

## COLABORACIONES ORIGINALES

# Valoración de la Adaptación Socio-afectiva del Paciente con Trasplante de Hígado

S. REYES A-ECHANDIA, E. MORENO-GONZALEZ, I. LANDA,  
J. CALLEJA, M. GOMEZ, J.M. JOVER, J. ARIAS, G. BERENHAUSER, K. LLANOS, E. ANTON

**Palabras claves:** Trasplante hepático, Adaptación socio-afectiva, Calidad de vida.

*La valoración de la adaptación socio-afectiva del paciente con trasplante hepático, constituye un parámetro fundamental dentro del marco de recuperación postoperatoria del paciente trasplantado.*

*La reinserción al medio socio-laboral, la recuperación paulatina de hábitos ocupacionales y recreativos, así como el restablecimiento y la reorganización del aparato psico-afectivo conforman, a nuestro juicio, los criterios más significativos de la evaluación del "modus vivendi" del paciente que ha recibido trasplante de hígado.*

*La remisión de la sintomatología con la normalización de la actividad orgánica, sumado a una calidad de vida adecuada, constituyen el respaldo básico de cualquier intervención quirúrgica.*

## INTRODUCCION

Con el paso de los años, la técnica del trasplante hepático (1,2), gracias a los avances de la tecnología y a la mejor detección de los obstáculos orgánicos manifestados, como el manejo del rechazo, es hoy por hoy el tratamiento terapéutico más especializado y que proporciona una esperanza de vida, para aquellos pacientes diagnosticados de enfermedades hepáticas irreversibles sin otra posibilidad de curación. En los últimos años esta técnica se ha introducido en nuestro medio, como práctica habitual especializada (3,4).

La evaluación de la calidad de vida que se ofrece a estos pacientes, raramente explorada para la generalidad de los tratamientos clínicos instaurados, es el objetivo fundamental del presente trabajo; aspecto trascendente si tenemos en cuenta que el respaldo de un tratamiento quirúrgico, como el trasplante hepático, lo proporciona tanto la garantía de la remisión de la patología orgánica como la calidad de vida postoperatoria. El estudio del factor adaptativo va tomando

cada vez mayor auge, siendo en la actualidad objeto de investigación por parte de algunos grupos de trasplante hepático, en el mundo (5).

Son tres los factores que se han abordado para efectos de nuestro estudio: el factor orgánico, el adaptativo y el psicosocial, los cuales involucran el interjuego entre el soma y la psique; los hallazgos demuestran una relación directamente proporcional entre la recuperación orgánica y el restablecimiento de una vida socio-afectiva normal.

En este orden de ideas hemos orientado nuestro trabajo hacia un planteamiento básico: la utilidad de la técnica del trasplante hepático no se restringe al ámbito quirúrgico; tanto que la labor del cirujano trasciende la barrera de lo orgánico, repercutiendo de manera importante sobre la psique de los individuos.

## MATERIAL Y METODOS

Se valoraron 21 pacientes (de un total de 60 trasplantados) entre los 22 y 62 años de edad, sometidos a trasplante hepático con una relación hombre/mujer de 14/71, afectos según su historia clínica de enfermedad hepática irreversible, con detrimento de la funcionalidad y deterioro físico-emocional progresivo, conducente a un estadio terminal. De la totalidad de pacientes trasplantados de hígado en el momento de la investigación, se descartaron aquellos que por su condición de desplazados o por la etapa postoperatoria presentada, fuesen de difícil contacto o evaluación. En aras del estudio se formaron tres grupos de acuerdo con el tiempo del trasplante (fecha de su realización y el momento de la sistematización). Grupo No.1 (de 1 a 5 meses; n = 11); Grupo No.2 (de 6 a 10 meses; n = 5); Grupo No.3 (de 11 a 22 meses; n = 5). La recolección de la información se llevó a cabo mediante la aplicación de dos instrumentos.

A. Un cuestionario para pacientes de trasplante hepático en fase postoperatoria, dividido en tres partes: 1. Asimilación de la enfermedad: se recoge la información a través de la exploración del conocimiento del paciente sobre las enfermedades hepáticas en general y la suya en particular, sus manifestaciones (signos y síntomas) y etiología. 2. Asimilación del órgano donante y de la cirugía de trasplante: se indaga su posición frente a la cirugía de trasplante y frente al donante, buscando detectar la calidad de la elaboración del duelo por el

*S. Reyes A-Echandia, Trabajador Social Psiquiátrico Becaria; E. Moreno-González, Prof. titular de Cir. Jefe de servicio; I. Landa García, Prof. Asoc. de Cir.; J. Calleja Kempin, Prof. Asoc. de Cir.; M. Gómez Gutiérrez, Prof. Asoc. de Cir.; J.M. Jover Navalón, Prof. Asoc. de Cir.; J. Arias Díaz, Méd. Resid.; G. Berenhauser Leite, Méd. Becario; K. Llanos Egúez, Méd. Becario, E. Antón Pacheco, Enf. Jefe. C.S. 12 de octubre, U. Complutense de Madrid, España.*

órgano perdido. 3. Integración al medio laboral: se concreta su situación de vinculación al trabajo, actualmente.

- B. Una encuesta para pacientes de trasplante hepático en fase postoperatoria, con pregunta abierta dividida en cuatro temas: 1. Identificación. 2. Vivencia de la hospitalización y de la cirugía de trasplante: se indaga el recuerdo más vivido que tenga el paciente de la hospitalización y de la cirugía misma; la repercusión de la hospitalización y la cirugía de trasplante en su personalidad y en su prospección. 3. Variaciones dentro del contexto socio-afectivo detectadas en el postoperatorio: se investiga la relación de pareja, las relaciones con las figuras de afecto estables (madre, padre o hermanos), las modificaciones en el interior de la constelación familiar, en nivel de las actividades ocupacionales y laborales. 4. Relaciones con la comunidad: se estudia la adaptación al medio circundante y las actividades recreativas y de expansión desarrolladas, al igual que su posición frente al *status* de trasplantado.

Estos dos instrumentos se aplicaron bajo el contexto de una entrevista. La metodología fue la de Pardinas (6) junto con los fundamentos básicos de la teoría dinámica, proporcionando así una orientación psicodinámica al marco conceptual. Dicho marco comprende un análisis cualitativo de los resultados, no considerándose prudente restringir a la simple numerología estadística hallazgos tan significativos, merecedores de profundización.

Variables analizadas: caracterización de la adaptación; *status* de trasplantado; contexto psicoafectivo; y rasgos de personalidad modificados.

## RESULTADOS

**Grupo No.1:** Pacientes entre los 30 y 62 años de edad con buena adaptación tras el contacto preliminar con el grupo social. Esbozos de integración a la comunidad con restablecimiento de la comunicación y de los lazos afectivos, con el

**Tabla 1. Adaptación del paciente al grupo social. (Análisis comparativo según el tiempo del trasplante)**

Adaptación	G1 (n=11)%	G2 (n=5)%	G3 (n=5)%	Total
Buena	81.81	80.00	80.00	80.90
Moderada	9.09	20.00	20.00	14.40
Inadecuada	9.09	-	-	4.80

G Grupo.  
n Número de casos.

**Tabla 2. Integración a la comunidad\*. (Análisis según el tiempo del trasplante)**

Integración	G1 (n=11)%	G2 (n=5)%	G3 (n=5)%	Total
Adecuada	63.63	80.00	80.00	71.40
Moderada	18.18	20.00	20.00	19.00
Inadecuada	18.18	-	-	9.50

\* Medio social habitual

G Grupo.  
n Número de casos.

medio habitual. Para el desarrollo de actividades ocupacionales se observa el desempeño de trabajos moderados dentro del contexto hogareño, con aumento de la integración a la familia.

En actividades recreativas priman aquellas cuyo esfuerzo físico e intelectual requerido sea mínimo; su ejecución lleva un orden ascendente que va desde la pasividad receptiva, hasta la participación activa (ej. lectura, paseos, actividades grupales). La reinserción al medio social habitual es moderada, en proporción directa con el restablecimiento de las fuerzas físicas y con la elevación de la resistencia a la fatiga y al cansancio. La prospección, referida en términos de planificación de un futuro a medio y largo plazo, con restablecimiento de metas y expectativas es, en términos generales, adecuada (Tablas 1, 2, 3, 4 y 5).

**Grupo No. 2:** Pacientes entre los 22 y 53 años de edad con buena adaptación al entorno social. Presentan integración a la comunidad con recuperación de los papeles o funciones tras el restablecimiento de la comunicación y del afecto con el medio habitual. En el desarrollo de actividades ocupacionales se observa desempeño de tareas elementales (ej. reparaciones de electrodomésticos, labores del hogar). En actividades recreativas se presentan labores tanto en la práctica deportiva como en el restablecimiento de los hábitos de expansión. Reinserción paulatina al medio social habitual, en proporción directa con la elevación de los niveles de exigencia impuestos por el propio paciente (sus fuerzas responden cada vez más a sus requerimientos). La prospección es adecuada en la mayoría de los casos (Tablas 1, 2, 3, 4 y 5).

**Grupo No. 3:** Pacientes entre los 41 y 56 años de edad con buena adaptación al grupo social. Integración a la comunidad con aumento de la vida de relación, mediatizada por la adquisición de un *status*, dentro de su contexto, que se fundamenta en la superación de su primaria situación terminal. En el desarrollo de actividades ocupacionales se observa integración total al medio laboral habitual, con la adquisición de las responsabilidades inherentes al cargo. Superación intelectual a través del estudio continuo. Para las actividades recreativas se observa participación activa en asistencia continua tanto a actividades culturales como deportivas (ej. exposiciones, buceo, fútbol, etc.). Reinserción social adecuada. La prospección es adecuada en la mayoría de los casos (Tablas 1, 2, 3, 4, 5 y 6).

**Tabla 3. Actividades ocupacionales. (Análisis comparativo según el tiempo del trasplante)**

Actividades ocupacionales	G 1 (n=11)%	G 2 (n=5)%	G 3 (n=5)%	Total
Realizan	54.54	80.00	80.00	66.70
No realizan	36.36	20.00	20.00	28.60
No realizan por contacto preliminar con el medio*	9.09	-	-	4.80

\* Después de una semana de alta.

G Grupo.  
n Número de casos.

**Tabla 4. Actividades recreativas. (Análisis comparativo según el tiempo del trasplante)**

Actividades recreativas	G1 (n=11)%	G2 (n=5)%	G3 (n=5)%	Total
Realizan	81.81	100.00	100.00	90.50
No realizan	18.18	-	-	9.50

G Grupo.  
n Número de casos.

## DISCUSION

¿Es la práctica quirúrgica únicamente una técnica de refinadas elaboraciones, sin mayores repercusiones sobre la psique del paciente?

Veamos: si introducimos una variación de 180 grados en nuestra óptica hospitalaria, podremos apreciar un mundo singular, donde el bisturí y el procedimiento no constituyen la praxis cotidiana. Un mundo mediado fundamentalmente por el afecto, que fluctúa ante los cambios orgánicos producidos por la enfermedad.

El individuo, tras el conocimiento de su patología y del tratamiento clínico idóneo para abordarla, modifica tanto su papel como su *status* en una especie de respuesta refleja, homeostática, abrupta a inesperada, como el diagnóstico mismo: es ya un enfermo. Por elemental que aparezca a su percepción el procedimiento quirúrgico prescrito, él y su familia experimentarán una clara variación en el afecto y en la conducta, con afloración de la ansiedad como manifestación característica del temor vivenciado, frente a lo desconocido pero presentado.

Elevando el concepto a la potencia 10 cabría imaginar el acúmulo de variaciones y modificaciones que se sucederían en un individuo, enfermo terminal, cuando al serle practicada una cirugía de trasplante hepático ve como entre sueños, atraviesa el túnel del Tánatus, antítesis de su vida, obteniendo una segunda oportunidad (cabe anotar que, según el arraigo cultural filosófico, sólo se cuenta con una oportunidad para la vida). Ello implica –se deduce– una reorganización de la personalidad (raras veces radical), del mundo interno, del exterior, y finalmente, de su percepción de la vida.

El paciente trasplantado de hígado pasa, durante el postoperatorio, por un proceso regresivo, que tiende a superar, vivenciando nuevamente muchas de las etapas de su desarrollo psicoafectivo hasta alcanzar su estado habitual de madurez.

Analizando a fondo la caracterización de la adaptación en cada grupo, es fácil apreciar cómo el marco de referencia de la reinserción al medio se encuentra mediatizado por la confluencia de factores tales como: el factor orgánico, el factor adaptativo y el factor psico-social.

En el factor orgánico la recuperación paulatina de la funcionalidad, que disminuye la sensación de impotencia, está presente en la consecución de tareas moderadas y cada vez más elevadas en complejidad que van desde la simple reparación de desperfectos domésticos a todo nivel –que en actividades ocupacionales integran estadísticamente un

**Tabla 5. Prospección. (Análisis comparativo según el tiempo del trasplante)**

Prospección*	G1 (n=11)%	G2 (n=5)%	G3 (n=5)%	Total
Adecuada	54.54	40.00	80.00	57.10
Moderada	18.18	40.00	-	19.00
Inadecuada	9.09	20.00	-	9.50
Nula	18.18	-	20.00	14.30

\* Planeación de futuro a medio y largo plazo, con restablecimiento de metas y expectativas

G Grupo.  
n Número de casos

66.77. de los casos – hasta la vinculación laboral. La realización de actividades ocupacionales lleva un orden ascendente estadístico desde el 54.54% en el grupo 1 hasta el 80% en los grupos 2 y 3, en relación proporcional con el tiempo de recuperación postoperatoria, llegando a su punto álgido a partir del sexto mes; sólo un 20% no realizan ningún tipo de actividad ocupacional, factor que puede estar mediado por los hábitos ocupacionales de cada paciente (Tabla 3).

La reinserción al trabajo abarca la toma de decisiones, con adquisición de las responsabilidades propias del cargo desempeñado; la situación laboral llega a su restablecimiento en un 38.1%, con otro 28.6% que, estando en ILT (Incapacidad Laboral Transitoria), esperan elevar su potencialidad antes de incorporarse. Un tanto por ciento, por decisión del Tribunal Médico, se encuentran imposibilitados para trabajar, bien en estado de IPA (Incapacidad Permanente Absoluta), “4.8%”, o bien jubilados (14.3%) por circunstancias ajenas al proceso pre y postoperatorio de la cirugía de trasplante. El restante 14.3% no percibe ingresos. La reincorporación laboral al medio, es pues, progresiva y directamente proporcional al restablecimiento de las fuerzas físicas con el paso del tiempo; así, durante los primeros 5 meses sólo un 18.18% de los pacientes han vuelto a su actividad habitual, permaneciendo en ILT un 54.54% “para la misma fecha”. A partir de los 11 meses la reinserción es del 80%, conformando el 20% restante la categoría de jubilados (Tabla 6).

**Tabla 6. Situación laboral. (Análisis comparativo según el tiempo del trasplante)**

Situación laboral*	G1 (n=11)%	G2 (n=5)%	G3 (n=5)%	Total
Reincorporación	18.18	40.00	80.00	38.10
I.L.T.**	54.54	-	-	28.60
I.P.A.***	-	20.00	-	4.80
Jubilados****	9.09	20.00	20.00	14.30
Sin ingresos	18.18	-	-	14.30

\* Categoría establecida por la legislación laboral española determinada a partir del estado orgánico del paciente.

\*\* Incapacidad laboral transitoria.

\*\*\* Incapacidad permanente absoluta, antes del preoperatorio del trasplante.

\*\*\*\* Antes del trasplante.

G Grupo

n Número de casos

El factor adaptativo lo podríamos definir como aquel que media la vida de relación del individuo en su nueva faceta de reorganización. Todo cambio angustia y requiere de un proceso de evaluación retrospectiva, antes de empezar. Así, nuestros pacientes inician su vida recuperando los canales de comunicación y fortaleciendo los lazos afectivos con los miembros de su grupo familiar primario; una vez lograda la compenetración, pasan al grupo social inmediato que constituye sus amistades, donde repiten el proceso con más seguridad. Esta adaptación al medio, buena adaptación, se presentó en un 80.9% (Tabla 1). La integración a la comunidad va cimentada sobre las dos bases anteriores, pilares del afecto y la confianza en sí mismo; se observa aumento de la capacidad de relación con buen desenvolvimiento y aumento de la sensibilidad ante el sufrimiento y el dolor ajeno (cabe anotar como hecho curioso, que la mayoría de los pacientes han manifestado su deseo de hacerse donantes de órganos): hay una marcada elevación de la solidaridad. Estadísticamente observamos una adecuada integración a la comunidad (71.4%) que, al ser paulatina, presenta un aumento directamente proporcional: a mayor tiempo en contacto con el medio, mayor integración; así, entre el primero y el quinto mes de recuperación, un 63.63% se ha integrado adecuadamente, y a partir del sexto mes llega al 80%; el 20% restante incluido dentro de la categoría de integración moderada es explicable sólo al tener en cuenta el tipo de actividad relacional de cada paciente (Tabla 2).

Una vez establecido el vínculo con la comunidad, se desarrolla en forma paralela el sentimiento de diferenciación demarcado por la adjudicación del *status* de trasplantado, al cual se han adaptado de manera racional y consecuyente un 81.0%. Entendemos por *status* de trasplantado la connotación y repercusión que en nivel social presenta cualquier variación drástica o temeraria del acceso terapéutico de una enfermedad (en términos de implantación de un órgano sano donde hay uno enfermo). Los pacientes trasplantados de hígado han sido dados por muertos en el interior de su comunidad, por tanto su reinserción social les coloca en una situación particular de privilegio, mezcla de etiquetamiento y estigmatización, símbolo de progreso. Una característica sobresaliente en la demarcación de tan delicado concepto es la negación presentada por un 19.0% de nuestra población (Tabla 7). El sentimiento de ... "el ser especial... fuera de lo común..." recrudescer una experiencia, aunque superada, dolorosa como lo fue la cirugía del trasplante. El *status* se vivencia como etiquetamiento que provoca el estigma de la sociedad, al igual que antaño lo fuera la posesión de la Letra Escarlata o de la Estrella de David.

Un factor muy importante por considerar, también dentro de este marco, es la prospección, que aumenta del 54.54% en

**Tabla 7. *Status* de trasplantado. (Análisis comparativo según el tiempo del trasplante)**

<i>Status</i> del trasplantado*	G1 (n=11)%	G2 (n=5)%	G3 (n=5)%	Total
Adaptado	90.90	60.00	80.00	81.00
Negación	9.09	40.00	20.00	19.00

\* Posición dentro del contexto social, que se fundamenta en la superación de la situación terminal inicial.

G Grupo.

n Número de casos.

el primer grupo, hasta llegar al 80% en el tercer grupo. A partir de los 11 meses, el futuro del paciente se ha ampliado con la superación del temor a la recaída, temor experimentado durante los primeros meses de recuperación, debido a la exacerbación de la fantasía tanática del paciente, quien tras pasar por un duro trance de espera para la cirugía de trasplante no "cree" aunque la enfermedad terminal haya remitido. Un 20% de los casos, dentro del grupo 3, presenta una prospección nula, mediada por un proceso depresivo que limita la noción de temporalidad futura, involucrando al paciente en el espacio inmediato de su triste realidad (Tabla 5).

El factor psicoafectivo: "Todo cambio implica una reacción de duelo o de luto normal, proporcional a la modificación que se vive" (6). Una vez que el paciente ha aceptado e internalizado su crisis vital, puede reestructurar su campo de existencia, el cual, por ser en este caso la antítesis de su muerte inminente, plantea alteraciones psico-afectivas durante el proceso de renacimiento.

Durante la fase de elaboración del duelo por el órgano perdido y la fase de asimilación del órgano trasplantado se producen modificaciones afectivas tanto en el paciente como en su entorno; así el grado de vulnerabilidad y de minusvalía del individuo, lleva a la familia, "en su emotividad", a la sobreprotección, aumentando inadecuadamente la calidad de la satisfacción de las necesidades de su paciente llegando a limitar su capacidad de expansión y de movimiento por temor a la recaída, que de producirse, sería vivenciada en forma culpabilizante. En uno de nuestros casos una paciente de 28 años de edad, en su reinserción al medio familiar vivencia la sobreprotección, presentando regresión adolescente, con pérdida de la individualidad, y afecto apático, como respuesta. Una vez instaurada en el plano de la consciencia la variación de su afecto y la inadecuada actitud de su familia, la paciente se revela marchándose de su casa al tiempo de presentar un aumento de la irritabilidad, percepción de carencia de afecto (paradójicamente) y sensación de impotencia (al buscar inconscientemente una solución de huida); la agresión hacia el medio familiar se manifiesta en forma latente, repercutiendo en su Yo.

El aumento del afecto y de la solidaridad es un hecho fácilmente apreciable como respuesta ante el temor de perder a un ser querido, el cual pasa automáticamente a ser protagonista de la vida del grupo familiar; estadísticamente observamos una tendencia hacia el fortalecimiento de la solidaridad, con la consolidación del afecto, que va desde un 36.36% en el grupo 1, hasta un 60% en el grupo 3 (Tabla 8). Este aumento del protagonismo se constituye en una constante hasta tanto no se haya superado (colectivamente) la fase de peligro, circunstancia a partir de la cual debe descender al carecer de fundamento la ganancia secundaria del paciente, "que se caracteriza por el beneficio que disfruta inconscientemente, a partir de la situación de detrimento físico experimentada", cimentada sobre el riesgo que corre su vida durante los primeros meses del postoperatorio.

Otro tipo de repercusiones encontradas aisladamente, tienen que ver con la historia personal de cada paciente y la de su familia, generalmente salpicada de conflictos no resueltos. Asimismo, vemos cómo se suceden modificaciones en los rasgos de personalidad de los individuos estudiados, con una variabilidad a veces antagónica. Este hecho es explicable si tomamos en cuenta el concepto de Berge sobre la

**Tabla 8. Contexto psico-afectivo. (Análisis comparativo según el tiempo del trasplante)**

Contexto psicoafectivo*	G1 (n=11)%	G2 (n=5)%	G3 (n=5)%
Sobreprotección	18.18	20.00	-
Aumento del afecto/solidaridad	36.36	20.00	60.00
Aumento del protagonismo	18.18	40.00	-

\* Variaciones de carácter afectivo-relacional producidas dentro del medio  
 G Grupo.  
 n Número de casos.

Personalidad Premórbida, donde la respuesta a un estímulo masivo se encuentra condicionada por las bases que cimentan la estructura de personalidad del individuo. En este orden de ideas, dos sujetos con similares características y desarrollo comportamental no responden nunca de igual forma ante el mismo estímulo, lo que explicaría las respuestas antagónicas encontradas dentro de los rasgos de personalidad modificados, donde una parte del grupo presenta disminución del egoísmo, manejo adecuado de la agresividad y facilidad para la catarsis (como los más

sobresalientes), en tanto que otra observa aumento del egoísmo con manifestaciones desmesuradas de un sentimiento de pertenencia hacia sus objetos de amor, con afloración de la culpa, aumento de la irritabilidad y tendencia a la apatía, entre otros.

Sin mayores presunciones que la del esclarecimiento de una realidad, hemos puesto en evidencia cómo el desarrollo de una técnica quirúrgica altamente curativa es algo más que un avance tecnológico. Implica el reencuentro con una esperanza de vida, alterando el concepto filosófico sobre la percepción del mundo del paciente, durante el proceso de elaboración de la cirugía de trasplante.

#### ABSTRACT

*The Social-Affective Assessment of Liver Transplanted patients is of fundamental importance in the postoperative evaluation of their recovery.*

*The return of the transplanted patient to his Social and work environment, the steady recovery of his occupational habits and the re-organization of his psico-afectivo system are the most valuable parameters to evaluate the "modus vivendi" of such patients.*

*The aims of any surgical intervention are the remission of symptoms, the normalization of the organic function and an adequate quality of life*

#### REFERENCIAS

- Starlz TE, Marchioro T, Von Kaula KN, Hermann G, Britain RS, Waddel WR: Homotransplantation of the liver in the dog. Surg Gynecol. Obstet. 1963; 117: 659-676
- National Instituted of Health Consensus Development Conference of Liver Transplantation. Hepatology 1984; 4: 1075-1095
- Margarit C, Martínez Ibáñez V, Lloret J, Barat G, Garrido V, Broto J, Boix-Ochoa J: Surgical techniques and results of pediatric liver transplantation in Barcelona. Transplant. Proc, 1987; 5: 3827-3829.
- Moreno González E, Landa García J, Calleja Kempin J, Gómez Gutiérrez M, Jover Navalón J M, Arias Díaz J, Riaño D, Pérez Cerda F, Moral P, Castellano G, Solís J A, Herruzo Hurruzuno P, Manzanares J: Resultados del homotrasplante ortotópico clínico de hígado. Valoración de 15 injertos. Cir Esp 1987; 6: 925-945.
- Tarter R E, Erb S, Biller P A, Switala J, Van Thiel D H: The quality of life following liver transplantation: A preliminary report. Gastroenterology Clinics of North America, march 1988; 17 (1): 207-217.
- Pardinas F: Metodología y técnica de investigación en ciencias sociales. Edit. Siglo XXI S.A. México, 1984.
- Brainsky S: Manual de psicología y psicopatología dinámicas. Fundamentos de psicoanálisis. Edit. Pluma, Bogotá, 1984.

#### FE DE ERRATAS

Por circunstancias ajenas a la voluntad de los Editores, en el No. 3 del Vol. 3 de la Revista CIRUGIA correspondiente al mes de diciembre de 1988, se insertó una moción de "Agradecimientos" al final del trabajo titulado "Traumatismos del Diafragma" a cambio de haberlo hecho al término de la Colaboración titulada "La Timectomía en el Tratamiento de la Miastenia Gravis" al cual pertenece dicha moción.

Presentamos a los autores de los Trabajos mencionados y a nuestros lectores, las obligadas disculpas por esta involuntaria equivocación.

Los Editores