



Trasplante cardiaco: La importancia de la resiliencia en la recuperación postoperatoria

Dr. Ariel German Meier –Médico, especialista en Psiquiatría y Psicología Médica
Responsable del Servicio de Salud Mental y Calidad de vida del Paciente

HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD "PTE. JUAN DOMINGO PERON"
Formosa-Argentina.

e-mail: arielgmeier@yahoo.es

RESUMEN. El trabajo en salud mental implica un camino de construcción constante, sin recetas pre-establecidas, que implica los riesgos como así también las diferentes estrategias y propuestas técnicas y científicas, para lograr los objetivos integrales en el cambio en la calidad de vida del paciente. Se aborda a través de un caso clínico, la importancia de trabajar a favor de mejorar la calidad de vida del paciente trasplantado cardiaco, promoviendo factores generadores de resiliencia y enfatizando el potencial preventivo en los recursos personales y del medioambiente. El objetivo es relatar una experiencia de trabajo en equipo de los integrantes del Servicio de Salud Mental del Hospital de Alta complejidad "Presidente Juan Domingo Perón" de la Ciudad de Formosa (República Argentina), en el abordaje tanto individual como familiar en pos de la recuperación del paciente.

PALABRAS CLAVE. Resiliencia, trasplante, salud mental, Calidad de vida.

ABSTRACT.

Mental health's work involves a constant road construction, without pre-set recipes. It involves risks as well as different strategies and scientific and technical proposals for achieving the objectives in the comprehensive change in the quality of life. Through a case, it study the importance of work for improving the quality life of the heart transplant patients life, promoting resilience factors and emphasizing the preventive potential personal resources and the environment .

The objective was recount the experience of team Mental Health Service, President Juan Domingo Peron 's High Complexity Hospital, Formosa Province (Argentina), in both individual and family approach towards the recovery of the patient.

KEYWORDS. Resilience, transplantation, mental health, life quality.

DIRECCION: Avenida de las Américas y avenida Pantaleón Gómez. **CP:** 3600

TEL: (54 – 3717) 436441 / 436442 / 436109.



INTRODUCCION

El siguiente trabajo no tiene por objetivo probar teoría alguna, mas bien se interesa en dar cuenta del trabajo realizado en torno a un caso clínico y la importancia de trabajar multidisciplinariamente a favor de mejorar la calidad de vida del paciente trasplantado cardíaco, promoviendo factores generadores de resiliencia, enfatizando el potencial preventivo en los recursos personales y del medioambiente.

Desde el primer trasplante de corazón humano efectuado en diciembre de 1967, por el equipo del Dr. Christian Barnard, numerosos avances en la ingeniería médica se han producido; lo que ha permitido mejorar la calidad de vida y aumentar la supervivencia de aquellos pacientes que han recibido un nuevo corazón.

Un trasplante implica la integración en el organismo de elementos vitales ajenos a su estructura biológica, con la consiguiente perturbación de la homeostasia orgánica (1), representando un injerto de tejidos. (2)

La práctica del trasplante cardiaco ha demostrado su eficacia tras más de 30 años de experiencia, siendo considerado en la actualidad como una opción terapéutica válida en la cardiopatía terminal o en fase avanzada.

“Es considerado como el tratamiento de elección en la insuficiencia cardiaca terminal refractaria al tratamiento médico o quirúrgico [...] en el trasplante cardíaco convergen una cantidad importante de profesionales de diversas especialidades, que aportando su experiencia consiguen que este tratamiento sea considerado como uno de los más especializados y sofisticados”. (3)

Dado que el número de trasplantes esta limitado por la escasez de donantes, hay que seleccionar cuidadosamente al receptor con el objeto de utilizar el órgano donado en el candidato que podría obtener mas beneficio, por lo tanto es necesario descartar enfermedades sistémicas u otros factores que puedan condicionar la expectativa de vida, entre ellos los trastornos psiquiátricos. (4)

Al margen de los estudios sobre viabilidad, las posibilidades técnicas y las consecuencias biológicas del trasplante, la psiquiatría ha tenido que ocuparse de los efectos psicológicos y psiquiátricos de este tipo de intervenciones. El trasplante exige un conocimiento previo del estado psiquiátrico del enfermo, que forma parte del protocolo general para la selección de candidatos.

Esto es así porque se ha observado una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes susceptibles a esta intervención.



Por ejemplo, los pacientes afectos de miocardiopatía idiopática muestran una prevalencia de crisis de angustia seis veces mayor que los pacientes con infarto de miocardio. (1)

“Las intervenciones quirúrgicas son una fuente predecible de estrés psicológico en la medida en que, por un lado, obligan a la persona afectada a enfrentar situaciones desconocidas, o mal conocidas, y por otra parte la obligan a enfrentar situaciones de riesgo. Una pobre adaptación psicológica frente al estrés preoperatorio se vuelve un riesgo quirúrgico adicional que no siempre es evaluado, junto a otros factores de riesgo tradicionalmente considerados. Este estado de estrés psicológico puede derivar en complicaciones durante la intervención o en la recuperación posterior a ella”. (5)

Frente al estrés una persona puede desplegar diferentes maneras de responder a él y esto permite tipificar diferentes formas de personalidad. Ante una crisis vital como lo es la posibilidad de perder la vida, lo esperable es que la persona se torne vulnerable e indefensa, sin embargo la ciencia ha dado pruebas de que algunas personas parecen resurgir en circunstancias desfavorables, desplegando nuevos recursos personales que los impulsan a lograr una adaptación saludable y un “triumfo” personal sobre la misma adversidad.

A partir de ello podemos introducirnos en lo que actualmente se denomina resiliencia. La palabra resiliencia deriva del latín *resilire* que significa “volver a entrar saltando, también saltar hacia arriba” (6), término que proviene de la física utilizado para describir la capacidad que posee un material de recuperar su forma original luego de estar expuesto a una presión deformadora. El concepto ha sido retomado posteriormente por la psicología conductista y las ciencias sociales para caracterizar a personas que poseen la capacidad de reponerse favorablemente ante la adversidad, desarrollando conductas que les posibilitan lograr una buena calidad de vida. (7)

Existen numerosas definiciones, tantas como investigadores en el tema. Edith Grotberg (8) afirma: “es la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o, incluso, ser transformado por ellas. Es parte del proceso evolutivo y debe ser promovida desde la niñez.

Otras definiciones la denominan como el enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos, capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades[...]superarlas y ser transformado positivamente por ellas (10), la capacidad para triunfar, para vivir y desarrollarse positivamente, de manera socialmente aceptable, a pesar de la fatiga o de la adversidad, que suelen implicar riesgo grave de desenlace negativo. (11)



La resiliencia (mayormente estudiada en niños) es entendida como un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad (12). Actualmente las investigaciones se centran en dos aspectos: la noción de resiliencia como un proceso (que puede ser desarrollado y promovido), que implica una dinámica entre factores de riesgo y de resiliencia que permiten al individuo superar situaciones de adversidad y la búsqueda de modelos para promover la resiliencia (13). "Ser resiliente no es ser invulnerable, sino responder adecuadamente a las vicisitudes de la vida y a la adversidad saliendo fortalecido de ellas y con capacidad para seguir proyectándose en el futuro" (14). "Actualmente la resiliencia es considerada un parámetro que sirve para medir la salud mental y la calidad de vida". (7)

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 29 años de edad, oriundo de la provincia de Misiones (Argentina), que acude a la consulta por primera vez en abril de 2008, luego de haber recorrido durante un año y ocho meses varios hospitales del país.

Refiere el inicio de síntomas de la enfermedad tres años antes: disnea clase funcional III y progresiva, edemas en extremidades inferiores, astenia y fatiga.

Los médicos luego de realizar los estudios de rigor, diagnosticaron: miocardiopatía dilatada de origen desconocido, con signos claros de insuficiencia cardiaca global confirmada por los estudios cardiológicos pertinentes.

Carente de patología cardiaca en la infancia, negando infecciones previas al comienzo de la enfermedad, antecedentes heredofamiliares (abuelos paternos fallecidos con aparente cardiopatía, un tío con miocardiopatía), hábitos tóxicos (consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y marihuana en su adolescencia).

Fue derivado por las autoridades sanitarias de su provincia al Hospital de Alta Complejidad para ser sometido a un trasplante de corazón. Ingresó al mismo a fines del mes de abril, con un progresivo deterioro de su salud que le imposibilitaba llevar a cabo acciones tan simples como atarse los cordones o lavarse los dientes por sí mismo, presentando mal estado general, adelgazamiento, intolerancia al decúbito, ascitis a tensión, cianosis periférica, signos de hipertensión portal e hipotensión arterial. Su estado era complicado, tipificado como un paciente complejo debido al deterioro de la función cardiaca que afectaba a otros órganos, entre ellos el hígado. Evaluándose también la posibilidad de un trasplante hepático.



Figuraba en lista de emergencia nacional del INCUCAI, Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (Ciudad de Buenos Aires), el cual coordina la donación de órganos para personas que necesitan ser trasplantadas.

Como primera medida debió ser internado en la unidad de cuidados coronarios intensivos y estabilizado, para poder ser sometido a los estudios de pre-trasplante. A los cuarenta días de internación, cuando autoridades del INCUCAI informaron de un posible donante, se puso en marcha el operativo que culminó con la intervención quirúrgica, llevada a cabo por el equipo de trasplantólogos.

Durante el preoperatorio próximo, fue evaluado por profesionales miembros del servicio de Salud Mental, quienes trabajaron en psicoprofilaxis quirúrgica, proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos con el fin de promover recursos, que ayuden al paciente a afrontar la cirugía, reduciendo el impacto psicológico que conlleva un trasplante y facilitando su recuperación.

Dentro de las variables de intervenciones estratégicas para el abordaje de la psicoprofilaxis (15), se utilizaron las técnicas de entrevista libre (cinco pre-quirúrgicas y cuatro postoperatorias), autoinforme de miedos, inventario de depresión de Beck (BDI-II) (16) y entrevistas complementarias con familiares, las mismas se basaron en el refuerzo positivo, las preguntas abiertas, lista de preguntas, reflexiones, interpretaciones, silencios, etc.(17); evaluándose, a través de las entrevistas libres, la personalidad del paciente, su estado emocional, expectativas, grado de preparación psicológica para el trasplante y los recursos disponibles para afrontar de manera óptima este proceso. Asimismo se suministró información sobre el proceder médico, aumentando así la confianza en el equipo tratante y fomentando la participación del paciente como elemento activo. Debido al estado crítico del mismo, se omitieron técnicas proyectivas graficas y evaluación del estrés preoperatorio (STAI).

Durante su prolongada internación permaneció con un estado anímico positivo estable aún durante los días más difíciles, mostrándose dispuesto al diálogo con los médicos y demás profesionales encargados de su cuidado.

A lo largo de su internación contó con el apoyo de su madre, quien también recibió contención psicológica, lo que ayudó a reducir las emociones negativas del estrés que conlleva el trasplante.

Su recuperación postoperatoria fue favorable, a los dieciséis días fue trasladado a sala general y después de cuarenta días de postoperatorio, fue dado de alta.

Actualmente acude a controles mensuales con el equipo de trasplante cardiaco y salud mental presentando buena adherencia al tratamiento.



DISCUSION

“El impacto emocional de toda intervención quirúrgica se produce en el mismo momento en que se indica la operación y sus efectos se prolongan durante la internación, la anestesia, la cirugía e incluso tras el alta”. (18)

Según López Roig (19) la anticipación de lo que va a suceder puede ser tan estresante como su ocurrencia real, y a menudo lo es más. Esta autora afirma que los pacientes con más ansiedad prequirúrgica presentan una peor recuperación emocional (más ansiedad y depresión tras la operación) y una peor recuperación física (más intensidad de dolor y molestias, mayor ingesta de medicamentos, mayor número de complicaciones, estancias hospitalarias más largas, etc.). Por tanto tratar el estrés y la ansiedad en la fase prequirúrgica es imprescindible.

La psicoprofilaxis introduce un espacio que posibilita disminuir los efectos, perturbaciones, dificultades o trastornos que presentan los enfermos quirúrgicos en su funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental . (15)

A través del caso clínico abordado se logró comprobar la efectividad de la psicoprofilaxis quirúrgica, ya que el paciente llegó a la cirugía con adecuadas condiciones psíquicas, pudiendo procesar la situación y entender el trasplante como una intervención destinada a mejorar su salud. Cada individuo reacciona de forma distinta...dependiendo de su personalidad, situación sociofamiliar, tipo de enfermedad y el significado que le atribuye (19). Se han observados síntomas de ansiedad y depresión en el paciente, durante la evaluación pre- trasplante, hecho que se correlaciona con hallazgos realizados por Castro Dono *et al.*,(20), los cuales encontraron que la depresión era la patología psiquiátrica más frecuente, en pacientes ingresados al servicio de cirugía cardíaca, considerándola como factor de mayor riesgo en la evolución de la enfermedad cardiovascular. Pérez San Gregorio *et al.*,(21) realizaron un estudio en pacientes trasplantados, encontrando síntomas de ansiedad y depresión en UCI y tras el alta hospitalaria, disminuyendo estos, cuando el paciente abandonaba UCI y pasaba a sala general. En nuestro caso clínico pudo observarse un grado moderado de depresión (en el BID-II), sin descartarse que podría estar determinado en gran parte por su sintomatología clínica, que disminuyó notablemente tras su recuperación postoperatoria.

Con respecto a la importancia de la resiliencia en la recuperación postoperatoria, podemos mencionar a Bonanno (22) quien considera que es importante diferenciar el concepto de resiliencia del concepto de recuperación ya que implican elementos de reacción distintos, la



recuperación implica un retorno gradual hacia una normalidad funcional una vez ocurrido el evento traumático, mientras que la resiliencia consiste en la conservación del equilibrio y de la estabilidad emocional en el proceso de la enfermedad. (7)

Pero, es importante destacar que la resiliencia es adquirida y que esencialmente depende de la interacción de la persona con su entorno, en este sentido se considera sumamente importante como un agente facilitador de la capacidad resiliente, a la relación emocionalmente estable que la persona haya gozado en su infancia con algún adulto significativo para si mismo". (7)

"La ausencia de una relación estable de protección y cuidado por parte de un adulto es considerada un indicio de vulnerabilidad en el nivel de la estabilidad emocional. (23) Ese adulto significativo fue su madre, quien durante su niñez promovió factores resilientes al brindar apoyo, afecto y asegurar las necesidades físicas, mentales, sociales y espirituales a su hijo.

Diferentes autores han denominado agentes facilitadores o protectores a aquellos aspectos que promueven la resiliencia, agrupándolos en tres categorías: los atributos personales por un lado, habilidades cognitivas, adecuado temperamento, adecuada autoestima, equilibrio emocional y buen sentido del humor (característica presente en nuestro paciente), el apoyo familiar por otro lado: adecuada relación con adultos significativos, límites claros y coherentes dentro del clima familiar, satisfacción de necesidades básicas, un hogar organizado aún en circunstancias atípicas (como lo es su hogar) y finalmente el apoyo comunitario: está representado por todos los espacios públicos y/o privados que brindan apoyo y cohesión social para la persona y su familia (7).

Un desarrollo óptimo de la personalidad resiliente es el resultado del interjuego de estos tres factores, creemos posible afirmar las tres dimensiones en la persona de nuestro paciente, donde sus características de personalidad y entorno abrieron paso a un desarrollo sano y positivo de su vida. Su capacidad de sobreponerse le brindo apoyo emocional y agudizó sus recursos para la recuperación.

Numerosos estudios ponen en evidencia los potenciales efectos beneficiosos de la presencia de emociones positivas en contextos de adversidad (24). Fredrickson (25) demostró que experimentar emociones positivas tras la vivencia de un evento traumático, aumenta a corto plazo la vivencia de experiencias subjetivas positivas, realza el afrontamiento activo y a largo plazo minimiza el riesgo de depresión reforzando los recursos de afrontamiento.

Las limitaciones que se presentaron en este trabajo, estuvieron relacionadas con el estado crítico del paciente lo que imposibilitó el abordaje completo sugerido en la preparación psicológica para la cirugía.



Sería importante realizar nuevas investigaciones en relación al tema, buscando incorporar la promoción de factores de resiliencia en la psicoprofilaxis quirúrgica aplicada a pacientes candidatos a trasplante cardiaco.

CONCLUSIONES

El paciente presentó un comportamiento "resiliente", su optimismo, calidez, sencillez, curiosidad para buscar información sobre su enfermedad y estado de salud, su afrontamiento positivo ante esta situación de adversidad y su apertura ante las nuevas experiencias de la vida lo han demostrado.

No solo tuvo una recuperación postoperatoria favorable, sino que se mantuvo emocionalmente estable en las entrevistas, optimista en su situación actual y en su planeamiento a futuro, incrementando su bienestar y mejorando su calidad de vida de manera significativa.

Esto pone de manifiesto que ante cualquier circunstancia de la vida es posible mantener las emociones positivas, en particular el optimismo, el buen humor, la gratitud y la experimentación creativa, que son el atributo natural de todo ser humano aún en situaciones de terrible adversidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Valdés Miyar M. Psiquiatría de enlace. En: Rodes Teixidor J, Guardia Massó J. dir. Medicina Interna. Barcelona: Masson; 1997. p. 2284-2285.
2. Dorland Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. 26 ed. Madrid: Mc Graw-Hill, Interamericana; 1991. Trasplante. p. 1592.



3. Ubilla M., Mastrobuoni S., Martín A, Cordero A, Alegría E, Gavira JJ, Iribarren MS, Rodríguez-Fernandez T, Herreros J, Rabago G. Trasplante cardiaco, an. Sist. Sanit. Navarra. 2006; Vol.29 (supl.2):63-78.
4. López Sendon J y Alvarez P. Insuficiencia cardiaca y trasplante cardiaco. En: Rodes Teixidor J, Guardia Massó J. dir. Medicina Interna. Barcelona: Masson; 1997. p.879-894.
5. Laham, MA. Psicoprofilaxis quirúrgica en enfermedad coronaria I. Estrés y respuesta emocional a la experiencia quirúrgica. En: Laham MA. Escuchar al Corazón. Psicología cardiaca. Actualización en Psicocardiología. Buenos Aires: Lumiere; 2006. p.165-169.
6. Melillo A, Estamatti M y Cuestas A. Algunos fundamentos Psicológicos del concepto de resiliencia. En: Melillo A y Suárez Ojeda N. compiladores, Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2001. p.83-102.
7. Laham M A. La personalidad resiliente. El buen uso de las emociones. En: Laham MA. Escuchar al corazón. Psicología cardiaca. Actualización en psicocardiología. Buenos Aires: Lumiere; 2006. P.105-107.
8. Grotberg E. Fortaleciendo el espíritu Humano. traducción Suárez Ojeda N, La Haya: Fundación Bernard Van Leer; 1995.
9. Kotliarenko MA. y otros. Estado de arte en resiliencia. Washington DC: OPS-OMS. Fundación Kellogg, CEANIM; 1997.
10. Munist, M. y otros. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington DC: OPS-OMS. Fundación Kellogg; 1998
11. Cyrulnik B. La maravilla del Dolor, el sentido de la resiliencia. Buenos Aires: Granica; 2006.
12. Luthar S, Cicchetti D y Becker, B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Development; 2000, 71 (3), pp.543.
13. Infante F. La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En: Melillo A. Y Suárez Ojeda. Compiladores. Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2001. p.31-53.
14. Fernandez D Adam G. y Re R F. compiladores. Resiliencia ética y prevención. Guía teórica-práctica de prevención en salud mental y adicciones, 2da edición, Buenos Aires: Gabas; 2006.
15. Mucci M. Psicoprofilaxis quirúrgica, una práctica en convergencia interdisciplinaria. Buenos Aires: Paidós; 2004.
16. Beck A, Steer RA y Brown GK. BDI-II. Inventario de depresión de Beck. 2da ed. Buenos Aires: Paidós; 2006.



17. Hales, R. E., Yudofsky, S. C., Essentials of clinical psychiatry Fundamentos de clínica psiquiátrica, traducción Manuel Valdés Miyar. España- Elsevier, 2008.
18. Giacomantone E y Mejia A. Estrés Preoperatorio y riesgo quirúrgico, el impacto emocional de la cirugía. Buenos Aires: Paidós; 1999.
19. Gallar M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. 3ra ed. Madrid: Thompson Paraninfo S.A.; 2003.
20. Castro Dono C, Iglesias Gil de Bernabe F, Ferreri Balsebre L, Martinez Sande G. Psiquiatría de enlace y Área del corazón. Cuadernos de atención primaria. 2002; ISSN 1134-3583. Vol.9 (nº1), p: 34-38.
21. Perez San Gregorio MA, Martin Rodriguez A, Galan Rodriguez A. Symptoms of anxiety and depression in different stages of organ transplant. International Journal of clinical and Health Psychology. 2007; ISSN 1697-2600. vol 7(nº3), pp:633-639.
22. Bonanno GA. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?, American Psychologist; 2004, 59, p. 20-28.
23. Llobet V. La Promoción de resiliencia con niños y adolescentes: entre la vulnerabilidad y la exclusión. Herramientas para la transformación. Buenos Aires: Novedades educativas y material didáctico S.R.L.; 2008.
24. Vera Poseck B. Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva. RPP [en línea] 2004 [fecha de acceso 14 de Octubre de 2008]; Vol.1 (42) disponible en: [http:// www.psicologíapositiva.com](http://www.psicologíapositiva.com).
25. Fredrikson BL y Tugade MM. What good are positive emotions in crises: A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attack on the USA on September 11th, 2001. Journal of Personality and Social Psychology; 2003. vol.84 (2)-365-27.



Laham, M. A., **Psicocardiología**, Abordaje Psicológico al paciente cardíaco, Ediciones Lumiere, Bs.As., 2001.

Grotberg,E., **Resilience for today: Gaining from adversity(2003)**, Greenwood Publishing group.