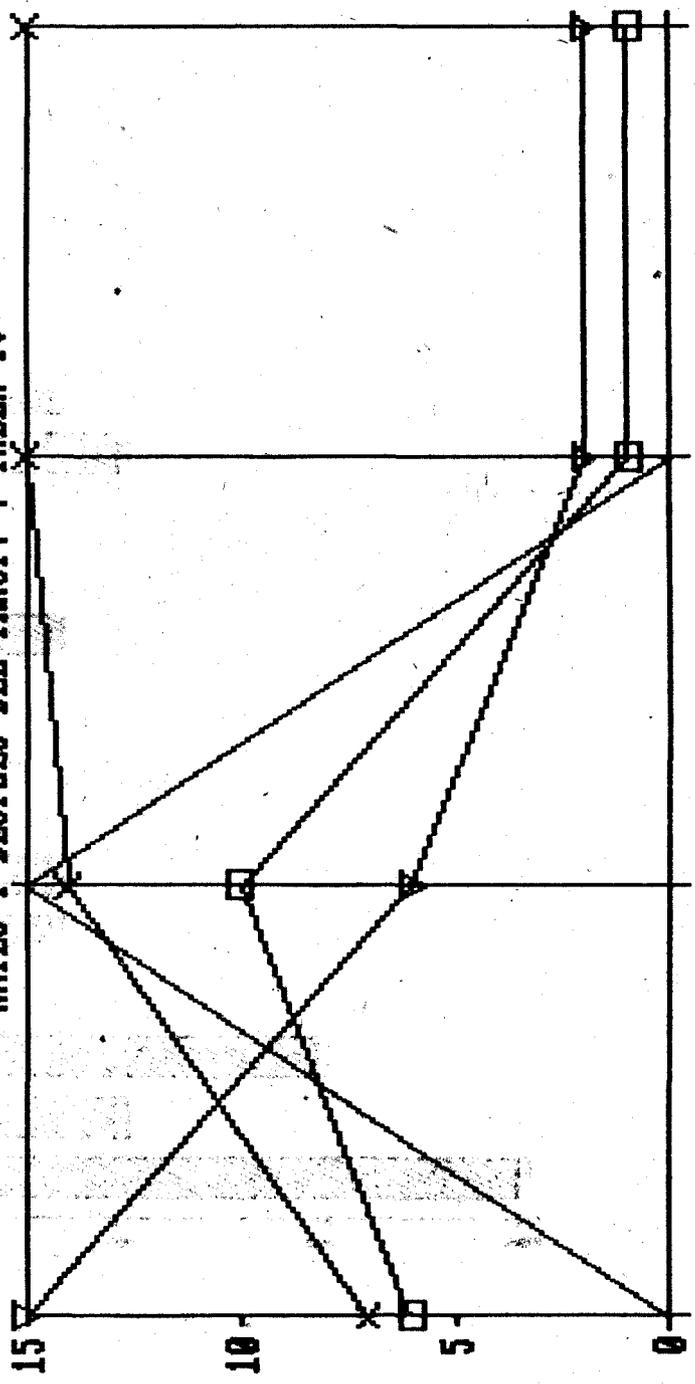
**AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE ANSIEDAD
 ANTES Y DESPUÉS DEL TRASPLANTE : TABLA II**



ESCALA DE AUTOVALORACIÓN DE LA ANSIEDAD COMO RASGO
 ANTES Y DESPUÉS DEL TRASPLANTE : TABLA III



ESCALA DEMBO-RUBINSTEIN
 ANTES Y DESPUÉS DEL TRASP. : TABLA IV

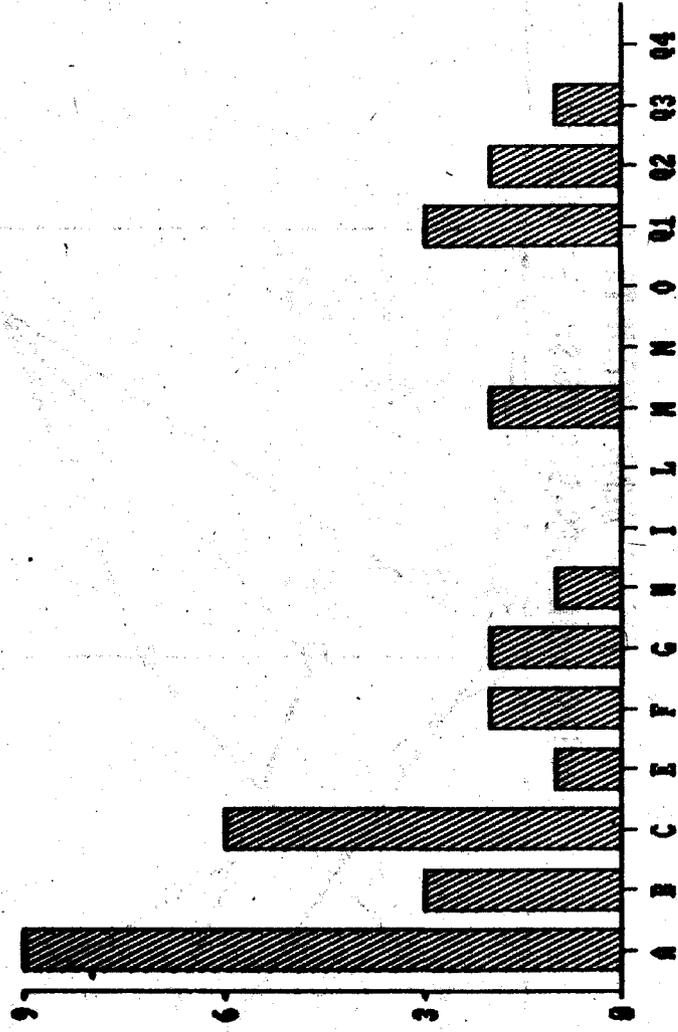


FELICID.

CARACTER DE LA PERSONA ANTES DEL TRASPLANTE

INTELIG.

TABLA V. RASGOS CARATEROLÓGICOS EXTREMOS DE ACUERDO AL 16 PF DE CATTELL



BIBLIOGRAFÍA

1. Mc Aleer, Mary Jean; Jan Copeland; James Fuller and Jack Copeland
Psychological aspects of Heart transplantation. Heart Transplantation. Vol. IV. Number 2 february 1985, 232-233.
2. Gunderson, Laurel.
Teaching the trasplant recipient. Heart Transplantation. Vol. IV number 2 feb. 1985, 226, 227.
- 3., O'Brien, Virginia.
Psychological and Social aspects of heart transplantation. Heart transplantation, Vol. IV Number 2, 229, 231, February, 1985.
4. Freedman III, Arthur M.; M.D. Deborah Watts; M.D. Robert Karp M.D.
Evaluation of Cardiac transplant candidates: Preliminary observations. Psychosomatics March 1984 Vol. 25. No. 3.
5. Lunde, P.
Psychiatrics complications of heart transplants. Am. J. Psychiatry. 126: 368, 373, 1969.
- 6., Castelneuvo-tedesco P.
Ego vicissitudes in response to replacement or loss of body parts. Presented at the Annual Meeting of the American Psychoanalytic Association. Baltimore. May 5, 1976.
7. Kraft, I.
Psychiatrics complications of cardiac transplantation. Semin Psychiatry: 358, 69, 1971.
8. Molish, B.; I. Kraft; P. Wiggins:
Psychodiagnostic evaluation of the heart transplant patient. Servin Psychiatry: 346, 57, 1971.
9. Abrams, H.:
Psychiatric reactions after cardiac surgery. Sem. Psychiatry 3: 70-77, 1971.
10. Baumgarther, W.; B. Reitz; P. Dyer et al.
Cardiac Homotransplantation. Chicago. Year Book Medical Publishers 1979, pp 11-16.
11. Christopherson, L.
Cardiac transplantation need for patient counselling. Nors Minor 143: 34-36, 1976.
12. Abrams, H.; D. Buchanan:
Organ transplantation: Psychological effects on donors and recipients. Surg Rounds 1: 22-25, 1978.
13. Kyosti, A.; MD. Ph D Sotaniemi
Resultado Cerebral después de la Cinulación Extracorpórea, 1983.
14. Kornfeld, D. et al.
Psychiatric complications of open heart surgery. New England. J. Med. Vol. 273, No. 6. pp 287-282, 1965.
15. Heller et al.
Psychiatric complications of open heart surgery a reexamination. New England. Journal of Med. Vol. 283. No. 19, Nov. 1979.
16. Plant, S. Michael; Friedman Standard B.
Psychosocial factors infections disease. Journal of Psychoneuroimmunology.

