



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

**PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**APOYO PSICOLÓGICO EN EL SERVICIO DE  
TRASPLANTES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL EL GRADO DE:  
M A E S T R A E N P S I C O L O G Í A  
P R E S E N T A :  
K A R I N A S E R R A N O A L V A R A D O

**DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. CECILIA G. SILVA GUTIERREZ**  
**COMITÉ TUTORAL: DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL**  
**DRA. GABRIELA OROZCO CALDERÓN**  
**DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**  
**DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA Y SALUD .....	5
1.1 Definición de Salud .....	5
1.2 Modelos de salud .....	5
1.2.1 Modelo Mágico-Religioso.....	5
1.2.2 Modelo Sanitarista.....	6
1.2.3 Modelo Social.....	6
1.2.4 Modelos Biomédicos .....	7
1.2.5 Modelo Biopsicosocial .....	9
CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y MEDICINA CONDUCTUAL .....	12
2.1 El desarrollo de la Medicina Conductual .....	13
2.2 La Medicina Conductual en México .....	14
2.3 Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Residencia en Medicina Conductual.....	17
CAPÍTULO 3 PANORAMA GENERAL DEL TRASPLANTE RENAL EN MÉXICO ...	20
3.1 Definición y clasificación de la Enfermedad Renal Crónica.....	20
3.1.1 Manifestaciones Clínicas de la ERC .....	21
3.1.2 Tratamiento de la ERC .....	22
3.1.3 Trasplante Renal .....	24
3.2 Factores Psicosociales Asociados a la Evaluación de Pacientes en Proceso de Trasplante Renal.....	25
3.2.1 El paciente con ERC.....	25
3.2.2 Evaluación del receptor .....	28
3.2.3 Evaluación de donadores potenciales .....	31
3.2.4 Lista de espera .....	35
3.2.5 Aspectos relacionados con el post-trasplante .....	37
CAPÍTULO 4. PROGRAMA DE TRASPLANTES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO .....	40
4.1 Modelo de atención del Programa de Trasplantes del HJM.....	40
4.2 Características de la sede de Residentes de Medicina Conductual .....	41
4.2.1 Programa Operativo del Programa de Residencia en Medicina Conductual.....	42
CAPÍTULO 5. INFORME DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE MEDICINA CONDUCTUAL EN EL SERVICIO DE TRASPLANTES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO .....	45
5.1 Seguimiento de protocolo del paciente candidato a trasplante renal.....	45

5.1.1 Derivación en consulta externa a trabajo social para programación de plática de primera vez .....	48
5.1.2 Plática de primera vez con el paciente y sus familiares .....	48
5.1.3 Evaluación psicológica de donadores y receptores candidatos a trasplante .....	49
5.1.4 Programa de tratamiento.....	52
5.1.5 Seguimiento de pacientes que no han concluido el protocolo, en lista de espera y/o Trasplantados.....	54
5.1.6 Evaluación y seguimiento de pacientes hospitalizados .....	55
5.2 Actividades académicas.....	57
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	58
6.1 Retos y oportunidades del Programa de Residencia de Medicina Conductual en el Servicio de Trasplante Renal.....	58
6.2 Alcances y limitaciones de las actividades del Residente de Medicina Conductual en el Servicio de Trasplante Renal .....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65

## INTRODUCCIÓN

En el presente informe se reportan las actividades realizadas en el Programa de Maestría con residencia en Medicina Conductual durante los semestres comprendidos de 2008-1 a 2009-2, en el Servicio de Trasplantes del Hospital Juárez de México.

Se inicia con un recorrido teórico sobre el cambio en la concepción de la salud y los modelos de atención que han permitido la incorporación de los hallazgos y estrategias de intervención médica, social y psicológica que facilitaron el desarrollo de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual.

Posteriormente se describe el desarrollo de la Medicina Conductual y su avance en nuestro país, hasta establecerse dentro del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología como una de las opciones más demandadas en las opciones de residencia en el campo de la Salud.

Finalmente se reportan las actividades realizadas durante la residencia en Medicina Conductual con pacientes en protocolo de trasplante renal. Se describen las áreas de evaluación e intervención y se concluye con el análisis de las áreas de oportunidad que ofrecen tanto la residencia como el servicio de trasplantes.

# CAPÍTULO 1. PSICOLOGÍA Y SALUD

## 1.1 Definición de Salud

La Organización Mundial de la Salud en su Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York en julio de 1946, definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2014). Si bien esta definición está vigente y sin modificaciones desde 1948, ha merecido diversas críticas respecto a su claridad, especificidad e incluso utilidad (Guerrero & León, 2008; Moral-Jiménez, 2008). Sin embargo, resulta pertinente e incluso progresista (Alcántara, 2008), ya que permite un modelo de salud multi e interdisciplinario bajo una perspectiva biopsicosocial, que constituye un parteaguas en los modelos contemporáneos de salud. No obstante, esta definición es producto de la evolución del concepto de salud y los diferentes modelos alrededor de ella que han dado cabida a las diferentes estrategias de intervención y modificación, por lo tanto, resulta conveniente revisar los paradigmas que han permitido la participación de la psicología en la definición, explicación y tratamiento de la salud.

## 1.2 Modelos de salud

El concepto de salud ha sido entendido de maneras distintas a lo largo de la historia y se considera un constructo dependiente de la cultura y la sociedad. Las ideas generalizadas (atribuciones) de las causas de los fenómenos naturales e incluso sobrenaturales, el desarrollo tecnológico alcanzado por las diferentes sociedades y el grado de evidencia científica y las aplicaciones tecnológicas derivadas del mismo, han permitido entender y estudiar a la salud desde múltiples perspectivas (Morales-Calatayud, 1997). Estas visiones de salud han dado paso a modelos que intentan explicar, controlar y predecir la salud y la ausencia de la misma.

### 1.2.1 Modelo Mágico-Religioso

En las sociedades primitivas y hasta la edad media, los factores que se creía condicionaban la salud o la enfermedad eran las fuerzas desconocidas y los espíritus. La enfermedad era

una condición generada por una fuerza o espíritu divino que implicaba un castigo o un estado de purificación que ponía a prueba la fe religiosa. La curación, entonces, estaba a cargo de los chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas quienes “mediaban” a través de ritos el restablecimiento de la salud entre los hombres y los espíritus y regulaban la prevención de la enfermedad exhortando a la gente a la obediencia de normas y tabúes (Arredondo, 1992).

### 1.2.2 Modelo Sanitarista

Durante la época de la revolución industrial y el capitalismo europeo tanto los primeros hallazgos en medicina, los descubrimientos tecnológicos derivados de la revolución industrial y la inminente revolución científica, cambiaron radicalmente la perspectiva de la salud abriendo paso a las primeras campañas de salud pública en la historia (Arredondo, 1992). La enfermedad se consideraba como consecuencia de las condiciones insalubres que rodeaban al hombre ya que el desarrollo tecnológico concentró a la población en grandes asentamientos que se convirtieron en ciudades industriales. Así, el hacinamiento, la falta de drenaje público y otros factores ambientales constituían los determinantes primarios de la enfermedad y el mantenimiento de la salud. A pesar de que éste modelo no contemplaba los factores sociales que determinan la prevalencia de condiciones de vida insalubres para las diferentes clases sociales como el hecho de que la clase obrera fuese el grupo más vulnerable, si permitió la promoción de medidas de saneamiento contra los índices de morbimortalidad (Morales-Calatayud, 1997).

### 1.2.3 Modelo Social

En el siglo XIX, la alta morbilidad condicionada por efectos de la revolución industrial produjo cambios sociodemográficos que reconceptualizaron la visión de la salud (Moral-Jiménez, 2008). Eventos como el incremento en las enfermedades y accidentes laborales, frecuentes en las jornadas de trabajo en fábricas y minas, la presencia de intoxicaciones inéditas a causa de la exposición a agentes cuyo efecto nocivo se desconocía, la expansión comercial, la urbanización creciente con la consecuente pobreza en los suburbios industriales cuya característica de su población era la mala alimentación, las viviendas insalubres, etcétera, favorecieron un modelo de salud que focalizaba la atención en las

condiciones de trabajo y de vida del hombre y de cada conjunto poblacional. Es decir, la predominancia del entorno social como el factor más importante, reduciendo en gran medida a las enfermedades como producto de fenómenos derivados de la diferencia de clase social, como la pobreza.

#### 1.2.4 Modelos Biomédicos

El modelo médico contemporáneo, basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y lo observado en la anatomía patológica, tuvo su primera versión cuando Richard Bright (1789-1858) estableció una relación interna entre los elementos biológicos logrando que la medicina, tradicionalmente la ciencia dedicada a la salud, adoptara el modelo científico. Se establecieron nuevas formas de clasificar las enfermedades y se dejó de lado la especulación personal (Vargas, 2009).

De los hallazgos de Bright se han desprendido múltiples modelos de salud que atienden a factores diversos como causalidad de la enfermedad. Sin embargo, los preceptos fundamentales de estos modelos pueden resumirse en los siguientes puntos (Wade & Halligan, 2004):

- La salud es definida como la ausencia de enfermedad
- Todas las enfermedades y todos los signos y síntomas surgen de una anomalía subyacente en el cuerpo, generalmente en el funcionamiento o la estructura de órganos específicos
- Todas las enfermedades dan lugar a síntomas, si no al principio, con el tiempo, y aunque otros factores pueden influir en las consecuencias de la enfermedad, no están relacionados con su desarrollo o manifestaciones.
- Los fenómenos mentales, tales como los trastornos emocionales o ideas delirantes, son alteraciones separadas y no relacionadas con las funciones corporales, es decir existe una separación del binomio mente-cuerpo.
- El paciente es víctima de las circunstancias con poca o ninguna responsabilidad por la presencia o la causa de la enfermedad.



- El paciente es un receptor pasivo de tratamiento, aunque se espera su cooperación con el mismo.

Propuestas diversas surgieron a partir de descubrimientos como los virus, bacterias, llamados agentes patógenos, gracias a los cuales, el desarrollo de vacunas y medicamentos modificaron el perfil de mortalidad internacional, genéricamente podemos mencionar dos tipos de modelos biomédicos: los modelos unicausales y los modelos multicausales

#### *1.2.4.1 Modelos Unicausales*

Tuvieron su apogeo durante la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX, este modelo entiende la salud y la enfermedad como la respuesta a la presencia activa de agentes externos. El objetivo de la ciencia médica es buscar el agente patógeno (biológico) o el factor causal de cada enfermedad, que una vez erradicado, logrará el restablecimiento de la salud. Este modelo, sin embargo, no explica por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad como en el caso de la inmunidad biológica, pero favorece la investigación de medidas de control epidemiológico y de fármacos (Arredondo, 1992).

#### *1.2.4.2 Modelos Multicausales*

Aparecen durante la segunda mitad del siglo XX, gracias a los cambios sociodemográficos, el perfil epidemiológico, el incremento en la esperanza de vida y los hallazgos científicos en el campo de la salud que permitieron la incorporación de variables no biológicas y las explicaciones multicausales de enfermedad y salud. Si bien la propuesta básica de estos modelos continua centrada en los factores biológicos se reconoce la influencia simultánea de factores que corresponden al agente (vehículo o variable causante de la enfermedad), al huésped (organismo donde el agente se aloja y es afectado por el agente) y al ambiente (condiciones propicias internas o externas para la expresión de los síntomas), se puede conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los a cuáles se puede actuar preventivamente, pero no establece el peso específico de cada factor y continúa un énfasis sobre lo biológico e individual, pues lo social aparece incluido en el entorno (Morris & Maisto, 2011)

### 1.2.5 Modelo Biopsicosocial

Durante muchos años la identificación de las causas orgánicas específicas cuya manifestación era una condición de enfermedad, tuvo una aceptación generalizada. Esta concepción biomédica describía la enfermedad como un acontecimiento lineal cuya causalidad se atribuía a un factor biológico único. Este planteamiento tuvo como consecuencia el desarrollo de vacunas y la proliferación de fármacos que mitigaban o destruían los agentes patógenos, reestableciendo con ello la salud (Alonso, 2004)

Si bien estas medidas de curación y prevención tuvieron gran impacto en la disminución de los índices de mortalidad, el aumento en la esperanza de vida sumado a las condiciones sociales actuales, potencializaron el desarrollo de enfermedades crónicas cuya inespecificidad etiológica dificulta su erradicación mediante el empleo exclusivo de drogas, todo lo cual hizo patente la necesidad de reconsiderar la salud y la enfermedad como condiciones absolutas y antagónicas que constituían una noción restrictiva y descontextualizadora. Bajo estas circunstancias se possibilitó la emergencia de nuevos paradigmas que consideraran la participación de los factores tanto biológicos, como psicológicos y sociales, lo que favoreció la reconceptualización de la salud-enfermedad como un proceso relativo en constante cambio determinado multicausalmente (Morales-Calatayud, 1997)

Alrededor de la mitad del siglo XX la medicina sufre la llamada crisis de la superespecialización, caracterizada por el predominio de la tecnología y la deshumanización de su práctica (Vargas, 2009). Sin embargo, los cambios en la mortalidad internacional, las propuestas de atención con énfasis en la prevención y los cambios en el estilo de vida evidenciaron las limitaciones de los modelos biopsicosociales, particularmente en lo que hace a la enfermedad crónica, a la calidad de vida y a la muerte.

En 1977, Engel propone un paradigma capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad (Alcántara, 2008; Alonso, 2004; Boorse, 2011). El modelo biopsicosocial derivado de la teoría general de los sistemas, parte de la biología y

corresponde a los avances científicos contemporáneos, la propuesta epistemológica de este modelo puede describirse de acuerdo con Vargas (2009, p. 4) en los siguientes puntos:

- *“No existe el observador objetivo e independiente, el operador es siempre parcial y comprometido.*
- *La presencia del observador y sus instrumentos perturban al fenómeno de una manera no determinable.*
- *No hay nada que pueda considerarse un fenómeno en sí mismo, la conjunción entre el operador y el fenómeno produce una nueva condición en la que aparecen fenómenos que son producto de ambos y en los cuales es imposible separar lo que pertenece al operador o al fenómeno.*
- *La causalidad de todo fenómeno es múltiple, las relaciones de causalidad son complejas y no lineales. Las variables que intervienen en un fenómeno son infinitas y es posible conocer sólo algunas. La reducción del número de variables con el fin de conocer, altera el fenómeno y conduce a conclusiones erróneas.*
- *Es imposible conocer el momento en el que comienza un fenómeno, el concepto de incertidumbre se extiende hasta el instante inicial y es imposible determinar con exactitud las secuencias causales.*
- *No es posible fragmentar un fenómeno para su estudio, los fenómenos deben ser tomados siempre como totalidades.*
- *Siempre debe tenerse en cuenta el contexto, las afirmaciones parciales no deben generalizarse sólo validarse para casos particulares*
- *La subjetividad del observador es parte del proceso, las construcciones e hipótesis deben estar sometidas a sistemas de verificación coherentes con el proceso que se estudia”.*

Este modelo permite la incorporación de múltiples disciplinas científicas en el estudio de la salud y propone además que la enfermedad no es una entidad independiente de la misma, sino que forma parte de un continuo, cuyo significado es en gran medida subjetivo y dependiente de la cultura, la sociedad y el momento histórico presente, por lo que otras propuestas se han sumado dando paso a modelos más incluyentes, como aquellos denominados modelos ecológicos, que incorporan propuestas geográficas, económicas,

políticas y culturales en el estudio y modificación de factores relacionadas al proceso de salud-enfermedad (Torrigo, Santín, Andrés, Menéndez, & López, 2002)

La necesidad de explorar nuevas áreas de intervención y prevención describe la importancia de la multidisciplinariedad a fin de incidir integralmente en los mismos. Es en esta perspectiva donde la Psicología contribuye a fin de poner a disposición las herramientas teórico-metodológicas propias de la ciencia psicológica al servicio de la promoción y mantenimiento de la salud.

## CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y MEDICINA CONDUCTUAL

De acuerdo con la revisión previa, se entiende que el tradicional modelo biomédico resultaba insuficiente para explicar y tratar los complejos procesos que conllevan el continuo salud-enfermedad, por lo que los factores que contribuyeron al interés por una aproximación teórica y clínica más comprensiva fueron: el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; el coste elevado de los cuidados de salud y un mayor énfasis en la calidad de vida.

En la actualidad, existe multitud de evidencia de que la salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales, es en este campo donde la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual ha tenido un crecimiento y evolución importante gracias al reconocimiento y estudio de los factores psicosociales presentes en el proceso de salud-enfermedad y a la madurez de la tecnología conductual, que ha permitido someter con rigor metodológico las teorías y supuestos que los modelos explicativos proponen.

A pesar de la similitud que dichas disciplinas guardan entre sí, es pertinente definir el campo de acción de cada una. La psicología de la salud fue definida por Matarazzo (1980, en Reynoso & Seligson, 2005, p. 14) *“como el agregado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la identificación de correlatos etiológicos y de diagnóstico de salud, enfermedad y disfunción”*.

Por su parte Schwartz y Weiss, (1978, p. 250) definieron la Medicina Conductual como *“el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual biomédica, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”*.

Estas definiciones enmarcan la clara distinción en el uso de técnicas y aproximaciones teóricas, siendo la tecnología conductual empleada por la Medicina Conductual el punto clave en la aproximación profesional al estudio de los factores asociados al proceso de salud-enfermedad.

Al considerar todas las condiciones y conductas que inciden el proceso salud-enfermedad puede esclarecerse con mayor propiedad el papel de lo psicológico en este sentido, es decir, entender a la enfermedad y la salud más que como elementos aislados, como un proceso adscrito a un contexto biológico, cognitivo, afectivo y social. Mediante constructos tales como “calidad de vida”, “estilos de vida”, “condiciones de vida”, donde confluyen dichos factores, la psicología pretende proporcionar indicadores confiables que participen directamente en los estados fisiológicos que potencien la manifestación de la enfermedad o bien que protejan la salud y más allá de estos aspectos generales, referir los factores individuales que inciden en el proceso.

## 2.1 El desarrollo de la Medicina Conductual

El nacimiento de la Medicina Conductual como disciplina científica surge con la publicación del primer número del *Journal of Behavioral Medicine* en marzo de 1978, su primer editor fue W. Doyle Gentry, profesor de psicología médica de la Universidad de Duke (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996; Rodríguez, 2010). Sin embargo, eventos anteriores propiciaron el establecimiento y definición de este campo disciplinario, por ejemplo en 1969, Schofield elaboró un informe sobre el estado de las intervenciones psicológicas en el mundo sanitario, destacando que la psicología era una profesión del área de la salud; en 1973, Birk publicó un libro con el título: *Biofeedback: Behavioral Medicine*, para señalar el uso de la retroalimentación biológica o biofeedback como una terapia de aprendizaje para el tratamiento de algunos desórdenes médicos (Flórez-Alarcón, 1991). Ya en 1977, se organiza el Primer Congreso sobre Medicina Conductual en la Universidad de Yale, y es hasta 1978 cuando se crea la división 38 con el nombre de Psicología de la Salud en la American Psychological Association en el mismo año, se funda la Academia de Investigación en Medicina Conductual en Estados Unidos, se publica el primer número del *Journal of Behavioral Medicine* y se celebra en España el I Congreso del Colegio Oficial de

Psicólogos, donde se establecieron cinco áreas de trabajo, una de ellas es la "Psicología Aplicada a la Salud" (Buela-Casal, Caballo & Sierra, 1996; Rodríguez, 2010). La suma de estos eventos aunado a la creciente evidencia sobre la participación del comportamiento en el continuo salud-enfermedad facilitaron la investigación y desarrollo de la Medicina conductual en otros países.

## 2.2 La Medicina Conductual en México

En México el nacimiento de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual guardan un desarrollo paralelo, ambas tienen sus orígenes formales en la década de 1970, aunque existen otros antecedentes que propiciaron la consolidación entre ellos. A continuación, se presenta una cronología de los eventos relacionados con su consolidación en el país conforme a lo que describen Rodríguez (2010), Rojas-Russell (2002), Piña (2004), Seligson (1978) y Martínez (2006):

- Década de los 60 (Seligson, 1978).- En la Universidad de Xalapa se impulsa la psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta cuyos percursores fueron: Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado
  - 1967.- Se crea el Centro de Entrenamiento y Educación Especial, que constituiría el primer centro de análisis conductual aplicado en México. Sus iniciadores fueron Florente López y Francisco Barrera.
- Década de los 70 (Seligson, 1978).- Se desarrollan programas de intervención e investigación sobre el uso del análisis conductual distintos escenarios como reclusorios y hospitales psiquiátricos, y campos de aplicación como el desarrollo infantil, retardo en el desarrollo, así como en el tratamiento y rehabilitación de pacientes mentales crónicos; y con niños y adolescentes con problemas de consumo de drogas con la participación de distintos profesionales de la salud.
  - 1970.- Se crea un programa de posgrado dirigido a la subespecialización en áreas como atención primaria, salud reproductiva, salud ocupacional, psicología comunitaria, enfermedades crónicas y adicciones, entre otras.

- 1975.- Se celebra en la Ciudad de México, el Tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta, con la participación de B. F. Skinner.
- 1975- 1976.- Se crea en la ENEP Iztacala un nuevo modelo de enseñanza de la Psicología que incluía por vez primera la docencia, servicio e investigación en el área de Psicología Clínica bajo la modalidad de la Terapia Conductual.
- 1978.- Se abre en la ENEP Iztacala una maestría en Modificación de conducta que tenía como área terminal entrenamiento en salud.
- Década de los 80 (Piña, 2004; Rojas-Russell, 2002).- Aplicación del biofeedback para el tratamiento de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres y ciertas paresias y tipos de epilepsia en estudios realizados por Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz.
  - 1981.- Se organiza por primera vez en México un Simposium Internacional de Medicina Conductual.
  - 1984.- Se utiliza la retroalimentación para el tratamiento de diversas parálisis neuromusculares en el Laboratorio de Plasticidad Cerebral, coordinado por Jorge Palacios en la Facultad de Psicología de la UNAM.
  - Se conforma un grupo de trabajo encabezado por Luis Flórez Alarcón en la ENEP Zaragoza, que tuvo como objetivo la creación de una línea de investigación sobre las aplicaciones clínicas del condicionamiento instrumental de respuestas autónomas.
    - Este grupo de trabajo dio origen al Programa de Psicología de la Salud conjuntamente con la Secretaria de Salud y la Facultad de Psicología, que se estableció desde 1984 hasta 1999
    - El grupo de Psicología de la Salud desarrolla el primer proyecto de investigación sobre el condicionamiento de ritmos eléctricos cerebrales para el tratamiento de la epilepsia
    - En la segunda mitad de los 80's se desarrollan investigaciones sobre Diabetes Mellitus y peso corporal como factores de riesgo, además de la elaboración de documentos relevantes sobre la psicología clínica y de la salud encabezados por Mario Rojas



- 1986.- Se abre la maestría en Psicología General Experimental con énfasis en Salud en la Facultad de Psicología
- Década de los 90 (Martínez, 2006; Rodríguez, 2010).- Se funda en la ENEP Iztacala el Laboratorio de Conducta Humana Compleja, encabezado por Rocío Hernández-Pozo, iniciando proyectos de investigación relacionados con temas diversos como la evaluación de factores de riesgo cardiaco con sistemas computarizados y la enseñanza de comportamiento saludable vía escenarios virtuales. En la Facultad de Psicología de la UNAM, el grupo de trabajo coordinado por Graciela Rodríguez realizó los primeros estudios sobre trasplantes de órganos y tejidos en población mexicana, y el manejo del dolor crónico,
  - 1999.- Se crea el Programa de Residencia en Medicina Conductual en la Maestría en Psicología de la Facultad de Psicología
- Década del 2000 (Piña ,2004; Rodríguez, 2010).- Se realizan en la Facultad de Psicología estudios sobre psiconeuroinmunología y retroalimentación biológica. Serafin Mercado, Patricia Ortega y Javier Urbina han trabajado aspectos relacionados con el estrés ambiental en instituciones de salud, el impacto ambiental de los escenarios hospitalarios sobre los pacientes y sus familiares, así como con médicos y enfermeras.
  - 2001.- Se funda la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, siendo su presidenta fundadora Graciela Rodríguez Ortega
  - 2002.- Se organiza el Primer Coloquio de Medicina Conductual
  - 2005.- Se organiza la Primera Reunión Regional Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual en la Ciudad de México junto con la Sociedad Internacional de Medicina Conductual.
  - 2006.- Se lleva a cabo el Coloquio de Medicina Conductual “Manejo de las enfermedades crónico degenerativas y emergentes: una visión hacia el futuro”
  - 2009.- Se organiza el IV Coloquio de Medicina Conductual
  - Se crea la Unidad de Cardiología Conductual en conjunto con la FES Zaragoza y el Hospital General de México
  - 2010.- Se organiza el V Coloquio de Medicina Conductual con sede en la Universidad de San Luis Potosí.

Actualmente, la Sociedad de Medicina Conductual (SBM, por sus siglas en inglés, 2011), establece que una amplia variedad de profesionales de la salud está involucrada en la investigación y práctica de la Medicina Conductual, incluidos los cardiólogos, los consejeros, epidemiólogos, fisiólogos del ejercicio, médicos familiares, educadores de salud, internistas, enfermeras, nutriólogos peditras, psiquiatras y psicólogos.

Por tanto las áreas de investigación e intervención son también variadas, entre ellas: salud de los adolescentes, adultos mayores, ansiedad, artritis, asma, cáncer, enfermedades cardiovasculares, salud infantil, dolor crónico, fibrosis quística, depresión, diabetes, enfermedades relacionadas con el dolor, trastornos de la alimentación, salud ambiental, dolores de cabeza, VIH / SIDA, incontinencia, insomnio, salud de las minorías, obesidad, salud pública, enfermedad pulmonar, calidad de vida, rehabilitación, enfermedades de transmisión sexual, apoyo social, medicina del deporte, abuso de sustancias (alcohol, tabaco y otras drogas) y salud de la Mujer (Contreras, Londoño, Vinaccia, & Quiceno, 2006; “Special Interest Groups, Society of Behavioral Medicine,” 2016).

Dado que el proceso de salud-enfermedad conlleva percepciones, creencias y conductas acerca de la misma, la psicología y específicamente la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, participan activamente tanto en la manifestación, exacerbación, y mantenimiento de diversos trastornos, pudiendo incidir en distintos niveles de intervención, bien en la promoción de la salud, en el manejo de la enfermedad o en la rehabilitación.

### 2.3 Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, Residencia en Medicina Conductual

La Medicina Conductual es el campo multidisciplinario interesado en los aspectos conductuales y sociales de las condiciones médicas (Flórez-Alarcón, 1991). A nivel internacional existe un amplio número de profesionales de la salud involucrados en la investigación y la práctica de la medicina conductual. Entre estos se incluyen cardiólogos, epidemiólogos, médicos familiares, internistas, enfermeras, nutriólogos, peditras, psiquiatras y psicólogos. La Medicina Conductual asume un enfoque de desarrollo de las

etapas de la vida a la salud y al cuidado de la salud, trabajando con infantes, adolescentes, adultos y ancianos individualmente y en grupos, así como en comunidades.

La suposición básica en la que se fundamenta la medicina conductual como disciplina es que los cambios en el comportamiento y el estilo de vida pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir los síntomas de la misma. Más de veinticinco años de investigación, práctica clínica e intervenciones basadas en la comunidad en medicina conductual, han mostrado que los cambios en el comportamiento pueden ayudar a las personas a sentirse mejor física y emocionalmente, mejorar su estado de salud, aumentar sus habilidades de cuidado personal y mejorar sus habilidades para vivir con una enfermedad crónica. Las intervenciones conductuales pueden mejorar también la efectividad de la intervención médica, así como a ayudar a reducir la sobre utilización del sistema de atención a la salud y los costos asociados.

La maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual, es un programa desarrollado en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y se encuentra en el marco de posgrados de excelencia del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). La carga académica se imparte por personal docente de la UNAM y el ejercicio profesional se desarrolla en distintas sedes en coordinación con la Secretaría de Salud.

El programa de Residencia en Medicina Conductual fue diseñado bajo la perspectiva de una relación docencia-servicio-investigación que implica fundamentalmente la identificación de problemáticas psicológicas y la puesta en práctica de estrategias de solución bajo un enfoque cognitivo-conductual (Plan de Estudios de la Residencia en Medicina Conductual, 2001).

El Plan de Estudios de la Residencia en Medicina Conductual (2001), describe como objetivo general: *“desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria”* (p. 22). Se espera que los egresados cuenten con los conocimientos y competencia necesarios para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como grupal, integrado de manera equilibrada en sus diferentes

actividades, objetivos de docencia, servicio e investigación. De esta forma el Plan de Estudios de la Residencia en Medicina Conductual (2001) tiene como metas:

- Desarrollar competencias y habilidades de la atención psicológica en el área de la salud para estudiantes del posgrado en Psicología de la UNAM (Residencia en Medicina Conductual) en diferentes sedes hospitalarias.
- Formar a los estudiantes de la residencia en Medicina Conductual bajo una perspectiva de docencia, servicio e investigación.
- Que los conocimientos adquiridos resuelvan problemas en una sede hospitalaria.
- El programa se desarrolla con un modelo práctico de supervisión clínica, con supervisores in situ y supervisores académicos.

La Medicina Conductual, acorde con los modelos biopsicosociales en salud, tiene como objetivos promover y mantener el bienestar de los individuos, comunidades y poblaciones, se ocupa de las interfaces conductuales y de experiencia entre el individuo, el sistema de cuidado de la salud y la sociedad.

## CAPÍTULO 3 PANORAMA GENERAL DEL TRASPLANTE RENAL EN MÉXICO

El trasplante renal se considera como un tratamiento sustitutivo de la función renal, indicado en casos de Insuficiencia Renal Crónica. Sin embargo, a pesar del número creciente de casos de Insuficiencia Renal Crónica en el país, el porcentaje de trasplantes realizados anualmente no corresponde a la incidencia de casos en el mismo período de tiempo, por lo que este tratamiento se reserva sólo a una pequeña proporción de pacientes, quienes sólo después de ser sometidos a rigurosas evaluaciones médicas y psicosociales se proponen como candidatos idóneos para ser trasplantados (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2015).

Tanto el proceso de evaluación al que los pacientes son sometidos, como los cambios en las condiciones de vida que representa padecer la enfermedad, resultan en un proceso de desajuste en los diferentes dominios de la vida de las personas y sus familiares.

Numerosas investigaciones han documentado las implicaciones psicosociales que tiene la Insuficiencia Renal Crónica, desde el diagnóstico hasta los cambios en la calidad de vida en el post-trasplante (Pérez-San Gregorio, Rodríguez, Gallego, & Santamaría, 2000; Rodríguez-Lafuente, De León, González, Alonso, & García, 2010; Rodríguez-Rodríguez, 2015)

### 3.1 Definición y clasificación de la Enfermedad Renal Crónica

De acuerdo con Méndez-Durán, Méndez-Bueno, Teresa, Muñoz Montes, y Aguilar-Sánchez, (2010), la Enfermedad Renal Crónica (ERC) o Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se considera una enfermedad emergente por el número creciente de casos, el rezago en la atención, los elevados costos, la alta mortalidad y los limitados recursos financieros y humanos. Los mismos autores estiman que en México, existe una incidencia de pacientes con IRC de 377 casos por año y una prevalencia de 1,142, por millón de habitantes y cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas.

La ERC se define como a la pérdida lenta, progresiva e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, expresada por una tasa de filtración glomerular menor de  $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  (Ávila-Saldivar, Conchillos-Olivares, Rojas-Báez, Ordoñez-Cruz, & Ramírez-Flores, 2013). También se puede definir según las guías K/DOQI 2002, de la National Kidney Foundation, como la presencia de daño renal persistente durante al menos tres meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrinometabólicas (Otero, 2002). La enfermedad renal crónica se origina de diversas afecciones crónico-degenerativas, sobre todo diabetes mellitus e hipertensión arterial, fenómeno que ocurre de manera similar en todo el mundo y que, lamentablemente, tiene un desenlace fatal cuando no se trata.

La ERC es una enfermedad progresiva, que evoluciona en diferentes estadios a medida que se incrementan las manifestaciones clínicas. Se establecen cinco estadios basados en la función renal medida por el filtrado glomerular estimado (Tasa de Filtración Glomerular, TFG) en función de la severidad de la enfermedad (Figura 1)

Estadio	Descripción	TFGe (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	Tratamiento
1	Daño renal con TFGe normal o elevada	$\geq 90$	T
2	Daño renal con disminución leve de la TFGe	60-89	T
3	Disminución moderada de la TFGe	30-59	T
4	Disminución grave de la TFGe	15-29	T
5	Falla renal	$< 15$ (o diálisis)	D

**TFGe** = Tasa de filtración glomerular estimada mediante la fórmula de MDRD; **T** = Trasplante renal; **D** = Tratamiento dialítico; **KDIGO** = Kidney Disease: Improving Global Outcome

Figura 1. Clasificación de la ERC, tomado de: Dehesa, (2008). *Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. Medigraphic 3, (3)*

### 3.1.1 Manifestaciones Clínicas de la ERC

La ERC generalmente cursa asintomática, hasta que el filtrado glomerular desciende por debajo de  $10 \text{ ml/min}$ . Entonces, aparecen las complicaciones propias del síndrome urémico, y se manifiesta mediante alteraciones digestivas, hematológicas, cardiovasculares, neurológicas y metabólicas. Si la función renal no se estabiliza, se produce una Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) (Torales & García-Velasco, 2000), término

utilizado fundamentalmente para referirse a aquella situación subsidiaria de inicio de tratamiento sustitutivo de la función renal, bien mediante diálisis o trasplante.

La aparición y magnitud del cuadro clínico de la ERC aparecen de forma progresiva, manteniendo una gran variabilidad de un paciente a otro, en función de la velocidad de progresión, la causa del daño y la masa renal funcionante. Entre los principales síntomas se encuentran (Torales & García-Velasco, 2000):

- Alteraciones gastrointestinales: anorexia, náusea, vómito, gastritis, úlcera péptica
- Alteraciones hematológicas: disminución de la adhesividad plaquetaria, anemia normocítica normocrómica
- Alteraciones dermatológicas: palidez, prurito, escarcha urémica, y calcificación distrófica
- Alteraciones cardiovasculares: hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca congestiva
- Alteraciones neuromusculares: insomnio, fatiga, hiperreflexia osteotendinosa, convulsiones, alteración de los procesos cognitivos, sopor y coma
- Alteraciones oftálmicas: retinopatía y ceguera.

### 3.1.2 Tratamiento de la ERC

Los pacientes con ERC deben someterse a tratamientos no curativos, altamente invasivos, demandantes y que involucran altos costos para el paciente y su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico.

El seguimiento del paciente con IRC debe realizarse de manera conjunta entre el equipo multidisciplinario. Los objetivos de tratamiento son (Gallego, Pérez, & Llamas, 2006):

- Enlentecer el deterioro funcional renal
- Detectar y corregir los factores que deterioran la función renal de manera reversible
- Prevenir y detectar las complicaciones de la IRC
- Decidir sobre la inclusión en un programa de diálisis-trasplante
- Seleccionar el método de tratamiento inicial
- Educar al paciente y su familia sobre aspectos de la IRC
- Atender aspectos psicológicos y sociales

- Preparar con suficiente antelación para el tratamiento sustitutivo renal
- Iniciar oportunamente el tratamiento sustitutivo renal

En México los procedimientos que operan médicamente para el tratamiento de la IRCT son la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), la diálisis en centro hospitalario (diálisis peritoneal intermitente y hemodiálisis) y el trasplante renal (TR)

Estos tratamientos, conocidos como tratamientos sustitutivos, se inician cuando el paciente tiene menos de 15 ml/mm de filtración glomerular (medida con depuración de creatinina endógena en orina de 24 horas) y cuando el paciente tiene síntomas de intoxicación urémica, retención de líquidos importante que no cede con diurético de asa, hipercaliemia, anemia crónica por debajo de 8 g de hemoglobina, acidosis metabólica refractaria, una o dos de estas complicaciones o ante edema pulmonar agudo (Treviño-Becerra, 2009).

A todos los enfermos con indicaciones de TR se les debe buscar un donador vivo seleccionado, o si no hay contraindicaciones, inscribirlo a la lista de espera nacional de donación cadavérica. Mientras no se efectuó el trasplante, los enfermos tendrán que estar en programa de diálisis crónica en cualquiera de sus modalidades (Treviño-Becerra, 2009):

- 1) Hemodiálisis: tres sesiones a la semana, de tres a cuatro horas de duración.
- 2) Diálisis peritoneal continua ambulatoria: 8 litros diarios, siete días a la semana.
- 3) Diálisis continúa cíclica o automática, con el esquema prescrito por el nefrólogo respecto a litros, ciclos y número de días de tratamiento

Entre los efectos adversos que producen estos tratamientos, se encuentran la desnutrición, pérdida de movilidad, fatiga y algunos otros que han sido subvalorados como el insomnio y el dolor.

Los anteriores métodos, sin embargo, no reestablecen la función renal, sino que buscan enlentecer el deterioro, en este sentido el trasplante renal es la única opción de tratamiento que sustituye la función del riñón (o riñones dañados), además mejora la calidad de vida en personas con insuficiencia renal en fase terminal. La mortalidad a largo plazo en receptores de trasplante es de 49 a 82% menor que en pacientes que se encuentran en lista de espera (Arroyo-Kuribreña, Gabilondo, & Gabilondo, 2005; Corral, Luque, & Alcover, 2005).



### 3.1.3 Trasplante Renal

Un trasplante es la sustitución de un órgano o tejido que ya no funciona, con el objetivo de restituir las funciones perdidas y mejorar la calidad de vida de las personas y en muchos casos, constituye la única alternativa que puede permitir a un paciente salvar su vida, la Ley General de Salud en el Tomo XIV, referente a la “Donación, trasplantes y pérdida de la vida” en su artículo 134, define al trasplante como la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro, debiendo cumplirse la condición de que se integren al organismo (Secretaría de Salud, 2007)

Existen distintos tipos de trasplante, dependiendo del origen del injerto, los trasplantes pueden ser (Kälble et al., 2010):

- Autoinjertos: cuando se trasplantan tejidos de un individuo en sí mismo
- Isoinjertos: cuando el trasplante se realiza entre individuos genéticamente idénticos
- Aloinjertos: el trasplante de tejidos se realiza entre individuos de la misma especie y
- Xenoinjertos: cuando el trasplante de órganos se da entre individuos de distinta especie.

De forma específica la clasificación de trasplante renal se realiza en función del origen del injerto (donador renal) y se divide en (Valdéz, 2008):

- Trasplante renal de donador vivo relacionado (TRDVR): existe un lazo de consanguinidad, por ejemplo: hermano a hermano o padre a hijo, etc.
- Trasplante renal de donador cadavérico (TRDC): cuando el donador constituye un paciente con muerte cerebral (también conocido como donador fallecido) y
- Trasplante renal de donador vivo emocionalmente relacionado (TRDVER): en estos casos no existe un lazo de consanguinidad, pero sí un compromiso emocional de llevar a cabo la donación; por ejemplo, los trasplantes entre esposos. En este apartado también se encuentran los trasplantes entre amistades que de forma altruista y legal (mediante una carta notarial) deciden donar alguno de sus tejidos a un paciente en particular.

El trasplante renal, comparado con la terapia dialítica, mejora la calidad de vida en personas con insuficiencia renal en fase terminal. La mortalidad a largo plazo en receptores de trasplante es de 49 a 82% menor que en pacientes que se encuentran en lista de espera, dependiendo de las comorbilidades y condiciones médicas que provocan la insuficiencia renal terminal (Arroyo-Kuribreña et al., 2005).

De acuerdo con datos del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) desde 1963 a diciembre de 2015 se habían realizado en México un total de 43, 322 trasplantes renales (33,381 de donante vivo y 9, 941 de donante cadavérico), efectuándose un promedio anual de 2,713 trasplantes durante los últimos cinco años. Sin embargo, existen también 12,039 potenciales receptores de riñón en espera de un trasplante reportados sólo durante 2015 (Centro Nacional de Trasplantes, 2015).

Debido a la creciente demanda y dada la epidemiología de las enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus (entre otras), asociadas al desarrollo de la ERC, el trasplante debe ofrecerse a los pacientes con posibilidad de supervivencia del injerto a largo plazo debido a la escasez de órganos, la complejidad del procedimiento de trasplante y la mortalidad relacionada con el procedimiento de quirúrgico.

## 3.2 Factores Psicosociales Asociados a la Evaluación de Pacientes en Proceso de Trasplante Renal

### 3.2.1 El paciente con ERC

Prácticamente todos los pacientes con ERC necesitan controlar la alimentación y la ingesta de líquidos y tomar múltiples medicamentos, además de seguir un estilo de vida saludable que incluye el control sobre el consumo de tabaco y alcohol, el mantenimiento del peso corporal y el ejercicio físico regular, sin embargo, predomina la dependencia del tratamiento de diálisis, lo que puede afectar la percepción de control sobre la enfermedad (Braun, Mapel, Schatell, & Burrows-Hudson, 2005)

El paciente con ERC experimenta alteraciones importantes en su calidad de vida derivadas de la naturaleza de la enfermedad, algunas de orden físico como dolor, cambios metabólicos, dificultades respiratorias, limitaciones motoras, posibles deterioros cognitivos,

además de las complicaciones derivadas de los tratamientos médicos como náuseas, vómitos, somnolencia, aumento de peso, impotencia sexual, entre otros (Françoise Contreras, Esguerra, Espinosa, & Gómez, 2007).

Entre las alteraciones psicológicas suelen presentarse depresión, ansiedad, incertidumbre acerca del futuro, hostilidad e ira, además los pacientes con ERC en tratamiento de diálisis y prediálisis presentan sentimientos moderados de autonomía, es decir, frecuentemente se perciben como incapaces para realizar sus actividades cotidianas debido a su condición de salud y esto afecta de manera negativa su autoestima y en general su calidad de vida (Jansen, Rijken, Heijmans, Kaptein, & Groenewegen, 2012)

El término calidad de vida suele referirse a la satisfacción general de las propias condiciones de vida en términos objetivos (como el nivel socioeconómico, acceso a los sistemas de salud y seguridad social, etc.) como a la percepción subjetiva de cómo dichas condiciones afectan o favorecen el funcionamiento cotidiano. En este sentido un constructo específico que guarda relevancia en el estudio de los pacientes con enfermedades crónicas (como la ERC), es la calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS), que se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social y constituye la valoración individual a cerca de la propia vida y el entorno, por lo que difiere entre las personas, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias (Ocampo, Zapata & Vinaccia, 2013)

Contreras et al., (2007) al estudiar la relación entre estilos de afrontamiento y la CVRS en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis, encontraron que los estilos de afrontamiento como la auto focalización negativa y la evitación correlacionan negativamente con las dimensiones de CVRS en los aspectos de salud general vitalidad, función social y salud mental (valores de  $r$  de  $-.361$  a  $-.512$ ,  $p < .05$ ), esto significa que los pacientes con ERC que se piensan constantemente en las limitaciones producidas por la enfermedad y/o evitan pensar en ella tienen peor CVRS.

No sólo el diagnóstico de ERC afecta la calidad de vida del paciente, tratamiento de la enfermedad tiene también un fuerte impacto físico y emocional e interfiere en los roles sociales del paciente. Uno de los principales roles sociales afectados en los pacientes con ERC es el relacionado con el trabajo remunerado, los pacientes con diálisis invierten un

considerable número de horas al día en su tratamiento lo que dificulta su mantenimiento e incorporación en escenarios laborales, con los consecuentes problemas relacionados a la falta de ingresos económicos.

Se ha identificado que en pacientes renales, haber trabajado antes de la diálisis, un mayor nivel educativo y un buen estado físico son determinantes importantes en el mantenimiento de su estatus ocupacional (Jansen et al., 2012).

Ahora bien, se han identificado, factores personales que favorecen un mejor ajuste a la enfermedad, por ejemplo, el control personal sobre la enfermedad o control conductual percibido sobre la enfermedad, que se refiere a la creencia de que uno mismo puede influir en el curso de su padecimiento y ajustar tanto éste, como el tratamiento a la vida diaria. Esta creencia impacta positivamente en la calidad de vida en pacientes en diálisis y prediálisis.

En este sentido, Braun et al., (2005) buscaron determinar la relación entre la percepción de enfermedad, la percepción sobre el tratamiento y la condición de empleo y la percepción de autonomía en pacientes en diálisis y prediálisis, mostraron que los pacientes que si tenían un empleo remunerado no se sentían limitados por su condición de salud, contrario a los que no tenían empleo.

La revisión anterior sugiere que cambiar las percepciones desadaptativas y estimular percepciones constructivas y más realistas sobre la enfermedad, fortalecen la percepción de autoeficacia, estimulan el control percibido sobre la enfermedad y la autonomía en pacientes con ERC.

La identificación y evaluación de las variables psicológicas mencionadas guarda especial relevancia cuando existe la posibilidad de efectuarse un trasplante, ya que se deberá garantizar en la medida de lo posible, que dichas alteraciones psicosociales presentes en el curso y tratamiento de la ERC, no constituirán un riesgo para la salud y rehabilitación del paciente, o que atenten contra su calidad de vida y/o la pérdida potencial del injerto.

En este sentido, el psicólogo se constituye como una pieza fundamental en la evaluación y preparación tanto del paciente con ERC candidato a trasplante renal como de la familia, donadores y condiciones relacionadas a los estilos de vida que probabilicen el éxito terapéutico del trasplante (Berrío & Burgos, 2011).

La labor del psicólogo se orienta fundamentalmente a cuatro momentos clave en el proceso de trasplante renal (Rodríguez-Rodríguez & Fonseca, 2015):

- 1) Evaluación de posible receptor
- 2) Evaluación de los donadores potenciales
- 3) Lista de espera y/o preparación para el trasplante
- 4) Evaluación post-trasplante y seguimiento.

### 3.2.2 Evaluación del receptor

En el proceso de evaluación de receptor, la entrevista psicológica constituye la herramienta central para la obtención de datos relevantes, sin embargo con fines tanto de la obtención de indicadores objetivos del estado psicológico del paciente como la integración del expediente clínico necesarios para la evaluación médico-legal del paciente. Es necesaria tanto la entrevista como la observación clínica en conjunto con algunas escalas psicométricas como Cuestionario de ansiedad (STAI), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), entre otros (Ascencio, 2011; Baptista, Capitão, & Scortegagna, 2006; Fidel et al., 2015; Remor, Arranz, & Villa, 2003)

La evaluación del estado mental es imprescindible en el contexto médico, psicosocial, ético y legal de todo comité de trasplantes con el fin de garantizar que el paciente comprenda el proceso de forma correcta para cumplir con las indicaciones médico-quirúrgicas y con el requisito de un consentimiento informado válido (Art. 25 de la Ley General de Salud), requisito legal indispensable para la toma de decisiones médicas que suponen un riesgo quirúrgico y/o de mortalidad asociado y para enfrentar todo el proceso del trasplante, así como conocer los aspectos a enfatizar, modular o rectificar en la preparación psicológica de ser finalmente considerado como posible receptor por el equipo multidisciplinario que lo atiende, entre los aspectos más importantes en la evaluación se encuentran (Rodríguez et al., 2010):

- Capacidad intelectual (alteraciones cognitivas que dificulten la comprensión de elementos clave del tratamiento o la enfermedad)
- Historia de conductas adictivas personales y familiares

- Antecedentes patológicos personales y familiares de trastornos psiquiátricos y de enfermedades crónicas similares
- Procesos afectivos y vulnerabilidad al estrés
- Sistema de apoyo social (real y percibido)
- Funcionamiento familiar
- Mecanismos de afrontamiento personales y familiares.
- Características de personalidad y recursos personológicos.
- Calidad de vida relacionada con la salud y bienestar psicológico en el momento de la evaluación.
- Actitud hacia el trasplante que incluye conocimientos (ideas, mitos, etc.), estado afectivo que provoca y su relación con el posible comportamiento pre y post-trasplante, entre otros.
- Adherencia al tratamiento de diálisis y/o hemodiálisis

Las contraindicaciones para realizar un trasplante por condiciones psicosociales son mínimas y, en la mayoría de las ocasiones, relativas ya que dependen de que la situación problema sea superada por el paciente, pero en ningún caso deberán ser minimizadas. De acuerdo con el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, (2015), se han considerado como contraindicaciones las siguientes:

- a) Problemas de comprensión de la información derivados de coeficiente intelectual menor a 80, en cuyo caso se evaluará a profundidad la red de apoyo con la que cuenta el paciente a fin de ser presentado a consideración del comité de cada centro hospitalario
- b) Presencia de sintomatología psiquiátrica aguda que interfiera con la comprensión y/o el autocuidado
- c) Consumo actual de sustancias adictivas de cualquier tipo.
- d) Conductas que evidencien con toda claridad problemas de apego al protocolo (inasistencia a sus citas generales, inadecuado seguimiento de las indicaciones higiénico/dietéticas, toma irregular de medicamentos, conductas de alto riesgo, etc.)
- e) Evidencia de conductas por parte del paciente y/o familiares que vayan en contra de la ética médica o la ley (Art. 327 de la Ley General de Salud)
- f) Incumplimiento terapéutico

- g) Enfermedad psiquiátrica grave que daña el cumplimiento de la terapéutica
- h) Alcoholismo y/o farmacodependencias

Respecto al incumplimiento terapéutico, una exploración psicológica minuciosa debe intentar identificar la causa subyacente a la falta de adherencia, y si es posible, instaurar un tratamiento adecuado. La falta de cumplimiento terapéutico se considera un factor modificable por vías de intervención psicológica (Kälble et al., 2010). De igual manera, se debe atender el estado psicoafectivo en aquellos casos donde el paciente es considerado como no idóneo para el trasplante, ya que suelen presentarse reacciones de depresión, enojo o ira e incluso desesperanza, la intervención psicológica entonces, debe orientarse al desarrollo de estrategias de afrontamiento que permitan mejorar la calidad de vida en estos pacientes, aún sin la posibilidad de trasplante.

Otros elementos como el tiempo estimado de esperanza de vida y las enfermedades (por ejemplo, enfermedad psiquiátrica grave) que dificultan el cumplimiento terapéutico no se consideran riesgos aceptables para el éxito a largo plazo del trasplante, por lo que suelen ser motivo de exclusión para la cirugía de TR, la mayoría de los autores coincide en al menos las siguientes contraindicaciones absolutas para la realización del TR (Cuéllar-González & Correa-Rotter, 2005):

- 1) Pacientes que no vivirán más de un año
- 2) Neoplasias malignas
- 3) Infección crónica (o aguda) no controlada
- 4) Enfermedad extrarrenal grave (hepatopatía crónica, enfermedad coronaria trivascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica avanzada, enfermedad vascular periférica grave, entre otras).

En el caso de los pacientes que no se consideran candidatos aceptables para efectuarse un TR, suelen presentarse reacciones emocionales adversas, como depresión, desesperanza, enojo o ira, en este caso, la tarea del psicólogo consiste en probabilizar que dichos elementos no afecten de manera negativa la calidad de vida del paciente ni la adherencia al tratamiento sustitutivo.

En este sentido, numerosos estudios sobre intervenciones psicológicas indican resultados positivos sobre algunas de las características de los pacientes con ERC, que pueden afectar

el curso del tratamiento, por ejemplo, estrés (Kohlsdorf, 2015), calidad de vida (François Contreras et al., 2007; Rodrigue, Mandelbrot, & Pavlakis, 2011), apoyo social (Olaya & Carrillo, 2014) adherencia al tratamiento (Huertas-Vieco et al., 2014), entre otras.

### 3.2.3 Evaluación de donadores potenciales

En México la donación renal puede provenir de donadores fallecidos o bien de donadores vivos (relacionados o no relacionados consanguíneamente).

Al valorar a los posibles donadores inicialmente deberá establecerse la compatibilidad sanguínea e inmunológica entre el donador y el receptor del TR, mediante la determinación del grupo sanguíneo ABO, número de haplotipos compartidos en casos de donadores vivos relacionados, así como “mismatches” o disparidades antigénicas HLA (Antígenos Leucocitarios Humanos) en casos de donador vivo no relacionado y donador fallecido, y realización de prueba cruzada. Cuando se tienen varios posibles donadores vivos relacionados compatibles, se seleccionará al que comparta más haplotipos y tenga la edad más conveniente. En general se prefieren los donadores que están relacionados biológicamente a aquellos emocionalmente relacionados. Las principales metas que se perseguirán en la evaluación del donador será minimizar los riesgos inmediatos y futuros en la salud del donador y del receptor (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2015).

La evaluación psicológica por su parte tiene como objetivo verificar que la donación del órgano se realice de manera voluntaria y sin coerción social, familiar, emocional o incluso monetaria, por lo que se realiza una entrevista que explora las razones de la donación, los conocimientos sobre el procedimiento quirúrgico y sus implicaciones sobre la modificación al estilo de vida. En general, se consideran como contraindicaciones psicológicas, las mismas que en el caso de los receptores (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2015).

#### 3.2.3.1 Donador cadavérico

Un donador fallecido (o cadavérico) es aquella persona que en vida ha tomado la decisión, de que al morir, sus órganos o tejidos sean donados, a través del Sistema Nacional de Trasplantes, para que otra persona se salve o mejore su calidad de vida. Los requisitos para



la donación cadavérica son que la persona fallezca por paro cardiorespiratorio o muerte encefálica y se cuente con el consentimiento de su familia para la donación (CENATRA, 2016).

En ambos casos debe efectuarse una valoración médica que valide la idoneidad de los órganos para trasplante y deberán efectuarse los trámites legales y administrativos a través del comité de trasplantes la unidad hospitalaria.

Si el personal del hospital requiere apoyo para la distribución de los órganos y tejidos obtenidos, solicita apoyo al CENATRA para que proporcione los datos de hospitales que realicen trasplante para que comité interno de coordinación para la donación en uso de sus atribuciones legales decida a cuáles serán enviados los órganos o tejidos.

La decisión de donar órganos después de la vida sin embargo, recae principalmente en la familia del paciente fallecido, ya que son ellos quienes deberán autorizar legalmente la donación, por lo que resulta fundamental el desarrollo de estrategias y campañas nacionales para promover la cultura de donación, ya que en este punto, la participación del comité de trasplantes, y el resto de los profesionales de salud debe limitarse a realizar la petición (y posterior gestión) de la donación de órganos y tejidos de manera ética y garantizando no influir en la decisión final.

#### *3.2.3.2 Donador vivo*

Las primeras donaciones con personas vivas se dieron en los trasplantes de riñón y después en los de hígado, páncreas, pulmón e intestino, y solo eran permitidas (legalmente en México) a personas que tuvieran un parentesco por consanguinidad (padres, hijos, hermanos) o que estuvieran emocionalmente relacionados (parientes cercanos, cónyuges, concubenarios). En 2004 se eliminó esta restricción de la Ley General de Salud y se permitió la existencia de donadores no relacionados o altruistas, los cuales han representado entre 0.9 y 5 % del total de los trasplantes (Arroyo-Kuribreña et al., 2005).

La donación de órganos por una persona viva ofrece diversas ventajas relacionadas con la rehabilitación y supervivencia del paciente, alta calidad de órganos que pronostican una mayor supervivencia del injerto, un menor tiempo de espera para el trasplante y la

reducción de costos de la atención médica, gracias a la agilización del proceso de trasplante comparado con el que se realiza mediante lista de espera (Altes et al., 2005; Corral, Luque, & Alcover, 2005)

De acuerdo con el artículo 333 de la Ley General de Salud, para realizar un trasplante de vivo deben cumplirse los siguientes requisitos por parte del donante (CENATRA, 2016):

- Ser mayor de edad y estar en pleno uso de sus facultades mentales.
- Donar un órgano o una parte de él siempre que su función pueda ser compensada por el organismo de forma adecuada y suficientemente segura.
- Tener compatibilidad aceptable con el receptor.
- Recibir la información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extracción del órgano, de parte de un médico distinto de los que intervendrán en el trasplante.
- Otorgar su consentimiento de forma expresa, es decir, en un documento.

Cuando el donador no esté relacionado por algún parentesco se deberá cumplir con los siguientes requisitos establecidos en la Ley General de Salud:

- Obtener la resolución favorable del comité de trasplantes del hospital, previa evaluación médica, clínica y psicológica.
- El interesado en donar debe otorgar su consentimiento expreso ante un notario público y manifestar que recibió información completa sobre el carácter altruista, libre y consciente de la donación, sin que medie remuneración alguna.

La evaluación psicosocial de los donadores se orienta a determinar la competencia mental y la estabilidad emocional de un individuo sano que se someterá a una cirugía mayor para beneficiar a otro, contempla también factores éticos y legales a fin de minimizar el riesgo psicosocial del proceso los elementos que se incluyen en la evaluación son (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2015):

- Capacidad de comprensión (capacidad cognitiva)
- Presencia de padecimientos psiquiátricos específicos tales como: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, psicosis agudas y/o crónicas

- Rasgos de personalidad que puedan interferir con el libre albedrío en la toma de decisiones o cuestionar el altruismo del proceso tales como conductas dependientes, inestables o sociopáticas.
- Consumo de sustancias adictivas tales como tabaco, bebidas alcohólicas, benzodiacepinas, marihuana, cocaína, opiáceos, etc.
- Grado de información real sobre las características del trasplante, riesgos posibles y expectativas
- Relación real con el receptor, motivaciones para donar y apoyo en su decisión de la red primaria de apoyo.

De igual manera, existen contraindicaciones relativas para que una persona se considere donador idóneo, que se identifican en función de los puntos anteriores, además de las contraindicaciones absolutas como la presencia de conductas que evidencien con toda claridad coerción de cualquier tipo o venta de órganos de manera abierta o encubierta o condiciones que vayan en contra de la ética médica o la ley (Art. 327 de la Ley General de Salud), o la negativa o arrepentimiento por parte del donador en cualquier momento del proceso, en cuyo caso se brindará protección psicológica y social al mismo a fin de preservar la confidencialidad de la decisión ante el receptor y su familia.

En el proceso de trasplante, los más cercanos a la institución de salud son el paciente y el donador, sin embargo, pareciera que hay una fuerte tendencia a centralizar la investigación, atención y el apoyo en el paciente renal y se soslaya a los donadores (Timmerman, 2015). Sin embargo, la atención médica y psicosocial del donador antes, durante y después del trasplante, deberá realizarse para ambas partes, en el caso específico de los donadores, la vigilancia de un estilo de vida saludable posterior a la cirugía determinará la calidad de vida y mantendrá al mínimo los riesgos de salud asociados a la donación.

La donación de órganos constituye un acto altruista y aunque en los últimos años, ha incrementado el número de donaciones, es necesario comprender y atender los procesos que dichas personas experimentan, en este sentido, Ríos-Martínez, Huitrón-Cervantes, Rangel-Rodríguez, & Pedraza-Moctezuma, (2010), condujeron un estudio con 110 donadores para evaluar el perfil de personalidad del donador, e identificaron que generalmente tienen un carácter altruista y con sentimientos solidarios, sin embargo manifiestan ambivalencia ante la donación, es decir, refieren temor a donar un órgano

frente a la necesidad de ayuda al ser querido (en el caso de los donadores relacionados) e incertidumbre y preocupación sobre lo que sucederá durante y después de la intervención quirúrgica.

García, Andrade, y Carvalho, (2013) condujeron un estudio cuyo propósito fue evaluar la calidad de vida de 50 donantes de riñón antes y después del trasplante. La gran mayoría de los donantes no informó impacto negativo en su calidad de vida después del trasplante, manteniendo el 98% el mismo desempeño en el trabajo, incluso 26 donantes (52%) consideraron que había mejorado, conjuntamente con su autoestima, los indicadores de salud física y de salud mental fueron más altos en un año post-trasplante en comparación con las puntuaciones pre-trasplante. Por otra parte, todos los donantes clasificaron la donación como una experiencia positiva y recomendada. Hallazgos como estos aportan evidencia al momento de comunicar al donador las ventajas, desventajas y posibles riesgos relacionados con la donación de órganos, demostrando que es un procedimiento seguro.

Un estudio cualitativo (Gill, 2012) donde se exploraron las experiencias de receptores y donantes de riñón, específicamente los factores de estrés y los mecanismos de afrontamiento antes y durante el primer año tras el trasplante renal, identificó que la toma de decisiones a la hora de ser donante fue relativamente sencilla para la mayoría de los donantes, posiblemente por el hecho de la proximidad y calidad de las relaciones entre donantes/receptores ya que la mayoría fueron conyugues, por el contrario, la toma de decisiones fue un motivo de gran preocupación por los destinatarios, mostrándose reacios a aceptar la oferta, esta preocupación es una constante fuente de ansiedad antes y después del trasplante. El estudio hace especial mención a la importancia de desarrollar estrategias para identificar y abordar las preocupaciones de los donantes sobre el proceso y destacan la importancia de evaluar las necesidades y expectativas, y facilitar la gestión de estrategias de afrontamiento eficaces de los pacientes y sus familias a través de la provisión de información estructurada y apoyo, tanto antes como después del trasplante.

#### 3.2.4 Lista de espera

Los pacientes que no cuentan con un donador vivo, se podrán considerar para trasplante de donador fallecido previo registro en la base de datos Hospitalaria, Institucional, Estatal y Nacional de pacientes en espera de algún órgano o tejido, donde también se registra la

información sobre los órganos o tejidos donados, con lo cual se establecen controles que facilitan el ejercicio de la transparencia y la rendición de cuentas.

Los requisitos para ingreso a lista de espera son: evaluación por nefrología, evaluación por cardiología, evaluación por psiquiatría, determinación de PRA (Panel Reactive Antibodies), y tipificación HLA. Los requisitos de ingreso para lista de espera siguen las mismas características y directrices que en el caso de los receptores de donante vivo y para la asignación del órgano se toma en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados (Centro Nacional de Trasplantes, 2015).

De acuerdo a los datos del CENATRA (2015), hasta diciembre de 2015 la base de datos nacional, registró un total de 12,095 receptores en espera de un riñón, estas cifras comparadas con el número de trasplantes realizados por año, impactan en el tiempo que un paciente puede permanecer en lista de espera, siendo este un promedio de 24 a 30 meses dependiendo de las características particulares de cada paciente, sin embargo de acuerdo cifras estimadas por el INCMNSZ el tiempo de permanencia de los pacientes en lista de espera oscila entre los cero a seis años (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2015).

Durante el tiempo de espera los pacientes experimentan múltiples afecciones a su estilo y calidad de vida. Como se ha mencionado previamente, un trasplante temprano se asocia a un menor deterioro funcional en pacientes con terapia sustitutiva, por lo que los prolongados tiempos de espera conducen al escenario contrario, desgastando física y emocionalmente al paciente y la familia, por lo que es necesario conocer los factores psicosociales y desarrollar estrategias de intervención que permitan al paciente una mejor adaptación al proceso de espera.

Conocer, por ejemplo, las características de personalidad de los pacientes, permitirá anticipar estrategias de intervención relacionadas con los factores de riesgo asociados. Venzon y Kern, (2014), evaluaron los factores de personalidad, la autoeficacia y la depresión en pacientes renales crónicos en espera de trasplante renal. Identificaron que el neuroticismo fue un predictor significativo de los síntomas depresivos ( $R^2 = 0.47$ ,  $\beta = 5.35$ ,  $p < 0.01$ ), mientras que los factores conciencia, neuroticismo e insurgencia fueron

predictores de autoeficacia en estos pacientes ( $R^2 = .33$ ,  $\beta = .23$ ,  $p < .05$ ). Concluyeron que los factores de personalidad deben ser considerados en pacientes en lista de espera para trasplante de riñón pues tienen implicación en la conducta y niveles de depresión en los pacientes.

Otro aspecto relevante que debe ser estudiado se refiere a la habilidad para hacer frente a los factores de estrés durante la preparación de trasplante, es decir, la identificación de las estrategias de afrontamiento. El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales empleados con el objetivo de gestionar, tolerar o evitar demandas específicas del ambiente (estresores) que son evaluados como amenazantes (Lazarus & Folkman, 1984). Las principales estrategias de afrontamiento son: orientadas al problema, es decir, el empleo de comportamientos que buscan modificar directamente las fuentes de estrés, tales como la búsqueda de información; el afrontamiento emocional, que implican estrategias que se caracterizan por las respuestas emocionales, como la ira y la culpa; la búsqueda de apoyo social como hablar con los demás y conseguir apoyo emocional; y los aspectos religiosos, que son estrategias centradas en las prácticas religiosas.

Respecto a este tema, Kohlsdorf (2015) realizó un estudio para evaluar las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con ERC. Las principales estrategias de afrontamiento observadas fueron religiosidad, afrontamiento centrado en el problema, y la búsqueda de apoyo social. La autora concluye que el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento adaptativas durante la preparación de trasplante de riñón, pueden promover una mejor adaptación durante y después de la cirugía.

### 3.2.5 Aspectos relacionados con el post-trasplante

Una vez que se han reunido los requisitos previos de evaluación, es momento de realizar la cirugía de trasplante. En los casos de cirugía de donante vivo, la preparación previa incluye un proceso psicoeducativo que atiende tanto elementos informativos sobre las características y acciones a realizar para en el donador y el receptor, como el desarrollo de herramientas que podrán ser de utilidad al momento de realizar la cirugía y durante el postoperatorio, ya que en el caso de los receptores de TR. Ambos actores suelen

permanecer en hospitalización prolongada en condiciones de aislamiento, a fin de minimizar la posibilidad de contacto con posibles agentes infecciosos que pondrían en riesgo la vida del paciente o la supervivencia del injerto, dadas las condiciones de inmunosupresión.

Para la cirugía con donador cadavérico, además de los elementos anteriores, debe prepararse al paciente para una posible negativa de trasplante. El procedimiento habitual cuando existe una donación consiste en hacer pruebas de compatibilidad con los pacientes registrados en lista de espera y se selecciona a los candidatos en función los resultados de las pruebas cruzadas, tomando como prerrequisito una prueba cruzada negativa, presencia de ADEs (Presencia de Anticuerpos Donador-Específico), tipificación HLA y compatibilidad por grupo y Rh por lo que suelen citarse de dos a cuatro (o más) posibles candidatos que se evaluarán, pese a que generalmente se realizan sólo dos trasplantes por ocasión. Además, los pacientes en lista de espera que desarrollen alguna condición que contraindique temporalmente el trasplante por un periodo mayor a seis meses, se inactivarán, el paciente conservará su posición en la lista de espera al resolverse el problema responsable de la inactivación (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2015).

Por estas razones la preparación previa al trasplante constituye un elemento indispensable para reducir la ansiedad y desarrollar estrategias de afrontamiento que permitan al paciente enfrentar una posible negativa de trasplante.

Sin embargo, aun cuando la cirugía se realiza exitosamente, el TR en sí mismo conlleva una serie de cambios para el estilo de vida del paciente y su familia aunados a la posibilidad de rechazo y/o pérdida del injerto.

Existen una serie de factores de riesgo identificados para desarrollar la Nefropatía Crónica del Injerto (NCI) y la posterior pérdida: mala compatibilidad HLA entre donante y receptor, sensibilización post trasplante frente a los antígenos HLA del donante, episodios de rechazo agudo, el retraso en la función del injerto y las dosis excesivamente bajas de inmunosupresores que aceleran la progresión de la NCI, además de otros factores como: donante de edad avanzada, la hipertensión, la proteinuria, el tabaquismo, la hiperlipidemia,

la obesidad y la nefrotoxicidad de algunos inmunosupresores -ciclosporina y tacrolimus- (Gallego, Pérez, & Llamas, 2006).

Tanto un adecuado seguimiento médico como la oportuna intervención psicológica pueden favorecer un mejor ajuste a las nuevas condiciones de vida e incluso reducir los riesgos asociados al rechazo del injerto debidos al comportamiento (adherencia) del paciente.

Mena-Nájera, Barragán-Fuentes, y Gómez-de-Regil, (2014) realizaron una búsqueda sistemática para identificar los resultados publicados en materia de intervenciones psicológicas en pacientes de trasplante renal pre y post intervención quirúrgica. Encontraron que las intervenciones previas al trasplante se enfocaron en la predicción de la adherencia al tratamiento, calidad de vida y la aceptación/ rechazo del injerto, mientras que las intervenciones postrasplante se enfocaron en los beneficios de la psicoterapia sobre el bienestar y el estado de ánimo del paciente trasplantado mostrando resultados positivos de las intervenciones.



## CAPÍTULO 4. PROGRAMA DE TRASPLANTES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Teniendo como antecedente la colaboración previa entre el Hospital Juárez de México y la Residencia en Medicina Conductual, específicamente en el Servicio de Trasplantes desde marzo de 1999, se incluye la participación de residentes de Medicina Conductual en este servicio, cuyo objetivo es la formación y capacitación de recursos humanos en salud.

### 4.1 Modelo de atención del Programa de Trasplantes del HJM

El modelo de atención del HJM involucra la participación conjunta de un equipo multidisciplinario y se encuentra conformado por tres programas: programa de trasplante de riñón, de córnea y de médula ósea.

La organización de acuerdo a lo que describe Urbina et. al., (2005) es la siguiente:

- Comité Interno de Trasplantes de Órganos y Tejidos, requisito legal establecido en el artículo 316 en el título XIV de la Ley General de Salud.
- Responsable del Programa de Trasplantes, quien tiene entre algunas de sus funciones, verificar que los trasplantes se realicen de conformidad con los requisitos que establece la ley, con la máxima seguridad y de acuerdo con principios de bioética.
- Coordinación de las Donaciones de Órganos y Tejidos, responsable de captar al posible donador cadavérico, plantear la donación, convertir las donaciones potenciales en donaciones reales, llevar el registro de “lista de espera” de receptores a trasplante de fuente cadavérica, enlazar al Programa Hospitalario con el Centro Nacional de Trasplantes y múltiples actividades relacionadas.
- Subcomité de Trasplante Específico. Cada programa de trasplantes tiene un subcomité especializado en su área, que cuenta con un responsable, procuradores de órganos y tejidos, y cirujanos de trasplantes.

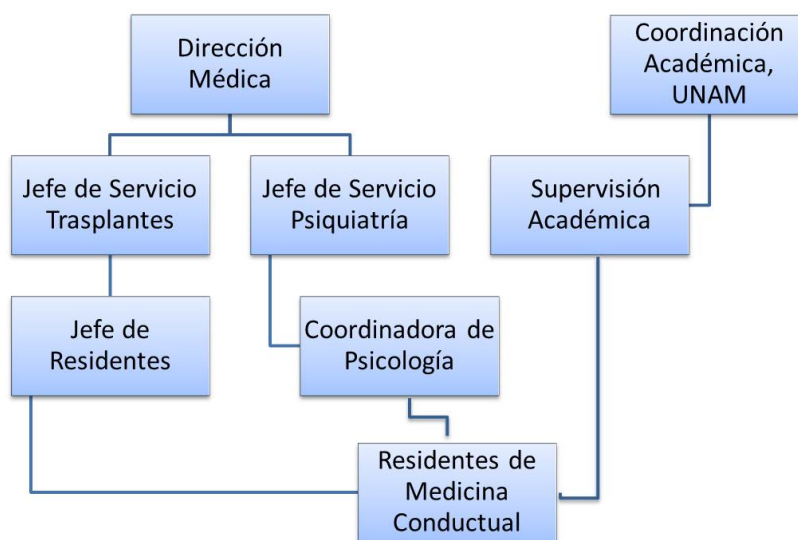
En el servicio de trasplante renal, el modelo de atención incluye tres áreas: médica, psicológica y de trabajo social, que brindan atención profesional a los pacientes y a su

familia a través de protocolizar cada caso a fin de adecuar a los pacientes receptores para trasplante.

La importancia de contar con un equipo multiprofesional integrado radica en la complejidad médica, psicológica, social e incluso legal que implica un trasplante de esta naturaleza, dadas las características clínicas, incidencia y prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica, la escasez de órganos para donación y los costos económicos derivados de los procedimientos médico quirúrgicos.

#### 4.2 Características de la sede de Residentes de Medicina Conductual

El organigrama (Figura 2) para el desarrollo y supervisión de actividades del residente de Medicina Conductual del servicio de trasplantes del HJM está constituido de la siguiente manera:



*Figura 2. Organigrama de la sede de la Residencia en Medicina Conductual en el Servicio de Trasplantes. Elaboración propia conforme a la descripción establecida en el Programa de Trabajo de la Residencia en Medicina Conductual para el Periodo del 1 de Marzo de 2008 al 28 de Febrero de 2009*

En México se cuenta con 478 centros activos de trasplantes de órganos y tejidos distribuidos en instituciones públicas y privadas (Centro Nacional de Trasplantes, 2015).

Los trasplantes de riñón se llevan a cabo en 27 estados de la República, destacando Ciudad de México, Jalisco, Guanajuato, Nuevo León, Puebla, Coahuila, Veracruz, San Luis Potosí Estado de México, Aguascalientes, Sonora, Baja California, Chihuahua y Yucatán. Estas entidades federativas son responsables de la realización del 90.6% del total de trasplantes renales a nivel nacional (Centro Nacional de Trasplantes, 2015; Dib-Kuri, Aburto-Morales, Espinosa-Álvarez, & Sánchez-Ramírez, 2005).

No existen estadísticas precisas del número de trasplantes renales efectuados en el Hospital Juárez de México (HJM). Sin embargo, se estima que desde que su Programa de Trasplantes inició sus funciones en 1991 hasta 2004, se habían realizado 184 trasplantes de riñón (Urbina, Bazán, & Galindo, 2005). Durante marzo de 2008 a febrero de 2009 (período que contempla la estancia en sede del presente reporte) se efectuaron un total de 6 trasplantes renales.

El HJM atiende a población abierta de bajos recursos económicos, generalmente, sin servicio médico de alguna otra institución, que tienen que pagar su atención médica por medio de cuotas de recuperación que se asignan a través de un estudio socioeconómico (Urbina, Bazán, & Galindo, 2005).

#### 4.2.1 Programa Operativo del Programa de Residencia en Medicina Conductual

El Programa Operativo de Medicina Conductual en el servicio de Trasplantes del Hospital Juárez de México (Programa de Trabajo de la Residencia en Medicina Conductual para el Periodo del 1 de Marzo de 2008 al 28 de Febrero de 2009, s/f), contempla que el alumno sea capaz de:

- Desarrollar programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica a nivel individual.
- Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.

- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
- Favorecer en los pacientes la adhesión a la terapéutica médica.
- Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de problemas tales como ansiedad, depresión, estrés, habilidades de afrontamiento defectuosas, etc.

El Programa de Trabajo de la Residencia en Medicina Conductual para el Periodo del 1 de Marzo de 2008 al 28 de Febrero de 2009, (s/f), refiere también los objetivos cognoscitivos, destrezas y actividades a desarrollar por los residentes durante su estancia en el Servicio de Trasplantes del HJM y se indican en la tabla 1:

*Tabla 1. Actividades, objetivos y destrezas a desarrollar por el residente de Medicina Conductual en el Servicio de Trasplantes*

<b>Objetivos Cognoscitivos (Entrenar al residente en...)</b>	<b>Destrezas a desarrollar por el residente</b>	<b>Actividades a desarrollar por el residente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El trabajo multidisciplinario en escenarios clínicos.</li> <li>• Las habilidades terapéuticas necesarias para el manejo de pacientes con problemas crónicos.</li> <li>• La evaluación conductual y (en su caso) el diagnóstico.</li> <li>• El manejo de las técnicas cognitivo-conductuales en salud.</li> <li>• La elaboración, aplicación y evaluación de programas de intervención en el tratamiento de problemas psicológicos derivados del problema médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de trabajo en un equipo multidisciplinario en escenarios hospitalarios</li> <li>• Habilidades de entrevista clínica en pacientes con enfermedad renal crónica y sus familiares.</li> <li>• Habilidades para la evaluación conductual o el diagnóstico en pacientes con enfermedad renal crónica.</li> <li>• Habilidades de elaboración, aplicación y evaluación intervenciones para prevenir, tratar o rehabilitar pacientes con enfermedad crónica</li> <li>• Práctica de intervenciones que favorezcan la adhesión a la terapéutica médica</li> <li>• Práctica del manejo de técnicas cognitivo-conductuales a fin de disminuir niveles de estrés, ansiedad y depresión en los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevistar pacientes candidatos a trasplantes y a los posibles donadores</li> <li>• Evaluar conductualmente a los pacientes aplicando distintos instrumentos válidos y confiables.</li> <li>• Planear las metas de intervención para cada paciente considerando su tiempo de estancia intrahospitalaria y las posibilidades de seguimiento.</li> <li>• Instrumentar programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica, adaptando el programa a cada paciente</li> <li>• Registrar la información en los formatos establecidos</li> <li>• Practicar, entre otras, las siguientes técnicas específicas para el tratamiento de sus pacientes: detección y modificación de sesgos o defectos cognitivos, relajación profunda, imaginación guiada, manejo de contingencias,</li> </ul>

---

pacientes con enfermedad crónica.	entrenamiento en: asertividad, establecimiento de habilidades interpersonales, detención del pensamiento, solución de problemas, autocontrol y manejo de la depresión
<ul style="list-style-type: none"><li>• Habilidades para evaluar los efectos de las intervenciones instrumentadas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Canalizar los casos que no sean de su competencia al personal correspondiente</li><li>• Realizar el seguimiento de los pacientes</li><li>• Registrar la información en formatos e instrumentos adecuados</li><li>• Evaluar el impacto del tratamiento</li></ul>

---

## CAPÍTULO 5. INFORME DE ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE MEDICINA CONDUCTUAL EN EL SERVICIO DE TRASPLANTES DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

De marzo de 2008 a febrero de 2009 se realizaron actividades como residente de primer año en el Hospital Juárez de México (HJM) se presentan a continuación los lineamientos operativos conforme al programa operativo de Medicina Conductual y un resumen de las actividades realizadas en el servicio de Trasplantes

### 5.1 Seguimiento de protocolo del paciente candidato a trasplante renal

La principal actividad del Residente de Medicina Conductual en el servicio de Trasplante Renal del HJM, consiste en la preparación y evaluación psicológica de los pacientes con ERC candidatos a TR.

Dados los requisitos médicos y legales que implica la cirugía de trasplante, existe un protocolo claro y definido que describe las características físicas, sociales y psicológicas que un paciente debe reunir para ser considerado como candidato apto para el TR, el protocolo interno de trasplante del HJM se describe en la figura 3 (Servicio de Trasplantes, 2008).

En éste se especifican los pasos y elementos para la toma de decisiones que orientan al equipo de trasplantes para determinar si un candidato se considera apto o no, en función de los hallazgos clínicos, psicológicos, y sociales para ser trasplantado, al mismo tiempo que delimitan las actividades de cada elemento del equipo de trasplantes y el curso de acción en aquellos casos donde se identifican contraindicaciones

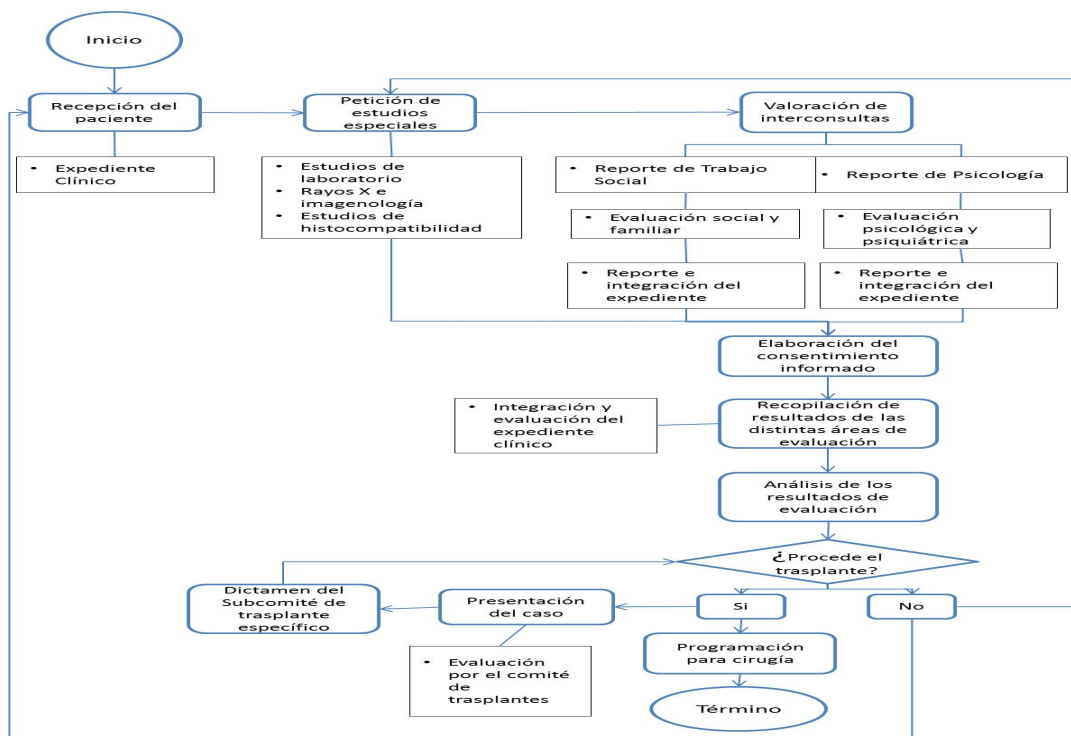


Figura 3. Lineamientos y requisitos del Protocolo de trasplante del Hospital Juárez de México. Manual de procedimientos, Servicio de Trasplantes. Hospital Juárez de México, 2008

La participación del residente de Medicina Conductual suele iniciar desde la consulta externa donde los pacientes con ERC acuden por referencia médica de servicios como nefrología y medicina interna buscando una opción de tratamiento que mejore su calidad de vida y continúa, más que concluir, con el monitoreo del paciente trasplantado. La Tabla 2 reporta las características del total de la población atendida (469 pacientes), tanto en consulta externa como en las pláticas de primera vez, consultas programadas y sesiones de pase mensual, e incluye a los posibles receptores, donadores y sus familias, las actividades descritas en el rubro de “consulta externa” y “plática de primera vez” incluyen a estos pacientes. Sin embargo, las actividades reportadas se referirán sólo a los casos donde hubo participación directa del residente de Medicina Conductual e incluyó al menos una sesión de entrevista y seguimiento. Estos datos se describen en la Tabla 3, las actividades reportadas en lo subsecuente se describirán en función de éstos últimos.

Tabla 2. Datos sociodemográficos del total de la población atendida

<b>N= 469</b>		<b>n(%)</b>
<b>Sexo</b>	Hombres	270 (57.6)
	Mujeres	199 (42.4)
<b>Grupo de edad</b>	Niños <11 años	3 (0.6)
	Adolescentes 12 a 17 años	92 (19.6)
	Adultos >18 años	374 (79.7)
<b>Tipo de consulta</b>	Primera vez	194 (41.4)
	Subsecuente	270 (57.6)
	Interconsulta	5 (1.1)
<b>Tipo de paciente</b>	En protocolo TR	175 (37.3)
	Postrasplante	34 (7.2)
	Plática de primera vez	30 (6.4)
	Lista de espera	55 (11.7)
	Consulta externa	153 (32.6)
	Otros	22 (4.7)

Tabla 3 datos sociodemográficos de los pacientes en evaluación y/o seguimiento por el residente de Medicina Conductual

<b>N= 72</b>		<b>n (%)</b>
<b>Sexo</b>	Hombres	40 (55.6)
	Mujeres	32 (44.4)
<b>Grupo de edad</b>	Adolescentes 12 a 17 años	17 (23.6)
	Adultos >18 años	55 (76.4)
<b>Tipo de atención</b>	Entrevista	12 (16.7)
	Evaluación	16 (22.2)
	Entrenamiento/preparación para TR	14 (19.4)
	Trans operatorio	4 (5.6)
	Seguimiento	15 (20.8)
	Baja	7 (9.7)
	Exclusión de protocolo de TR	4 (5.6)

Durante la consulta externa y en coordinación con el equipo médico se identifica a los pacientes candidatos a trasplante con el fin de elaborar y/o actualizar el expediente psicológico, el procedimiento habitual incluye distintas actividades que se describen a continuación



### 5.1.1 Derivación en consulta externa a trabajo social para programación de plática de primera vez

Se atendió a un total de 153 pacientes en consulta externa, lo cual incluye tanto las citas de seguimiento como las consultas de primera vez en el servicio, donde una vez que el cirujano de trasplante evalúa las condiciones físicas del paciente con ERC, éste es referido a la coordinación de TR para que Trabajo Social programe una reunión con el paciente, su familia y posibles donadores en dónde el equipo de TR explicará los requisitos y actividades a realizar durante el protocolo.

### 5.1.2 Plática de primera vez con el paciente y sus familiares

La plática de primera vez constituye el primer acercamiento formal del paciente y su familia con el equipo multidisciplinario del servicio de Trasplantes. Forma parte del protocolo de trasplante avalado por el Hospital Juárez de México y tiene como objetivo, dar a conocer a los pacientes y familiares los requisitos, lineamientos, y criterios médicos, legales, psicosociales y económicos necesarios para realizar un trasplante de riñón. 194 pacientes fueron atendidos en esta modalidad, con un total de 30 pláticas de primera vez, con una o dos familias por sesión. En esta modalidad se cuenta con el apoyo del personal médico y de trabajo social a fin de explicitar los criterios y procedimientos de evaluación de los posibles receptores y/o donadores. Las actividades particulares del residente de Medicina Conductual en esta plática incluyen el reforzamiento y retroalimentación de la información proporcionada por el equipo médico respecto a los tipos de protocolo con que se cuenta (donador vivo y donador cadavérico), sobre la evaluación médica, procedimientos y riesgos quirúrgicos, complicaciones y efectos adversos del tratamiento inmunosupresor y periodo de aislamiento. Además:

- Establecer la importancia del manejo multidisciplinario
- Describir los criterios psicológicos de inclusión para donadores y receptores renales (capacidad de comprensión, aceptación voluntaria, donación altruista, ausencia de síntomas psicopatológicos, etc.)
- Describir el procedimiento de evaluación psicológica (autoregistros, batería psicométrica, entrevistas, etc.)

- Delimitar el tipo de atención psicológica que se brinda en el servicio
- Explicar la importancia de la adherencia terapéutica
- Explicar la importancia del estado emocional del paciente en el proceso de trasplante pre, trans y post operatorio.
- Explicar la importancia y las conductas esperadas durante el período de aislamiento
- Manifestar la importancia del apoyo social y familiar
- Identificación de posibles sesgos y/o deficiencias de información en relación a la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) y el trasplante renal
- Proporcionar retroalimentación al paciente y los familiares

### 5.1.3 Evaluación psicológica de donadores y receptores candidatos a trasplante

Los siguientes datos corresponden a los pacientes descritos en la Tabla 2, se atendió a un total de 72 pacientes, predominantemente hombres con edades comprendidas de los 16 a los 65 años. Una vez que los pacientes han iniciado el protocolo de trasplante se citan para iniciar la evaluación psicológica, que tiene como objetivo determinar las aptitudes cognitivas para la comprensión de la cirugía de trasplante, identificar las intenciones de la donación (en el caso de los donadores), identificar conductas de riesgo que atenten contra la evolución de la enfermedad y/o el trasplante (como la falta de apego al tratamiento, adicciones, etc.) y descartar problemas psiquiátricos que contraindiquen el trasplante. De acuerdo a los datos de la Tabla 2, el perfil característico del paciente atendido (55.6 % del total) es hombre, mayor de 18 años que acude a consulta subsecuente en evaluación para protocolo de trasplante. El proceso habitual de evaluación se apoya en:

- Entrevista estructurada para trasplante renal: Consiste en una serie de preguntas que buscan conocer la información que tienen los pacientes sobre la enfermedad renal crónica, los cuidados higiénico dietéticos requeridos y el conocimiento sobre el proceso de trasplante.
- Batería de pruebas psicológicas: Se emplean distintas pruebas psicológicas a fin de identificar alteraciones cognitivas, emocionales, comportamentales y/o psiquiátricas que contraindiquen la realización del trasplante. La selección de instrumentos depende del juicio del terapeuta derivado de la

información de la entrevista clínica, sin embargo, la batería básica de evaluación la integran:

- Escala de 16 Factores de Personalidad 16-PF (Cattell, Eber & Tatsuoka, 1980)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado et al., 1998)
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Tafoya, Gómez, Ortega, & León, 2006)
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983).
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) (Díaz-Guerrero, & Spielberger, 1975)
- Autoregistros varios

La evaluación, además de efectuarse en las sesiones programadas para protocolo de TR, también se realiza durante la consulta externa, en las sesiones de pase mensual (en pacientes en lista de espera) y con los pacientes en hospitalización. Los instrumentos empleados permiten una aproximación diagnóstica a las condiciones del paciente. La Tabla 4 resume los diagnósticos identificados en la población atendida, cabe mencionar que conforme a los criterios del expediente clínico del HJM, la impresión diagnóstica debe efectuarse siguiendo los lineamientos del DSM-IV. Sin embargo, para tener una aproximación más cercana acorde al modelo explicativo que fundamenta a la Medicina Conductual como disciplina científica, se establecieron características diagnósticas resultantes de la evaluación cognitiva y conductual.

Los datos muestran un porcentaje 25% de pacientes sin ningún tipo de diagnóstico utilizando los criterios del DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1994) y que representan aquellos pacientes que no cumplían los criterios diagnósticos para considerar que presentaban algún trastorno psiquiátrico. La mayoría de los pacientes presentaba problemas identificados bajo el rubro de “otros problemas de atención psicológica”; en esta línea se identifican la falta de apoyo social, los problemas relacionados a la falta de adherencia terapéutica o las condiciones socioeconómicas que representan un obstáculo para la adecuada adaptación a la enfermedad.

Tabla 4. Diferencias entre los diagnósticos realizados siguiendo a) criterios del DSM-IV y b) Evaluación cognitivo conductual

Clasificación diagnóstica de la población atendida (N= 72)			
Diagnóstico DSM-IV	n (%)	Diagnóstico Cognitivo-Conductual	n (%)
Ninguno	18 (25)	Ninguno	4 (5.6)
Otros problemas de atención clínica	27 (37.5)	Depresión	8 (11.1)
T. del estado de ánimo	9 (12.5)	Déficit en adherencia terapéutica	9 (12.5)
T. adaptativos	9 (12.5)	Déficit en solución de problemas y/o toma de decisiones	6 (8.4)
T. mentales debidos a enfermedad médica	3 (4.2)	Distorsiones cognitivas relacionadas con el proceso de TR	6 (8.4)
T. de ansiedad	4 (5.6)	Ansiedad	12 (16.7)
T. del control de impulsos	2 (2.8)	Déficit en autocontrol emocional	27 (5.8)
		Falta de apoyo social	14 (3)
		Distorsión de la imagen corporal	10 (2.1)
		Déficit habilidades sociales	9 (1.9)
		Otros	7 (1.5)

Bajo la línea de trastornos adaptativos y trastornos del estado de ánimo, le mayoría se identificaron como alteraciones secundarias al diagnóstico de la enfermedad (ERC) las principales manifestaciones de dichos trastornos suelen ser distimia y/o depresión, enojo y negación o resistencia al tratamiento médico y psicológico.

Respecto a la evaluación cognitivo-conductual sólo 5.6% corresponde a la categoría de “ninguno”, esto aplica sobre todo a los pacientes atendidos durante la consulta médica en los que no fue posible realizar una evaluación psicológica. En estos casos la intervención se limitó a proporcionar información, retroalimentación y se indagó sobre la historia de enfermedad y el estilo de vida del paciente y la familia.

La ansiedad secundaria a la enfermedad o anticipatoria al procedimiento de trasplante se identifica como el diagnóstico más frecuentemente reportado, la falta de adherencia terapéutica, la depresión o los síntomas depresivos y el déficit de autocontrol emocional representan un porcentaje importante de los diagnósticos encontrados. Asimismo, las

distorsiones cognitivas en relación a la enfermedad o a las habilidades personales para enfrentar la enfermedad y la falta de información manifestada en la presencia de distorsiones cognitivas sobre la enfermedad, representan también una problemática frecuente entre los pacientes atendidos.

Una vez concluida la evaluación, se realiza el “Reporte de Psicología”, en este reporte se integran los resultados de la batería de pruebas aplicadas y la entrevista realizada, apoyado también en las notas del expediente clínico registradas durante el proceso de evaluación a fin de dar cuenta de los hallazgos identificados, las estrategias de intervención, el cumplimiento de objetivos terapéuticos, el seguimiento de la intervención psicológica, para determinar si el paciente cumple con los requisitos psicológicos del protocolo de trasplante, mismos que se especifican en el reporte que debe incluir el visto bueno del jefe de psiquiatría del hospital.

#### 5.1.4 Programa de tratamiento

El programa de intervención se planifica en función de los hallazgos de evaluación identificados de acuerdo con las necesidades de cada paciente, sin embargo, las áreas de intervención comunes son:

- Psicoeducación sobre la ERC y el trasplante renal. Se proporciona y retroalimenta información sobre los factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la ERC y el TR
- Reforzamiento de estrategias para promover adherencia terapéutica: particularmente adherencia a la dieta, el tratamiento farmacológico y al tratamiento dialítico, que puede ser diálisis peritoneal o hemodiálisis
- Solución de problemas: orientado al afrontamiento de eventos relacionados con la enfermedad, y situaciones familiares y/o económicas que afectan el curso del tratamiento de la ERC o el protocolo de TR, se busca de manera paralela el desarrollo de habilidades que fortalezcan las redes de apoyo social
- Preparación para procedimientos invasivos: Abarca desde la preparación para venoclisis (colocación de catéter para tratamiento de hemodiálisis), catéter para diálisis peritoneal hasta la cirugía de TR. Consiste en un proceso

psicoeducativo sobre la función y características del procedimiento, el entrenamiento específico en habilidades de autocuidado y entrenamiento en relajación aplicable durante el procedimiento quirúrgico.

La Tabla 5 muestra las estrategias de atención psicológica en la población atendida. La mayor proporción la representan los pacientes que se encuentran en evaluación psicológica para protocolo de trasplante, seguida del número de pacientes que se encuentra en tratamiento cognitivo conductual según la problemática psicológica identificada. En la mayoría de los casos los pacientes continuaban activos en el servicio, bien por evaluación para protocolo de TR, por monitoreo postrasplante o en lista de espera, los pacientes identificados bajo el rubro de “baja” representan las defunciones o la pérdida de seguimiento por inasistencia la servicio y los que se encuentran en el rubro de “exclusión” representan principalmente a los donadores renales que no fueron candidatos médicamente aptos para trasplante.

Dentro de las actividades del servicio se incluyen las intervenciones psicológicas coadyuvantes o facilitadoras para los procedimientos médicos realizados. Los procedimientos específicos a los que se asistió lo encabezan los trasplantes, las colocaciones de catéter y las nefrectomías, donde la intervención psicológica consistió en la preparación para procedimientos invasivos que incluye psicoeducación sobre la cirugía y entrenamiento en relajación, además de acompañamiento al momento de la cirugía. Se asistió también al personal médico durante la comunicación de malas noticias; las defunciones atendiendo a los pacientes y familiares que así lo requerían; intervenciones en crisis para pacientes hospitalizados y que acudieron a consulta psicológica en estado emocional crítico.

De los pacientes a quienes se liberó protocolo, se trasplantaron un total de seis, dos de donador cadavérico, una pareja en protocolo de vivo relacionado y otra pareja en protocolo de vivo no relacionado.

Tabla 5 Estrategias de evaluación/intervención empleadas con la población atendida

<b>Estrategias de evaluación/intervención empleadas con la población atendida (N= 72)</b>	
	<b>n (%)</b>
Entrevista	10 (13.9)
Evaluación psicométrica para protocolo de TR	6 (8.3)
Intervención grupal	2 (2.8)
Seguimiento	1 (1.4)
Psicoeducación para protocolo de TR/ERC	19 (26.4)
Tratamiento cognitivo-conductual específico	14 (19.1)
Intervención en crisis	1 (1.4)
Acompañamiento terapéutico	1 (1.4)
Preparación para procedimientos invasivos	12 (16.7)
Comunicación de malas noticias	6 (8.4)

#### 5.1.5 Seguimiento de pacientes que no han concluido el protocolo, en lista de espera y/o Trasplantados

De acuerdo con las cifras reportadas anteriormente, el número de pacientes con ERC se incrementa exponencialmente, mientras que los trasplantes realizados continúan siendo insuficientes. El caso del HJM no es la excepción, por lo que el grueso de la población atendida lo constituyen pacientes que han iniciado protocolo de TR, pero cursan con problemas físicos, como descompensaciones, infecciones, etc., que son frecuentes en el curso de la ERC y/o dificultades económicas que impiden solventar los gastos requeridos para los múltiples estudios médicos necesarios. En este caso, la tarea del psicólogo consiste en establecer estrategias que faciliten la adherencia al tratamiento y reduzcan las posibilidades de complicaciones médicas, proporcionar estrategias de solución de problemas, búsqueda de apoyo social, y atención al estado emocional (ansiedad, depresión, indefensión, etc.). No obstante, los alcances de la intervención psicológica son restringidas por las dificultades económicas y sociales reales (más que percibidas) a las que la población con ERC y sus familias se enfrentan.

Un segundo escenario en este rubro lo constituyen los pacientes en lista de espera, que han completado el protocolo de evaluación para TR y se consideran candidatos aptos, pero no tienen un donador vivo, por lo que su posibilidad de ser trasplantados recae en la donación cadavérica. El despliegue de estrategias de afrontamiento que permitan reducir la ansiedad

y favorezcan el mantenimiento de la salud es indispensable para mantener el estado funcional y psicológico durante el tiempo de espera que puede ser, según los datos reportados de 0 a 6 años (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, 2015). Por tal motivo, también se trabajó en modalidad grupal con los pacientes en lista de espera. Se realizaron sesiones mensuales teórico-prácticas con contenidos relacionados al proceso del trasplante y la modificación del estilo de vida.

En el caso de los pacientes que ya han sido trasplantados, la tarea del psicólogo consistía en el monitoreo de la adherencia al tratamiento farmacológico que el paciente trasplantado debe tomar durante todo el tiempo que dure la vida útil del injerto; el monitoreo de las condiciones de estilo de vida del paciente, particularmente aquellas relacionadas con la dieta y la actividad física y su reincorporación a las actividades familiares, sociales, laborales y/o académicas.

#### 5.1.6 Evaluación y seguimiento de pacientes hospitalizados

Las actividades principales en el caso de los pacientes hospitalizados consistieron en el manejo de la ansiedad y la depresión hospitalaria. La ruta en el seguimiento de pacientes hospitalizados se organizaba en intervenciones paso a paso, pero en general el procedimiento era:

- Entrevista: Su propósito era reunir datos generales, familiares y de la enfermedad del paciente.
- Análisis funcional: servía para relacionar las variables relacionadas con la presencia de ansiedad, depresión o algún otro trastorno emocional además de identificar las variables que mantenían dichos comportamientos durante la estancia hospitalaria y así prescribir la intervención.
- Psicoeducación para pacientes y familiares en protocolo de trasplante: se brindaba información especializada sobre el procedimiento para trasplante, riesgos y complicaciones del mismo, así como las dimensiones físicas y psicológicas involucradas en el caso.
- Intervención Cognitivo-Conductual para el manejo de la ansiedad: las técnicas utilizadas dependían del resultado en el análisis funcional. La decisión del uso de las técnicas dependía de las fuentes identificadas ya fuera originada por una distorsión



cognitiva acerca de la enfermedad y entonces se priorizaba el uso de alguna técnica de reestructuración cognitiva o de autocontrol, o bien la ansiedad era causada por ser el estrés físico en ese caso se utilizaba alguna técnica de relajación, ya fuera relajación muscular progresiva o autógena. En su mayoría los métodos de intervención eran combinados.

- Intervención Cognitivo-Conductual para depresión: con base en los resultados de la entrevista se determinaba si se trataba de un trastorno depresivo mayor, una distimia o específicamente un proceso de desorganización cognitiva asociado únicamente a la enfermedad. Los casos de distimia y depresión mayor debían ser canalizados al psiquiatra, pero en los casos de los pacientes con síntomas depresivos se prescribían técnicas.
- Atención y asistencia a cuidadores primarios y familiares de los pacientes en hospitalización: Se brindaba apoyo psicológico a los cuidadores de los pacientes con ERC hospitalizados el objetivo era favorecer la descarga emocional y en el trabajo conjunto se construían alternativas para facilitar, en la medida de lo posible, la convivencia con la enfermedad, con la hospitalización, o con los gastos generados por la hospitalización.
- Comunicación de malas noticias: se apoyaba al equipo médico acompañando en la comunicación de malas noticias y se atendía a aquellos pacientes o familiares que quedaban alterados por la información. Generalmente la noticia se relacionaba con la pérdida de la vida del paciente, la baja probabilidad de éxito de algún procedimiento o la exclusión del donador o receptor por razones médicas del protocolo de trasplante. El objetivo de la intervención era brindar acompañamiento terapéutico o algún recurso que fuera de utilidad para apoyar al caso, dado que en esas condiciones era frecuente la pérdida de la estabilidad emocional o social.
- Intervención en crisis: este tipo de intervención se utilizaba cuando algún paciente o familiar perdía la estabilidad emocional por causas relacionadas a la carga de la enfermedad o producto de las complicaciones. El objetivo era romper con alguna cadena conductual que mantenía la crisis y reestablecer con ello el control emocional, además de planear junto al paciente una estrategia para resguardar el bienestar emocional y físico.

- Otros recursos: En otros casos, las técnicas de intervención no constituyen un recurso de apoyo para el paciente, es necesario entonces, identificar si alguna modificación en el ambiente, la realización de alguna tarea, o la ejecución de alguna petición específica del paciente podría generar efectos positivos en los síntomas ansiógenos o depresivos del paciente.

La atención específica se realizaba en la unidad de aislamiento, en hospitalización para interconsultas, o bien en quirófano durante la realización de intervenciones quirúrgicas diversas.

## 5.2 Actividades académicas

Paralelamente a las actividades clínicas, el residente de Medicina Conductual participa en distintas actividades académicas en el servicio de trasplante. Entre estas, las sesiones multidisciplinarias dentro del servicio de trasplantes, las sesiones clínicas y bibliográficas con los psicólogos adscritos del hospital y el supervisor *in situ* y las sesiones generales del hospital una vez por semana.

Las sesiones multidisciplinarias se llevaron a cabo con el equipo de trasplantes incluidos médicos y enfermeras del servicio, la modalidad fue de exposición y retroalimentación con el equipo, con la presentación de algunas temáticas, adherencia terapéutica e intervención en crisis entre otros. Las sesiones clínicas y bibliográficas se llevaron a cabo con los psicólogos adscritos al hospital, el jefe del servicio de psiquiatría y la jefa del servicio de psicología. Tales sesiones consistían en la presentación de un tema de interés relacionado con la psicología, y la presentación y debate de un caso clínico atendido.

Se asistía a supervisiones académicas semanales en las que se discutieron y revisaron los casos clínicos, las actividades dentro del servicio, así como sesiones bibliográficas a cargo de la supervisora. De igual forma se recibió apoyo con problemáticas diversas presentadas al interior del servicio.

## CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Sin lugar a dudas, la actualización y especialización profesional resultan de fundamental importancia tanto para el desarrollo personal como científico, por lo que la experiencia en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con Residencia en Medicina Conductual constituyó una oportunidad única para experimentar de primera mano las necesidades de atención y las áreas de oportunidad en el trabajo con pacientes con Enfermedad Renal Crónico Terminal.

El Hospital Juárez de México es un hospital de la Secretaría de Salud que atiende principalmente a personas sin seguridad social, de escasos recursos económicos tanto de la Ciudad de México y área metropolitana como del interior del país y a pesar de su trayectoria y experiencia en la realización de trasplantes, estas condiciones rebasan los alcances de atención que puede ofrecer a los pacientes. Sin embargo, desde el campo de atención psicológica existen muchas áreas de oportunidad para potenciar el servicio que se ofrece.

### 6.1 Retos y oportunidades del Programa de Residencia de Medicina Conductual en el Servicio de Trasplante Renal

Uno de los principales retos que enfrentan tanto los pacientes con ERC como el sistema de salud, es la escasez de donaciones de órganos que representan una oportunidad de vida para estos pacientes. Si bien el CENATRA, organismo dedicado entre otras cosas a la promoción de la cultura de donación ha hecho una labor importantísima que ha permitido elevar las cifras de donación actual, la psicología ha aportado evidencias que apuntan a la identificación de variables psicosociales relacionadas con la intención de donación (Kern & Thomas, 2012) como la actitud, las normas subjetivas, la anticipación del afecto entre otras, concluyendo que el impacto de las campañas sociales de donación no siempre tienen un efecto directo sobre la intención de donación, y que son dichas variables proximales las que mejor predicen la donación de órganos (O'Carroll, Ferguson, Hayes, & Shepherd, 2012; Van Den Berg, Manstead, Van Der Pligt, & Wigboldus, 2005). El residente de Medicina Conductual, cuenta con las habilidades de investigación necesarias para desarrollar proyectos en la sede hospitalaria que aporten información sobre los mecanismos

de acción de estas variables en la población que atienden, lo que representa la oportunidad idónea para empatar con esto la evidencia científica disponible con la práctica clínica cotidiana.

Otra de las áreas de oportunidad identificadas está relacionada con la descripción del perfil psicosocial del paciente con ERC y la tipificación de las características que predigan un mejor ajuste a las distintas etapas de la enfermedad y el proceso de trasplante. La correcta evaluación psicológica resulta entonces necesaria para la descripción y unificación de criterios apoyados en la evidencia empírica (Fidel et al., 2015), lo que hace evidente la necesidad de actualización de la batería psicométrica y los estudios predictivos que demuestren su utilidad.

En este sentido se podrían desarrollar guías de atención psicológica conforme a los factores de riesgo identificados que incluyera una participación más activa del equipo multidisciplinario, particularmente con el servicio de Trabajo Social. Algunos de los estudios revisados indican que la autonomía y por ende las habilidades de autocuidado resultan favorecidas cuando el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal no suponen una pérdida de los roles sociales del paciente (Braun et al., 2005; Pérez-San Gregorio et al., 2000), programas integrales de inserción laboral o autoempleo podrían traer múltiples beneficios tanto a los pacientes como a sus familiares cuyo desgaste económico generado por la atención del paciente con ERC afecta de manera negativa a su calidad de vida.

Respecto a la intervención psicológica, el fortalecimiento de las redes de apoyo social podría generarse (y eficientarse) al interior del servicio de trasplantes. Las sesiones de pase mensual a las que los pacientes en lista de espera acuden, constituyen los únicos espacios de interacción donde los pacientes pueden compartir sus inquietudes y experiencias. Sin embargo, el estudio de las estrategias de afrontamiento empleadas, y los rasgos de personalidad podrían derivar en intervenciones donde los pacientes con menos recursos psicológicos se beneficiaran de las personas que cuentan o han desarrollado mejores estrategias para afrontar sus condiciones de salud y posibilidades de trasplante.

Algo que resultó evidente fue la escasez de información que se tiene de los pacientes que ya han sido trasplantados. A nivel nacional, existen diversos problemas para dar seguimiento a los pacientes, como la falta de un expediente electrónico único, e incluso el abandono de los

pacientes del servicio y seguimiento médico una vez que la función renal se ha reestablecido. Dichos elementos constituyen obstáculos para estimar su supervivencia y los factores pronósticos para el éxito o la pérdida del injerto, así como los datos objetivos relacionados a la reinserción y rehabilitación social y el estado psicológico de los pacientes. Un manejo más eficiente y un registro más inclusivo de información en el expediente clínico de los pacientes, pueden aportar información retrospectiva y prospectiva para estimar la calidad de vida de los pacientes postrasplantados, por lo que se propone la necesidad de tener un programa de seguimiento a pacientes en esta situación.

## 6.2 Alcances y limitaciones de las actividades del Residente de Medicina Conductual en el Servicio de Trasplante Renal

Las actividades realizadas en el servicio de trasplantes cumplieron los objetivos propuestos por el programa de maestría. Constituyó un espacio para la adquisición tanto de experiencia profesional como el desarrollo de habilidades técnicas. La experiencia con pacientes hospitalizados y sus familiares fue amplia y enriquecedora, el abanico de aprendizajes adquiridos fue desde conocer el padecimiento, la especialización en la evaluación de pacientes pre y postrasplantados, elaboración de informes, intervenciones específicas, el manejo del expediente clínico hospitalario, el trabajo multidisciplinario, hasta responder a las exigencias administrativas del hospital.

Respecto a las habilidades técnicas, el residente en Medicina Conductual se hace experto en la competencia de evaluación cuando pertenece al servicio de Trasplantes, ya que es el encargado del protocolo para trasplante y para el seguimiento de postrasplantados.

De igual manera, el residente desarrolla habilidades para la aplicación de pruebas psicológicas que midan indicadores que permiten decidir si el paciente ser un candidato apto para ser trasplantado. El servicio de psicología tiene gran responsabilidad. El psicólogo tiene la encomienda de predecir que el paciente será capaz de controlar la alimentación, de ser adherente a los medicamentos, de evitar o mantener consumos bajos de tabaco y alcohol, así como tener una calidad de vida sana y sobretodo de tener una autonomía personal, social y económica en su vida cotidiana.

El residente desarrolla la habilidad para recuperar la mayor información posible del caso a través de la entrevista y corrobora dicha información con el empleo de pruebas psicológicas pertinentes, por lo que el criterio clínico es indispensable al momento de seleccionar la batería de pruebas psicológicas, su correcta aplicación y evaluación, ya que dados los aspectos tanto médicos como legales que reviste el trasplante renal, es fundamental minimizar la posibilidad en los fallos de aplicación y evaluación para evitar falsos positivos o falsos negativos en la calificación de dichas pruebas.

Liberar el protocolo de psicología para trasplante, implica conocer si existen o no factores emocionales, cognitivos o comportamentales que pongan en riesgo el bienestar del paciente o la supervivencia del injerto en caso de ser trasplantado, dicho documento es presentado al comité de trasplantes para que, en conjunto, se determine la pertinencia de la cirugía. Como se mencionó, existen pocas condiciones psicológicas que constituyan contraindicaciones absolutas, en el común de los casos ante la presencia de factores psicológicos de riesgo, el informe incluye también posibles intervenciones para ayudar al paciente a superarlas y el pronóstico para ese caso desde el punto de vista psicológico, por lo que es fundamental la correcta toma de decisiones clínicas por parte del residente de Medicina Conductual.

La psicoeducación es otra competencia a desarrollar en el residente. Cuando se decidía que un paciente o un donante eran aptos, se les preparaba para los procedimientos invasivos como la colocación de catéter, el proceso del protocolo y la cirugía del trasplante, así como los cambios en el estilo de vida requeridos antes, durante y después de la cirugía. La intención era mostrar los indicadores que debían cumplir para ser candidatos o para estar en la lista de espera. La psicoeducación era el primer paso para identificar algún déficit en los pacientes y diseñar intervenciones para mejorar los recursos cognitivos o conductuales necesarios para el proceso de trasplante.

Las técnicas de intervención demostraron impactar positivamente en algunas áreas de la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares. La evidencia de la eficacia en las técnicas de intervención cognitivo-conductual ratifican que se pueden usar con este tipo de población, ya sea en los marcadores clínicos o como estrategia de ajuste a los cambios psicosociales que acarrea la enfermedad. En general, las técnicas utilizadas fueron la reestructuración cognitiva, la terapia racional emotiva, las técnicas de autocontrol y de

retroalimentación biológica. También la intervención en crisis y el manejo de contingencias, cada una para los diferentes casos.

La intervención se utilizaba únicamente cuando se determinaba que alguna variable psicológica influía en el mantenimiento óptimo de las condiciones de salud de los pacientes. Para tal efecto se utilizaban estrategias de intervención cognitivo conductual que, en muchos casos, requerían adecuaciones específicas para su empleo en pacientes con ERC, corroborando su eficacia clínica. Un ejemplo de estas adecuaciones lo constituye el uso de estrategias para la modificación de hábitos alimenticios. En pacientes clínicos habituales - físicamente sanos-, los objetivos suelen estar dirigidos al cumplimiento de una dieta saludable -variada, completa, higiénica y nutritiva-. Si bien el objetivo en el caso de pacientes con ERC suele ser similar, es decir, favorecer un óptimo estado de salud, las metas específicas varían sustancialmente dada la condición de enfermedad.

Las técnicas de intervención recomendadas en el cambio del régimen alimenticio para ambos casos son, el manejo de contingencias, las técnicas de autocontrol y el balance decisional. Algunas de las competencias fomentadas o comportamientos objetivo en los pacientes con ERC que requerían de adecuaciones en la técnica son:

- Ingesta de líquidos: En muchos casos las técnicas de intervención se utilizan pensando en modificar las cogniciones o las conductas instrumentales, pero con este tipo de pacientes las estrategias de cambio tienen un componente contextual importante: la ingesta de líquidos recomendados por día oscila entre 500 a 1500 ml, incluidos en este conteo tanto el consumo de agua como el líquido contenido en caldos y sopas, por lo que el control de la cantidad ingerida requería también el empleo de medidores de agua, el uso de botellas de plástico con medidas específicas y el empleo de recipientes medidores para el consumo de alimentos, que en conjunto, aumentaban la probabilidad de que el paciente tomara la cantidad de líquidos recomendados .
- Adherencia al tratamiento farmacológico: La elaboración de planes de adherencia, los recordatorios en agenda o telefónicos y el manejo de las contingencias son las técnicas sugeridas para éste propósito. En el caso de los pacientes con ERC “tomar pastillas” implica la ingesta de líquido, sin embargo, dadas las restricciones en su consumo, frecuentemente se proponían técnicas de condicionamiento clásico para

ayudar al paciente a salivar y facilitarle “tragar” los medicamentos sin la necesidad de tomar agua, esto debido a que el régimen farmacológico de los pacientes con ERC incluye entre seis y doce medicamentos, lo que implica la ingesta de al menos  $\frac{1}{4}$  de litro de agua que debe contabilizarse como parte del consumo de líquidos permitidos por día, así, la salivación permitía la toma de medicamentos sin consumo de agua adicional.

Finalmente, el programa de Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual desarrolla sus programas académicos y operativos, basados en un modelo de entrenamiento práctico de supervisión clínica en donde se identifican dos tipos de supervisores: el supervisor *in situ*, profesionalista contratado por la institución hospitalaria y el supervisor académico universitario, quien interactúa con los residentes tanto a través de visitas periódicas a los escenarios clínicos como por medio de discusión de casos (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001).

Un elemento central del modelo de formación en la residencia en Medicina Conductual es que, durante el primer año de la maestría, el residente estará en contacto directo y continuo con el supervisor, disminuyendo progresivamente la vigilancia de éste al volverse cada vez más autónomo. Las actividades están orientadas al desarrollo de habilidades clínicas en el estudiante sin embargo, aunque el programa lo contempla, en el ejercicio cotidiano no siempre se cumplen los objetivos.

La supervisión clínica es un tipo de relación profesional que implica reconocer que esta práctica demanda una preparación específica, si bien los modelos de supervisión han mostrado beneficios importantes en la formación profesional de los psicólogos en áreas como la clínica y la salud, el conocimiento de las competencias de los estudiantes es necesario para ajustar los modelos de supervisión a las habilidades del practicante.

El caso de la Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual, constituye un tipo de formación de posgrado “profesionalizante”, lo que supone que el estudiante desarrollará habilidades específicas para el ejercicio clínico en el campo de la salud.

Así, un modelo de supervisión orientado al diagnóstico y entrenamiento de las competencias requeridas para el ejercicio terapéutico, repercutirá en las competencias específicas en una mejor atención al paciente, la identificación oportuna de las áreas de



intervención (e investigación) en las distintas sedes de residencia y el potencial desarrollo de procedimientos y guías de atención estandarizados que facilitaran la continuidad de programas de atención, y líneas de investigación para fortalecer la articulación de la evidencia científica generada por los propios estudiantes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcántara M., G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), 93–107. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=41011135004> Sapiens
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 239–44. doi:10.1016/S0738-3991(03)00146-0
- Altes I., M. P., Alonso P., P., Abadia, H., Izquierdo R., L., Oppenheimer, F., & Álvarez-Vijande, R. (2005). Evolución del trasplante renal de donante vivo: datos históricos, estadísticos, nacionales y propios. *Archivos Españoles de Urología*, 58(6), 497–501. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06142005000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142005000600005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Arredondo, A. (1992). Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 8(3), 254–261.
- Arroyo-Kuribreña, J. C., Gabilondo, F., & Gabilondo, B. (2005). El estudio del donador vivo para trasplante renal. *Revista de Investigación Clínica*, 57(2), 195–205.
- Ascencio, L. (2011). Evaluación psicológica para protocolo de trasplante de células hematopoyéticas en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(55), 253–263.
- Ávila-Saldivar, M. N., Conchillos-Olivares, G., Rojas-Báez, I. C., Ordoñez-Cruz, E. A., & Ramírez-Flores, H. J. (2013). Enfermedad renal crónica: causa y prevalencia en la población del Hospital General La Perla. *Medicina Interna México*, 29(1), 473–478.
- Baptista, M. N., Capitão, C. G., & Scortegagna, S. A. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales. *Estudios Sociales*, 15(28), 138–161. Recuperado de <https://doaj.org/article/38e3f0b2cd05428a85718e4837ac3ed8>
- Berrío, G., & Burgos, V. (2011). Papel del psicólogo en los equipos interdisciplinarios de trasplantes de órganos. *Cuadernos Hispano Americanos de Psicología*, 11(2), 7–23. Recuperado de [http://elbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos\\_hispanoamericanos\\_psicologia/volumen11\\_numero2/articulo\\_1.pdf](http://elbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11_numero2/articulo_1.pdf)
- Boorse, C. (2011). Concepts of health and disease. *Philosophy of Medicine*, 16, 13–64. doi:10.1016/B978-0-444-51787-6.50002-7

- Braun Curtin, R., Mapel, D., Schatell, D., & Burrows-Hudson, S. (2005). Self- management in patients with end stage renal disease: Exploring domains and dimensions. *Nephrology Nursing Journal*, 32(4), 389–395.
- Buela- Casal, G., Caballo, V.E. & Sierra (1996). Manual de evaluación en psicología y de la salud. En G. Buela- Casal & J. Carrobes *Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud*. Cap. 1,3- 11. México: Siglo XXI
- Cattell B. R., Eber, W. H., & Tatsuoka, M. M. (1980) *Cuestionario de 16 factores de personalidad*. México: Manual Moderno
- Centro Nacional de Trasplantes, (CENATRA). (2015). *Reporte Nacional 2015 de la Donación y Trasplantes*. México.
- Contreras, F., Esguerra, G. A., Espinosa, J. C., & Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 169–179.
- Contreras, F., Londoño, C., Vinaccia, S., & Quiceno, J. (2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 24(2), 120–129. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n2/v24n2a13.pdf>
- Corral M., J. M., Luque G., P., & Alcover G., J. B. (2005). Potenciales beneficios del trasplante renal de donante vivo. *Archivos Españoles de Urología*, 58(6), 485–489. Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06142005000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142005000600003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Cuéllar-González, J. V., & Correa-Rotter, R. (2005). Evaluación del receptor de trasplante renal. *Revista de Investigación Clínica*, 57(2), 187–194. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83762005000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762005000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Díaz-Guerrero R, & Spielberger C. D. (1975). *IDARE: Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. México: El Manual Moderno
- Dib-Kuri, A., Aburto-Morales, S., Espinosa-Álvarez, A., & Sánchez-Ramírez, O. (2005). Trasplantes de órganos y tejidos en México. *Revista de Investigación Clínica*, 57(2), 163–169.
- Fidel K., S. G., Alcántara T., A., Castan C., E., Costa R., G., Diez Q., C., Lligoña G., A., Peri N., J. M. (2015). Unified Protocol for psychiatric and psychological assessment of candidates for

- transplantation of organs and tissues, PSI-CAT. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8(3), 130–6. doi:10.1016/j.rpsm.2014.01.006
- Gallego V., E., Pérez M., J., & Llamas F., F. (2006). El aumento de la supervivencia de los trasplantes renales: un reto para la nefrología del siglo XXI. *Archivos de Medicina*, 2(2), 1–9.
- García, M. F., Andrade, L. G., & Carvalho, M. F. (2013). Living kidney donors a prospective study of quality of life before and after kidney donation. *Clinical Transplantation*, 27(1), 9–14.
- Gill, P. (2012). Stressors and coping mechanisms in live-related renal transplantation. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11), 1622–1631.
- Guerrero, L., & León, A. (2008). Salud Aproximación al concepto de salud. *Fermentum*, 53, 610–633.
- Huertas-Vieco, M. P., Pérez-García, R., Albalade, M., de Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Revista Nefrología*, 34(6), 737–42. doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Jul.12477
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (2015). *Protocolo de trasplante renal 2015*. México.
- Jansen, D. L., Rijken, M., Heijmans, M. J., Kaptein, A. A., & Groenewegen, P. P. (2012). Psychological and Social Aspects of Living with Chronic Kidney Disease. In *Chronic Kidney Disease and Renal Transplantation* (pp. 47–74). Recuperado de <http://www.intechopen.com/books/chronic-kidney-disease-and-renal-transplantation/psychological-and-socialaspects-\nof-living-with-chronic-kidney-disease>
- Kälble, T., Alcaraz, A., Budde, K., Humke, U., Karam, G., Lucan, M. & Süsal, C. (2010). *Guía clínica sobre el trasplante renal*. European Association of Urology.
- Kern de C, E., Thomas, E., & Reyes V., S. & Venzon, C. (2012). *Organ Donation and Transplantation - Public Policy and Clinical Perspectives*. (G. Randhawa, Ed.). InTech. doi:10.5772/1486
- Kohlsdorf, M. (2015). Coping Strategies Adopted by Patients With Chronic Kidney Disease in Preparation for Transplant. *Psychology, Community & Health*, 4(1), 27–38. doi:10.5964/pch.v4i1.103
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Mena-Nájera, A., Barragán-Fuentes, A. G., & Gómez-de-Regil, L. (2014). Intervenciones psicológicas en pacientes con trasplante renal. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, 7(2), 70–75.
- Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, F. J., Teresa, T. Y., Muñoz M., A., & Aguilar-Sánchez, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*, 31(1), 7–11.
- Moral-Jiménez., M. de la V. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 94, 85–104.
- Morales-Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: Editorial UniSon.
- O'Carroll, R. E., Ferguson, E., Hayes, P. C., & Shepherd, L. (2012). Increasing organ donation via anticipated regret (INORDAR): protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 12(1), 169. doi:10.1186/1471-2458-12-169
- Ocampo. L., Zapata.C, L. A., & Vinaccia.S. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes trasplantados de riñón, hígado y médula ósea. *Psicología y Salud*, 17(1), 125–131. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/747> <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/747/1337>
- Olaya, J., & Carrillo G., G. (2014). Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Avances en Enfermería*, 32(2), 206–216. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/43627/1/46099-223969-1-PB.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Definición de Salud*. World Health Organization. Retrieved June 16, 2014, from <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Otero, L. M. (2002). Enfermedad renal crónica. *Colombia Médica*, 33(1), 38–40.
- Pérez-San Gregorio, M. de los Á., Martín R. A., Gallego C. A., & Santamaría M., J. L. (2000). Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados: futuras líneas de intervención psicológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(1), 71–87. doi:10.5944/rppc.vol.5.num.1.2000.3888
- Piña, J. (2004). La Psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, (1), 191- 205.

- Programa de Residencia en Medicina Conductual (2001). *Programa de Maestría y Doctorado en Psicología*, Universidad Nacional Autónoma de México
- Programa Operativo de la Residencia en Medicina Conductual en el servicio de Trasplantes del Hospital Juárez de México. (2001). *Programa de maestría y Doctorado en Psicología*, Universidad Nacional Autónoma de México
- Remor, E., Arranz, P., & Villa, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Desclée De Brouwer.
- Reynoso E. L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno
- Ríos-Martínez, B., Huitrón-Cervantes, G., Rangel-Rodríguez, G., & Pedraza-Moctezuma, L. (2010). Personalidad en donadores renales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 497–502.
- Rodrigue, J. R., Mandelbrot, D. A., & Pavlakis, M. (2011). A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 26(2), 709–15. doi:10.1093/ndt/gfq382
- Rodríguez L, M. E., De León S, L. A., González B, M., Alonso G, M. E., & García de A, G. (2010). Proceso de trasplante renal. Atención psicológica en sus diferentes momentos. *11o Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis*, 1–10.
- Rodríguez-Rodríguez, T., Fonseca F, M. (2015). Guía de atención psicológica a pacientes y familiares en el proceso de donación y trasplante de órganos. *MediSur*, 13(4), 560–568. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1800/180041204014/index.html>
- Rodríguez, O., G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*; 1 (1): 5-12
- Rojas-Russell, M. (2002). Análisis del programa de Psicología de la Salud. In M. García Méndez & M. Cuevas Martínez (Eds.), *Autoevaluación de la Carrera de Psicología* (pp. 177–192). Mexico, D.F: FES Zaragoza-UNAM.
- Schwartz, G., & Weiss, E. (1978). Behavioral Medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*; 1(3): 249-251, DOI: 10.1007/BF00846677
- Secretaría de Salud. *Donación, trasplantes y pérdida de la vida*. Ley General de Salud T XIV Servicio de Trasplantes. (2008). *Manual de procedimientos*. México D.F.

- Society of Behavioral Medicine. (2011). The Whole is Greater than the Sum of Its Parts  
Recuperado: mayo de 2011, de <http://www.sbm.org/about/>
- Timmerman, L. (2015). *Exploring the Mental Health of Living Kidney Donors*. Erasmus University Rotterdam. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1765/79227>
- Torales, S. F., & García-Velasco, L. (2000). Insuficiencia Renal Crónica. *Práctica Médica Efectiva*, 2(6).
- Valdéz, R. (2008). Transplante renal. *Medigraphic*, 3(3), 97–103. doi:10.1590/S0104-42302007000300012
- Van Den Berg, H., Manstead, A. S. R., Van Der Pligt, J., & Wigboldus, D. H. J. (2005). The role of affect in attitudes toward organ donation and donor-relevant decisions. *Psychology & Health*, 20(6), 789–802. doi:10.1080/14768320500161786
- Venzon T., C., & Kern de C., E. (2014). Personality factors, self-efficacy and depression in chronic renal patients awaiting kidney transplant in Brazil. *Interamerican Journal of Psychology*, 48(1), 119–128. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.684.1467>
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 329(7479), 1398–401. doi:10.1136/bmj.329.7479.1398
- Zigmong A.S. y Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370