

Aspectos psicológicos y psiquiátricos de los trasplantados

Trabajo presentado en el Curso de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (Cuenca; septiembre de 1990)
sobre Implantes y Trasplantes

Jerónimo Saiz Ruiz y Angela Ibañez Cuadrado

Servicio de Psiquiatría

Hospital Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá de Henares.

Ctra. Colmenar Km. 9,100. MADRID

Introducción

El trasplante de órganos supone un avance más en la lucha del hombre contra la enfermedad y ha sido calificado por J. Wesley Alexander como «el más excitante y dramático nuevo método de terapia jamás conseguido —restauración de la vida mediante el reemplazamiento de un órgano vital enfermo—» (1). El desarrollo de esta técnica ha sido posible gracias a los avances en otros campos de la Medicina como son la inmunología, nefrología, hepatología, cardiología, farmacología y otros.

Por otro lado, ya desde su inicio se abrió un debate tanto entre los médicos como en la sociedad, planteando cuestiones éticas sobre las características de esta forma de terapia, la obtención de órganos, la selección de candidatos y los recursos económicos que se deben destinar a estas intervenciones que suponen un alto coste cuando aún hay necesidades no cubiertas en la asistencia primaria.

El inicio de este debate, que marcó la etapa inicial en los trasplantes, se puede situar en 1944 cuando Cunningham y Medamar prepararon una disertación sobre la moralidad de estas técnicas para la Catholic University, cuando era la piel, el tejido humano, objeto de trasplante. Poco después de la II Guerra Mundial el trasplante de órganos sólidos empezó «en serio», y fue en 1947 cuando se llevó a cabo el más temprano trasplante heterotópico de riñón de cáter, a una embarazada en coma profundo y anuria de diez días,

que logró recuperarse (2). En 1954 Murray y cols. utilizaron un donante vivo, trasplantado con éxito el riñón de un gemelo monocigótico a otro (3).

En marzo de 1963 se practicó el primer trasplante hepático en humanos, en Denver (Colorado), llevado a cabo por Thomas Starzl (4). Y unos años más tarde, en 1967, Christian Barnard llevó a cabo el primer trasplante de corazón (5). Hoy en día, un nuevo espectro de trasplantes de órganos se encuentra cada vez más allá del límite entre experimento y realidad clínica; el trasplante de páncreas, el de pulmón, y los combinados de páncreas y riñón, de corazón y pulmón.

Tabla 1.

FACTORES QUE HAN CONTRIBUIDO AL INCREMENTO DE LA SUPERVIVENCIA DE LOS TRASPLANTADOS.

- MAYOR EXPERIENCIA DE LOS CIRUJANOS
- PERFECCIONAMIENTO DE LA TÉCNICA QUIRURGICA
- MEJORA EN LA TÉCNICA DE CONSERVACION DE TEJIDOS
- SELECCION MAS CUIDADOSA DE CANDIDATOS
- DESARROLLO DE NUEVOS Y EFICACES INMUNODEPRESORES

Desde sus inicios hasta la actualidad se ha logrado un gran incremento en el tiempo de supervivencia, así como en la calidad de vida, lo que ha sido posible gracias a la suma de diversos factores que se resume en la Tabla 1.

En los sujetos sometido a trasplante concurren una serie de circunstancias en el período pre y posoperatorio que les hacen especialmente vulnerables a padecer cierto tipo de alteraciones psicológicas y psiquiátricas. Esto hace necesario que en el equipo de trasplante puedan participar profesionales capaces de detectar estos trastornos y de proporcionar una orientación terapéutica apropiada, ya sea psicofarmacológica, psicoterapia o medidas sociales.

Aspectos psicológicos y psiquiátricos del período de pretrasplante

Además del declinamiento de la función física, los sujetos afectados de una enfermedad que es tributaria de trasplante comparten una serie de

Tabla 2.

DIFICULTADES PSICOLOGICAS Y PSIQUIATRICAS EN EL PERIODO PRETRASPLANTE.

- SINDROME ORGANICO CEREBRAL
- ANSIEDAD
- DEPRESION
- REGRESION
- ALTERACION DE LA IMAGEN CORPORAL
- TRASTORNOS DE ADAPTACION
- TRASTORNOS DE CONDUCTA
- ALTERACION EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES
- CONFLICTOS FAMILIARES Y/O CONYUGALES
- DISFUNCION SEXUAL

dificultades psicológicas y psiquiátricas (Tabla 2) como son: ansiedad, depresión, regresión, alteración de la imagen corporal, trastornos de adaptación, trastornos de conducta, alteración en las relaciones interpersonales, conflictos familiares y/o conyugales y disfunción en la esfera sexual. Además en los niños se produce un retraso en el normal desarrollo que puede ser en ocasiones irreversible (variaciones en la talla, etc.). Muchas de estas alteraciones, estudiadas sobre todo en los candidatos a trasplante renal, son comunes a las observadas en otras enfermedades crónicas, y se consideran relacionadas con el estrés psicológico en el proceso de adaptación a la enfermedad (6). Sin embargo, la opción terapéutica del trasplante comporta en sí una serie de peculiaridades, con algunas diferencias añadidas según el órgano objeto de reemplazamiento.

En los niños, la causa del trasplante suele ser un problema (atresia biliar, riñones poliquísticos, error congénito del metabolismo, etc.), por lo que posiblemente nunca han conocido lo que es ser completamente sanos, adoptando conductas de regresión y dependencia, alimentadas por unos padres que se suelen mostrar sobreprotectores. En adultos la necesidad de trasplante puede ser secundaria a enfermedad aguda (hepatitis, glomerulonefritis, etc.) o por un deterioro de un problema a largo plazo; por regla general han padecido de una infancia y adolescencia normales y alcanzan un desarrollo normal en la edad adulta previo al inicio de su patología.

La evaluación psiquiátrica en el período pretrasplante es habitual y necesaria en los candidatos a esta terapia, pero a veces no es posible realizarla en profundidad por la extrajerusalén de algunos de ellos. Sus objetivos principales se recogen en la Tabla 3. A continuación exponemos los trastornos que con más frecuencia requieren atención psiquiátrica en el período pretrasplante.

Síndrome cerebral orgánico: Estos pacientes son especialmente susceptibles a padecer, de forma encubierta o manifiesta, un síndrome cerebral orgánico, incluyendo delirium, que supone un mayor riesgo y posibilidad de complicaciones en el curso del postoperatorio; numerosos factores que contribuyen a la disfunción del sistema nervioso central (4) ocasionando estos síndromes. Se ha descrito que los candidatos a trasplante hepático son los más proclives a presentar estos trastornos (5). Según Tarter y cols. en la mayoría de estos pacientes está presente un mayor o menor grado, una encefalopatía (7).

El síndrome orgánico cerebral puede manifestarse como un cambio de humor o de la conducta, o puede exacerbar una mala adaptación psicossocial (8).

Es importante señalar que en exploración del estado mental postoperatorio el hallazgo de una disminución importante de la atención, disminución de la memoria reciente, disminución de la capacidad de concentración, pobreza de juicio y tiempo de reacción alterado, puede ser indicativo de una disfunción cortical cerebral más que depresión o ansiedad (9).

Para controlar los síntomas puede ser necesario recurrir a fármacos sedolépticos, preferiblemente el haloperidol a dosis gradualmente incrementadas hasta lograr su efecto; en ocasiones será precisa la sedación mecánica, siempre utilizada de forma juiciosa y reevaluando su necesidad cada poco tiempo para evitar que el paciente pueda lesionarse en los momentos de mayor agitación.

Depresión y ansiedad: Es frecuente el hallazgo de estos síntomas en los candidatos a trasplante; estudios en poblaciones de pacientes con depresión mayor muestran un alto índice de psicopatología, con ansiedad y depresión clínicamente diagnosticable en cerca de la mitad de los pacientes. Si no se atiende a ello puede haber un mayor deterioro de las relaciones

sonales y familiares, con un empeoramiento de la actividad física y del potencial de trabajo, disarmonía conyugal o disfunción sexual (10). La depresión es, por otra parte, el factor de base más importante en la ideación y conducta suicida de los sometidos a diálisis y juega un papel determinante en la falta de colaboración con el tratamiento (11, 12).

Según se ha podido comprobar en diversos estudios, la aparición de estos síntomas no depende de la existencia de psicopatología previa al inicio de la enfermedad, sino que está en relación con el proceso de adaptación y aceptación de una enfermedad crónica, que depende a su vez de diversos factores resumidos en la Tabla 5. Por otra parte, el paciente debe enfrentarse a un futuro incierto, lo que manifiesta en forma de miedos diversos (Tabla 6).

Con frecuencia se encuentra la negación como mecanismo de defensa, que ha sido descrita sobre todo en pacientes en diálisis y en candidatos a trasplante cardíaco. No es difícil de entender si tenemos en cuenta que el trasplante supone el último recurso terapéutico tras el fracaso de los demás disponibles y que sin él la muerte es casi siempre inevitable, al menos en hepáticos y cardíacos (ya que los renales cuentan en principio con la diálisis para mantener sus vidas); al tomar en consideración el trasplante, quizás se enfrenten por primera vez con la posibilidad de su propia muerte.

Después de decidir hacer el trasplante puede haber un largo período de espera antes de encontrar un donante adecuado disponible, lo que puede dar lugar a un incremento en la ansiedad, irritabilidad, desesperanza y depresión; también puede haber sentimientos de culpa en este período al tomar conciencia de que el deseo de un donante implica el deseo de la muerte de otra persona.

Es evidente la necesidad de un soporte psiquiátrico en el período pretrasplante. Para el tratamiento de la depresión, ansiedad y síntomas asociados, puede ser suficiente la psicoterapia o bien la aplicación de simples medidas de apoyo emocional y soporte por parte de los servicios sociales. Algunos pacientes se benefician de reuniones con sujetos trasplantados satisfactoriamente que les hablen de sus experiencias. Sin embargo, en ocasiones se precisa la utilización de psicofármacos; para su correcto uso hay que tener en cuenta una serie de consideraciones.

Los antidepresivos que son metabolizados o eliminados por el órgano afectado deberían ser evitados o administrados muy cuidadosamente. Los efectos arritmogénicos e hipotensores de los tricíclicos pueden ser un riesgo en la cirugía. Normalmente son suficientes dosis de 2/3 de las recomendadas en sanos.

En general los antidepresivos son bien tolerados en pacientes renales, aunque deben utilizarse dosis menores; en cardiopatas pueden emplearse teniendo en cuenta los posibles efectos secundarios sobre este sistema, en hepáticos es donde debe tenerse mayor precaución ya que la mayoría se metabolizan en el hígado, y se aconseja controlar los niveles plasmáticos con frecuencia, así como tener en cuenta su potencial de descenso del umbral convulsivo.

Para la utilización de ansiolíticos se siguen normas semejantes, prefiriéndose el empleo de los de vida media corta y con menor metabolización hepática para evitar los peligros potenciales de su acumulación; se consideran de elección el oxazepam y el lorazepam.

Otros síntomas psiquiátricos: Se han descrito alteraciones de la imagen corporal en este período pretrasplante en relación principalmente a las dudas respecto al origen del futuro órgano, aunque este suele ser más frecuente tras el trasplante. Sin embargo, se ha informado anecdóticamente de pacientes que ponían «condiciones» para aceptar un órgano en cuanto al sexo, raza o procedencia (por ejemplo, historia

Tabla 3.

OBJETIVOS DE LA EVALUACION PSIQUIATRICA PRETRASPLANTE.

- Detectar factores de riesgo psiquiátrico que dificulten la colaboración:
 - psicosis crónicas
 - retraso mental significativo
 - trastorno de personalidad severo (borderline y antisocial).
- Detectar síntomas psiquiátricos y establecer una base con la que comparar los trastornos psiquiátricos postoperatorios:
 - síndrome mental orgánico
 - depresión
 - ansiedad
- Evaluar la necesidad de tratamiento psiquiátrico
- Obtener información sobre la familia y otros factores de soporte social
- Detectar el abuso de alcohol y otras drogas legales o no que pueden interferir en el proceso quirúrgico
- Conocer la motivación del paciente respecto al trasplante

criminal) del donante. En candidatos a trasplante hepático la preocupación sobre la autoimagen es, en cambio, mayor en el pre que en el postoperatorio: la ictericia, ascitis y otros efectos de la enfermedad en la apariencia tienden a mejorar con el trasplante, a la vez que los pacientes están más atentos a la supervivencia que a su aspecto físico (7).

La disfunción sexual puede estar presente en la cuarta parte de las mujeres y en mitad de los varones. En ocasiones es secundaria a la depresión y ansiedad, pero hay también gran número de causas orgánicas que pueden contribuir (desequilibrios hormonales, fármacos, etc.).

Kahn y cols. identificaron como síntoma frecuente los panic attacks (crisis de angustia intensas, con síntomas de apariencia física que en el enfermo son vividas como amenaza inminente de muerte) entre los

Tabla 4

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA DISFUNCION DEL SNC EN LOS CANDIDATOS A TRASPLANTE

Renales:

- Encefalopatía urémica (metabolitos tóxicos)
- Encefalopatía hipertensiva
- Estados hiperosmolares
- Anemia
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Endocrinopatías: hipoparatiroidismo
 hipotiroidismo
- Sepsis
- Efectos secundarios inducidos por fármacos (metildopa, insulina, fármacos cardíacos tranquilizantes)
- Malnutrición
- Fallo de otro órganos
- Alteraciones hidroelectrolíticas secundario a diálisis: (desequilibrios, demencia)
- Crisis sociales: — crisis parciales complejas (alteraciones de la conducta)
 — algunos estados de catatonía responden a antimanicos —

Hepáticos:

Por absorción intestinal de metabolitos tóxicos (encefalopatía hepática), además de otros factores comunes al resto de los trasplantados

Cardíacos:

Por hipoperfusión del SNC, además de otros factores

candidatos a trasplante cardíaco que padecían cardiomiopatía idiopática, pero no en otras enfermedades terminales cardíacas (13). En los primeros años del trasplante cardíaco la etiología más frecuente eran las miocardiopatías dilatadas, que en la actualidad representan sólo el 20-30% frente al 60-70% de enfermedades coronarias (14).

Estrés en los miembros de la familia: El considerar el trasplante como medida terapéutica enfrenta a la familia con una sobrecarga emocional añadida (Tabla 7) a la que ya venían padeciendo como resultado de la instauración de una enfermedad crónica en uno de sus miembros. En otras ocasiones, cuando la necesidad del trasplante deriva de una enfermedad aguda, el estrés generado incide también de una forma brusca uniéndose a la posibilidad de perder a un ser querido previamente sano. Los roles familiares cambian, y los miembros sanos deben asumir el que

correspondía hasta el momento al paciente. En muchas ocasiones serios problemas económicos si era el enfermo la principal fuente de ingresos, unido a los gastos que supone el trasplante en relación a desplazamientos o la necesidad de vivir fuera del lugar de residencia estar cerca del paciente durante su hospitalización.

El cónyuge pierde su papel como tal y se convierte en «enfermero» del paciente, con la obligación además de parecer emocionalmente «fuerte» en presencia del enfermo.

A veces las familias deben prepararse simultáneamente para la muerte y la supervivencia; Christopherson señaló respecto a trasplantes hepáticos: «los cónyuges a menudo intercalan en su vida comentarios sobre los preparativos del funeral, mezclados con planes para las vacaciones familiares cuando el paciente está en casa» (citado por Surman) (15).

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que muchos candidatos a trasplante y sus familias subestiman el estrés que están experimentando. El propósito de presentarse como «mejores candidatos» para el trasplante pueden estar utilizando la negación como mecanismo de defensa.

Selección de candidatos para trasplantes

En Estados Unidos el 15% de los pacientes en lista de espera aguardando un donante para trasplantes no renales; se estima que 1/3 de ellos morirán antes de que haya un órgano adecuado disponible (17); datos semejantes se encuentran en otros países.

Por otra parte, en España mueren anualmente unas 5.000 personas en accidentes de tráfico, de las cuales 600 son niños; muchos de ellos son potenciales donantes de órganos por lo que se podría abastecer las listas de espera nacional; todo ello ha hecho imprescindible programas de información social, dotación de recursos a hospitales, coordinación y una correcta coordinación nacional e internacional para una mejor utilización de los recursos (18).

Pero teniendo en cuenta que en nuestros días la disponibilidad de órganos y de recursos económicos no es suficiente para cubrir las necesidades de trasplantes, se hace precisa una selección previa de candidatos, para asegurar en la medida de lo posible su máximo uso, reflejado por el éxito terapéutico.

En la aplicación de los criterios de selección surgen numerosas cuestiones éticas, sobre todo en relación a los criterios psicosociales. En muchas ocasiones aparecen camuflados bajo la forma de criterios médicos; sirva como ejemplo el requisito, exigido con frecuencia, de tener un suficiente soporte familiar para los cuidados posteriores (19) (en lugar de excluir a estos sujetos, se les debería proporcionar soporte social necesario que por una causa u otra no podrían recibir; mismo podría decirse de criterios que incluyen el CI (cociente intelectual), enfermedad mental, empleo, alcoholismo, toxicomanía, localización geográfica, etc.; incluso en el criterio de la edad es médicamente sostenible que un individuo de 49 años pueda

or candidato que uno de 50, además de que con ello se menosprecia el valor de la vida de personas mayores.

Por otra parte, las diferencias culturales entre los distintos grupos puede incrementar la dificultad de la selección convirtiéndose ésta en un juicio social: en Norteamérica parece posible que el procedimiento de selección se incline a favor de la clase media blanca, ya que este grupo socioeconómico es más probable que tenga un sistema de soporte estable y una mejor capacidad de colaborar con el tratamiento «compliance» (20).

La falta de homogeneidad en los criterios y las inconsistencias en su aplicación hacen que aunque el «screening» psicosocial es llevado a cabo de forma rutinaria, pocos centros de trasplantes han publicado los criterios empleados (21).

Uno de los objetivos de la evaluación psiquiátrica pretrasplante ha sido la identificación de pacientes no colaboradores y por tanto potencialmente excluibles; se ha aplicado sobre todo en candidatos a trasplantes cardíacos e incluye los siguientes supuestos:

- retraso mental importante;
- psicosis crónicas severas;
- trastorno grave de la personalidad (sobre todo límites y antisociales);
- abuso de alcohol o drogas.

Sin embargo muchos pacientes con trastornos psiquiátricos pueden tener un resultado postoperatorio satisfactorio, y la exclusión por motivos psiquiátricos sólo debería hacerse en circunstancias extremas.

Podemos ilustrar lo expuesto con un caso del Departamento de Psiquiatría del Hospital Ramón y Cajal (22): se trataba de una paciente con una enfermedad hepática terminal que desde el punto de vista médico era candidato a trasplante hepático y que se excluyó por padecer una psicosis maniaco-depresiva muy inestable, con varios episodios de manía al año que precisaban su ingreso. Al ser excluida acudieron a los medios

Tabla 5

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO DE ADAPTACION Y ACEPTACION DE UNA ENFERMEDAD CRONICA

- EDAD
- TIPO DE ENFERMEDAD
- CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ENFERMEDAD
- TRATAMIENTO DISPONIBLE
- GRADO DE SUFRIMIENTO E INCAPACIDAD
- POSIBILIDADES DE REHABILITACION
- CAMBIOS EN LOS ROLES FAMILIARES
- ESTADO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL CICLO VITAL
- RASGOS DE PERSONALIDAD PREMORBIDA

Tabla 6

MIEDOS COMUNES EN LOS CANDIDATOS A TRASPLANTE

- MIEDO A LO DESCONOCIDO
- MIEDO A NO TENER UN DONANTE
- SUFRIMIENTO Y DOLOR DE LA CIRUGIA
- MIEDO AL RECHAZO DEL TRASPLANTE
- FALTA DE CONFIANZA EN LA REHABILITACION
- TIEMPO PROLONGADO DE PROBLEMAS DE SALUD

de comunicación para dar publicidad a su caso y como consecuencia fue trasplantada en poco tiempo. El resultado fue satisfactorio desde la perspectiva médica, y después de transcurrido un año la paciente seguía sin problemas las indicaciones terapéuticas y no había tenido durante ese tiempo recaídas de su trastorno psiquiátrico.

El problema del alcoholismo reciente y abuso de otras drogas, además de ser factor para la no colaboración del paciente, añade a la morbilidad del trasplante, el mal estado nutricional que suelen presentar estos pacientes, por lo que supone un factor de riesgo más para la cirugía. Así, el *Boston Center of Liver Transplantation* requería dos años de abstinencia de alcohol previos al trasplante; este tiempo se está reduciendo y en lugares como el *Massachusetts General Hospital* se exige sólo un año.

Cuestiones relacionadas con la utilización de donantes vivos

Esta opción terapéutica está limitada a los casos de trasplante de riñón y algunos intentos de donación parcial de páncreas. En general el donante es un miembro de la familia, aunque también se consideran en ocasiones donantes vivos no relacionados genéticamente.

Donante vivo relacionado genéticamente: Para el receptor del órgano supone indudables ventajas por una mayor compatibilidad del injerto y una reducción de la necesidad de inmunosupresión.

La selección del donante puede ser un proceso complicado, y se pueden originar problemas cuando el miembro de la familia se siente presionado para donar, o cuando es un menor de edad el que parece ser más histocompatible.

El miembro de la familia que dona el riñón puede ser visto como un héroe o un loco. La mayoría de los equipos de trasplante recomiendan que sean cuidadosamente seleccionados, ya que la principal cuestión ética para los que dudan del altruismo del donante es sobre si son o no coaccionados. Según Simmons y cols. la gran mayoría de los donantes familiares informan de una pequeña (o nula) ambivalencia acerca de las cuestiones básicas de la donación; encontraron que presiones familiares

ocultas ocurrieron en el 11% de los donantes, aunque «sutiles presiones» fueron en muchos casos inevitables (citado por A. Dale Gulledge y cols.).

La intervención psiquiátrica se hace especialmente necesaria cuando:

- un donante motivado experimenta conflictos familiares ante su decisión de donar.
- hay historia clínica o evidencia de trastorno psiquiátrico;
- si se precisa aminorar la ansiedad preoperatoria.

Una vez tomada la decisión, el donante potencial puede necesitar ayuda para enfrentarse con sus sentimientos acerca de dar a otra persona un órgano que puede serle necesario en el futuro. Además, aunque el procedimiento quirúrgico tiene un bajo potencial de riesgo para la cirugía y anestesia, con una mortalidad de un 0,03-0,09% y un 2-3% de complicaciones serias tratables, éste no deja de ser un alto precio para alguien que no obtendrá ningún beneficio físico de la intervención.

Es habitual que el donante y su familia estén preocupados acerca de qué podría pasar si el propio riñón se hace malfuncionante, o sobre los sentimientos de conflicto en torno a si otro miembro más allegado de la familia pudiera necesitar el riñón más tarde.

Otro estrés psicológico para el donante es el uso de las transfusiones de sangre donante-específicas, requiriendo un soporte adicional durante dicho proceso por suponer:

- pérdida de tiempo de trabajo;
- un número mayor de desplazamientos;
- a menudo ocasiona un disconfort físico adicional;
- aumento de la ansiedad por temor a desarrollar unas pruebas cruzadas positivas, en perjuicio de la donación.

Algunos donantes pueden experimentar un sentimiento de depresión y pérdida inmediatamente después de la cirugía, lo que se puede explicar si tenemos en cuenta que el donante puede padecer más dolor y molestias en el postoperatorio y recibe en cambio menos atención que el receptor.

Tabla 7.

ESTRES EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA EN PERIODO PRETRASPLANTE

- VIVIR FUERA DE CASA
- A VECES PROBLEMAS ECONOMICOS
- NECESIDAD DE PARECER EMOCIONALMENTE «FUERTES» ANTE EL PACIENTE
- ASUMIR LAS RESPONSABILIDADES FAMILIARES QUE LLEVABA PREVIAMENTE EL PACIENTE
- ENFRENTARSE CON EL MIEDO A PERDER A UN SER QUERIDO

Para la mayoría de los donantes, a pesar de la ansiedad intervención y la ocasional depresión transitoria tras el trasplante mencionada, la experiencia de donar parece ser primeramente altruista que les reporta sentimientos únicos. De acuerdo con S. la mayoría mantienen sensaciones positivas sobre la donación muestran una mayor proximidad con el receptor pasados varios meses. Incluso si el trasplante falla, el donante retiene una actitud favorable acerca de la experiencia.

Algunos miembros histocompatibles rechazan la donación y requieren apoyo emocional para evitar sentimientos de culpa, pérdida de la autoestima y autorrecriminaciones. El rechazo puede ser abierto o encubierto tomando diversas formas esquematizadas en la Tabla 8.

Es importante minimizar la presión por parte del equipo médico trasplante en el potencial donante, limitando el contacto con familiares durante el período de decisión. Esto también parece aliviar algunas de las cuestiones éticas del rol del médico.

Incluso si el familiar idóneo no puede donar por razones médicas, éste puede necesitar consejo y apoyo psicológico por los sentimientos de rabia o culpa y una posible alteración de las relaciones familiares.

Donante vivo no relacionado genéticamente: Esta es un área de controversia y de continuos debates acerca de la legalidad y cuestiones relacionadas con la donación e incluso del comercio de órganos que se podría originar. En general la mayoría de los centros de trasplantes lo tratan de evitar.

Sin embargo, se está produciendo un incremento en la aceptación de este tipo de donantes debido a:

- larga espera para obtener un órgano de cadáver;
- mejor calidad del órgano;
- valor potencial de las transfusiones donante específicas y la inmunosupresión preoperatoria.

Los resultados positivos obtenidos han llevado a algunos a recurrir a los cónyuges como donantes potenciales, en ausencia de donante vivo genéticamente relacionado (23).

Consideraciones sobre los donantes por muerte cerebral

La principal fuente de donación de órganos la constituyen los cadáveres, aunque sólo contribuyen el 15% de los potenciales receptores; la motivación expresada por la familia para la cesión es principalmente o razones altruistas, o deseos expresados previamente fallecido.

Generalmente la familia tiene sentimientos positivos acerca de la donación y creen que el muerto cerebral puede «continuar vivir» a través de alguien más, o al menos que su muerte puede ser de utilidad para alguien. Pueden presentarse conflictos si la familia

er informada del nombre del receptor o desea conocer cómo progresa éste tras el trasplante.

Un tema de interés y que pocas veces se toma en cuenta es el de los aspectos psicológicos que rodean al equipo encargado de reclamar la donación y proceder a la extracción de los órganos (24).

En la mayoría de los países, incluido el nuestro, se requiere la muerte cerebral antes de que cualquier órgano pueda ser extraído para el trasplante; esto supone que son pacientes que han perdido total e irreversiblemente las funciones integrativas y cognitivas cerebrales, pero cuyas células, tejidos, órganos y sistemas, con el soporte ventilatorio y otros cuidados críticos adecuados, permanecen «vivos» y funcionantes por un período variable de tiempo. Estos pacientes recuerdan en todo a los pacientes vivos; están calientes y tienen un color saludable, mucho mejor que el de otros pacientes gravemente enfermos.

El 95% de los donantes son declarados como en estado de «muerte cerebral» en la unidad de cuidados intensivos y mantener los órganos para trasplante requiere que los cuidados y monitorización deben continuar al máximo nivel para preservar dichos órganos. Todo el procedimiento que rodea la donación puede generar un indudable estrés al personal encargado de dicha unidad, que deben mantener «vivo» un cuerpo que ha sido declarado «muerto» y que, a la vez que deben informar a la familia sobre el fatal desenlace de su ser querido, con el sentimiento de fracaso por no haber podido salvar su vida, tienen que solicitar su consentimiento para proceder a la extracción de sus órganos.

También el personal de quirófano encargado de la extracción comparte sentimientos de confusión y ambivalencia ante una intervención que supone una seria desviación de su práctica habitual, ya que los muertos no son llevados al quirófano y cuando ocurre la muerte en una intervención, lo es después de grandes esfuerzos para evitarla. Por otra parte, la apariencia de estos pacientes no es distinta a la del resto cuando están bajo anestesia general y la masiva extracción de órganos, denominada por algunos «harvest» (cosecha) puede suponer un acontecimiento traumático sobre todo para los menos experimentados. Uno de los momentos más difíciles es cuando las funciones vitales ya no deben ser mantenidas por más tiempo una vez que los órganos que requieren perfusión ya han sido extraídos.

Todo el personal está sometido a una importante tensión que puede ser difícil de expresar por temor a ser considerados por los demás como débiles, incompetentes o que interfieren con el progreso médico.

Sería conveniente establecer programas de asistencia al personal relacionado con la obtención de órganos que incluyera información y educación sobre el tema, el reconocimiento de la legitimidad de las reacciones emocionales y un soporte adecuado para las mismas.

Problemas psiquiátricos postoperatorios

Tras un trasplante satisfactorio, el paciente a menudo experimenta un sentimiento de euforia, muchos expresan un sentimiento de bienestar que puede estar relacionado con:

- mejora del estado físico en relación al funcionamiento del órgano;
- haber sobrevivido a la intervención quirúrgica y los
- efectos euforizantes a veces asociados con la terapia esteroidea.

Esta euforia inicial puede ser breve sobre todo si aparecen complicaciones como resultado de la cirugía o por los efectos secundarios inmunosupresores.

A continuación comentaremos los trastornos que requieren con más frecuencia asistencia psiquiátrica en el postoperatorio.

Tabla 8

MANIFESTACIONES DEL RECHAZO ENCUBIERTO A DONAR EN LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

ALGUNOS ACUDEN A LA EVALUACION MÉDICA CON LA OCULTA ESPERANZA DE ENCONTRAR UNA RAZON MÉDICA PARA NO DONAR

— NO ACUDIR A LAS CITAS ESTABLECIDAS PARA NO COMPLETAR ASI EL ESTUDIO

— EXCUSAS ALEGANDO DIVERSOS MOTIVOS:

- CONSEJO DE AUTORIDADES, CLÉRIGO, FAMILIARES MÉDICOS
- IMPOSIBILIDAD DE DEJAR O FALTAR AL TRABAJO POR RAZONES ECONOMICAS
- OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDAD COMO ESPOSO Y PADRE DE SU PROPIA FAMILIA

Trastorno mental orgánico: Son frecuentes los cambios en el estado mental en el postoperatorio, descritos entre el 50 y 70% de los trasplantados. Los factores más frecuentemente implicados se recogen en la tabla 9.

Aunque son raras las psicosis funcionales son, por el contrario, relativamente comunes las psicosis posttrasplante secundarias a un trastorno mental orgánico, descritas sobre todo en las primeras 48 horas tras el trasplante cardíaco, probablemente resultado de la isquemia intraoperatoria.

En general los trastornos mentales orgánicos son más frecuentes antes y después del trasplante hepático que en los receptores de trasplante cardíaco o renal; éste último es el que lo presenta con menos frecuencia y era mucho más común en los años 60 y 70 cuando se requerían altas dosis de corticosteroides.

El delirium es, dentro de este grupo de trastornos, el más frecuente y su presentación clínica puede ser muy variable, desde la clínica florida fácilmente diagnosticable, hasta otra forma que puede pasar incluso desapercibida por estar el paciente quieto y retraído, con tendencia al aislamiento y poco comunicativo.

El delirium tras el trasplante de corazón es un problema bastante común, pero según lo establecido por Mai y cols., se presenta en proporciones similares a las descritas en otras intervenciones cardíacas de cirugía mayor, como el «by pass» aortocoronario (25).

Por otro lado, casi todas las medicaciones usadas de rutina en el período postrasplante pueden producir efectos secundarios psiquiátricos (Tabla 10), y el riesgo de su presentación aumenta con la dosis y el número de sustancias empleadas.

Quizás los efectos más notables son los de la prednisona, que puede alterar el estado de ánimo en cerca del 15% de los trasplantados renales.

Tabla 9.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL TRASTORNO MENTAL ORGANICO EN EL POSTOPERATORIO.

- FALLO DEL ORGANIO TRASPLANTADO
- DISBALANCE HIDROELECTROLITICO
- PRIVACION SENSORIAL
- MEDICACION MULTIPLE
- SEPSIS

La ciclosporina es un importante fármaco antirechazo, que tiene propiedades neurotóxicas además de nefro y hepatotóxicas, y se debe considerar en la etiología del síndrome cerebral orgánico, temblor, crisis convulsivas y cualquier otro tipo de neurotoxicidad inexplicada. La toxicidad por ciclosporina se ha descrito sobre todo en trasplantes hepáticos.

Debido a la inmunosupresión por efecto de la medicación, estos pacientes son más susceptibles a las infecciones virales, bacterianas y micóticas y esto debe ser también tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de los cambios del estado mental. Las infecciones pueden manifestarse inicialmente como:

- Trastorno mental orgánico, sobre todo en forma de delirium o de demencia.
- Síntomas psiquiátricos variados; es por ejemplo una causa común de depresión en el período postrasplante.

Reacciones al rechazo del injerto y otras complicaciones: La mayoría de los trasplantados experimentan en algún momento un episodio de

rechazo; el hígado es especialmente vulnerable. Es bastante frecuente que haya ansiedad anticipatoria en relación a este hecho antes de la presentación.

El primer episodio de rechazo o cualquier otra complicación hacen que el paciente se desmoralice y se vuelva bastante ansioso y deprimido. Un momento de especial ansiedad es la espera del resultado de la biopsia que confirmará o no el rechazo. En este aspecto existe una diferencia notable según el órgano trasplantado:

— Riñón: aunque el rechazo siempre despierta sentimientos de desesperanza, estos pacientes «saben» que pueden sobrevivir con la diálisis y tras se revierte el rechazo o se localiza otro órgano para un nuevo trasplante.

— Hígado, pulmón o corazón: puede tener consecuencias más dramáticas, ya que normalmente no pueden ser mantenidos con una forma artificial en el caso de que el rechazo progrese; por ello los receptores de un trasplante no renal tienen generalmente más miedo al rechazo y a la muerte que los renales cuando empiezan a desarrollar cualquier tipo de complicación.

Una cuestión intrigante y que ha sido ocasionalmente planteada es si los factores psicológicos pueden actuar a veces como desencadenantes de un episodio de rechazo. Aunque no se ha encontrado por el momento una validación científica para esta hipótesis, este tema cobra especial importancia en algunas circunstancias como:

- hay un importante conflicto emocional entre el donante y el receptor;
- las fantasías sobre el donante desconocido son intensamente negativas;
- el paciente está poco motivado y se implica sólo de forma pasiva en el proceso del trasplante.

En ocasiones, cuando surgen complicaciones en el postoperatorio el paciente puede reaccionar culpando al personal médico de ellas, pensando que ha cometido algún error o que dicha complicación no hubiera aparecido en otras manos. A menudo estas reacciones requieren intervenciones de apoyo y suelen disminuir progresivamente al mejorar la salud física del paciente.

Depresión y ansiedad: La depresión y la ansiedad son frecuentes en el postoperatorio y pueden ser manifestadas de muchas formas, incluyendo regresión, agitación, «abandono», miedo a perder el trasplante, falta de colaboración, miedo a la muerte, sensación de perder el control, conducta demandante o irritabilidad con el equipo asistencial por «haber hecho lo suficiente».

Según opinión de Dubovsky y Penn, confirmada por diversos autores, «la depresión en el postoperatorio es particularmente alta cuando las expectativas del paciente antes de la cirugía son demasiado elevadas, sobre todo si no esperaba tener dolor, molestias o ningún tipo de complicación durante la recuperación».

Si la depresión es pronunciada y no es suficiente con la psicoterapia, puede ser precisa la utilización de antidepresivos a dosis menores de las habituales (al menos inicialmente). Su uso debe hacerse con precaución ya que pueden ser potenciales medios para el suicidio. En efecto, el riesgo de suicidio es significativamente elevado en pacientes trasplantados; en un estudio de seguimiento de trasplantes renales, el suicidio era responsable del 15% de los fallecimientos (3).

Algunos testimonios de pacientes, como los recogidos por Heyink y cols. «cuando has visto la muerte en tus ojos, ya nunca te abandona el todo», hacen pensar que estos pacientes han perdido parcialmente el miedo a morir, por lo que son más proclives a considerar el suicidio ante determinadas circunstancias (26).

La conducta suicida puede no ser directa y tomar la forma de no colaboración con la medicación, o de fallo en el seguimiento de otros aspectos del proceso rehabilitador.

Preocupación sobre el origen del órgano: Es frecuente en el postoperatorio que tanto el paciente como la familia muestren preocupación sobre quién fue el donante, y en ocasiones pueden mostrar deseos de recompensar de alguna forma a su familia.

El paciente puede tener numerosas fantasías y querer conocer detalles sobre el donante como la causa de muerte, edad, sexo, raza, etc. Es conveniente que disponga del apoyo emocional adecuado que le ayude a «descifrar» sus propios sentimientos acerca de tener dentro el órgano de otra persona y de esta forma empezar a considerarlo como una parte integrante de ellos mismos.

La preocupación sobre el origen del órgano es más frecuente en trasplantes renales, ya que estas cuestiones toman especial importancia en el caso de donantes vivos, en los que los conflictos entre donante y receptor pueden proyectarse en el órgano recibido (el receptor puede percibir entonces dicho órgano como un elemento hostil o bien sentirse «en deuda» por el favor recibido); por otra parte, en trasplantados

Tabla 10.

EFFECTOS SECUNDARIOS PSIQUIATRICOS Y NEUROLOGICOS DE LAS MEDICACIONES UTILIZADAS EN TRASPLANTADOS.

| Medicación | Efectos secundarios psiquiátricos |
|----------------------|---|
| Corticosteroides | Síntomas psiquiátricos múltiples, incluyendo depresión, irritabilidad, euforia, hiperactividad, delirium, psicosis aguda, manía |
| Ciclosporina | Confusión, ansiedad, depresión, temblor grosero de reposo, irritabilidad |
| Azathioprina | Reacciones del SNC parecidas a las meningitis (raro) |
| Ac monoclonales OKT3 | Meningitis asépticas, malestar, crisis |
| Antihipertensivos: | |
| — Propanolol | Depresión, desorientación, insomnio, laxitud, labilidad emocional, disminución del sensorio |
| — Guanetidina | Depresión, laxitud, inhibición de la eyaculación |
| — Metildopa | Depresión, psicosis, pesadillas, impotencia |
| — Hidralazina | Depresión, desorientación, ansiedad |
| — Clonidina | Depresión, ansiedad, insomnio, inquietud, impotencia |
| Diuréticos: | |
| — Reserpina | Depresión, letargia, cambios en el humor, pérdida de la libido |
| — Furosemda | Letargia, inquietud, somnolencia |
| Analgésicos: | |
| — Morfina | Cambios de humor, euforia, enturbiamiento mental, dificultad de concentración |
| — Meperidina | Agitación, alucinaciones transitorias, mioclonias, crisis |

(Tomado de House y Thompson, modificado)

Tabla 11.

FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DISFUNCION SEXUAL DE LOS TRASPLANTADOS.

CAUSAS ORGANICAS:— ALTERACION DEL FLUJO SANGUINEO INERVACION NERVIOSA PENEAL POR LA CIRUGIA
 — DISMINUCION DE TESTOSTERONA SÉRICA
 — DISMINUCION DE NIVELES PLASMATICOS DE ZINC
 — ALTERACION EN NIVELES DE CORTICOSTEROIDES
 — FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

CAUSAS PSICOLOGICAS:— MIEDO A DAÑAR EL TRASPLANTE
 — ALTERACION DE LA IMAGEN CORPORAL
 — ANSIEDAD, DEPRESION

hepáticos o cardíacos hay en principio mayor ansiedad por la supervivencia, que eclipsa otras cuestiones.

Tratamiento psiquiátrico y psicológico en el postoperatorio: El síndrome cerebral orgánico generalmente responde a intervención médica adecuada y ajuste del tratamiento antirechazo. Conviene que haya un conocido del paciente «a pie de cama», que puede con su presencia evitar el uso de psicofármacos. Cuando sea necesario se utiliza haloperidol para el tratamiento del delirium, gradualmente pautado hasta dosis eficaces.

Las crisis parciales complejas pueden ser la etiología de un síndrome cerebral orgánico atípico, en cuyo caso el enfermo respondería preferentemente a carbamacepina.

Deben utilizarse con precaución los fármacos que como la fenitoína estimulan las enzimas microsomales hepáticas, causando un metabolismo más rápido de los corticosteroides exógenos y de otros medicamentos, lo que puede derivar en un episodio de rechazo al disminuir la inmunosupresión.

En pacientes ansiosos, pueden ser útiles la terapia de conducta, la terapia cognitiva y técnicas de relajación. En ocasiones puede ser necesario el uso de ansiolíticos; debe tenerse precaución con el uso de benzodacepinas, sobre todo en las terapias a largo plazo, debido a la larga vida media de algunas de ellas con el consiguiente peligro de acumulación, que puede originar tras varios días o semanas de tratamiento que el paciente se presente más deprimido, o incluso aparentemente demenciado por los efectos depresores sobre el sistema nervioso central. Por ello, si se precisa un control de la ansiedad, se prefieren las benzodiacepinas de vida media corta, como el lorazepam.

La sintomatología depresiva a menudo responde bien con un abor-

daje psicoterapéutico acompañado de un buen soporte del mismo. A veces se requieren antidepresivos comenzando con dosis menores que las habituales en sanos y teniendo en cuenta su potencial de bajar el umbral convulsivo. Debido a su metabolismo hepático hay que tomar las precauciones en los trasplantes de este órgano.

Aspectos psicológicos y psiquiátricos después del alta y seguimiento a largo plazo

El paciente puede desilusionarse si tras su alta no retorna al mismo estado de salud, independencia, estatus económico o capacidad para el trabajo, y mostrar un sentimiento de frustración por el resultado del trasplante. Esto sucede especialmente cuando el paciente albergaba unas expectativas no realistas sobre esta terapia. Lo que contribuye a veces una información previa inadecuada e insuficiente.

Estrés familiar y conflictos de pareja: Se ha podido comprobar que después del alta, la separación y el divorcio aumentan en frecuencia. Sin embargo, a pesar de las múltiples causas de estrés, el trasplante parece tener un efecto positivo en las relaciones conyugales en la mayoría de los pacientes.

La reacción del cónyuge hacia el enfermo depende de la historia premórbida entre ellos, así como de su personalidad. Son comunes los sentimientos de insatisfacción y hostilidad, negación, depresión y culpabilidad con el período de «duelo» en relación a la pérdida de la pareja previamente sana, sobre todo si la salud del paciente empeora después del trasplante.

Un problema relativamente frecuente entre los trasplantados es la disfunción sexual, a cuya etiología contribuyen tanto factores orgánicos como psicológicos (Tabla 11). Se ha descrito impotencia en el 43% de los varones con trasplante renal.

A veces los pacientes evitan la actividad sexual por miedo a dañar el injerto (sería precisa una información adecuada). Por otra parte, se ha informado de mujeres que tras aceptar un órgano procedente de un varón, pueden sentirse menos femeninas, y viceversa, con lo que la presión y la pobre autoimagen contribuirían a la disminución del deseo y de la potencia. Por tanto, son en ocasiones las fantasías de haber recibido un órgano del sexo contrario las responsables de esta alteración sexual.

Si el trasplante funciona bien es razonable esperar que la función eréctil se restaurará una vez pasada la convalecencia y sin necesidad de un tratamiento posterior. Si persiste la impotencia los varones consideran la posibilidad de una prótesis de pene.

En ocasiones se plantea en la pareja el deseo de tener un hijo con el trasplante. Esta puede ser una decisión difícil debido a:

- Incertidumbre en cuanto a la expectación de vida.
- En la mujer trasplantada aumenta el riesgo durante el embar-

- preeclampsia;
- infección;
- deterioro de la función del trasplante;
- prematuridad;
- riesgo fetal secundario a inmunodepresores y otras medicaciones;
- ocurren episodios de rechazo en el 9%.

Alteración de la imagen corporal: La imagen corporal es una cuestión importante que se plantea tras el trasplante al tener en el organismo un elemento ajeno a él, que puede ser sentido como extraño si hay dificultades en el proceso de internalización del órgano como resultado de una falta de capacidad para identificarse con el donante.

Aunque se ha descrito una mayor preocupación por la imagen corporal en trasplantes renales que en hepáticos, esto puede explicarse porque éstos últimos ocurren en una situación de emergencia y las inquietudes sobre la vida y la muerte son más relevantes; sin embargo, parece que una vez pasado el peligro postoperatorio inmediato, el proceso de internalización es similar al descrito en renales; Dubovsky y cols. informaron de una paciente de trasplante hepático que desarrolló lo que llamaron el «síndrome de Frankenstein» por los sentimientos acerca de su vivencia fragmentada del esquema corporal (27).

La imagen corporal y la integración intrapsíquica pueden ser influenciadas también por el grado de importancia que el paciente otorga al órgano en cuestión y así, por ejemplo, el corazón es considerado por muchos como el centro de las emociones, creencia reforzada por el lenguaje coloquial con términos como «tener un corazón como una casa» para referirse a alguien bueno, o «romper el corazón» en conflictos sentimentales.

Ya hemos comentado las alteraciones en la identidad sexual cuando el paciente recibe un órgano del sexo contrario o tiene fantasías sobre ello. También hemos hecho referencia a la mayor dificultad que puede presentarse en este proceso cuando el órgano procede de un donante vivo con el que el paciente mantiene vínculos.

Mal cumplimiento: Otro problema que puede surgir tras el alta es la falta de cumplimiento terapéutico. Algunos casos son atribuidos a una incorrecta educación del paciente, pero más a menudo es reflejo de la insatisfacción o de alguna dificultad psiquiátrica como es la depresión, ansiedad, oposicionismo, abuso de sustancias o una reacción de adaptación sobre todo en adolescentes. Algunos efectos secundarios de la medicación (impotencia, síndrome cushingóide, etc.) pueden conducir a una mala colaboración.

En un estudio llevado a cabo por Schweizer y cols. (28) concluyeron que la «non-compliance» era más frecuente en pacientes jóvenes y en aquellos con un menor nivel socioeconómico (además del distinto nivel de educación, contribuyen las dificultades económicas para hacer frente a gastos de desplazamiento, así como no poder prescindir de trabajar para asistir a las citas, o no poder delegar el cuidado de los hijos o de la casa).

El mal cumplimiento puede ocurrir tras varios años de una buena colaboración, por que se prevé que al aumentar el número de pacientes trasplantados satisfactoriamente y con el mayor tiempo de seguimiento, este problema se registrará con mayor frecuencia.

La conducta no colaboradora es normalmente impredecible y a menudo ocurre sin un motivo aparente. Se produce no sólo en trasplantes renales, sino también en hepáticos y cardíacos con el mayor riesgo que en ellos supone. Y también se presenta de forma similar en receptores de donantes vivos o muertos.

La omisión de lo prescrito en la medicación es una causa mayor y a menudo no reconocida del rechazo del injerto y probable muerte en trasplantados. Cooper y Lanza señalaron que el 23% de las muertes o

Tabla 12.

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA «COMPLIANCE»

- MEJORAR LA SELECCION DE CANDIDATOS
- ASEGURARSE DE LA MOTIVACION DE LOS PACIENTES
- MEJORAR LA INFORMACION Y EDUCACION A PACIENTES
- SIMPLIFICAR LOS REGIMENES MÉDICOS
- ENFOQUE INDIVIDUAL Y PERSONALIZADO DEL SEGUIMIENTO
- ESTIMULAR LA COMUNICACION MÉDICO-PACIENTE
- ESTIMULAR LAS CONDUCTAS DE SOPORTE POR PARTE DE LA FAMILIA Y OTRAS PERSONAS SIGNIFICATIVAS PARA EL PACIENTE

pérdidas de función del injerto de corazón estaba en relación con la «non compliance» (citado por Schweizer y cols.).

También se ha consignado la falta de motivación del paciente en relación al proceso del trasplante como responsable de la falta de «compliance» y así se ha descrito que aquellos que tienen razones positivas para «querer vivir más tiempo» como puede ser el deseo de ver a los hijos licenciados o casados, muestran una mejor evolución en el postoperatorio y mayor colaboración con el tratamiento que aquellos que ya han hecho todo lo que querían hacer en la vida.

En la Tabla 12 se recogen algunas indicaciones para mejorar la colaboración del paciente con el tratamiento.

Niños y adolescentes: Desgraciadamente el desarrollo físico de los niños y adolescentes puede verse inhibido tras el trasplante por diversos factores, entre los que destacan los inmunosupresores, que se vienen a sumar al retraso debido a la enfermedad previa. Así, suelen parecer más jóvenes que lo que les correspondería a su edad, más bajos y con retraso en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, lo que

añade otra fuente de problemas psicológicos y de adaptación en estos sujetos.

Son frecuentes las conductas de regresión y dependencia, favorecidas por la sobre protección de los padres; esto aumenta incluso tras el trasplante, al adoptar los padres una actitud hipervigilante en busca de los signos precoces de la infección y el rechazo.

El aspecto cushingóide yatrogénicamente adquirido les puede enfrentar con el ideal de belleza que impera en la cultura occidental (delgadez, apariencia atlética). En un intento de alcanzar este ideal, algunos adolescentes pueden desarrollar conductas anoréxicas o bulímicas (inducción de vómito) para controlar su peso.

Otras consideraciones: Con frecuencia los pacientes manifiestan que

se sienten limitados en sus acciones y proyectos por la necesidad de sentirse agradecidos. Estos sentimientos son más intensos cuando se trata de un donante vivo familiar. Muchos pacientes prefieren morir de cadáver al ser esta opción menos personal y reducir la sensación de haber tomado algo de valor, por lo que disminuye el sentimiento de deuda hacia el donante.

En general los estudios a largo plazo llevados a cabo en pacientes trasplantados muestran una considerable mejoría en la calidad de vida respecto al período pretrasplante, tanto desde el punto de vista físico y psicológico como social, si bien no se llega a alcanzar el nivel de funcionamiento normal. En pacientes renales, la población más estudiada, la mejoría es menor en los pacientes diabéticos respecto a los no diabéticos (3).

Correspondencia: José R. Valentí. Clínica Universitaria. Apartado 192. 31080 Pamplona.

BIBLIOGRAFIA

1. WESLEY ALEXANDER, J. «The cutting edge. A look to the future in transplantation». *Transplantation*, 1990. 49/2: 237-240.
2. FLETCHER, J. C. «Cardiac transplants and the artificial heart: Ethical considerations». *Circulation*, 1983. 68/6: 1.339-1.343.
3. HOUSE, R. M., y THOMPSON II T. L. «Psychiatric aspects of organ transplantation». *Jama*, 1988. 260/4: 535-539.
4. HOUSE, R.; DUBOVSKY S. L., y PENN I. «Psychiatric aspects of hepatic transplantation». *Transplantation*, 1983. 36/2: 146-150.
5. CARDIN, S., y CLARK, S. «A nursing diagnosis approach to the patient awaiting cardiac transplantation». *Heart & Lung*, 1985. 14/5:499-504
6. CASSILETH, B.; LUSK, E. J., y STROUSE, T. B. et al. «Psychosocial status in chronic illness». *N. Engle. J. Med.*, 1984. 311/8: 506-511.
7. TARTER, R. E.; VAN THIEL, D. H.; HEGEMUS, A. M.; SCHADE, R. R.; GALVALER, J. S., y STARZL, T. E. «Neuropsychiatric status after liver transplantation». *J. Lab. Clin. Med.*, 1984. 103/5: 776-782.
8. TARTER, R. E.; ERB, S.; BILLER, P. A.; SWITALA, J., y VAN THIEL, D. H. «The quality of life following liver transplantation: A preliminary report». *Gastroenterology Clinics of North America*, 1988. 17/1: 207-217.
9. GULLEDGE, A. D.; BUSZTA, C., y MONTAGUE, D. K. «Psychosocial aspects of renal transplantation». *Urologic Clinics of North America*, 1983. 10/2: 327-335.
10. HOUSE, A. «Psychosocial problems of patients on the renal unit and their relation to treatment outcome». *J. Psychosom Res.*, 1987. 31/4: 441-452.
11. BURTON, H. J.; KLINE, S. A.; LINDSAY, R. M., y HEIDENHEIM, A. P. «The relationship of depression to survival in chronic renal failure». *Psychosom Med.*, 1986. 48, 3/4: 261-269.
12. CARBONELL, C.; RIOS, B., y GARCIA-CAMBA, E. «Diagnósticos psiquiátricos en los enfermos sometidos a tratamiento de hemodiálisis». *Inf. Psiquiatr.*, 1984. 97: 309-314.
13. KAHN, J. P.; DRUSIN, R. E., y KLEIN, D. F. «Idiopathic cardiomyopathy and panic disorder: Clinical association in cardiac transplant candidates». *Am. J. Psychiatry*, 1987. 144/10: 1.327-1.330.
14. NIEMINEN, M. S. «Evaluation and selection of the heart transplantation patient». *Transplantation Proc.*, 1990. 22/1: 186-187.
15. SURMAN, O.S. «Psychiatric aspects of organ transplantation». *Am. J. Psychiatry*, 1989. 146/8: 972-982.
16. TRZEPACZ, P. T.; BRENNER, R., y VAN THIEL, D. H. «A psychiatric evaluation of 247 liver transplantation candidates». *Psychosomatics*, 1989. 30/2: 147-150.
17. GABER, A. O.; HALL, G.; PHILLIPS, D. C.; TOLLEY, E. A., y BLUMBERG, P. «Survey of attitudes of health care professionals toward organ donation». *Transplantation Proc.*, 1990. 22/2: 313-315.
18. VAZQUEZ, J.; MURCIA, J.; SANTAMARIA, M. L. y cols. «Trasplante de hígado: estado actual». *Pediátrika*, 1990. 10/58: 9-14.
19. ANNAS, G. J. «The prostitute, the playboy, and the poet: rationing of organs for transplantation». *Public Health and the Law*, 1985. 75/2: 187-188.
20. MARSDEN, C. M. «Ethical issues in a heart transplant program». *Heart & Lung*, 1985. 14/5: 495-499.
21. OLBRISCH, M. E.; LEVENSON, J. L., y HAMER, R. «The PACT: A protocol for the study of clinical decision making in psychosocial screening of liver transplant candidates». *Clin. Transplantation*.
22. CRESPO, M. D., y FERRE, F. «Trasplante de hígado en una paciente con síndrome maniaco-depresivo». (En prensa).
23. HABERAL, M.; BULUT, O.; SERT, S.; GÜLAY, H.; HAMALONCU, S.; ALTUNKAN, S. «Transplantation between husband and wife». *Transplantation Proc.*, 1990. 22/2: 342.
24. YOUNGNER, S. J.; ALLEN, M.; BARTLETT, E. T. et al. «Psychosocial and ethical implications of organ retrieval». *N. Engl. J. Med.*, 1985. 313/5: 333-334.
25. MAI, F. M.; MCKENZIE, F. N., y KOSTUK, W. J. «Psychiatric aspects of liver transplantation: Preoperative evaluation and postoperative sequelae». *Psychosomatics*, 1986. 292: 311-313.
26. HEYINK, J.; TYMSTRA, T.; SLOOFF, M. J. H., y KLOMPMAKER, J. «Psychosocial problems following liver transplantation—Psychosocial problems following the operation». *Transplantation*, 1990. 49/5: 1.018-1.019.
27. DUBOVSKY, S. L.; METZNER, J. L., y WARNER, R. B. «Problematic socialization of a transplanted liver». *Am. J. Psychiatry*, 1979. 136/10: 1.091.
28. SCHWEIZER, R. T.; ROVELLI, M.; PALMERI, D.; VOSSLER, E.; y BARTUS, S. «Noncompliance in organ transplant recipients». *Transplantation Proc.*, 1990. 49: 374-377.
29. SIMMONS, R. G.; KAMSTRA-HENNEN, L., y THOMPSON, C. R. «Social adjustment five to nine years posttransplant». *Transplantation Proc.*, 1983. 13/1: 40-43.