



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE EN PACIENTE CANDIDATO A
TRASPLANTE RENAL PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
MÉDICO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ALAN EDUARDO SANTANA GASPAR

TUTOR:

DRA. MARÍA ROSA AVILA COSTA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

MTRA. MAETZIN ITZEL ORDAZ CARRILLO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. CYNTHIA ZAIRA VEGA VALERO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. MARÍA DE LOURDES DIANA MORENO RODRÍGUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, JULIO, 2021



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.

Dedicatorias

A Mari, por su amor y comprensión, por acompañarme y ayudarme en todo momento sin importar las circunstancias, por siempre sacar lo mejor de mí y hacerme ser una mejor persona.

A mi familia, por el apoyo que siempre me han brindado para poder hacerle frente a las adversidades y poder cumplir mis metas, y especialmente a mi mamá, gracias por tu apoyo, tus cuidados, tus enseñanzas y tu amor incondicional, siempre me motivaste a ser mejor y seguir adelante, me diste todo y siempre traté de compensarte, aunque ya no estás conmigo, todo mi trabajo es por y para ti, gracias por todo mamá, siempre te amaré.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo económico brindado para la realización de este trabajo y de las otras actividades académicas de la residencia.

A mis profesores, por sus enseñanzas dentro y fuera de las aulas, y por la calidad humana que me mostraron durante mis estudios en la residencia.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi *alma mater*.

Al Servicio de Trasplantes del Hospital Juárez de México, por acogerme como parte de su familia.

Índice

Resumen	5
Capítulo 1: Reporte de Experiencia Profesional: Servicio de Trasplantes	6
1.1 Introducción.....	6
1.1.1 Medicina Conductual.....	6
1.1.2 Historia del Hospital Juárez de México.....	9
1.2 Actividades del Psicólogo en el Servicio de Trasplantes	12
1.3 Reporte de Productividad	23
1.4 Habilidades y competencias alcanzadas	28
1.5 Evaluación final de la maestría.....	30
Capítulo 2: Tratamiento multicomponente en paciente candidato a trasplante renal para aumentar la adherencia al tratamiento médico	34
2.1 Marco Teórico	34
2.1.1 Enfermedad Renal Crónica.....	34
2.1.2 Problemas Psicológicos comunes en los pacientes con ERC	38
2.1.3 Adherencia al tratamiento.....	41
2.1.4 Tratamiento para mejorar la adherencia al tratamiento	46
2.2 Presentación del caso.....	51
2.2.1 Ficha de Identificación	51
2.2.2 Motivo de consulta	51
2.2.3 Antecedentes.....	52
2.2.4 Dinámica familiar y familiograma	53
2.2.5 Historia del Problema	54
2.2.6 Padecimiento Actual.....	54
2.2.7 Impresión y Actitud General	57
2.2.8 Examen mental	57
2.2.9 Factores psicológicos complementarios	57
2.2.10 Personalidad previa.....	58
2.2.11 Selección y administración de técnicas de evaluación	58
2.2.12 Análisis y descripción de la conducta problema	58
2.2.13 Diagnostico.....	61
2.2.14 Objetivos de tratamiento.....	62
2.2.15 Estrategia Terapéutica	62
2.2.16 Descripción de las sesiones	63
2.2.17 Resultados.....	73
2.2.18 Conclusiones y comentarios finales	75
Referencias	78
Anexos	86
Anexo 1: Caso 1	86
Anexo 2: Caso 2	100
Anexo 3: Caso 3	115

Resumen

En el siguiente trabajo se presenta el caso de un paciente en protocolo de trasplante renal con baja adherencia al tratamiento médico, abarcando desde la evaluación del paciente para determinar si es candidato apto para un trasplante renal y la intervención realizada para mejorar la adherencia al tratamiento médico del paciente. Debido a la tendencia a mentir por parte del paciente y a su exacerbada sintomatología, se tomaron como referentes de cambio en la conducta del paciente la disminución del peso corporal, la disminución de sintomatología de la enfermedad renal, y la mejora de la condición física. Los resultados obtenidos hacia el final de la intervención muestran mejorías significativas en la condición médica del paciente, tales como la disminución del peso corporal, disminución de la edematización de miembros y rostro, y la mejoría en el estado de conciencia, la higiene y aliño general, el habla y la marcha del paciente. No obstante, debido a la complejidad de la problemática, las características del paciente y a la falta de seguimiento, se considera un caso de éxito parcial debido a que las mejoras y cambios en la conducta del paciente podrían mantenerse solo en el mediano plazo.

Palabras clave: medicina conductual, trasplante renal, enfermedad renal, adherencia al tratamiento.

Capítulo 1: Reporte de Experiencia Profesional: Servicio de Trasplantes

1.1 Introducción

1.1.1 Medicina Conductual.

El término "*medicina conductual*" fue utilizado por primera vez por Birk en 1973 para describir el uso de la retroalimentación biológica o biofeedback como una terapia para el tratamiento de algunos trastornos médicos, tales como la epilepsia, la cefalea tensional, la migraña, la enfermedad de Reynaud, entre otras, con la finalidad de realizar intervenciones para estos padecimientos desde una perspectiva conductual (Reynoso y Seligson, 2005).

Formalmente, la medicina conductual surgió en la *First Conference on Behavioral Medicine*, llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977. En dicha conferencia, se reunieron importantes especialistas del área de la salud y de las ciencias sociales, de campos tales como la antropología, epidemiología, medicina, psiquiatría, psicología y sociología, quienes formalizaron y definieron la medicina conductual. Además, una meta de esta conferencia fue promover la buena comunicación interdisciplinaria y la discusión entre los investigadores y practicantes de la medicina conductual, para encontrar la forma de hacer más efectiva la investigación y la práctica clínica (Schwartz y Weiss, 1977, como se citó en Reynoso y Seligson, 2005; Rodríguez, 2010; Reynoso, 2014).

De este modo, en dicha conferencia se definió a la Medicina Conductual como *el campo interdisciplinario que está relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales, a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación,*

tratamiento, rehabilitación y prevención de desórdenes físicos, así como la validación de estos programas en problemas de salud (Schwartz y Weiss, 1977; 1978a; 1978b, como se citó en Reynoso, 2014).

Algunos de los acontecimientos que favorecieron el surgimiento y desarrollo de la Medicina Conductual fueron: a) el uso de técnicas para modificar el comportamiento en pacientes con problemas de salud; b) la evidencia sobre la posibilidad de realizar cambios fisiológicos en funciones reguladas por el sistema nervioso autónomo, lo cual abría la posibilidad de intervenir en trastornos como la migraña, la hipertensión, las cefaleas de tensión, las úlceras y el dolor crónico; c) la atención que recibieron las dos principales causas de mortalidad en adultos, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, en las cuales se reconoció la importancia que tienen los cambios en el comportamiento sobre el tratamiento y prevención de dichas enfermedades; y d) un mayor interés en la prevención de las enfermedades, cuyos costos de tratamiento habían ido en aumento, particularmente enfocándose en los factores tanto psicológicos como sociológicos de la prevención. (Rodríguez, 2010).

A partir de la conferencia de Yale, el campo de la medicina conductual comenzó a crecer rápidamente. En 1978, un grupo conformado por personajes como Gentry, Pomerleau, Agras, Blanchard, entre otros, se separaron de la *Association for the Advancement of Behavior Therapy* (AABT) y formaron la *Society of Behavioral Medicine* (Schwartz y Weiss, 1977; Schwartz y Weiss, 1978a; Schwartz y Weiss, 1978b; Agras, 1982; Blanchard, 1982; SBM, 2012, como se citó en Reynoso, 2014), con lo que formalmente empezó a expandirse el campo de acción de la medicina conductual.

Por su parte, el campo de la medicina conductual en México comienza en los años 80's, a través de la aplicación de biofeedback para el tratamiento de migrañas, parálisis facial, arritmias cardíacas, control de esfínteres, ciertas paresias, diversas parálisis neuromusculares y algunos tipos de epilepsia. Al mismo tiempo, comenzaron a desarrollarse distintas líneas de investigación en, las cuales giraron alrededor del desarrollo de modelos de intervención, sobre epidemiología conductual, educación para la salud, políticas públicas, derechos humanos y bioética, envejecimiento normal y patológico, adherencia terapéutica, trasplante de órganos y tejidos, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, adicciones, estrés, dolor crónico, ira, biofeedback, conducta agresiva y comportamiento antisocial (Rodríguez, 2010).

En resumen, aunque en sus comienzos la Medicina Conductual se enfocó en el tratamiento de pacientes que ya padecían una enfermedad, actualmente el campo de acción se ha extendido a la investigación sobre la prevención y mantenimiento de la salud, pues se ha demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos en las enfermedades y ha quedado en manifiesto que el estilo de vida, vivir en áreas altamente contaminadas, tener sobrepeso, llevar una vida sedentaria, el tabaquismo, el consumo de alcohol en exceso y el estrés cotidiano, influyen en la salud. Y no solo eso, también se ha demostrado que los tratamientos médicos por sí solos no reditúan en beneficios para la salud, por lo que se vuelve imprescindible identificar y disminuir las conductas que aumentan el riesgo de padecer una enfermedad, y en su lugar favorecer otras conductas que propicien que los individuos sean más sanos, lo cual implica el cambio y mantenimiento de un nuevo estilo de vida (Reynoso y Seligson, 2005).

1.1.2 Historia del Hospital Juárez de México.

Desde sus orígenes, el Hospital Juárez ha estado ligado a grandes acontecimientos de la historia de México, los cuales se han reflejado en el hospital. Su origen se remonta a la invasión norteamericana en 1847, en la que, a través de un oficio del general Manuel María Lombardini, el día 16 de agosto de 1847 se giraron órdenes para disponer del edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo como Hospital de Sangre, sin embargo, se considera cómo día de su fundación el 23 de agosto de 1847, día en que recibió sus primeros heridos de las batallas de Padierna y Churubusco. Durante las siguientes décadas, el hospital continuó prestando sus servicios mientras se desarrollaban eventos como las guerras de reforma, la intervención francesa y la decena trágica (HJM, 2016).

El 18 de julio de 1872, con el fallecimiento del Lic. Benito Juárez, Benemérito de las Américas, se realizó la propuesta para que el Hospital de San Pablo pasara a llamarse Hospital Juárez como homenaje póstumo, dicha propuesta fue aprobada el día 19 de julio de 1872 (Rojas, 2008; HJM, 2016).

Desde su fundación, el Hospital Juárez de México fue adquiriendo prestigio en el campo de la cirugía, lo que ha hecho que se le considere como la cuna de la cirugía en México, ya que en él se realizaron y en el cual se realizaron procedimientos quirúrgicos de gran importancia, tanto para la cirugía mundial como para la nacional. Además de los procedimientos quirúrgicos, otros hechos relevantes en la historia del hospital fueron la realización de la primera radiografía en México en 1896, la realización de la segunda transfusión sanguínea en América en 1860, y la fundación del primer Banco de Sangre del país en 1942. En esta misma década se abrió el primer Banco de Huesos y Tejidos de México (HJM, 2016; Jiménez, 2017).

A través de los años, el hospital fue remodelado para dotársele de nuevas salas, reacondicionar las existentes para prestar un mejor servicio médico y al mismo tiempo formar recursos humanos en todas las especialidades (Rojas, 2008). Pese a las remodelaciones y expansión que el hospital tuvo para incrementar su capacidad y mejorar su infraestructura para el bien de los pacientes, el 19 de septiembre de 1985, la torre de hospitalización se derrumbó a causa de los sismos que afectaron la Ciudad de México, provocando la pérdida de médicos, estudiantes de medicina, enfermeras, enfermos y familiares. Como resultado de este acontecimiento, el presidente de la República en turno, el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, giró instrucciones para que se construyera un nuevo hospital, siendo edificado al norte de la ciudad el nuevo Hospital Juárez de México e inaugurado el 19 de septiembre de 1989 (Rojas, 2008; HJM, 2016).

A partir de esta fecha, comienzan a realizarse una gran cantidad de congresos, eventos y una mejora acompañada de la modernización continua de los servicios hospitalarios, dentro de las que destacan el inicio de los trabajos de trasplantes de riñón con personal médico del propio hospital en 1992 y la apertura del Banco de Ojos en 1993 (HJM, 2016).

Además de los avances y la atención que brinda el Hospital Juárez de México, éste destaca por el énfasis que hace en las actividades y funciones de enseñanza e investigación. En el campo de la enseñanza, el hospital se ha caracterizado por formar recursos humanos altamente calificados, lo que le ha ganado la denominación de hospital-escuela. En cuanto a investigación, el hospital ha impulsado la investigación básica, clínica y experimental de sus especialidades, y, desde 2009, la investigación desarrollada en el hospital ha tenido como prioridad la vinculación con las enfermedades crónico-degenerativas, al mismo

tiempo que se han puesto en marcha clínicas de alta especialidad, dentro de las cuales se encuentra la Policlínica de Diabetes Mellitus y las Clínicas para la atención de la Obesidad y Trastornos Metabólicos, del Adulto Mayor y la de Enfermedades del Tórax (HJM, 2016).

En la actualidad, el Hospital Juárez de México tiene en operación 44 servicios médicos y tres unidades clínicas. En total, cuenta con 47 especialidades médicas, brindan atención 333 médicos y 927 enfermeras, aproximadamente cada día se hacen 621 consultas y se atienden 152 urgencias. En general, esto hace del Hospital Juárez de México un hospital de referencia, al que acuden tanto pacientes de población abierta como pacientes afiliados a algún tipo de seguridad médica, y no solo de la Ciudad de México, sino de diferentes estados del interior de la República Mexicana (HJM, 2016; Jiménez, 2017).

1.2 Actividades del Psicólogo en el Servicio de Trasplantes

Servicio de trasplantes.

El servicio de Trasplantes fue fundado en 1991, realizando su primer trasplante renal en ese mismo año. Hasta el año 2017, se han realizado alrededor de 850 trasplantes de riñón y en promedio se realizan entre 25 y 30 trasplantes al año, tanto de donador vivo como de donador cadavérico (Secretaria de Salud, 2015; 2017).

El Programa General de Trasplantes del Hospital Juárez de México tiene como objetivo realizar el mayor número de trasplantes de órganos y tejidos con fines terapéuticos a la población que lo necesite. Para lograr lo anterior, se vale de un equipo multidisciplinario y tecnología de vanguardia, detectando, gestionando y coordinando todo el proceso de procuración-donación-trasplante, basándose en un marco de transparencia, respeto, equidad, calidad y apegándose estrictamente a las leyes vigentes en materia de trasplantes (Urbina, Bazán y Galindo, 2005).

El Programa de Trasplantes cuenta con un modelo de atención que incluye tres áreas: Médica, Trabajo Social y Psicología, las cuales brindan atención a los pacientes y familiares protocolizando y evaluando cada caso, con la finalidad de adecuar a las mejores condiciones posibles a los pacientes receptores de un trasplante. Una vez que cada caso es concluido y aprobado por las tres áreas, se pasa al Subcomité de Trasplantes, el cual determina si los pacientes son candidatos para el trasplante; una vez aprobado por el Subcomité, se procede a la realización del trasplante y se continúa dando seguimiento al paciente por parte de las tres áreas mencionadas para asegurar su bienestar y una adecuada evolución (Urbina, Bazán y Galindo, 2005).

Para el año 2019, el servicio estaba conformado por un jefe de servicio, tres médicos adscritos, seis médicos residentes especialistas en cirugía, 15 enfermeras que cubrían los distintos turnos, una trabajadora social, dos asistentes administrativos y dos psicólogos de la Residencia en Medicina Conductual.

Contexto psicológico de los pacientes del servicio.

En general, la población que padece enfermedad renal crónica se ve sometida a varios problemas psicológicos como ansiedad, depresión, baja adherencia a su tratamiento, etc., lo cual puede repercutir en el éxito o fracaso de un trasplante renal, por lo que se hace necesaria la evaluación y trabajo terapéutico con los pacientes para que se encuentren en las mejores condiciones psicológicas para el trasplante.

Alcanzar dichas condiciones óptimas para el trasplante incluso se ve reflejado en los protocolos y manuales de procedimientos del servicio de trasplantes del Hospital Juárez de México para así cumplir con las normas que establece el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) en lo que se refiere a quien es un candidato para donar o recibir un trasplante.

Evaluación inicial del servicio.

Inicialmente el servicio de trasplantes carecía de una adecuada asignación de pacientes y de actividades entre los psicólogos, lo cual daba pie a la sobrecarga de trabajo de alguno de ellos o la interrupción de las actividades de evaluación o de intervención psicológica. Además, la mayoría de las veces se dejaba de lado el trabajo terapéutico en pro de aumentar la cantidad de evaluaciones realizadas y aprobadas, lo cual tenía como consecuencia que los pacientes que eran trasplantados desarrollaran problemáticas psicológicas durante su estancia en el servicio debido a los déficits y excesos conductuales

detectados, pero no atendidos previo al trasplante, lo cual dificultaba el trabajo terapéutico. Dicha dinámica fue modificada hacia el segundo año de la maestría para obtener mejores beneficios para los pacientes desde antes de que se realizara el trasplante.

Actividades del psicólogo.

Las actividades que se realizaron durante la residencia en el Servicio de Trasplantes pueden dividirse en tres categorías: a) actividades de Evaluación e Intervención Psicológica, b) actividades Académicas y c) otras actividades. A continuación, se describe cada una:

a) Actividades de evacuación e intervención psicológica.

Aquí se engloban todas aquellas actividades que tienen relación con el manejo del paciente del Servicio de Trasplantes, como las pláticas de primera vez con pacientes y familiares, evaluaciones de receptores y donadores, intervenciones individuales y grupales, entre otras.

Pláticas de primera vez. Cada semana, por parte del área médica y trabajo social, se programaron pláticas informativas a pacientes y familiares que ingresan por primera vez al Servicio de Trasplantes. Dichas pláticas tenían la finalidad de brindar un panorama general sobre el protocolo de trasplante desde las tres áreas de estudio (médica, psicológica y social), con el fin de aclarar dudas y creencias que el paciente o la familia pudieran tener. Durante dichas pláticas se explicaba en qué consiste el protocolo de evaluación psicológica de trasplante renal.

Evaluación psicológica del donador y receptor. Mediante el uso de entrevistas estructuradas, escalas e inventarios, se evaluaba psicológicamente a los pacientes donadores

y receptores, se recaba información que permita valorar aspectos como conocimientos de la enfermedad y del trasplante, la adherencia a sus regímenes médicos, capacidad de comprensión, su entorno familiar y redes de apoyo, la motivación para la realización del trasplante, la aceptación voluntaria del mismo, y determinar que el paciente no padeciera de un problema psiquiátrico de consideración tal como trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, incumplimiento terapéutico, entre otros.

En específico, la evaluación psicológica del protocolo de Trasplante Renal consistía en la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Entrevista Estructurada para Trasplante Renal para donador y receptor vivo relacionado y cadavérico (EETR).
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)
- Escala de Adherencia Terapéutica de Pacientes Renales
- Perfil e Inventario de la personalidad de Gordon (P--IPG)
- Prueba mínima para determinación del estado mental (MMSE)
- Test Raven (CI)

En general, para considerar que un paciente era candidato a ser donador o receptor del protocolo de trasplante renal, debía cumplir con los siguientes criterios (ver Tabla 1):

Tabla 1

Criterios psicológicos de inclusión para trasplante renal (Alcázar, Bazán, Rojano, Rubio, Mercado y Reynoso, 2001, p. 20)

El Donador requiere	El Receptor requiere
<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de comprensión. • Estar libre de coacción física o moral para donar. • Tener conocimiento de los riesgos de la operación y sus consecuencias, así como las posibilidades de éxito para el receptor. • No tener expectativas de ganancias secundarias (económicas o en especie) por donar. • No presentar cuadros psicopatológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de comprensión. • Ser consiente de los riesgos del trasplante y la probabilidad de éxito. • No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano. • Tener adherencia a los tratamientos. • Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante. • No presentar cuadros psicopatológicos. • Tener entrenamiento para tolerar el aislamiento.

De dicha evaluación, se le ofrecía retroalimentación sobre los resultados obtenidos tanto a los pacientes receptores como a los donadores, haciendo hincapié en las posibles áreas de oportunidad a trabajar o en los déficits y/o excesos conductuales detectados en la misma.

Resumen de valoración psicológica. Habiendo determinado que el paciente donador y receptor cumplían con los criterios psicológicos del protocolo de trasplante renal, se realizaba un reporte de la evaluación psicológica, en el que se indicaba si el receptor y/o donador eran candidatos para la realización del trasplante. Dicho resumen se le leía al paciente y, si estaba de acuerdo con lo plasmado, se le invitaba a firmarlo. Posteriormente, se presentaba al o los pacientes, junto con el reporte, con el Jefe del Servicio de Psiquiatría, quien entrevista al paciente para corroborar la información de la evaluación. En caso de estar de acuerdo, el Jefe de Servicio de Psiquiatría firmaba como Vo Bo. Finalmente, dicho

reporte se entregaba a los médicos residentes para su integración en el expediente interno del paciente.

Preparación de los pacientes candidatos a trasplante. De acuerdo con lo detectado durante la evaluación psicológica, se determinaban los déficits y excesos conductuales de los pacientes, para así crear un plan de tratamiento cuyo objetivo era prepararlo para que se encontrara en las condiciones psicológicas más aptas para el proceso de trasplante. Para ello, se empleaban técnicas cognitivo-conductuales, tales como psicoeducación, técnicas de relajación, ejercicios de reestructuración cognitiva, manejo de contingencias, planeación de actividades, entrenamiento en autocontrol, etc., a través de las cuales se buscaba la disminución de sintomatologías de ansiedad o depresión, el establecimiento de conductas de autocuidado e higiene, la preparación para el periodo de aislamiento protector en casa y la adherencia al tratamiento médico posterior al trasplante.

Apoyo psicológico en el período de aislamiento. Una vez concluido el trasplante, el paciente lleva a cabo su recuperación inicial en uno de los cuartos aislados del servicio, donde debido a la inmunosupresión a la que es sometido para evitar el rechazo del injerto, se necesita la permanencia del paciente en dicho lugar durante un tiempo mínimo de una semana para minimizar el riesgo de contraer una infección, sin embargo el tiempo de estancia podía ser muy variable y podía requerirse más tiempo de hospitalización dependiendo de la evolución médica del paciente. Durante este periodo, se debía evitar cualquier tipo de contacto externo, con la excepción de los médicos, el personal de enfermería y los psicólogos, quienes tomaban los cuidados necesarios para ingresar y apoyar al paciente durante su convalecencia. En dicho periodo, se monitoreaba de manera diaria al paciente poniendo en marcha lo ya trabajado previamente con el paciente hasta ese

momento, lo cual incluía manejo del dolor, técnicas de distracción y relajación, manejo del tiempo libre, psicoeducación sobre la importancia de conductas como la ingesta de líquido, alimentación, caminar y mantenerse activo durante este periodo.

Apoyo psicológico a pacientes en hospitalización. Se realizaba monitoreo de los pacientes en el área de hospitalización, en su mayoría pacientes post trasplantados, quienes acudían por distintos motivos, como podía ser el manejo de infecciones posteriores al trasplante, tomas de biopsia del injerto renal, tratamiento con inmunosupresión ante rechazo del injerto, protocolos de desensibilización, entre otras. En el periodo que se encuentran hospitalizados, se trabajaba psicoeducación sobre los procedimientos que se les realizarán, técnicas de distracción y relajación, distracción instrumental a través de materiales impresos, entre otras.

Consulta externa. Posterior al alta médica, los pacientes acudían durante un periodo de entre tres y seis meses a consultas de seguimiento en el servicio, en las cuales se realizaba el monitoreo de los pacientes para detectar posibles problemáticas durante el periodo de aislamiento protector en casa, tales como sintomatologías de ansiedad y depresión, la falta de adherencia al medicamento inmunosupresor, problemas familiares que pudieran interferir en su proceso de recuperación, ideas erróneas o prejuicios sobre su padecimiento y/o tratamiento, así como la realización de intervención en crisis en caso de notificación sobre rechazo del injerto.

Apoyo psicológico durante procuración de órganos para donación de fuente cadavérica. Cuando existía un donante de fuente cadavérica, el personal médico y de trabajo social se ponía en contacto con los pacientes que se encontraban al principio de la lista de espera de donación cadavérica y que coincidían con el grupo sanguíneo del

donante. Una vez en el hospital, se les brindaba información sobre el procedimiento a seguir, el cual iba desde la toma de muestras de sangre, la espera de resultados, enfatizando que sólo se escogería a los pacientes más compatibles y con menor riesgo de entrar a cirugía.

Posterior a esto, se realizaba una breve evaluación del estado de ánimo del paciente a través de inventarios y escalas (BDI, IDARE y HADS) para determinar que el paciente no presentara sintomatología de ansiedad o depresión que se contrapusieran con el posible trasplante. Una vez determinado quienes serían los receptores de la donación cadavérica, se le acompañaba junto al personal médico durante la lectura del consentimiento informado de la cirugía. Finalmente, se monitoreaba continuamente el estado de ánimo de los pacientes y se estaba presente hasta comenzado el procedimiento quirúrgico, y dependiendo de la hora, se pasaba la noche en el hospital y retomaban las actividades programadas del día siguiente.

Evaluación psicológica del receptor de Trasplante de Córnea. Todos los jueves y viernes a las 12:00 pm se acudía al Banco de Ojos del Servicio de Oftalmología para realizar la evaluación de pacientes candidatos a Trasplante de Córnea. La valoración psicológica en estos pacientes se realizaba mediante el uso de una entrevista estructurada y escalas o inventarios, a través de los que se recababa información que permitiera valorar aspectos como la comprensión de su padecimiento, conocimiento sobre el trasplante de córnea, motivación para el trasplante, aceptación voluntaria del mismo y su relación familiar y redes de apoyo, con la finalidad de determinar que el paciente no tenía un problema psiquiátrico de consideración y que se encontraba en las condiciones psicológicas más aptas para el trasplante de córnea y su evolución. En específico, la evaluación

psicológica del protocolo de Trasplante de Córnea consistía en la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Entrevista Estructurada para Trasplante de Córnea (EETC).
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- Prueba mínima para determinación del estado mental (MMSE)

De dicha evaluación, se ofrecía retroalimentación de los resultados obtenidos al paciente y se realizaba el reporte de valoración psicológica, en el cual se indicaba si el paciente era candidato para la realización del trasplante. Dicho resumen se le leía al paciente y si estaba de acuerdo con lo descrito, se le invitaba a firmarlo. Posteriormente, se presentaba al paciente con el Jefe del Servicio de Psiquiatría, quien entrevistaba al paciente para corroborar la información plasmada en el reporte y firmaba como Vo Bo el documento. Finalmente, dicha evaluación se entregaba a la Trabajadora Social del Banco de Ojos para su posterior presentación a subcomité.

b) Actividades académicas.

Además de las actividades propias del Servicio de Trasplantes, se tenían otras actividades dentro del hospital, las cuales comprendieron las siguientes:

Sesión de Casos Clínicos. Sesión semanal realizada los miércoles de 10:00 am a 12:00 pm durante los primeros dos semestres de estancia en el hospital, y posteriormente de 9:00 am a 11:00 pm durante el último semestre. En dichas sesiones estaban presentes todos los psicólogos de la Residencia en Medicina Conductual, además de las supervisoras

académicas y el supervisor *in situ*. Durante dicha sesión se exponían los casos clínicos de los psicólogos de los distintos servicios y se proporcionaba retroalimentación a los mismos.

Sesión de Supervisión Académica. Sesión semanal realizada los miércoles de 12:00 pm a 2:00 pm a cargo de la supervisora académica la Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo. En esta sesión, se abordaba la supervisión de los casos clínicos, exposición y asesoría en los protocolos de investigación, así como la exposición de temas relevantes para el trabajo dentro del hospital o los casos clínicos, y asesoría sobre el manejo de pacientes difíciles.

Sesión bibliográfica con el supervisor in situ. Sesión semanal realizada los días viernes de 11:00 am a 12:00 pm a cargo del Jefe del Servicio de Psiquiatría (supervisor in situ), con la presencia de todos los psicólogos de Medicina Conductual de la sede. En esta sesión, se realizaba la lectura de un artículo con temática afín al servicio en el que se encontraba el psicólogo, con la finalidad de comentar y exponer dudas tanto del artículo, como de su relación o semejanza con las actividades y situaciones que se presentaban en los servicios.

c) Otras actividades.

Aquí se incluyen todas las actividades extras que se realizan en el Servicio de Trasplante, como la exposición de temas desde la perspectiva psicológica para el personal médico y de enfermería, tanto dentro del servicio como fuera de él, y la asistencia a eventos y conferencias. Así mismo, aquí se incluye la asistencia a las sesiones generales del Hospital Juárez de México que se llevaban a cabo los miércoles de 8:00 am a 9:00 am en el auditorio principal del hospital. En dichas sesiones, los distintos servicios y unidades del hospital, coordinados por la unidad de enseñanza, exponían temáticas diversas, que iban

desde el abordaje de ciertos padecimientos médicos, los avances en su manejo de ciertas afecciones, casos clínicos patológicos, temas de ética y moral dentro del ámbito hospitalario, entre otros.

1.3 Reporte de Productividad

Durante la estancia en el Servicio de Trasplantes del Hospital Juárez de México en el periodo de enero de 2018 a abril de 2019, se brindó atención a un total de 102 pacientes, en los que se realizaron un total de 603 intervenciones en distintas modalidades. Como puede observarse en la Tabla 2, en total se llevó a cabo la evaluación de 37 pacientes donadores y receptores para protocolo de trasplante renal y de 16 pacientes receptores de trasplante de córnea. De dichas evaluaciones, no se pudieron concluir la evaluación y entrega de reporte de 17 pacientes, debido a causas como fallecimiento del receptor, inasistencia a citas subsecuentes o abandono del protocolo, y a la conclusión súbita de la estancia en el servicio de trasplantes, lo que impidió la entrega de reportes de pacientes ya valorados y la conclusión de algunos procesos terapéuticos.

Tabla 2
Frecuencia de evaluaciones de protocolo realizadas

Tipo de Protocolo	Frecuencia
Receptor de donador vivo	15
Donador	14
Receptor de donador cadavérico	8
Receptor de córnea	16

Al ser un servicio tan especializado, además del diagnóstico de ERC y de post trasplante renal, se encontraron 31 diagnósticos médicos distintos, siendo en su gran mayoría enfermedades que dieron origen a la ERC como Diabetes Mellitus I y II o comorbilidades y complicaciones de ERC y del post trasplante renal, como hipertensión arterial, infecciones de vías urinarias (IVU), rechazo del injerto, nefropatía crónica del injerto, entre otras. Por su parte, en cuanto a la atención con pacientes de protocolo de

trasplante de córnea, el diagnóstico más común fue Queratocono y fallo o rechazo del injerto corneal.

De la atención brindada a los pacientes, 64 de estas consultas fueron de primera vez y 539 subsecuentes. La gran cantidad de consultas subsecuentes se debe a la naturaleza del servicio donde se acompañaba a los pacientes desde el momento en que inician el protocolo de trasplante con la evaluación psicológica correspondiente, y el seguimiento constante que se daba en el periodo previo al trasplante, durante la hospitalización pre trasplante y post trasplante, y en las citas de seguimiento por parte del área médica, o en hospitalizaciones debidas a infecciones, rechazo del injerto renal, entre otras complicaciones.

En cuanto a modalidad de atención, se realizó en su gran mayoría atención de manera individual, con 595 consultas de este tipo y solo ocho familiares. Sobre la clase de atención que se brindó en el servicio (Tabla 3), se realizaron consultas en forma de evaluación de protocolo de trasplantes (aplicación de instrumentos y entrevista), intervenciones (tanto en pacientes previo a trasplante renal, como con pacientes hospitalizados en el servicio), monitoreos (ya que como rutina y al carecer de pase de visita, se abordaba a los pacientes para valorar la necesidad de intervención o para establecer componentes de relación), seguimientos que en general se realizaban con pacientes ya evaluados y quienes se encontraban en la lista de espera de donación cadavérica, entrevistas de detección de necesidades (esto principalmente con pacientes post trasplantados que ingresaban al servicio después de varios años de haber sido operados), intervenciones en crisis (las cuales ocurrían ante la comunicación de malas noticias respecto de la evolución del trasplante), y entrevistas iniciales con pacientes de consulta externa quienes se asignaban por rol a Medicina Conductual.

Tabla 3
Frecuencias de clase de atención psicológica brindada

Clase de atención psicológica	Frecuencia
Evaluación de protocolo de trasplante	154
Intervención	147
Monitoreo	223
Seguimiento	62
Entrevista de detección de necesidades	10
Intervención en crisis	5
Entrevista inicial	2

Sobre las áreas en las que se dio la atención, 327 de ellas fueron en las distintas áreas de consultorios y sala de trabajos del servicio de trasplantes (226 de evaluación y 101 en la consulta externa del servicio de trasplantes, en pacientes post trasplantados que acudían al servicio durante los primeros meses después de la cirugía), y 276 en el área de hospitalización, tanto en el área de donadores como en los aislados del servicio.

En lo referente a los diagnósticos psicológicos, como puede observarse en la figura 1, las problemáticas que más se detectaron en cada una de las consultas fueron los síntomas de ansiedad (en 131 ocasiones), incumplimiento terapéutico (42 ocasiones) y síntomas de depresión (en 26 ocasiones), aunque muchos de estos diagnósticos convivían con déficits de información (que en ocasiones modulaban la problemática detectada), el cual por si solo se detectó en 71 ocasiones, principalmente en las primeras etapas de la evaluación psicológica de protocolo de trasplante. En conjunción con lo anterior, como se muestra en la figura 2, la técnica más empleada fue la psicoeducación, la cual se empleó en 155 ocasiones, seguida de la respiración pasiva, la cual se usó en 60 ocasiones, elementos de la

terapia racional emotiva en 17 ocasiones, entrenamiento en autocontrol en 14 ocasiones y auto verbalizaciones 11 veces.

Figura 1. Problemáticas psicológicas detectadas

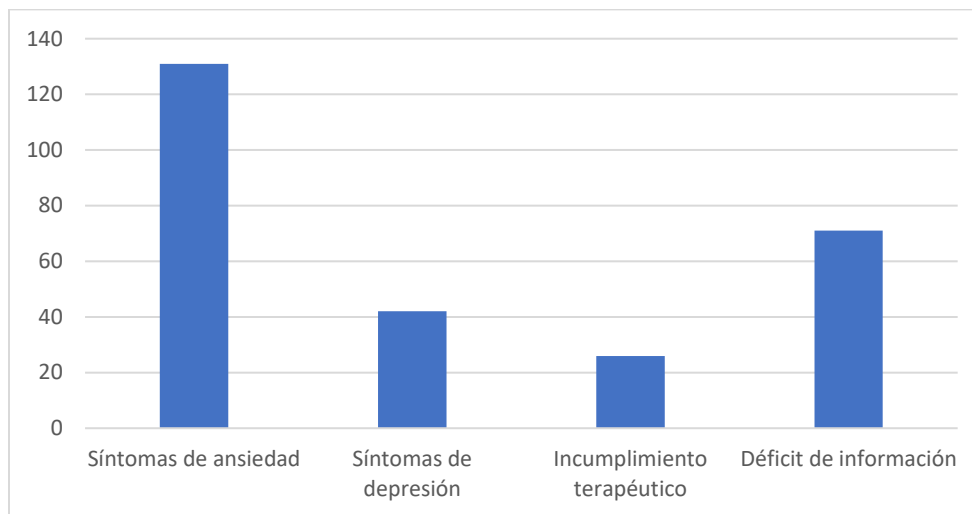
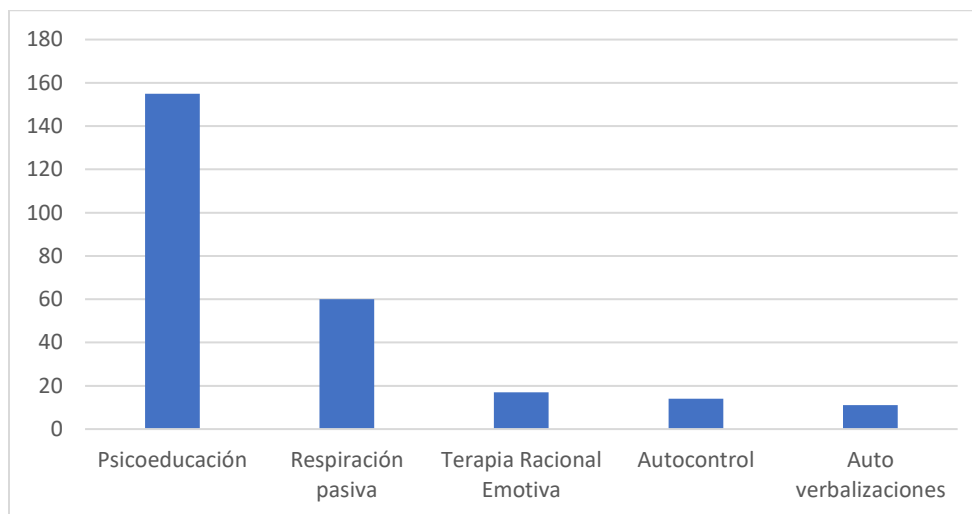


Figura 2. Técnicas empleadas



En general, si bien la cantidad de pacientes y protocolos llevados a cabo son pocas en comparación con otros servicios de la maestría, una diferencia importante, además de la

menor cantidad de pacientes del servicio, es el tiempo que se dedicaba a los pacientes cada vez, llegando a ser un mínimo de una hora por evaluación o intervención previa al trasplante, y tiempos muy variables en las realizadas en hospitalización, además de los días quirúrgicos del servicio, en los cuales solo se atendía a pacientes previo a cirugía, sin ser posible la mayoría de las veces usar ese día para otras actividades o para atender a más pacientes de evaluación.

1.4 Habilidades y competencias alcanzadas

En lo referente a las habilidades y competencias que se contempla que se adquieran y se desarrollen en el egresado de la residencia, se considera que se alcanzaron de manera exitosa y en algunos casos se sobrepasaron las expectativas, pues cada uno de los retos y experiencias fueron apuntalando lo adquirido y mostrando que siempre hay margen de mejora.

Se considera que se logró el poder realizar evaluaciones integrales, así como poder detectar y diagnosticar de manera precisa problemáticas relacionadas con la salud de los individuos, no solo en pacientes con ERC, sino con distintos diagnósticos o afectaciones. Así mismo, se desarrolló y mejoró la capacidad para seleccionar y ejecutar diferentes técnicas y procedimientos adecuados para cada paciente, siempre fundamentándose en la teoría o en la evidencia de que ciertas técnicas y procedimientos eran efectivas en la población objetivo o en la problemática específica a atender.

En esa misma línea, se mejoró el poder adecuar y refinar las intervenciones de acuerdo con los cambios presentados, a las problemáticas eventuales o variables fuera del control del terapeuta para así responder a las necesidades específicas de los pacientes y brindarles una mejor atención.

Al mismo tiempo, se adquirió la competencia para poder generar, adaptar y desarrollar programas de intervención para los distintos niveles de atención a la salud, especialmente en cuanto a tratamiento y rehabilitación, esto por las características de la sede y del servicio en el que se desarrollaron las actividades.

También se aprendió a generar y adaptar instrumentos de medición, los cuales son útiles para realizar evaluaciones más específicas y puntuales, con mayor confiabilidad y validez y que a su vez mejoran el trabajo terapéutico en general al permitir tener medidas objetivas para evaluar el alcance de metas y objetivos.

Así mismo, se adquirió el manejo de distintos enfoques metodológicos y estadísticos, así como un mejor manejo de herramientas informáticas, lo cual permite un mejor ejercicio profesional en lo relacionado con la investigación.

No menos importante, se desarrollaron las habilidades para el trabajo multidisciplinario, mucho de ello por las bondades del servicio de trasplantes que fomentaba la interacción entre el área médica, trabajo social y psicología, de modo que se trabajaba coordinadamente y con apoyo recíproco de las distintas áreas. En ese mismo aspecto, se desarrolló la capacidad para trabajar en un ámbito estresante en el que se adoptan jerarquías y se apremian la eficacia y rapidez del trabajo, esto sin mermar la calidad de éste, y siempre conduciéndose con ética y respeto tanto con el personal de salud como con los pacientes.

Por lo anteriormente descrito, se considera que efectivamente se cumplió con la adquisición de las competencias y habilidades meta de la residencia, y en algunos casos como el de la evaluación, diagnóstico y ejecución de las técnicas se considera que se superaron las expectativas que se tenían al comenzar la maestría, aunque siempre se considerará que hay margen de mejora en pro de la atención a los pacientes.

1.5 Evaluación final de la maestría

Habiendo concluido la maestría en Medicina Conductual, es posible realizar una breve evaluación de ésta, retomando los distintos componentes de la maestría.

En cuanto a las actividades académicas dentro del hospital, en general permitieron conocer otros puntos de vista y otros posibles abordajes terapéuticos, esto especialmente en los casos clínicos, aunque en ocasiones la redacción de los casos y las deficiencias en los mismos fomentaban la crítica y no el análisis o la aportación de ideas o de elementos teóricos relevantes para su mejora. Por su parte, las sesiones bibliográficas si bien permitían conocer qué se ha hecho en las distintas poblaciones dentro del hospital y cómo se relacionaba con lo realizado por los alumnos en sus actividades hospitalarias, a veces parecía que había poco énfasis en la búsqueda y presentación de los artículos, a veces eran desactualizados, no pertenecían a un enfoque teórico afín al de la maestría o eran carentes de una metodología clara.

Con respecto a las actividades académicas en la FES Iztacala, si bien siempre se llevaron a cabo las clases y se revisaban los contenidos de los temarios, en ocasiones algunos temas se veían de manera muy superficial sin mucha intervención del profesor a cargo, que, si bien solo es un facilitador para el conocimiento, daba pie a dejar cuestiones o dudas en el aire, inconclusas o con poca claridad o retroalimentación.

Sobre la supervisión académica, estas fueron constantes y pese a que la mayoría del tiempo no había una supervisión en persona, se revisaban temas de utilidad para el trabajo en el hospital, todo lo referente a los casos por presentar y siempre se estaba al pendiente del trabajo en el hospital a través de medios electrónicos (en el caso propio con la revisión

de notas y de reportes de evaluación de pacientes). Además, la Mtra. Maetzin Ordaz siempre brindó atención al momento sobre dudas, situaciones o al pedir consejo sobre el manejo de ciertas problemáticas o situaciones dentro del hospital, lo cual fomentó el poder desempeñarse con una mayor eficacia dentro del hospital.

Por su parte, en lo que corresponde a la supervisión *in situ*, frecuentemente se dificultaba localizar al Dr. Ricardo Gallardo, debido a sus múltiples actividades dentro del hospital, sin embargo, siempre trataba de brindar el tiempo para comentarle casos, la firma de notas, para atender pacientes del servicio o para entregarle los reportes de evaluación psicológica de protocolo de trasplantes.

En lo referente a las tutorías, si bien no se dieron de manera constante o rutinaria, la Dra. María Rosa Avila siempre estuvo al pendiente del trabajo y avances del alumno, siempre disponiendo de tiempo cuando se le pedía o se requería, siendo muy atenta en cada una de las ocasiones que se le pidió tutoría y mostrando interés tanto por lo académico como por el bienestar emocional.

El ambiente en el servicio de trasplantes fue agradable la mayoría del tiempo, lo cual favoreció en gran medida el trabajo multidisciplinario y la atención integral de los pacientes, pues había un flujo constante de información entre las tres áreas para poder brindar la mejor atención posible y atender los problemas de los pacientes. Lamentablemente, hacia afuera del servicio, el ambiente no era el mejor, por las situaciones con otros servicios y con las autoridades del hospital, lo cual agregaba presión y una sensación de hostilidad constante por las medidas que se fueron tomando desde la dirección del hospital.

En cuanto a las actividades intrahospitalarias, estas permitieron practicar y desarrollar las habilidades y conocimientos en un ambiente complejo como lo es la atención hospitalaria, si bien en el caso de trasplantes una buena parte de las actividades se realizaban de manera más o menos controlada (como la evaluación mediante instrumentos y entrevistas), el servicio demandaba, además de la atención a los pacientes hospitalizados como en cualquier otro servicio, la atención a pacientes momentos previos a su entrada a quirófano o incluso ya en éste, previo a la administración de anestesia para el procedimiento quirúrgico, lo cual permitió conocer y desarrollar un área de atención extra. Además, la posibilidad de acompañar durante todo el proceso del protocolo de trasplante permitía conocer a detalle la evolución del mismo, lo cual posibilitaba aplicar dicho conocimiento en los pacientes subsecuentes y generar una mejor planificación para la atención de los mismos.

Respecto a la elaboración de un protocolo de investigación, si bien en el servicio de trasplantes se disponía en ocasiones de un poco más de tiempo, la poca afluencia de pacientes, las características de los mismos (distintas problemáticas, foráneos, distintos grupos de edad, distinta condición médica) impedían formar un grupo más o menos homogéneo para la realización de un trabajo terapéutico en grupo o incluso individual, lo cual sumado a la conclusión precipitada de la maestría impidió poner en marcha lo planeado.

Sobre las instalaciones hospitalarias, en el caso particular de trasplantes se disponía de un espacio adecuado para dejar los efectos personales, guardar papelería y tenerla siempre a disposición e incluso donde poder alimentarse y descansar; en ocasiones el único inconveniente era tener el espacio para poder realizar la evaluación de pacientes,

especialmente en lo referente a la entrevista, ya que al haber más personal y pacientes entrando y saliendo de las áreas, generaba que los pacientes se inhibieran al tocar temas más privados o personales, o que se incomodaran al expresar ciertas emociones o evitaran ciertos temas. Si bien, esta dificultad puede ser compartida con otros servicios, en el caso de trasplantes la evaluación tiene un valor agregado, pues de ella se desprende el reporte que se entrega para la presentación al subcomité de trasplantes, por lo que minimizar dichos inconvenientes ayudaría a hacer más eficaz la evaluación y detección de problemáticas.

Respecto a las instalaciones académicas, las aulas de la FES Iztacala siempre estuvieron en buenas condiciones y siempre se contó con los elementos necesarios para las clases, el único aspecto negativo es la forma física de las aulas, ya que para realizar exposiciones, el espacio no tenía la forma adecuada para permitir un buen acomodo de la totalidad de los alumnos, obtener el mejor desempeño del proyector (limitado por el espacio entre el mismo y el área de proyección), y tener una buena visualización de los contenidos por parte de todos los alumnos.

En general, la residencia cumplió con las expectativas de enseñanza y aprendizaje, de realización de actividades profesionalizantes, estando solo limitada por situaciones que escapan al control de la coordinación (como las instalaciones hospitalarias y académicas, y la situación con las autoridades hospitalarias) y modelos de enseñanza ya muy establecidos en general en el área de psicología (exposiciones como método casi único de enseñanza), por lo cual pese a tener un margen de mejora, cumple con el objetivo de formar psicólogos que puedan insertarse en el campo de la salud para la atención de pacientes con distintos padecimientos médicos.

Capítulo 2: Tratamiento multicomponente en paciente candidato a trasplante renal para aumentar la adherencia al tratamiento médico

2.1 Marco Teórico

2.1.1 Enfermedad Renal Crónica.

La enfermedad renal crónica (ERC) es un síndrome que se define como la alteración persistente en la estructura y/o función del riñón, lo cual tiene repercusiones en la salud del individuo. Con la pérdida progresiva de la función renal, el cuerpo pierde la capacidad de los riñones para eliminar toxinas y productos de desecho de la sangre. Si bien la ERC suele ser asintomática en sus etapas tempranas, la pérdida de la función renal puede manifestarse en hipertensión arterial, alteraciones hidroelectrolíticas, edema en las extremidades, cambios en la cantidad y en las características de la orina, en la falta de aliento (debido a exceso de líquido en los pulmones), comezón excesiva y calambres, síntomas gastrointestinales, alteraciones cognitivas, entre otros (Romagnani et al., 2017; Aragón y Zapata, 2016; Pascoe, Thompson, Castle, McEvedy & Ski, 2017; Webster, Nagler, Morton y Masson, 2016).

Médicamente, la ERC se define como la reducción de la tasa de filtrado glomerular (TFG) y/o la presencia de daño renal (el cual debe ser evidenciado por estudios de imagen, de laboratorio o biopsia), durante un periodo de por lo menos tres meses (Tamayo y Lastiri, 2016; Webster, Nagler, Morton y Masson, 2016). Dependiendo del grado de reducción de la TFG y la evidencia de daño renal, la ERC se clasifica en cinco estadios, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4
Etapas de la ERC según guías KDIGO (Tamayo y Lastiri, 2016, p. 27)

Etapa	Definición	TFG
1	Evidencia de daño renal y TFG normal	>90 mL/min/1.73 m ²
2	Evidencia de daño renal y TFG ligeramente disminuida	60-89 mL/min/1.73 m ²
3	Disminución moderada de la TFG	30-59 mL/min/1.73 m ²
4	Disminución grave de la TFG	15-29 mL/min/1.73 m ²
5	Falla renal terminal	<15 mL/min/1.73 m ²

Las etapas uno y dos suelen considerarse como etapas tempranas de la ERC, y se considera oportuno que sea en dichas etapas en las que se centren los esfuerzos por retrasar la progresión de la enfermedad renal y aminorar sus complicaciones (Tamayo y Lastiri, 2016).

La ERC puede ser el resultado de varias enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, así como de infecciones recurrentes del tracto urinario, riesgos ambientales y ocupacionales. Particularmente, en el caso de México, la diabetes mellitus o la nefropatía diabética es la causa primaria más frecuente de la enfermedad renal (Méndez-Durán et al., 2010; Tamayo y Lastiri, 2016; Chávez et al., 2017).

Entre las complicaciones derivadas de la enfermedad renal, se encuentra un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV), principal causa de muerte en el enfermo renal y cuyo riesgo está presente en cualquier etapa de la enfermedad. Además, los pacientes con ERC tienen mayor riesgo de sufrir incapacidad y fragilidad física, reacciones adversas por deficiente excreción renal de fármacos, hiperparatiroidismo secundario, edema pulmonar y cardiaco, desequilibrio hidroelectrolítico y arritmias, depresión, caídas en casa, fracturas, deterioro del estado nutricional, anemia renal, disfunción sexual y lesión renal aguda. En

general, este padecimiento acorta la esperanza de vida, disminuye drásticamente la calidad de vida y causa discapacidad laboral (Hill et al., 2016; Tamayo y Lastiri, 2016; Aragón y Zapata, 2016; Chávez et al., 2017; Aldrete et al., 2018).

Actualmente, la ERC constituye un problema de salud pública, no solo en México, sino en el mundo, debido al aumento en su incidencia y prevalencia, su pronóstico pobre y los altos costos que implica para los sistemas de salud (Hill et al., 2016). Varios autores estiman que a nivel mundial esta enfermedad afecta aproximadamente a un porcentaje de entre 7 y 15% de la población (Romagnani et al., 2017; Chávez et al., 2017; Pascoe et al., 2017). Por su parte, en países como México se estima que esta enfermedad afecta a entre 10 y 16% de la población (Romagnani et al., 2017) y que hay un aproximado de 1.54 pmp con diálisis (Aguilar-Rivera et al., 2014), y se calculan aproximadamente 4,000 nuevos casos al año (Alonso et al., 2005, cómo se citó en Rojas-Villegas et al., 2017); sin embargo, en México, al carecer de un registro y seguimiento adecuado de los pacientes con ERC, no se tienen datos precisos sobre la prevalencia e incidencia total (Aguilar-Rivera et al., 2014; Tamayo y Lastiri, 2016).

Además de los datos sobre la creciente prevalencia e incidencia, en México la ERC se encuentra en el 15° lugar dentro de las principales 20 causas de morbilidad hospitalaria, la cual va incrementando año con año, además, es la segunda enfermedad que provoca mayor cantidad de años de vida perdidos (Secretaría de Salud, 2001, cómo se citó en Rojas-Villegas et al., 2017) y existen estimaciones de que de 129 mil pacientes que presentaban ERC terminal, solo cerca de 60 mil recibían algún tipo de tratamiento (Rojas-Villegas et al., 2017).

Si bien la ERC no tiene cura, para disminuir la progresión de la enfermedad los pacientes son sometidos a tratamientos por largos periodos o de por vida, dichos tratamientos tratan de suplir las funciones que el riñón ha dejado de hacer, lo cual permite la supervivencia del paciente por un mayor tiempo (Aguilar-Rivera et al., 2014). Los tratamientos de sustitución renal pueden realizarse a través de diálisis peritoneal (continua ambulatoria o automatizada), hemodiálisis o trasplante de renal (de donador vivo relacionado, donador vivo no relacionado o de donador cadavérico) (Rojas-Villegas et al., 2017).

Sin embargo, pese a la existencia de tratamientos que suplen la función de los riñones, estos no son curativos, son altamente invasivos (involucran la colocación de un catéter, cirugías, etc.), pueden implicar gastos importantes (tanto por la inactividad prolongada, como por la toma de medicamentos en forma permanente), suelen ir acompañados de una dieta para controlar los niveles de fósforo, potasio, sodio y calcio, restricciones en la ingesta de líquidos, y la toma de medicamentos diarios, y son demandantes tanto para el paciente como para su familia, a nivel físico, psicológico, social y económico, y en general afectan el funcionamiento del paciente (Contreras et al., 2006; Contreras, Espinosa y Esguerra, 2008; Aguilar-Rivera et al., 2014). Además, para evitar la progresión de la ERC, debe favorecerse el control de la glucosa en pacientes con diabetes, de la presión arterial en pacientes hipertensos, el mantenimiento de los niveles de colesterol y triglicéridos, eliminar el tabaquismo, evitar medicamentos nefrotóxicos (Tamayo y Lastiri, 2016).

Aunado a las afectaciones físicas propias de la enfermedad, el paciente se ve sometido a cambios drásticos relacionados directamente con la enfermedad, tal como son

los efectos secundarios de los tratamientos, la incertidumbre que su estado de salud y el tratamiento le provoca, los tiempos de espera (de las citas y entre tratamientos), el cambio en los roles del enfermo (pasar de ser proveedor a ser cuidado), la pérdida parcial de movimiento o de ciertas capacidades funcionales o del trabajo, los cambios en la imagen corporal, el afrontamiento de la propia muerte, etc. En general, el paciente se ve obligado a cambiar completamente su estilo de vida debido a los cambios fisiológicos, orgánicos y emocionales, lo cual lo lleva a periodos estresantes y una gran afectación emocional (Aguilar-Rivera et al., 2014).

2.1.2 Problemas Psicológicos comunes en los pacientes con ERC.

Del mismo modo en que ocurre con otras enfermedades crónicas, la ERC no solo afecta de manera física, sino que también tiene repercusiones en el estado emocional y en el estilo de vida de los pacientes (Vázquez-Mata y Reynoso-Erazo, 2014).

Al recibir el diagnóstico de ERC, éste suele llevar al paciente a un momento de crisis o a un proceso de duelo ante la pérdida de su salud física, lo cual se suma al malestar que la enfermedad le genera, a los cambios radicales en el estilo de vida que debe realizar para ajustarse a la enfermedad, a la pérdida del empleo o de las actividades académicas, a los cambios de rol en la familia, la pérdida de la autonomía y la dependencia a la maquinaria médica, los tratamientos indefinidos y regímenes médicos farmacológicos a los que debe someterse, así como las restricciones alimentarias y de ingesta de líquidos que debe cumplir (Vázquez-Mata y Reynoso-Erazo, 2014; Kohlsdorf, 2015; Aragón y Zapata, 2016; Rojas-Villegas et al., 2017).

El choque emocional al que se enfrentan la mayoría de las personas al recibir el diagnóstico frecuentemente se acompaña de la negación de la enfermedad y si bien dicha negación inicialmente puede tener una función protectora ante el estrés que genera el diagnóstico, al no reconocerse la enfermedad se niega también el tratamiento de esta y por tanto el cuidado adecuado del padecimiento se ve afectado (Vázquez-Mata y Reynoso-Erazo, 2014). Cuando el paciente se da cuenta de que su problema de salud es real, entra en un proceso de depresión al ver que su vida peligra, lo que le lleva a sentimientos de desánimo, pérdida del sentido de la vida, y pensamientos sobre que es una carga para su familia (Rojas-Villegas et al., 2017).

Otras reacciones emocionales y problemas psicológicos a los que puede enfrentarse el paciente con ERC son los sentimientos de desesperanza, depresión, estrés, ansiedad, rabia, enojo, irritabilidad, culpa, frustración, baja adherencia al tratamiento, autoimagen negativa y alteración de la autopercepción y autoestima, segregación social y aislamiento, escasa actividad física, dolor crónico, trastornos de la sexualidad y trastornos adaptativos (Vázquez-Mata y Reynoso-Erazo, 2014; Rojas-Villegas et al., 2017; Aggarwal et al., 2017). También es común identificar en los pacientes malestar físico, problemas para dormir, llanto constante, preocupación por su estado de salud, temor a la muerte, miedo a las complicaciones derivadas de los tratamientos, pensamientos pesimistas y bajas expectativas frente al futuro, inseguridad, desánimo, apatía, incluso deseos de morir e ideación suicida (Kohlsdorf, 2015; Vázquez-Mata y Reynoso-Erazo, 2014; Cabrales-Arreola et al., 2017; Pérez Balseiro, 2014, como se citó en Rojas-Villegas et al., 2017).

Estos problemas psicológicos son factores importantes en el tratamiento del paciente con ERC, pues afectan el pronóstico médico, afectan la calidad de vida, pueden

agravar o hacer más difícil el proceso de la enfermedad, lo cual puede ir desde la no aceptación de la enfermedad, negarse a recibir tratamiento o no cumplir adecuadamente con él, e incluso desarrollar otros síntomas y enfermedades (Pascoe et al., 2017; Rojas-Villegas et al., 2017).

Sobre la prevalencia de los problemas psicológicos, se ha estimado que la tasa de sintomatología psiquiátrica en pacientes con ERC es de entre tres y cinco veces mayor si se la compara con la población normal. Además, se ha encontrado que entre 20% y 50% de los pacientes con ERC tienen algún trastorno emocional, tales como depresión y ansiedad, los cuales afectan la adherencia terapéutica y la calidad de vida en consecuencia (Cabral et al., 2017).

Por ejemplo, los síntomas de depresión se han asociado con una baja adherencia al tratamiento, una capacidad funcional deteriorada y mayores tasas de hospitalización, de abandono del tratamiento sustitutivo y mortalidad más temprana (Pascoe et al., 2017). Además, se ha observado que la sintomatología depresiva, así como el manifestar emociones negativas (como miedo, culpa, desesperanza y frustración) incide negativamente sobre la adherencia al tratamiento, especialmente en cuanto al control de ingesta y el seguimiento médico, lo cual conlleva una serie de complicaciones (Bussell et al., 2017; Patel et al., 2019).

Si bien la depresión se ha reportado como el problema de salud mental de mayor importancia en pacientes con ERC, la ansiedad también es un problema de salud pues afecta al bienestar e interfiere significativamente en las actividades del paciente, en el tratamiento de la enfermedad, en la adherencia terapéutica, y en la calidad de vida (Cabral et al., 2017).

Por lo anterior, resulta de gran importancia diagnosticar y brindar tratamiento para dichas condiciones y problemáticas psicológicas, pues así se puede buscar una mejora en el bienestar psicológico y general del paciente, en su calidad de vida, y en conjunto reducir la morbilidad y riesgo de mortalidad en estos pacientes (Aggarwal et al., 2017).

2.1.3 Adherencia al tratamiento.

Tradicionalmente se ha usado la expresión “*cumplimiento terapéutico*” para referirse a la adecuada toma de medicamentos por parte del paciente, sin embargo, se considera que esta expresión es errónea e inadecuada, pues se le atribuye toda la responsabilidad sobre el seguimiento de instrucciones médicas al paciente y no toma en consideración cómo otros factores pueden afectar el comportamiento de las personas y su capacidad para adherirse a su tratamiento (Díaz Porto, 2014; Andreu y Sarria, 2017).

Por ello, actualmente se prefiere el uso del término “*adherencia al tratamiento*”, el cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como:

“el grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004; Sección 1, p. 9, como se citó en Díaz Porto, 2014; Burnier y Vrijens, 2018).

Dicha definición, no solo considera la terapia farmacológica, sino cambios en la alimentación y en el estilo de vida, y enfatiza la importancia del rol activo del paciente con el profesional de la salud y la comunicación entre ellos (Costa et al., 2015).

En lo referente a la adherencia terapéutica en pacientes con ERC, ésta se define como la medida en que el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud, manifestándose en conductas como búsqueda de atención médica, el cumplir con la asistencia a consultas médicas, tomar los medicamentos en la forma prescrita, realizar los cambios de estilo de vida recomendados (incluyendo la modificación de la higiene personal y la mejora del autocuidado) y realizar los análisis o pruebas solicitadas, de modo que el paciente es un elemento activo que colabora con el personal de salud (Silva, Galeano y Correa, 2005, como se citó en Díaz Porto, 2014; Ramos, 2015). Estos pacientes, suelen manifestar una pobre adherencia a la medicación, esto debido a la gran cantidad de medicación que requieren (de 6 a 12 medicamentos distintos) y a la complejidad del régimen medicamentoso (Tangkiatkumjai et al., 2017).

Por su parte, se considera como no-adherencia a *“la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida”* (Silva, Galeano y Correa, 2005, p. 269, como se citó en Díaz Porto, 2014), la cual puede manifestarse de distintas formas, tanto de manera no intencionada, por olvido, confusión, u otra dificultad, como de manera intencionada, donde el paciente puede dejar de tomar la medicación voluntariamente, por temor a reacciones adversas, por los efectos secundarios que ésta le provoca, por creer que la medicación es innecesaria, excesiva, o simplemente por cansancio (Andreu y Sarria, 2017). Además, la falta de adherencia no solo se relaciona con estos factores conductuales individuales, sino también con la enfermedad en sí misma, la complejidad y duración del tratamiento, el costo de éste, entre otros (Costa et al., 2015).

En los años 70, comenzó a dársele importancia al estudio de la adherencia, lo cual puso de manifiesto una serie de consecuencias negativas asociadas al incumplimiento de las prescripciones de medicamentos, las cuales pueden agruparse en cuatro áreas:

1. Incremento de los riesgos, la morbilidad y la mortalidad.
2. Aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento.
3. Crecimiento en los costos de los servicios de salud.
4. Desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el paciente (Díaz Porto, 2014).

En el plano de las enfermedades crónicas, la falta de adherencia se considera un tema prioritario de salud pública, debido a sus múltiples consecuencias negativas, al fracaso terapéutico, una mayor tasa de hospitalizaciones (Andreu y Sarria, 2017; Morrissey et al., 2016), y el aumento de su prevalencia, la cual oscila según la patología, entre el 30 y 60 % (Ruiz et al., 2016; Lam y Fresco, 2015; Brown et al., 2016; Pagès-Puigdemón et al., 2016), y en específico en el caso de la ERC, se ha estimado que tiene una prevalencia de entre 8 a 33% en pacientes en pre diálisis (Tangkiatkumjai et al., 2017), entre 13 y 99% en pacientes en hemodiálisis y de 4 a 85% en pacientes en diálisis peritoneal (Parker et al., 2019).

Puede considerarse a la adherencia terapéutica como un fenómeno multidimensional, el cual puede presentarse en ciertos momentos del tratamiento, y que se ve determinado por interacción recíproca de cinco factores que la OMS identificó, los cuales son (Díaz Porto, 2014; Ramos, 2015; Lam y Fresco, 2015; Costa et al., 2015; Yap et al., 2015):

- a) Factores socioeconómicos: estado socioeconómico deficiente, la pobreza, el analfabetismo, bajo nivel educativo, desempleo, falta de redes de apoyo,

disfunción familiar, condiciones de vida inestables, la lejanía del centro de tratamiento, el elevado costo del transporte, el alto costo de los medicamentos, la cultura y las creencias acerca de la enfermedad y el tratamiento, entre otros.

- b) Factores relacionados con el sistema de salud: la buena relación médico-paciente, el efecto negativo que puede provocar el que el servicio médico recibido sea deficiente o que los servicios de salud estén poco desarrollados, la carencia de seguro médico, la falta de conocimiento o preparación del equipo de salud sobre el manejo y control de las enfermedades crónicas, el déficit de personal profesional disponible para atender a los pacientes, las consultas cortas, la poca capacidad del sistema de salud para que el personal de salud eduque a los pacientes sobre su enfermedad y el autocuidado, y la falta de conocimiento del personal de salud sobre la conducta de la adherencia del tratamiento.
- c) Factores relacionados con la enfermedad: la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad física, psicológica, social y laboral, la velocidad de progresión de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.
- d) Factores relacionados al tratamiento: la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, el fracaso de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento, los efectos colaterales o secundarios del mismo, y la disponibilidad del apoyo médico para tratar dichos efectos.
- e) Factores relacionados al paciente: recursos disponibles del paciente, sus actitudes, sus creencias, conocimientos, su percepción y expectativas sobre su enfermedad, motivación del paciente para buscar y continuar con el tratamiento, la autoeficacia sobre su capacidad para involucrarse en el comportamiento terapéutico para su enfermedad y sus expectativas sobre el resultado del

tratamiento. Otros factores que influyen en la adherencia son el estrés psicosocial, la preocupación por los efectos adversos del tratamiento, la baja motivación para continuar con el tratamiento prescrito, el desconocimiento e inadecuada habilidad para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento, el no percibir la necesidad de tratamiento, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, la falta de percepción de riesgo para la salud ocasionado por la enfermedad, el malinterpretar las instrucciones del tratamiento, la inasistencia a citas de seguimiento, la desesperanza, el temor a la dependencia en otros, la ansiedad provocada por el complejo régimen de medicamentos y el sentirse estigmatizado por la enfermedad.

La conducta de adherencia terapéutica es un factor determinante para que el tratamiento resulte efectivo, una buena adherencia terapéutica ayuda a potenciar la efectividad de las intervenciones, promueve estilos de vida saludables, permite modificar regímenes alimentarios y a aumentar la actividad física (Díaz Porto, 2014), además los pacientes con una mayor adherencia muestran una progresión más lenta de la ERC (Tangkiatkumjai et al., 2017). En este sentido, mejorar la adherencia puede tener una mayor influencia en la salud de los individuos que el descubrimiento de nuevos y más efectivos tratamientos (Brown et al., 2016).

Por el contrario, si la adherencia es deficiente disminuyen los beneficios clínicos del tratamiento (Díaz Porto, 2014). En pacientes renales, la baja adherencia al tratamiento se relaciona con ingresos hospitalarios frecuentes por presentar urgencias médicas tales como edema agudo de pulmón, hiperpotasemia, accidente cerebrovascular, intoxicaciones, hemorragia digestiva, peritonitis, shock séptico, entre otras, complicaciones que pueden

llevar a la muerte. Sin embargo, la detección temprana y el seguimiento adecuado del tratamiento ayudan a prevenir o retardar muchas de estas complicaciones, lo cual pone en manifiesto nuevamente la importancia de una adecuada adherencia al tratamiento (Rojas-Villegas et al., 2017).

2.1.4 Tratamiento para mejorar la adherencia al tratamiento.

Si bien ya se mencionó que la deficiente adherencia al tratamiento puede provocar varias complicaciones, al ser una conducta susceptible de ser modificada, puede mejorarse y obtenerse mejores beneficios de los tratamientos a través de la mejora de la adherencia que mediante el incremento de la efectividad de los tratamientos médicos (Lam y Fresco, 2015; Bussell et al., 2017). La OMS ha manifestado que los programas educativos dirigidos a las conductas de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas mejoran su estado de salud y reducen la utilización de los servicios médicos, así como los costos que esto implica (Díaz Porto, 2014).

Cuando se combina el autocuidado y los programas de adherencia con el tratamiento médico regular y la educación sobre la enfermedad, puede observarse una mejoría significativa en las conductas pro-salud del paciente, se presta mayor atención a los síntomas cognitivos, se mejora la comunicación con el personal de salud y se consigue disminución del número de hospitalizaciones y consultas clínicas (Díaz Porto, 2014).

Orueta (2005, como se citó en Díaz Porto, 2014) expone una serie de aspectos que deben estar presentes en toda intervención con los pacientes, los cuales son:

- a) No culpabilizar, ni regañar al paciente por no haber cumplido con el tratamiento.

- b) Individualización de la intervención, debido al carácter multifactorial de la adherencia, tomando en cuenta las características de la enfermedad y del paciente.
- c) Fortalecer la relación entre el paciente y el personal de salud, de modo que el paciente sienta la confianza y libertad de manifestar sus dudas y preocupaciones acerca de su tratamiento y su salud.
- d) Fomentar la participación de distintos profesionales, de modo que mejore la calidad de la información que el paciente recibe sobre su enfermedad y tratamiento.

Algunas de las estrategias que se recomiendan para la intervención son: a) simplificar o facilitar el tratamiento, procurando evitar en la medida de lo posible que éste interfiera con las actividades diarias del paciente; b) educar y orientar al paciente sobre su enfermedad y el tratamiento, de modo que la información le permita tener un mejor control de su tratamiento; c) mejorar el apoyo familiar/social, ya que se ha observado que los pacientes que viven solos tienden a tener una menor adherencia al tratamiento, mientras que el tener apoyo familiar/social puede fomentar la conducta de adherencia; d) implementar intervenciones dirigidas a mejorar la capacidad del paciente en el manejo y control de su enfermedad mediante técnicas de responsabilización, autocontrol y refuerzo conductual (Díaz Porto, 2014).

En resumen, las estrategias de intervención recomendadas para mejorar la adherencia al tratamiento son (Orueta, 2005, como se citó en Díaz Porto, 2014; Bussell et al., 2017):

- a) Promover y fortalecer la relación médico-paciente.

- b) Simplificar el tratamiento lo más posible.
- c) Informar al paciente sobre su enfermedad y el porqué del tratamiento.
- d) Hacer partícipe al paciente en el plan terapéutico.
- e) Ofrecer información escrita.
- f) Involucrar a la familia en el proceso.
- g) Hacer uso de diferentes métodos a manera de recordatorio.
- h) Reforzar periódicamente al paciente por los logros alcanzados.
- i) Fijar metas periódicas.
- j) Evaluar periódicamente el grado de adherencia del paciente.
- k) Incentivar al paciente.
- l) Ponerse en contacto con el paciente si éste no acude a su cita.

Por su parte, Pagés et al. (2016) recopila algunas sugerencias por parte de los pacientes para la mejora de la adherencia, la mayoría de éstas se centra en mejorar la educación y la relación de los pacientes con el personal de salud. Algunas de las recomendaciones hechas por los pacientes para mejorar la adherencia al tratamiento son la alianza terapéutica, poder comentar las opciones de tratamiento, que se tomen en cuenta sus preferencias durante la selección de tratamiento, poner más atención a la salud mental, una visión más holística de la enfermedad y que los médicos revisen más frecuentemente la terapéutica del paciente.

De este modo, considerar las variables del paciente, conocer por qué no es adherente a su tratamiento y el uso del abanico de posibilidades de tratamiento permitirá, en la medida de lo posible mejorar la adherencia al tratamiento del paciente con ERC. Sin embargo, el uso de una u otra estrategia dependerá de la evaluación del paciente, de modo que se ajuste

a sus necesidades específicas, para lograr el mayor impacto posible en la mejora de la adherencia al tratamiento. En general, casi toda intervención requerirá la combinación de estrategias para potenciar su efectividad, sin embargo, aún con estas intervenciones es complicado mejorar de manera significativa la adherencia al tratamiento y los resultados de éste, pues generalmente los resultados conseguidos no alcanzan a mantenerse más allá de los 12 meses (Pisano y González, 2014).

La adherencia al tratamiento resulta ser un tema bastante complejo, y su tratamiento por consiguiente también lo es, además de combinar una serie de estrategias terapéuticas para potenciar el cambio, también debe hacerse uso de una serie de habilidades para fomentar los cambios en el paciente, habilidades que no son exclusivas del tratamiento para mejorar la adherencia, sino comunes a cualquier tipo de intervención.

Las habilidades terapéuticas pueden ser entendidas como las distintas aptitudes y actitudes que un terapeuta debe tener para la práctica clínica, algunas de estas habilidades son capacidad de entender, escuchar, guiar, reflejar, confrontar, interpretar, informar y resumir. Así mismo, para realizar la práctica clínica se requiere de mostrar interés genuino por las personas y su bienestar, el autoconocimiento, el compromiso ético y tener actitudes que favorecen la relación terapéutica, tales como calidez, cordialidad, autenticidad, respeto, empatía y aceptación positiva incondicional (Rodríguez y Salinas, 2011).

Además, para poder establecer una adecuada relación terapéutica, la cual es importante para obtener buenos resultados en las intervenciones, hay competencias que son necesarias para dicha relación, tales como la aceptación, la empatía y la autenticidad, aunque por sí solas no son suficientes, pues también se requiere de factores para mantener la relación terapéutica, como la confianza, el rapport, y la colaboración terapéutica, lo cual

ayuda a desarrollar una percepción positiva del terapeuta por parte del paciente, a plantear en conjunto metas, objetivos y procedimientos, y formar un equipo entre terapeuta y paciente para poder detectar problemas y poner en marcha cambios (Rodríguez y Salinas, 2011).

En general, la combinación de estrategias, habilidades y competencias permitirá obtener los mejores resultados posibles para el paciente, mejorando su adherencia al tratamiento, y disminuyendo las posibles complicaciones de su padecimiento, tanto a corto como a mediano plazo, permitiendo así la posibilidad de acercarse a una mejor calidad de vida, mejor control del padecimiento y mejores beneficios del tratamiento en el que se encuentre.

2.2 Presentación del caso

El presente caso ilustra el papel del psicólogo de la Residencia en Medicina Conductual en la valoración y tratamiento de un paciente candidato a trasplante renal con una adherencia al tratamiento médico deficiente, así como el apoyo y búsqueda de información con terceros allegados al paciente, y el trabajo en conjunto con los residentes médicos para la instauración de conductas adherentes que permitan mejorar la condición médica del paciente y tener mayor probabilidad de éxito ante el posible trasplante. El siguiente caso se consideró difícil, debido a la tendencia a mentir del paciente.

2.2.1 Ficha de Identificación.

- Nombre Ficticio: Renato
- Sexo: Masculino
- Edad: 52 años
- Estado Civil: Casado
- Escolaridad: Licenciatura en Administración
- Ocupación: Actualmente desempleado
- Religión: Católica
- Lugar de Origen: CDMX
- Lugar de Residencia: Querétaro
- Diagnóstico Médico: Enfermedad Renal Crónica + Hipertensión Arterial Sistémica

2.2.2 Motivo de consulta.

El paciente comienza su protocolo de trasplante renal en el Hospital Juárez de México en febrero de 2018, y en marzo la evaluación psicológica, sin embargo, falta a sus citas siguientes y hasta junio del 2018 se retoma su evaluación. El paciente continuamente llega tarde a sus consultas médicas, durante la evaluación cae en contradicciones sobre el seguimiento de su tratamiento actual y se presenta en estado de somnolencia, dificultad en la marcha, en el habla y aliento urémico intenso, por ello, al finalizar la evaluación se le

devuelve y confronta con la información encontrada y con lo observado, y se le propone la necesidad de brindar tratamiento psicológico para mejorar su adherencia al tratamiento médico y con ello mejorar su condición médica y mejorar sus posibilidades ante el posible trasplante renal.

2.2.3 Antecedentes.

Heredofamiliares.

- Abuelos: Abuela Materna con diagnóstico de HAS, finada.
- Madre: Diabetes Mellitus Tipo 2, 15 años de evolución.
- Padre: Diabetes Mellitus Tipo 2, 1 año de evolución.
- Hermanos: 5 hermanos aparentemente sanos.

Personales no patológicos.

Habita en casa propia, construida de materiales perdurables, cuenta con todos los servicios de urbanización. Alimentación no adecuada en calidad y cantidad. Hábitos higiénicos no adecuados, con baño y cambio de ropa interior y exterior diario. Zoonosis positiva a razón de un perro pequeño.

Personales patológicos.

Crónicos degenerativos:

- Enfermedad Renal Crónica, desde hace tres años y medio, en tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal Automatizada desde hace dos años, a razón de cinco cambios durante nueve horas por las noches.
- Hipertensión Arterial, desde hace tres años y medio.

Alergias: interrogadas y negadas.

Infecto contagiosas: interrogadas y negadas.

Toxicomanías: interrogadas y negadas.

Cirugías:

- Colocación de catéter Tenckhoff, en mayo de 2016.

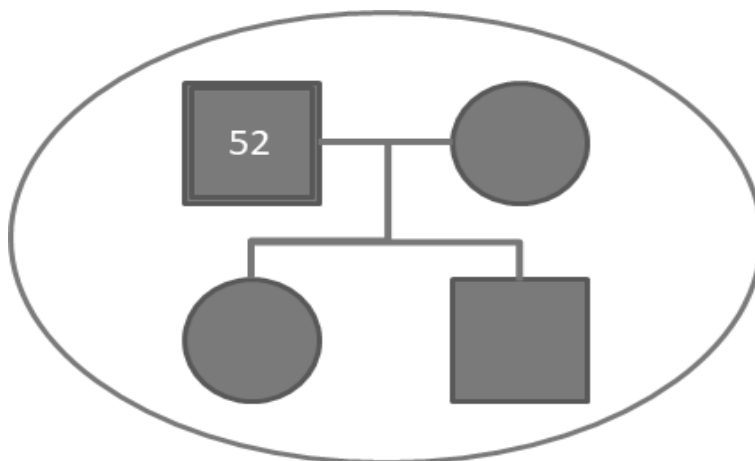
Psicológicos patológicos.

Atención psicológica: niega atención psicológica o psiquiátrica previa.

2.2.4 Dinámica familiar y familiograma.

Renato actualmente vive con su esposa y sus dos hijos, tiene cinco hermanos y la posible donadora es su hermana menor. En la figura 3 se puede ver el familiograma de Renato.

Figura 3. Familiograma de Renato



2.2.5 Historia del Problema.

Médica:

- Febrero, 2016: diagnóstico de ERC e hipertensión arterial.
- Mayo, 2016: colocación de catéter Tenckhoff; comienzo de tratamiento de diálisis peritoneal automatizada.
- De agosto de 2016 a diciembre de 2016: realiza protocolo de trasplante renal en el Hospital General de San Juan del Río, Querétaro.
- Diciembre, 2016: su donador no es apto para la donación.
- Durante 2017: búsqueda de otro posible donador, en noviembre de ese año su hermana se propone como posible donadora.
- Febrero, 2018: inicia protocolo de trasplante renal en el Hospital Juárez de México.

Psicológica:

- Marzo, 2018: comienza evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal.

2.2.6 Padecimiento Actual.

Renato fue diagnosticado con ERC en febrero de 2016, manifestando malestar y síntomas como hinchazón de miembros inferiores desde noviembre de 2015. Renato indica que al recibir el diagnóstico sintió miedo por su salud, y que dejó de trabajar a raíz de su enfermedad. El paciente inició protocolo de trasplante renal en Querétaro, siendo su posible donador un amigo, ya que ninguno de sus hermanos se propuso a ayudarlo *“no me quieren, nadie me quiso ayudar ni ser mi donador, todos están sanos, pero les da miedo”* (sic. pac.). Al determinarse que su donador no es apto para donarle, Renato menciona que pidió

nuevamente ayuda a sus hermanos, a lo que una de sus hermanas se propuso como posible donadora.

Durante la evaluación psicológica del protocolo de trasplante, el paciente llega tarde a sus citas (40 min. o más de retraso), llega en condiciones de poca higiene (ropa sucia, despeinado), muestra dificultad al caminar (se balancea) y al hablar (arrastra la lengua), edematización de miembros inferiores, rostro y manos, somnolencia (se queda dormido al hablar o al contestar inventarios), y aliento urémico intenso. Al cuestionarle sobre el retraso y la somnolencia, el paciente refiere *“vengo desde Querétaro, me agarra el tráfico y tengo que venir muy temprano, entonces duermo muy poco, unas cuatro horas nada más”* (sic. pac.). Sobre su diálisis, los días previos a acudir al hospital menciona sí realizarla.

Como parte del protocolo médico del trasplante renal, se envía al paciente al servicio de bariatría para disminuir su peso (104 kg) y que se encuentre en mejores condiciones físicas. Pese a indicar que ha perdido peso y que el servicio de bariatría ya le dio *“luz verde”* (sic. pac.) para la cirugía, no se observan cambios físicos. Así mismo, el paciente indica seguir la dieta que se le mandó por parte de bariatría, sin embargo, al indagar sobre los alimentos que consume, refiere haber consumido en los días anteriores alimentos con alto contenido de sodio, potasio y fósforo (carne roja, tomates, papas, frijoles, atún enlatado), los cuales no son parte de su dieta ni aparecen en la hoja de alimentos que se le entregó en bariatría. Sobre esto, el paciente menciona *“en mi hospital me habían dicho que eso sí lo podía comer, además no lo como mucho”, “casi no puedo comer nada, a veces como un poco porque se me antoja, pero sí sigo mi dieta”* (sic. pac.).

En la entrevista estructurada, en el rubro sobre su tratamiento y seguimiento de éste, el paciente indica cumplir con su dieta, la toma de sus medicamentos, y con ejercicio diario,

pero indica que, al ir al hospital, come lo que encuentra (yogur, sándwich). Sin embargo, al revisar sus análisis de laboratorio de primera vez, se encuentran valores de creatinina sérica (rango normal entre 0.5 y 1.3 mg/dl) de 20.67 mg/dl (febrero, 2018) y los más recientes, traídos por él, con valores de 19.6 mg/dl (agosto, 2018), lo que da cuenta de deficiencia en sus cuidados, tratamiento y seguimiento de la dieta renal.

Su hermana y posible donadora, refiere que su hermano no lleva a cabo sus cuidados *“come de todo lo que no debe de comer, luego le digo ‘no comas de eso’, y él se enoja y dice que yo qué sé, que no le va a pasar nada por comer un poco de eso y discutimos”*, *“sé que tampoco se hace sus diálisis siempre, a veces se va de viaje y no se lleva su máquina ni se cuida, además tiene un perro en casa, aunque ya le dijeron que debe de buscarle otro hogar”*, *“yo ya le he dicho que si sigue así, no le voy a donar, si yo le voy a dar algo de mí, quiero que lo cuide, no es cualquier cirugía y él piensa que es poca cosa, pero sólo se enoja y dice que nadie le quiere ayudar, pero él no pone de su parte [...] quiero hacer esto por él, porque me importa, ya si él no se cuida no queda en mí”* (sic. fam.).

Además, su hermana comenta *“mi cuñada es la que le prepara sus comidas, pero él prefiere salirse ‘a caminar’, le deja el plato con la comida, se va y ya regresa más tarde y comido [...] mi cuñada ya no lo soporta, la otra vez lo dejó solo en casa, él llamó a mis papás diciendo que estaba triste porque no lo habían dejado solo y no apoyaban”* (sic. fam.). Sobre dicho incidente con su esposa, el paciente lo negó y refirió que su esposa *“salió de viaje unos días con su familia, regresa la semana que entra”* (sic. pac.). De acuerdo con trabajo social, el paciente ya no tenía mascotas al momento de la visita domiciliaria, sin embargo, durante las sesiones previas a la intervención, el paciente refirió

salir a caminar por las noches a pasear a su perro, sobre lo que al preguntársele comenta “*ya sé que me tengo que deshacer de él, pero es complicado*” (sic. pac.).

2.2.7 Impresión y Actitud General.

Paciente masculino de complexión endomórfica, condiciones de higiene y aliño no adecuadas al contexto. Se muestra cooperador durante el protocolo de evaluación psicológica.

2.2.8 Examen mental.

23/03/2018. Paciente de edad aparente mayor a la cronológica, orientado en 4 esferas (T-E-P-C), consciente y alerta, con respuesta adecuada al ambiente, atención, concentración y memorias conservadas, lenguaje coherente, congruente y lento, pensamiento abstracto, sin alteraciones aparentes en la sensopercepción, impresiona inteligencia promedio, estado de ánimo dentro de lo normal, juicio conservado, noción de enfermedad.

21/06/2018. Somnoliento. Atención, concentración y memorias con dificultad.

2.2.9 Factores psicológicos complementarios.

- Locus de control externo.
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo.
- Redes de apoyo existentes y funcionales, adecuadas en cantidad y calidad, apoyo social de tipo emocional.

2.2.10 Personalidad previa.

Renato refiere “yo era una persona muy activa, me gustaba salir, jugar futbol, me gustaba trabajar, salir con mi familia y comer de todo. Ahora ya no puedo hacer nada de eso, me canso rápido, me da mucho sueño, no puedo comer casi nada” (sic. pac.).

2.2.11 Selección y administración de técnicas de evaluación.

- Observación Clínica
- Entrevista Conductual
- Entrevista con terceros (hermana y esposa)

2.2.12 Análisis y descripción de la conducta problema.

A continuación, en la Tabla 5, se muestran las conductas problema de Renato detectadas durante la fase de evaluación y las referidas por terceros, así como el análisis de secuencias de la problemática del paciente (Tabla 6) y el análisis funcional del mismo.

Tabla 5

Lista de Conductas Problema

Nivel Motor	Nivel Cognitivo	Nivel fisiológico
Consumo alimentos fuera de casa Consumo alimentos restringidos No se realiza sus diálisis Discute con su hermana	Minimiza las repercusiones de sus conductas. Maximiza las exigencias de su tratamiento (dieta). Creencia sobre, si no le ayudan es porque no lo quieren.	No presenta.

Tabla 6. *Análisis de Secuencias*

2. Estímulo E	4. Organismo O	1. Respuesta R	3. Consecuencia C
<p>Externos En casa, a la hora del desayuno con su esposa e hijos. Cuando acude a reuniones familiares o fiestas. Cuando sale de viaje. Cuando acude al hospital.</p> <p>Internos Minimiza las repercusiones de no seguir su dieta. Olvida la toma de sus medicamentos.</p> <p>Historia <i>Pasada</i> Diagnóstico de enfermedad renal crónica. Su donador previo no es candidato a donación. <i>Contemporánea</i> -</p>	<p>Biológico Enfermedad Renal Crónica + Hipertensión Arterial</p> <p>Habilidades y déficits -</p> <p>Historia de reforzamiento Locus de control externo Estilo de afrontamiento centrado en la emoción</p> <p>Variables Cognitivo-Culturales Creencia de si la gente no lo ayuda es porque no lo quieren. Creencia sobre que su enfermedad no es controlable, y la dieta y tratamiento son demasiado exigentes.</p>	<p>[Z91.1] Incumplimiento terapéutico [V15.81]</p> <p>Motor Consume alimentos restringidos. No se realiza sus diálisis. Consume alimentos fuera de casa. No toma sus medicamentos.</p> <p>Cognitivo -</p> <p>Fisiológico -</p>	<p>Inmediatas</p> <p><i>Internas</i> -</p> <p><i>Externas</i> Discute con su hermana</p> <p><i>De otros</i> Su hermana le dice que no le va a donar si continua sin cuidarse. Su esposa le reclama por no comer en casa.</p> <p>Mediatas</p> <p><i>Externas</i> Incremento de peso y descontrol de su padecimiento</p> <p><i>Internas</i> Se siente triste porque nadie lo apoya y quedarse solo. Se siente molesto porque sus hermanos no le ayudan (con la donación).</p> <p><i>De otros</i> Su esposa sale de viaje y lo deja solo.</p>

Análisis Funcional.

Paciente masculino de 52 años de edad, originario de la Ciudad de México y residente del estado de Querétaro, religión católica, estado civil casado, escolaridad licenciatura, actualmente desempleado, con diagnóstico médico de Enfermedad Renal Crónica desde hace tres años, en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal automatizada, a razón de cinco recambios durante nueve horas. Como motivo de consulta se identifica incumplimiento terapéutico, el cual es negado por el paciente, pero demostrable a través de análisis de laboratorio, estado físico actual (estado de alerta alterado, somnolencia, edematización de miembros inferiores, aliento urémico intenso) y el reporte de terceros (hermana y posible donadora).

La conducta problema se caracteriza a nivel motor por el consumo de alimentos restringidos para la dieta renal, el consumo de alimentos fuera de casa, el no consumo de sus medicamentos y el no realizarse su diálisis cuando sale de viaje.

Lo anterior se hace más probable cuando su esposa le sirve el desayuno y comida, cuando acude a reuniones familiares o fiestas, al salir de viaje o al acudir al hospital. En esos momentos, él manifiesta pensamientos en los que minimiza el no cumplir con su dieta y tratamiento, además olvida la toma de sus medicamentos. Como antecedentes relevantes a la problemática se encuentra el diagnóstico de la ERC y el que su primer donador no fuera candidato para realizarse la donación.

La conducta problema puede estar mantenida por consecuencias inmediatas como discutir con su hermana, y por las conductas de otros como el que su esposa le reclame por no comer en casa, y el que su hermana le diga que no le va a donar un riñón si no se cuida.

De forma mediata, la conducta puede estar mantenida por incrementar de peso, el descontrol de su enfermedad, el sentirse triste porque nadie lo apoya, que lo dejen solo, y sentirse molesto porque sus hermanos no le ayudan.

Además, la conducta puede estar siendo mediada por variables como un locus de control externo, un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción de tipo evitativo, y variables cognitivo-culturales como la creencia de si la gente no lo ayuda es porque no lo quieren, y la creencia sobre que su enfermedad no es controlable, y la dieta y tratamiento son demasiado exigentes.

De acuerdo con el análisis anterior, se consideró que la intervención se dirigiera a la conducta problema a nivel motor de la respuesta, así como a las variables estímulo antecedentes a nivel interno con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento médico.

Hipótesis funcional.

Si el paciente recibe un tratamiento multicomponente compuesto de psicoeducación y entrenamiento en autocontrol, mejorará su adherencia al tratamiento médico.

2.2.13 Diagnostico.

Diagnóstico DSM IV-TR.

- Eje I: [Z91.1] Incumplimiento terapéutico [V15.81]
- Eje II: Sin diagnóstico
- Eje III: Enfermedad Renal Crónica + Hipertensión Arterial
- Eje IV: Sin diagnóstico
- EJE V: EEAG 61-70

Diagnóstico DSM-5.

V15.81 (Z91.19) Incumplimiento de tratamiento médico. Enfermedad Renal Crónica + Hipertensión Arterial. WHODAS 30 (versión de 12 preguntas, administrada por el entrevistador).

2.2.14 Objetivos de tratamiento.

General: Mejorar la adherencia al tratamiento médico disminuyendo las conductas problema a nivel motor.

Específicos: el paciente:

- Identificará los beneficios de seguir adecuadamente su tratamiento.
- Empleará estrategias de control de estímulos para aumentar su ingesta de medicamentos.
- Disminuirá la ingesta de alimentos restringidos y con ello su peso.
- Mostrará cambios por un periodo mínimo de 6 meses.

2.2.15 Estrategia Terapéutica.

En seguida se muestra la selección de técnicas para tratar de incidir en la mejora de la adherencia al tratamiento de Renato.

- Psicoeducación
- Entrenamiento en Autocontrol (Carrasco, 2008).
 - Automonitoreo (registros)
 - Establecimiento de metas (benéficos)

- Estrategias de cambio (control de estímulos, reforzamiento, autorreforzamiento, solución de problemas)
- Evaluación del programa
- Prevención de recaídas

Adicionalmente se implementaron de manera parcial dos técnicas para comenzar con la preparación del paciente para el periodo postoperatorio.

- Solución de Problemas (Nezu, Nezu, y Lombardo, 2006).
- Respiración pasiva

De dichas técnicas para preparar al paciente ante el posible trasplante renal, se desprenden como objetivos específicos los siguientes:

- Enunciará los pasos de la técnica de solución de problemas.
- Ejecutará la técnica de solución de problemas.
- Ejecutará la técnica de respiración pasiva.

2.2.16 Descripción de las sesiones.

A continuación, se presentan en resumen las sesiones llevadas a cabo con Renato, tanto las de evaluación (Tabla 7), como las de intervención (Tabla 8).

Tabla 7

Sesiones de Evaluación de Renato

Fecha	Procedimiento
23/03/2018	Inicio de evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal.
26/03/2018	No asiste.
20/04/2018	No asiste.
21/06/2018	Evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal.

	El paciente se muestra somnoliento, atención, concentración y memorias con dificultad.
04/07/2018	Evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal. El paciente se muestra somnoliento, atención, concentración y memorias con dificultad.
09/08/2018	Evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal. El paciente se muestra somnoliento, atención, concentración y memorias con dificultad. Se realiza psicoeducación sobre la ERC, la dieta renal, su tratamiento y el trasplante renal.

Tabla 8. Descripción de las sesiones de intervención con Renato

Sesión y fecha	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultado
<p>Sesión 1 30/08/2018</p>	<p>Evaluación</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Devolución de información (confrontación)</p> <p>Automonitoreo (registros)</p> <p>Control de estímulos</p> <p>Ejercicio de solución de problemas</p>	<p>Se evalúa sobre conocimientos de su enfermedad, tratamiento, el trasplante y sobre su adherencia al tratamiento, contrastando lo que el paciente refería saber y hacer respecto de su tratamiento contra su estado físico, el reporte de terceros y sus laboratorios.</p> <p>Se brinda nuevamente información sobre el trasplante renal, la ERC, y su tratamiento.</p> <p>Se le confronta con lo encontrado a través de la evaluación, específicamente lo referente a los déficits de información mostrados y a su estado físico actual (edematización, somnolencia, aliento urémico).</p> <p>Se dejan registros de alimentos y medicación.</p> <p>Se realiza ejercicio de solución de problemas para cubrir las dificultades de la toma de sus medicamentos y alimentarse fuera de casa. Se identifican como posibles soluciones el uso de alarmas y uso de pastillero para cumplir</p>	<p>En un primer momento, el paciente se excusa en su enfermedad de los problemas detectados refiriendo <i>“todo lo que yo tengo es por la enfermedad, por eso estoy así, yo sí me cuido y tomo mis medicamentos”</i>, <i>“sigo la dieta que me dieron, ya perdí 8 kg, la bariatra dice que voy bien”</i> (sic. pac.).</p> <p>Posteriormente al confrontarle con la información encontrada y contrastarlo con lo que él decía, manifiesta <i>“pues sí, a veces sí, no me tomo el medicamento a la hora que me toca o se me olvida tomármelo”</i>, <i>“cuando salgo o vengo al hospital, como lo que encuentro”</i> (sic. pac.) y añade <i>“a mí nunca nadie me había dicho lo que usted me está diciendo, yo no sabía que lo que tengo puede controlarse”</i>, <i>“ojalá me hubieran dicho todo esto antes”</i> (sic. pac.).</p> <p>Sobre los registros y las tareas que se le dejan, Renato menciona <i>“Haré mis registros, y mejoraré mi higiene, le demostraré que puedo cambiar”</i>, <i>“pondré las alarmas y compraré donde guardar</i></p>

		con la toma de sus medicamentos y el uso de tuppens para llevar su propio alimento cuando salga.	<i>mis pastillas, así no se me pasarán”</i> (sic. pac.).
Sesión 2 20/09/2018	<p>Reforzamiento verbal</p> <p>Automonitoreo (Registros de actividad)</p> <p>Establecimiento de Metas</p> <p>Búsqueda de reforzadores (autorreforzamiento)</p>	<p>Se le refuerza verbalmente los cambios reflejados.</p> <p>Se le deja registro de actividad física (horario, actividad, tiempo invertido).</p> <p>Como metas iniciales se establece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llegar a un peso inferior a los 90 kg (IMC menor a 30). • Realizar actividad física ligera 5 días a la semana. <p>Se plantea que el paciente se premie por el cumplimiento de las conductas establecidas.</p>	<p>Renato muestra mejora de su higiene y aliño (ropa limpia, peinado, disminución de aliento urémico), estado de conciencia, marcha y habla. Refiere pérdida de peso total de 9 kg (95 kg), la cual no es perceptible. Indica que además de seguir su dieta ha comenzado a realizar ejercicio (caminata y bicicleta fija) por tiempos breves, diariamente.</p> <p>Sobre las metas, Renato menciona <i>“voy a seguir con mi dieta y con el ejercicio, así bajaré hasta 90, que es lo que me comentaron que era más ideal”</i> (sic. pac.). En cuanto al autorreforzamiento indica <i>“me premiaré a mí mismo yendo a lugares a los que ya no iba con mi familia, como al super o a la plaza [...] también puedo ver películas por la tarde después del ejercicio”</i> (sic. pac.).</p> <p>De sus registros se observa el cumplimiento de su dieta y toma de medicamentos.</p>

<p>Sesión 3 25/10/2018</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Seguimiento sobre autorreforzamiento</p> <p>Entrevista conductual con familiar.</p>	<p>Se refuerza el cambio de conductas mostrado, así como la mejora de su estado general.</p> <p>Con apoyo de residente médico, se realiza psicoeducación sobre el trasplante renal y el seguimiento del tratamiento y cuidados para su padecimiento. Se plantea que los cambios actuales se mantengan en el tiempo para garantizar su continuidad y mejoras en el estado físico.</p> <p>Se indaga con familiares sobre las conductas planteadas a cambiar (dieta, tratamiento, ejercicio, e higiene).</p>	<p>Renato se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, refiere pérdida de peso total de 10 kg (94 kg), la cual es perceptible, además muestra mejora en la marcha y en el habla.</p> <p>Sobre los cambios indica <i>“he hecho del ejercicio un hábito, cuando voy al gimnasio me llevo mi música, platico con la gente que está allí, me canso menos que antes, trato de llevar un ritmo tranquilo”</i>, <i>“después de ir a caminar o regresando del gimnasio, me pongo a ver alguna película o serie, solo o con mi esposa”</i> (sic. pac.).</p> <p>Sobre los cambios que ha mostrado, el paciente comenta <i>“la verdad es que me sentí muy avergonzado la vez que me dijo de que no llevaba mis cuidados, y más lo del aliento, por eso le he echado ganas y he hecho cosas para demostrarle que si puedo cambiar”</i> (sic. pac.).</p> <p>Sus familiares (esposa e hija), refieren que sale a caminar y al gimnasio diariamente, y que consume sus alimentos en casa, además de que lo observan más activo y ya no duerme durante el día, <i>“estamos contentas porque ha cambiado mucho, nosotras estamos</i></p>
---------------------------------------	--	---	---

			<i>apoyándolo en todo lo que se puede” (sic. fam.). Su hermana refiere que notó cambios semanas atrás, “está más activo y se ve más delgado” (sic. fam.).</i>
Sesión 4 22/11/2018	<p>Evaluación de la intervención y seguimiento de los objetivos planteados.</p> <p>Evaluación sobre conocimientos de la enfermedad, tratamiento y el trasplante renal.</p>	<p>Se evalúan los cambios en el paciente, se revisan registros dejados y se pesa en el servicio.</p> <p>Se refuerza verbalmente el mantenimiento de los cambios.</p> <p>Se indaga sobre conocimientos de su padecimiento, tratamiento y lo relativo al trasplante renal.</p>	<p>Renato refiere mantener su peso (94 kg), pero se observa más esbelto <i>“he perdido ya poco peso, pero yo sigo con el ejercicio” (sic. pac.)</i>. Mantiene condiciones de aliño y mejoras del estado físico.</p> <p>Sobre los cambios menciona <i>“me han servido mucho los cambios, me he sentido excelente, siempre salgo a hacer ejercicio, aunque no tenga ganas o el clima esté feo”, “nunca pensé que sentirme así fuera posible con esta enfermedad, esto me motiva a seguir, y que con el trasplante mejoré aún más” (sic. pac.)</i>.</p> <p>En cuanto a conocimientos sobre su padecimiento, tratamiento y el trasplante renal, refiere conocimientos adecuados.</p>
Sesión 5 13/12/2018	Evaluación sobre el alcance de los objetivos planteados.	Se evalúan los cambios en el paciente, se revisan registros dejados y se pesa en el servicio.	Renato comenta que ha perdido poco peso (92 kg), pero que se siente mejor cada día, comenta que se siente en un 80% a como se encontraba cuando estaba sano <i>“me siento mucho mejor cada día,</i>

		Se refuerza verbalmente el mantenimiento de los cambios.	<i>estos cambios me han ayudado mucho, ya la ropa que usaba me queda grande, con el trasplante espero poder sentirme al 100” (sic. pac.).</i>
Sesión 6 17/01/2019	Evaluación sobre el alcance de los objetivos planteados. Establecimiento de acuerdos para presentación de reporte.	Se reaplican pruebas de la evaluación psicológica. Se evalúan los cambios en el paciente, se revisan registros dejados y se pesa en el servicio. Se acuerda mantener los cambios para poder realizar el reporte y presentación a psiquiatría.	Renato manifiesta pérdida de peso total de 14 kg, los cambios físicos se mantienen, <i>“he perdido ya poco peso, pero me dicen que estoy bien en bariatría, en navidad salimos a una reunión, pero yo comí lo que llevé de mi casa, un poco de arroz y algunas verduras que sí puedo comer, no comí carnitas porque esas no las debo comer” (sic. pac.).</i> Sobre el mantenimiento de los cambios presentados, Renato menciona <i>“Seguiré con mi tratamiento para que puedan trasplantarme” (sic. pac.).</i>
Sesión 7 08/02/2019	Presentación de reporte Psicoeducación Plan de seguimiento y preparación	Se lleva a cabo la presentación del paciente y su reporte en el servicio de Psiquiatría, donde se obtiene el visto bueno del Jefe de Servicio de Psiquiatría. Posteriormente, se brinda información sobre el proceso a seguir a continuación, se acuerda el plan de seguimiento para la prevención de recaídas y el plan para prepararle ante el posible trasplante.	Posterior a la presentación del reporte, Renato refiere <i>“me siento contento porque logré hacer esto y estoy más cerca de poder trasplantarme” (sic. pac.).</i> Sobre el plan a seguir, Renato menciona <i>“continuaré con lo que usted me diga para poder llegar lo mejor posible al trasplante, vendré a las citas que usted me diga” (sic. pac.).</i>

<p>Sesión 8 07/03/2019</p>	<p>Seguimiento sobre pérdida de peso</p> <p>Establecimiento de nuevas metas</p> <p>Prevención de Recaídas</p>	<p>Se indaga sobre el estado físico del paciente y su peso actual.</p> <p>Ya habiendo conseguido cambios significativos respecto a la adherencia, se plantea la necesidad de tener nuevas metas y se acuerdan con el paciente. Como metas, se acuerda con Renato el mantenimiento de su peso, sin que éste fluctúe o suba más de 3kg entre sesiones. Como nuevas formas de recompensarse, se establece que adquiriera ropa nueva acorde a la pérdida de peso obtenida.</p> <p>Se establece un plan de recaídas, definiendo qué es una recaída, y el procedimiento a seguir en caso de presentarse y cómo lidiar con ello.</p>	<p>Renato refiere no haber perdido peso, debido a que se lastimó el tobillo mientras caminaba.</p> <p>Sobre las metas planteadas, el paciente indica <i>“seguiré con mi dieta para mantener mi peso y no subir, y en cuanto pueda regresaré al ejercicio, pero de a poco como usted me dijo”</i> (sic. pac.). En cuanto a la ropa, Renato menciona <i>“si, ya es hora de que compre nueva ropa, casi toda la que tengo ya me queda grande, le diré que hace poco limpiando mi cuarto encontré ropa que ya no podía usar por mi peso, y me sentí muy contento de que ya me quedaba de nuevo, se siente tan bonito poder usar la ropa que tanto me gustaba y que antes ya no me podía poner”</i> (sic. pac.)</p> <p>Sobre las recaídas, Renato considera <i>“después de todo lo que he hecho, y estando tan cerca de la meta (el trasplante), no voy a dejar de hacer lo que he hecho [...] anhele mucho poder trasplantarme”</i> (sic. pac.), y añade <i>“si en algún momento llego a recaer, de inmediato buscaré corregirlo y lo platicaré con usted”</i> (sic. pac.).</p>
---------------------------------------	---	---	---

<p>Sesión 9 28/03/2019</p>	<p>Seguimiento sobre pérdida de peso</p> <p>Solución de problemas</p>	<p>Se indaga sobre el estado físico del paciente y su peso actual.</p> <p>Con apoyo de material impreso, se brinda entrenamiento en solución de problemas, detallando en cada paso de la técnica, y tomando ejemplos de problemas que Renato haya tenido en el pasado.</p>	<p>Renato refiere pérdida de peso mínima (1 kg), pues indica que recién está retomando el ejercicio después de lastimarse el tobillo.</p> <p>Sobre el entrenamiento en solución de problemas, el paciente menciona <i>“todo esto es como hacer un plan, tener el problema bien analizado, y hacer un plan para poder resolverlo, organizarse y hacer las cosas para solucionar el problema”</i>, <i>“en mi trabajo yo siempre trataba de organizarme, de planear todo, tener bien todo lo que necesito para poder hacerlo, esto me ayuda a organizarme más para las cosas que vayan saliendo, los problemas que puedan salir”</i> (sic. pac.).</p>
<p>Sesión 10 11/04/2019</p>	<p>Monitoreo</p>	<p>Se realiza un monitoreo con el paciente, debido a que, por el empalme de citas por parte del paciente, y el cambio de plan de actividades del servicio, se imposibilita el poder realizar la sesión planeada, por lo que se le pide llamar al servicio para agendar una nueva cita.</p>	<p>Renato se observa en buenas condiciones físicas, manteniendo su higiene y su peso en apariencia. Acuerda contactar vía telefónica para agendar una nueva cita.</p>
<p>Sesión 11 25/04/2019</p>	<p>Seguimiento sobre pérdida de peso</p> <p>Psicoeducación</p>	<p>Se indaga sobre el estado físico del paciente y su peso actual.</p>	<p>Renato indica que actualmente pesa 86kg, además refiere sentirse bien y estar completamente recuperado del tobillo.</p>

	<p>Respiración pasiva</p>	<p>Se refuerza la información ya brindada previamente sobre los cuidados antes de la cirugía y posterior a la misma, y la importancia de mantener los cambios ya presentes hasta ahora.</p> <p>Se psicoeduca sobre la técnica de respiración pasiva, se modela y se le pide al paciente que la realice, moldeando su ejecución e indicándole en qué momentos deberá ejecutarla.</p>	<p>Sobre sus cuidados, Renato menciona <i>“seguiré con ellos hasta que me trasplante y después le seguiré echando ganas, mi hermana está haciendo mucho por mí para brindarme esta oportunidad, no la voy a desaprovechar”</i> (sic. pac.).</p> <p>En cuanto a la técnica de respiración, Renato indica <i>“se siente mucho el cambio en el pecho, se siente más relajado, se siente bien”</i> y añade <i>“entonces esta técnica es la que haré cuando ya esté aquí (hospitalizado) para mantenerme tranquilo”</i> (sic. pac.).</p>
--	---------------------------	---	---

2.2.17 Resultados.

A continuación (en la Tabla 9), se muestran los objetivos de tratamientos alcanzados a lo largo de las 11 sesiones de intervención. Si bien se alcanzaron las metas relacionadas con la mejora de la adherencia al tratamiento, no se logró dar seguimiento hasta el posible trasplante y posterior a él y poner en marcha las técnicas relacionadas con el afrontamiento de posibles complicaciones del trasplante renal. Así, el objetivo relacionado con la ejecución de solución de problemas quedó inconcluso, ya que no se pudieron realizar las sesiones planeadas para darle continuidad a dicho objetivo, además de implementar otras técnicas que pudieran haber sido útiles para el periodo de aislamiento, tales como otras técnicas de relajación, planeación de actividades, entre otras.

Tabla 9
Objetivos de tratamiento alcanzados.

Objetivo	Cumplió
Identificará qué los beneficios de seguir adecuadamente su tratamiento.	X
Empleará estrategias de control de estímulos para aumentar su ingesta de medicamentos.	X
Disminuirá la ingesta de alimentos restringidos y con ello su peso.	X
Mantendrá los cambios por un periodo mínimo de 6 meses.	X
Enunciará los pasos de la técnica de solución de problemas.	X
Ejecutará la técnica de solución de problemas.	Inconcluso
Ejecutará la técnica de respiración pasiva.	X

En seguida (en la tabla 10), se muestran los cambios en el peso del paciente, tanto reportados por él, como los obtenidos al pesarse en el servicio.

Tabla 10.

Pérdida de peso de Renato a través de las sesiones.

Sesión	Mes	Pérdida de peso	Peso
Primera cita en bariatría	Abril 2018	0	104 kg (inicial)
1	Agosto 2018	8 kg	96 kg
2	Septiembre 2018	9 kg	95 kg
3	Octubre 2018	10 kg	94 kg
4	Noviembre 2018	10 kg	94 kg
5	Diciembre 2018	12 kg	92 kg
6	Enero 2019	14 kg	90 kg
7	Febrero 2019	16 kg	88 kg
8	Marzo 2019	16 kg	88 kg
9	Marzo 2019	17 kg	87 kg
10	Abril 2019	-	-
11	Abril 2019	18 kg	86 kg

Puede observarse que a lo largo que las sesiones, se logró pérdida de peso considerable de 18 kg, lo cual favorece no solo la salud física del paciente, quien tuvo mejoras muy significativas en la marcha y en la manifestación de síntomas de la ERC como el aliento urémico y el estado de somnolencia constante, sino también favorece sus posibilidades de éxito ante el posible trasplante, ya que, si bien el peso no se considera un motivo de exclusión, sí se relaciona con mejores resultados.

2.2.18 Conclusiones y comentarios finales.

En este caso, si bien se mejoró la condición física del paciente, la tendencia a mentir y la deseabilidad social mostrada por el paciente a lo largo de la evaluación e intervención pueden poner en entredicho los cambios y apego mostrado en sus tratamientos. Sin embargo, debe considerarse que los cambios físicos (pérdida de peso, mejora del estado de conciencia, disminución de edematización de miembros inferiores y rostro, mejora en la marcha, habla, higiene y aliño) dan cuenta de un cambio perceptible que se ha mantenido durante más de seis meses.

Cabe mencionar que el uso de la mentira y de negar las conductas de incumplimiento, imposibilitaron realizar una evaluación más a fondo sobre el proceso o cadena conductual que llevaba la poca adherencia al tratamiento, detectándose solo una pequeña fracción de dicha conducta que fue en la que se buscó incidir tanto a través del entrenamiento en autocontrol y de la confrontación con la información obtenida, la referida a través de terceros, sus laboratorios de primera vez y los más recientes que él traía. A decir del paciente, dicha confrontación parece ser la que le motivó a realizar los cambios necesarios para adaptarse a las exigencias del protocolo de trasplante y mejorar su condición física, siendo el entrenamiento en autocontrol solo un medio para darle estructura a los cambios planteados.

Si bien la evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal es útil para la detección de sintomatología de ansiedad, depresión o déficit de información, se queda corta al valorar rasgos de personalidad y la veracidad en cuanto al cumplimiento del tratamiento, por lo que las impresiones clínicas, los datos físicos como el aspecto físico y los análisis de

laboratorio, y el apoyo en los residentes médicos para corroborar la información, se vuelven fundamentales en el tratamiento de pacientes que muestran poca adherencia al tratamiento.

La literatura sobre trasplante renal, así como los protocolos de trasplante de otras instituciones y hospitales, sugieren que, al tratar el déficit de adherencia al tratamiento médico, debe tenerse evidencia de los cambios en el paciente por un período de alrededor de 6 meses, lo cual garantice un cambio verdadero, y con ello se favorezca la continuidad y cumplimiento del tratamiento posterior al trasplante (toma de medicamento inmunosupresor, higiene y aislamiento protector) (Murphy, 2002; INCMyN, 2015).

Sin embargo, debe considerarse que en general la literatura sobre los tratamientos para aumentar la adherencia al tratamiento médico refleja que los cambios suelen mantenerse solo a mediano plazo, por lo que es imperativo el monitoreo constante de pacientes en quienes se haya detectado dicha problemática para prevenir recaídas y evitar las problemáticas relacionadas con la falta de adherencia que pudieran comprometer su condición médica (Pisano y González, 2014).

Las áreas de trabajo que quedaron pendientes con el paciente fueron continuar con la implementación de las estrategias de afrontamiento ante las complicaciones del trasplante, y de haberse tenido la oportunidad, brindar seguimiento durante todo el periodo perioperatorio y posterior a la cirugía, tanto para la puesta en marcha de las estrategias aprendidas, como para garantizar el mantenimiento de la adherencia al tratamiento para el trasplante renal.

En cuanto a las áreas de oportunidad del presente caso se consideran las siguientes:

- Minimizar el lapso entre citas al inicio de la evaluación y de la intervención.

- Durante la evaluación, indagar más a fondo tanto situaciones antecedentes como consecuentes ante el déficit de adherencia al tratamiento, así como el estado emocional del paciente y la relación de éste con la adherencia.
- Usar otros instrumentos para valorar posibles rasgos de personalidad que dificulten el tratamiento y que no se contemplan en la evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal del Hospital Juárez de México.

Referencias

- Aggarwal, H. K., Jain, D., Dabas, G., & Yadav, R. K. (2017). Prevalence of Depression, Anxiety and Insomnia in Chronic Kidney Disease Patients and their Co-Relation with the Demographic Variables. *PRILOZI*, 38(2), 35-44. <https://doi.org/10.1515/prilozi-2017-0020>
- Aguilar-Rivera, T., González-López, A., y Pérez-Rosete, A. (2014). Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Atención Familiar*, 21(2), 50-54. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30014-1](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30014-1)
- Andreu, D., y Sarria, J. (2017). Farmacoterapia en la Enfermedad Renal. Adherencia terapéutica. *Enfermería Nefrológica*, 20(4), 367-370. <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n3/2255-3517-enefro-20-03-00267.pdf>
- Alcázar, R., Bazán, A., Rojano, L., Rubio, S., Mercado, D., y Reynoso, L. (2001). Valoración Psicológica para trasplante renal. *Revista del Hospital Juárez de México*, 68(1), 19-23. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2001/ju011e.pdf>
- Aldrete-Velasco, J., Chiquete, E., Rodríguez-García, J., Rincón-Pedrero, R., Correa-Roter, R., García-Peña, R., Perusquía-Frías, E., Dávila-Valero, J., Reyes-Zavala, C., y Pedraza-Chávez, J. (2018). Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. *Medicina Interna de México*, 34(4), 536-550. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i4.1877>

- Aragón, E., y Zapata, G. (2016). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo. *Revista Médica-Científica CAMbios HECAM*, 15(1), 16-22. <https://doi.org/10.36015/cambios.v15.n1.2016.179>
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Panamericana
- Brown, M., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S., & Mathew, S. (2016). Medication Adherence: Truth and Consequences. *The American Journal of The Medical Sciences*, 351(4), 387-399. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2016.01.010>
- Burnier, M. & Vrijens, B. (2018). Taxonomy of Medication Adherence: Recent Developments. En M. Burnier (eds.) *Drug Adherence in Hypertension and Cardiovascular Protection. Updates in Hypertension and Cardiovascular Protection*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-76593-8_1
- Bussell, J., Cha, E., Grant, Y., Schwartz, D., & Young, L. (2017). Ways Health Care Providers Can Promote Better Medication Adherence. *Clinical Diabetes*, 35(3), 171-177. <https://doi.org/10.2337/cd016-0029>
- Cabrales-Arreola, J., Sánchez-Estrada, M., Ojeda-Vallejo, I., Monterubio-Flores, E., y Hernández-Girón, C. (2017). Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de

- México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 9(1), 46-53.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexinvpsi/mip-2017/mip171d.pdf>
- Carrasco, M. (2008). Técnicas de Autocontrol. En F. Labrador (coord.), *Manual de Modificación de Conducta* (pp. 379-400). Ediciones Pirámide.
- Chávez-Gómez, N., Cabello-López, A., Gopar-Nieto, R., Aguilar-Madrid, G., Marin-López, K., Aceves-Valdez, M., Jiménez-Ramírez, C., Cruz-Angulo, M., y Juárez-Pérez, C. (2017). Enfermedad renal crónica en México y su relación con los metales pesados. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(6), 725-734.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/im176i.pdf>
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J., Gutiérrez, C., y Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica*, 5(3), 487-499.
<http://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf>
- Contreras, F., Espinosa, J., y Esguerra, G. (2008). Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*, 18(2), 165-179.
<https://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf>
- Costa, E., Giardini, A., Savin, M., Menditto, E., Lehane, E., Laosa, O., Pecorelli, S., Monaco, A., & Marengoni, A. (2015). Interventional tools to improve medication adherence: review of literatura. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1303-1314.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S87551>

- Díaz Porto, M. (2014). La adherencia terapéutica en el tratamiento y la rehabilitación: implicaciones para el profesional de la conducta y la salud. *Revista Griot*, 7(1), 73-84. <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/1554/1430>
- Hill, N., Fatoba, S., Oke, J., Hirst, J., O'Callaghan, C., Lasserson, D., & Hobbs, F. (2016). Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 11(7), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- Hospital Juárez de México (2016). Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/382252/DG_DA_COMERI_013_2017_MOE_HJM_2016_COMERI.pdf
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (2015). *Protocolo de Trasplante Renal*. <http://www.innsz.mx/imagenes/ProtocoloTR-INNSZ-2015-ver-10.pdf>
- Jiménez, D. (23 de agosto de 2017). Hospital Juárez de México, 170 años a través de la historia. *Excélsior*. <http://www.excelsior.com.mx/comunidad/2017/08/23/1183546>
- Kohlsdorf, M. (2015). Coping Strategies Adopted by Patients with Chronic Kidney Disease in Preparation for Transplant. *Psychology, Community & Health*, 4(1), 27-38. <https://doi.org/10.5964/pch.v4i1.103>
- Lam, W. & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, 2015, 1-12. <https://doi.org/10.1155/2015/217047>.

- Méndez-Durán, A. Méndez-Bueno, J., Tapia-Yáñez, T, Muñoz, A., y Aguilar-Sánchez, L. (2010). *Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. Diálisis y Trasplante*, 31(1), 7-11. [https://doi.org/10.1016/S1886-2845\(10\)70004-7](https://doi.org/10.1016/S1886-2845(10)70004-7)
- Morrissey, E., Corbett, T., Walsh, J., & Molloy, G. (2016). Behavior Change Techniques in Apps for Medication Adherence. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(5), 143-146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2015.09.034>
- Murphy, K. (2002). Aspectos Psiquiátricos del Trasplante Renal. En G. Danovitch. *Manual de Trasplante Renal* (pp. 365-379). Marbán Libros.
- Nezu, A., Nezu, C., y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamiento cognitivo-conductuales, un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Pagès-Puigdemont, N., Mangues, M., Masip, M., Gabriele, G., Fernández-Maldonado, L., Blancafort, S. & Tuneu, L. (2016). Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study. *Advances in Therapy*, 33(10), 1740–1754. <https://doi.org/10.1007/s12325-016-0394-6>
- Parker, K., Bull-Engelstad, I., Aasebø, W., Von Der Lippe, N., Reier-Nulsen, M., Os, I., & Stavem, K. (2019). Medication regimen complexity and medication adherence in elderly patients with chronic kidney disease. *Hemodialysis International*, 23(3), 333-342. <https://doi.org/10.1111/hdi.12739>
- Pascoe, M. C., Thompson, D. R., Castle, D. J., McEvedy, S. M., & Ski, C. F. (2017). Psychosocial Interventions for Depressive and Anxiety Symptoms in Individuals

- with Chronic Kidney Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00992>
- Patel, D., Patel, R., Patel, S., Patel, M., Patel, M., Patel, S., ... & Vaidya, M. (2019). A study to assess the impact of psychotherapeutic intervention on depression, anxiety, and stress among chronic kidney disease. *International Journal of Scientific Research*, 8(8), 64-66.
<http://worldwidejournals.co.in/index.php/ijsr/article/view/5665/5645>
- Pisano, M., y González, A. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Enfermería Clínica*, 24(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.10.006>
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascular*, 16(2), 175-189.
<http://scielo.sld.cu/pdf/ang/v16n2/ang06215.pdf>
- Reynoso, L., y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. El Manual Moderno.
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso y A. Becerra (coords.), *Medicina conductual: teoría y práctica* (pp. 11-26). UNAM-Qartuppi.
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/18467/17536>

- Rodríguez, M., y Salinas, J. (2011). Entrenamiento en habilidades terapéuticas: algunas consideraciones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 211-225.
<http://www.redalyc.org/pdf/292/29222521001.pdf>
- Rojas, C. (2008). El Hospital Juárez de San Pablo. *Revista del Hospital Juárez de México*, 75(2), 81-82. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2008/ju082a.pdf>
- Rojas-Villegas, Y., Ruíz-Martínez, A., y González-Sotomayor, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>.
- Romagnani, P., Remuzzi, G., Glassock, R., Levin, A., Jager, K., Tonelli, M., Massy, Z., Wanner, C., & Anders, H. (2017). Chronic kidney disease. *Nature Reviews Disease Primers*, 3, 1-24. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.88>
- Ruiz, E., Latorre, L., Delgado A., Crespo, R., y Sánchez, J. (2016). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 19(3), 232-241. http://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v19n3/05_revision4.pdf
- Secretaria de Salud (2015). El Hospital Juárez de México realiza con éxito un trasplante de riñón de donador vivo a joven de 20 años. <https://www.gob.mx/salud/prensa/en-el-hospital-juarez-de-mexico-se-han-realizado-800-trasplantes-de-rinon>
- Secretaria de Salud (2017). HJM realiza primer trasplante múltiple de riñón con cuatro parejas. <https://www.gob.mx/salud/prensa/467-hjm-realiza-primer-trasplante-multiple-de-rinon-con-cuatro-parejas>

- Tamayo, J., y Lastiri, O. (2016). *La Enfermedad Renal Crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla*. Intersistemas.
- Tangkiatkumjai, M., Walker, D.M., Praditpornsilpa, K., & Boardman, H. (2017). Association between medication adherence and clinical outcomes in patients with chronic kidney disease: a prospective cohort study. *Clinical and Experimental Nephrology*, 21(3), 504-512. <https://doi.org/10.1007/s10157-016-1312-6>
- Urbina, R., Bazán, A., y Galindo J. (2005). Catorce años de trasplantes. Modelo de atención del Hospital Juárez de México, S.S. *Revista del Hospital Juárez de México*, 72(2), 69-74. <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2005/ju052h.pdf>
- Vázquez-Mata, I. y Reynoso-Erazo, L. (2014). El especialista en Medicina Conductual y la atención al enfermo renal. En L. Reynoso y A. Becerra (coords.), *Medicina conductual: teoría y práctica* (pp. 193-212). UNAM-Qartuppi.
- Webster, A., Nagler, E., Morton, R., & Masson, P. (2016). Chronic kidney disease. *Lancet*, 389, 1238–1252. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32064-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32064-5)
- Yap, A., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. (2015). Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 7(2), 64-67. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.001>

Anexos

Anexo 1: Caso 1



Hospital Juárez de México
Residencia en Medicina Conducta
Servicio de Trasplantes

Lic. Alan Eduardo Santana Gaspar



1. Ficha de Identificación

Nombre: Samanta

Sexo: Femenino

Edad: 27 años

Estado Civil: Separada

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Ama de casa

Religión: Católica

Lugar de Origen y Residencia: Puebla

Número de Hijos: 4

Diagnóstico Médico: Enfermedad Renal Crónica Terminal + Hipertensión Arterial

2. Criterios de selección del caso

La presentación del siguiente caso tiene como objetivo mostrar el trabajo del residente de medicina conductual del servicio de trasplantes, el cual no solo se limita a la valoración psicológica, sino a asegurarse de que los pacientes en protocolo de trasplante renal se encuentren en las condiciones psicológicas más aptas para tolerar el procedimiento y su evolución, así como el periodo de aislado protector que requieren, esto a través de una intervención cognitivo-conductual enfocada en la disminución de los déficits y excesos conductuales detectados durante la evaluación.

3. Motivo de Consulta

La paciente es referida por el médico residente del servicio de trasplantes para comenzar su evaluación psicológica del Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico. Durante la evaluación del protocolo de trasplante renal se detecta sintomatología de ansiedad, dicha información se le devuelve a la paciente enfatizando sobre la importancia de atender dicha problemática y sea más apta psicológicamente para el procedimiento de trasplante, sobre lo que la paciente refiere "*así como soy de desesperada, podría salirme del aislado*" (sic. pac.).

4. Antecedentes

Heredofamiliares

Hermanos: DM 2 y obesidad.

Personales no patológicos

Habita en casa propia, construida de materiales perdurables, cuenta con todos los servicios de urbanización. Alimentación adecuada en calidad y cantidad. Hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa interior y exterior diario. Zoonosis negativa.

Personales patológicos

Crónico degenerativos: Enfermedad Renal Crónica Terminal, desde hace 2 años y cinco meses, en tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis desde hace año y medio, a razón de 2 sesiones por semana.

Hipertensión Arterial, en tratamiento con Aprovasc 300/5 mg una pastilla al día.

Alergias: interrogadas y negadas

Infecto contagiosas: interrogadas y negadas

Toxicomanías: Tabaquismo negado. Niega ingesta de alcohol desde hace aproximadamente tres años.

Cirugías: Cesárea hace dos años.

Psicológicos patológicos

Atención psicológica: Julio, 2017, al terminar su relación con J, asiste a tres sesiones y deja de ir a terapia.

5. Dinámica familiar y familiograma

Samanta vive con J, y sus cuatro hijos, tres varones de 9, 7, 5 años y una mujer de 2 años.

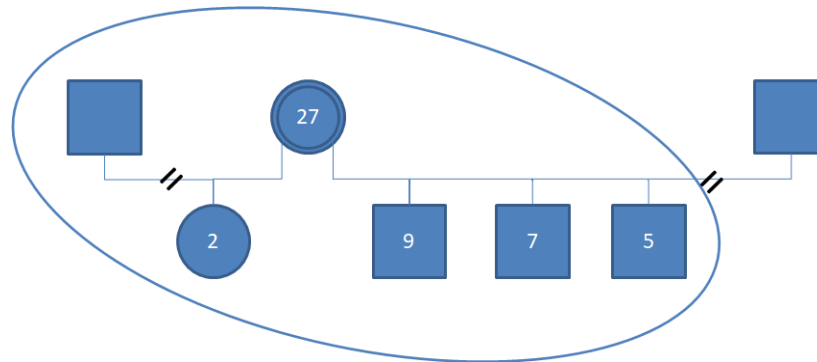


Fig. 1. Familiograma de Samanta

6. Historia del problema

Médica

Diciembre, 2015: Diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica secundaria a preeclampsia durante cuarto embarazo.

Noviembre, 2016: Inicio de tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis.

Noviembre, 2017: Inicia Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico.

Psicológica

Julio, 2017: Acude al psicólogo a partir de la ruptura con su pareja, deja de ir a terapia después de tres sesiones.

Marzo, 2018: Inicia Evaluación Psicológica del Protocolo de Trasplante Renal (ver Tabla 1).

7. Padecimiento actual

Samanta fue diagnosticada con Enfermedad Renal Crónica en diciembre del 2015, mientras estaba embarazada de su cuarta hija, menciona que no tuvo alguna reacción ante su diagnóstico. Cuando comienza su tratamiento sustitutivo de hemodiálisis refiere que hubo cambios significativos en sus actividades *“dejé de hacer mis cosas, mis quehaceres, ya no me gusta salir, ya no puedo hacer las cosas que hacía antes, como meterme a una alberca, dejé de comer cosas que me gustaban”* (sic. pac.).

Samanta refiere sentirse ansiosa todo el tiempo, *“siempre he sido ansiosa, me gusta que las cosas se hagan cuando yo digo y como yo digo”* (sic. pac.), en esos momentos que indica tener ansiedad menciona sentirse enojada, comienza a respirar más rápido, siente que le tiemblan y que se le adormecen las manos y comienza a sudar. Comenta que le suelen preocupar muchas cosas, como el que su salud empeore *“ahorita ya no veo bien con este ojo (el izquierdo), estoy perdiendo visión de a poco, quiero que el trasplante se haga pronto”* (sic. pac.); el no poder ver a sus hijos crecer *“quisiera poder verlos crecer, no sé cuánto tiempo me quede aun si me trasplanto”* (sic. pac.), y menciona que le da miedo el periodo de aislado ya que no podrá tener contacto con sus hijos *“mis hijos están chiquitos y va a ser muy difícil no poder estar con ellos, me necesitan y más mi niña que es la más pequeña”* (sic. pac.).

Menciona que estando en su casa o en la calle cuando J no le contesta los mensajes, comienza a sentirse ansiosa y pensar por qué no le contesta, si estará con otra persona o si le habrá pasado algo, por lo que le envía más mensajes y le llama por teléfono. Durante sus hemodiálisis también refiere pensar en qué estará haciendo J mientras ella está allí, mandándole mensajes para saber dónde está y qué está haciendo. Menciona que cuando se pone ansiosa, se enoja con facilidad *“todo me molesta, me pongo irritable, quiero que las personas desaparezcan”* (sic. pac.), además grita y manotea, discute con J, con su suegra, con sus hermanos o con quien esté con ella. En esos momentos intenta distraerse viendo su teléfono o piensa en cosas que no le molesten, como que J está bien y que está trabajando.

Samanta comenta que a mediados del 2017, durante un viaje familiar a un poblado, comenzó a sentirse muy mal (hipotensión) y sintió miedo de morir antes de poder llegar a un hospital ya que al lugar al que iban no hay un hospital y estaban lejos de alguno, *“empecé a sentirme muy mal, se me bajo la presión, sentí que me iba a morir [...] ahora cada que viajo lejos a donde sé que no hay hospitales cercanos me siento muy ansiosa y prefiero regresarme”* (sic. pac.); en situaciones en las que llega a salir y tiene la sensación de que le baja la presión piensa *“ya me voy a poner mal”* (sic. pac.), intenta pensar en otra cosa y su acompañante (J o su familia) le dicen que se calme, que va a estar bien.

En ocasiones menciona que al pensar en cómo se molesta y en las discusiones que tiene con J se siente triste y piensa que no es sano seguir estando así, además J le reprocha que no va a ceder a sus chantajes. Sobre dicha tristeza, comenta que cuando termino su relación con J, no asistió a tres sesiones de hemodiálisis porque se sentía “*muy triste*” (sic. pac.) y que en general cuando se siente triste deja de seguir su tratamiento.

8. Impresión y Actitud General

Paciente femenino de complexión ectomórfica, condiciones de higiene y aliño adecuadas al contexto. Muestra signos de ansiedad como tensión en hombros, cuello y rostro. Se muestra cooperadora durante el protocolo de evaluación psicológica.

9. Examen mental de primera vez

Paciente de edad aparente mayor a la cronológica, orientada en 4 esferas (T-E-P-C), consciente y alerta, con respuesta adecuada al ambiente, atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido, pensamiento concreto, sin alteraciones aparentes en la sensorpercepción, impresiona clínicamente inteligencia promedio, estado de ánimo ansioso, noción de enfermedad.

10. Factores psicológicos complementarios

Locus de control externo.

Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Redes de apoyo percibidas como reducidas, con apoyo social de tipo económico e instrumental.

11. Personalidad previa

Samanta refiere que “*era una persona alegre, me gustaba salir de fiesta, salir con mis amigos, me he vuelto amargada y enojona*” (sic. pac.).

12. Selección y administración de técnicas de evaluación

- Inventario de Depresión de Beck (IDB)
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)
- Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con IRCT
- Observación Clínica
- Entrevista Conductual

13. Análisis y descripción de la conducta problema

Lista de Conductas Problema

Nivel Motor

Gritos

Manoteos

Llanto

Inquietud motora de piernas y manos

Ve su teléfono para distraerse
Llama y manda mensajes a J
Deja de hacer actividades

Nivel Cognitivo

Piensa que podría morir
Preocupación por J
Preocupación sobre que su condición empeore
Preocupación de que no podrá ver a sus hijos crecer
"Ya me voy a poner mal"
Se siente enojada
Piensa en desaparecer a las personas
Se siente triste
Piensa que no es sano seguir así
Imagina otras cosas que no le preocupen o le enojen

Nivel Fisiológico

Respiración acelerada
Temblor y adormecimiento de manos
Sudor
Taquicardia
Sensación de debilidad y presión en el pecho
Sensación de que su corazón se acelera

Análisis de secuencias

2. Estímulo E	4. Organismo O	1. Respuesta R	3. Consecuencia C
<p>Externos En su casa y en la calle cuando J no le contesta los mensajes. Durante sus sesiones de hemodiálisis. En el transporte, cuando va a un lugar lejano de un hospital. En casa de sus padres.</p> <p>Internos Preocupación por J (“¿Dónde estará? ¿Con quién estará?”, imagina que le paso algo a J). Se preocupa por que su condición empeore y que no podrá ver a sus hijos crecer. Pensar en que se separará de sus hijos durante el periodo de aislado. “Ya me voy a poner mal” Sensación de debilidad y presión en el pecho. Sensación de que su corazón se acelera.</p> <p>Historia <i>Pasada.</i> Sentirse mal durante un viaje a un lugar donde no había un hospital cerca. No asistió a tres sesiones de hemodiálisis por sentirse “muy triste”.</p>	<p>Biológico Enfermedad Renal Crónica Terminal + Hipertensión Arterial</p> <p>Habilidades y déficits Déficit de expresión de emociones</p> <p>Historia de reforzamiento Locus de control externo Estilo de afrontamiento centrado en la emoción</p> <p>Variables Cognitivo-Culturales Creencia de que todas las personas mienten</p>	<p><i>“así como soy de desesperada, podría salirme del aislado” (sic. pac.).</i></p> <p>Motor Gritos Manoteos Llanto Inquietud motora de piernas y manos</p> <p>Cognitivo Piensa que podría morir Se siente enojada Piensa en desaparecer a las personas</p> <p>Fisiológico Respiración acelerada Temblor y adormecimiento de manos Sudor Taquicardia</p>	<p>Inmediatas</p> <p><i>Internas</i> Imagina otras cosas que no le preocupen o le enojen</p> <p><i>Externas</i> Ve su teléfono para distraerse Llama y manda mensajes a J Deja de hacer sus actividades Pelea con J, con su suegra o con sus hermanos</p> <p><i>De otros</i> Le contestan los mensajes Le dicen que se calme, que va a estar bien Ceden a sus peticiones</p> <p>Mediatas</p> <p><i>Internas</i> Se siente triste Piensa que no es sano seguir así</p> <p><i>De otros</i> Hacen lo que digo Tratan de no hacerme enojar Le dicen que no van a ceder a sus chantajes</p>

Análisis funcional

Paciente femenino de 27 años, originaria y residente de Puebla, religión católica, estado civil separada, escolaridad secundaria, ocupación ama de casa, con diagnóstico médico de Enfermedad Renal Crónica Terminal en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis a razón de 2 sesiones por semana y se encuentra en protocolo de trasplante renal. De la evaluación psicológica del protocolo de trasplante, se identifican niveles altos de sintomatología de ansiedad, la cual debe ser atendida para que esté en las condiciones psicológicas más aptas para el trasplante renal y el periodo de aislamiento, sobre lo cual la paciente refiere *“así como soy de desesperada, podría salirme del aislado”* (sic. pac.).

La conducta se caracteriza a nivel motor por gritos, manoteos, llanto e inquietud motora de piernas y manos, a nivel cognitivo por pensamientos de que podría morir, sentirse enojada y pensar en desaparecer a las personas, y a nivel fisiológico por respiración acelerada, taquicardia, temblor y adormecimiento de manos y sudoración.

La conducta anterior se hace más probable en situaciones como estar en casa o en la calle cuando J no le contesta los mensajes, durante sus sesiones de hemodiálisis, en el transporte, cuando va a un lugar lejos de un hospital y en casa de sus padres, en las que tiene pensamientos como *“¿Dónde estará J? ¿Con quién estará?”* (sic. pac.), imagina que le paso algo a J, cuando piensa *“ya me voy a poner mal”* (sic. pac.) y tiene sensaciones de debilidad y presión en el pecho y de que su corazón se acelera. Como antecedentes relevantes, se encuentra un viaje que realizo a un poblado alejado de un hospital, en el que comenzó a sentirse mal (hipotensión) y sintió miedo de morir sin poder llegar a un hospital.

La conducta problema puede estar mantenida por consecuencias inmediatas internas como imaginar cosas que no le preocupen o le enojen, y externas como ver su teléfono para distraerse, llamar y mandar mensajes a J, dejar de hacer lo que estaba haciendo, Pelea con J, con su suegra o con sus hermanos; y a su vez por las conductas de otros, como que le contesten los mensajes y llamadas, que le digan que se calme, que va a estar bien y que cedan a sus peticiones. De forma mediata la conducta puede estar mantenida por sentirse triste, pensar que no es sano seguir así, y a su vez porque otros hagan lo que ella dice, traten de no hacerla enojar y que le digan que no van a ceder a sus chantajes.

La conducta problema puede estar siendo mediada por variables como un locus de control externo y un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción, un déficit en expresión de emociones y la creencia de que todas las personas mienten.

De acuerdo al análisis anterior, se considera que la intervención se dirija a la conducta problema a nivel fisiológico y a las variables estímulo antecedentes a nivel interno con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad.

Hipótesis funcional

Si la paciente recibe un tratamiento cognitivo-conductual compuesto de psicoeducación, respiración pasiva y detención del pensamiento, disminuirán sus niveles de ansiedad.

14. Diagnostico

Diagnóstico DSM IV-TR

Eje I: [300.02] Trastorno de Ansiedad generalizada [F41.1]

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Enfermedad Renal Crónica

Eje IV: Sin diagnóstico

EJE V: EEAG 61-70

Cumple con

- A. Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolongan más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes.
 - 1. inquietud o impaciencia
 - 2. fatigabilidad fácil
 - 3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - 4. irritabilidad
 - 5. tensión muscular
 - 6. alteraciones del sueño
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I, y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Diagnóstico DSM-5

300.02 [F41.1] Trastorno de Ansiedad Generalizada. Enfermedad Renal Crónica. WHODAS 27 (versión de 12 preguntas, administrada por el entrevistador).

Cumple con:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes:
1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Facilidad para fatigarse.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño.
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

15. Objetivos de tratamiento

General:

Disminuir los niveles de ansiedad de la paciente tanto a nivel fisiológico de la respuesta como en las variables estímulo antecedentes a nivel interno.

Específicos:

La paciente:

- Identificará la relación entre lo que piensa, lo que hace, y lo que siente.
- Identificará qué es la ansiedad y como se caracteriza.
- Realizará respiración pasiva ante situaciones que le provoquen ansiedad.
- Detendrá pensamientos que detonen la respuesta de ansiedad.

16. Estrategia terapéutica

- Psicoeducación
- Respiración pasiva
- Detención del pensamiento
- Imaginación guiada

17. Descripción de las Sesiones

Como parte del procedimiento normal del servicio de Trasplantes, se realiza la evaluación psicología de Samanta en tres sesiones, de la cual se obtienen los resultados de la Tabla 1.

Tabla 1. *Valoración Psicológica del Protocolo de Trasplante Renal.*

Inventario de Depresión de Beck (IDB)	28		Depresión Moderada.															
Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)	R=	62	E=	34	Síntomatología de ansiedad Rasgo alta y Estado media.													
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	A=	14	D=	14	Problema Clínico.													
Perfil e Inventario de la Personalidad de Gordon (P--IPG)	A=	14	R=	11	E=	5	S=	11	AE=	41	C=	16	O=	16	P=	7	V=	12
Es una persona que juega un papel pasivo en el grupo, carece de confianza en sí misma, deja que otros tomen la iniciativa; es incapaz de perseverar en tareas que no le interesan y tiende a ser irresponsable; refleja un deficiente equilibrio emocional; carece de contacto social, es gragaria y tiende a evadir las relaciones interpersonales. Es una persona impulsiva que actúan sin pensar, toma decisiones precipitadas y le gusta correr riesgos; le disgusta trabajar en problemas complejos, no le interesa adquirir conocimientos ni discusiones que le hagan pensar; tiene poca confianza en la gente y tiende a molestarse o irritarse por lo que hacen los demás; tiene bajos niveles de vitalidad, prefiere llevar un paso lento y se cansa con facilidad.																		
Prueba mínima para determinación del estado mental (MMSE)	27		Sin deterioro cognitivo (orientación temporal-espacial, atención, concentración, abstracción, memoria, lenguaje, seguimiento de indicaciones, lectura, escritura y percepción viso espacial).															
Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal	25		Posee poca adherencia terapéutica.															
Test de Raven (CI)	Aciertos	43/60	Percentil	25	Grupo	IV+	Inferior al término medio.											
Entrevista Estructurada para Trasplante Renal Donador Cadavérico																		

Una vez terminada la evaluación psicológica del protocolo de trasplante, ante los resultados obtenidos, se comienza a evaluar y a atender las problemáticas en las siguientes sesiones descritas.

Sesión y fecha	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultado
Sesión 1 28/03/2018	Observación Clínica Entrevista Conductual	Se realiza entrevista retomando los resultados de los instrumentos (IDARE, Inventario de Depresión de Beck, HADS) para indagar sobre la sintomatología de ansiedad y depresión.	La paciente refiere sentirse ansiosa en todo momento <i>"siempre he sido ansiosa, me gusta que las cosas se hagan cuando yo digo y como yo digo"</i> (sic. pac.). Refiere situaciones en las que se siente ansiosa, triste y en las que se muestra irritable, <i>"me he vuelto amargada y enojona"</i> (sic. pac.). Menciona que cuando se enoja piensa en desaparecer a quien le hizo enojar <i>"quiero que desaparezcan"</i> .
Sesión 2 12/04/2018	Observación Clínica Entrevista Conductual Psicoeducación	Se realiza entrevista Conductual para indagar sobre la sintomatología de ansiedad. Se brinda psicoeducación sobre la importancia de atender los déficits y excesos detectados durante la evaluación para que, en un momento posterior, la paciente se encuentre en condiciones psicológicas aptas para el trasplante renal, tolere el periodo de aislado protector, y realice las conductas de adherencia y autocuidado de un paciente post-trasplantado.	La paciente refiere entender la necesidad del tratamiento y menciona <i>"así como soy de desesperada, podría salirme del aislado"</i> (sic. pac.), por lo que manifiesta estar de acuerdo en que se trabaje con ella en las problemáticas detectadas.
Sesión 3 19/04/2018	Observación Clínica Psicoeducación	Se hace realiza psicoeducación sobre ansiedad, sobre la interacción entre el pensamiento, lo que se hace y lo que se siente, brindando ejemplos y haciendo preguntas.	La paciente identifica ejemplos y momentos donde ha tenido síntomas de ansiedad, y las situaciones que los detonan, por ejemplo, preocuparse por J, por su salud, por el periodo de aislado y separarse de sus hijos durante dicho periodo. Refiere sentirse ansiosa en viajes a donde no hay hospitales cercanos, esto posterior a un

			viaje que en el que se sintió mal “ <i>empecé a sentirme muy mal, se me bajo la presión, sentí que me iba a morir, ahora cada que viajo lejos a donde sé que no hay hospitales cercanos me siento muy ansiosa y prefiero regresarme</i> ” (sic. pac.).
Sesión 4 23/04/2018	Observación Clínica Psicoeducación Respiración Pasiva	<p>Se realiza psicoeducación sobre la respiración y el uso de la técnica de respiración pasiva para disminuir la activación fisiológica en situaciones que generan ansiedad.</p> <p>Se modela el procedimiento de respiración pasiva, se pide una EVA de ansiedad antes y después de realizar dicha técnica; se moldea la ejecución de la paciente.</p> <p>Se psicoeduca en el llenado de registro de situaciones que generan ansiedad para identificar más situaciones cotidianas que la provocan. Se deja de tarea el llenado del registro y practicar la respiración pasiva al menos tres veces al día durante 5 min.</p>	La paciente refiere una EVA de ansiedad de 8 antes de realizar la técnica, posterior a ejecutarla refiere una EVA de ansiedad de 4, “ <i>me siento más relajada, más tranquila</i> ” (sic. pac.).
Se agenda sesión para el 3/05/2018, la paciente asiste al servicio a continuar el protocolo médico, pero tiene que marcharse antes y no se realiza la sesión programada.			
Se busca realizar contacto vía telefónica con la paciente los días 7, 11 y 14 de mayo, sin embargo, la paciente no contesta su teléfono.			

18. Resultados

La intervención presente se enfocó en la disminución de los déficits y excesos conductuales detectados durante la evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal, en específico la sintomatología de ansiedad. Ya que no se ha podido establecer contacto nuevamente con la paciente, no se pudo realizar un monitoreo de cómo se encuentran los niveles de ansiedad actualmente. Dado que propiamente solo se llevan dos sesiones de intervención y de éstas solo una de relajación a través de respiración pasiva, cualquier disminución de sintomatología de ansiedad no podría atribuirse a la intervención. En caso de que la paciente continúe en el protocolo de trasplante renal, es necesario dar continuidad a la intervención y poner en marcha las demás estrategias terapéuticas que se tenían contempladas para lograr un mayor efecto en la disminución de la sintomatología de ansiedad, pues para que sea aprobada para dicho procedimiento, requiere encontrarse en las condiciones psicológicas más aptas posibles, condiciones que le permitan tolerar el tiempo de espera hasta el trasplante (dado que su protocolo es de donación cadavérica, lo que implica un tiempo de espera variable), la hospitalización y el posterior periodo de aislado protector.

19. Conclusiones y comentarios finales

Para que un paciente en protocolo de trasplante renal se considere candidato debe cumplir con ciertos requerimientos, entre los que se encuentra tener adherencia a los tratamientos, no presentar cuadros psicopatológicos y tolerar el trasplante y su evolución, lo cual incluye un periodo de aislado protector. Dicho periodo de aislado es especialmente difícil, ya que, debido a la inmunosupresión posterior al trasplante, el paciente es susceptible a infecciones y a presentar rechazo, por lo que debe permanecer en un lugar protegido durante varios meses (entre 3 y 6 meses). Dadas estas condiciones es común que el paciente experimente alteraciones psicológicas como ansiedad severa, estado de ánimo deprimido, irritación, insomnio, delirium, alucinaciones, confusión, insatisfacción con la imagen corporal y, en algunos casos, ideación suicida o comportamientos inadecuados. De estas complicaciones psicológicas, la ansiedad en los pacientes trasplantados puede dificultar más la adhesión al tratamiento, hacer más lenta la recuperación del paciente, alterar el pronóstico y curso de la enfermedad, además de incrementar el riesgo de mortalidad y el número de días de hospitalización

Por lo anterior, la tarea del residente de Medicina Conductual del servicio de Trasplantes no solo se limita a la evaluación del paciente en protocolo de trasplante renal, sino en buscar hacer que sea más apto psicológicamente para dicho procedimiento y las situaciones que le acompañan.

Además, en el caso del paciente que espera una donación cadavérica, se ha encontrado que los niveles de ansiedad y depresión tienden a aumentar durante dicha espera y mantenerse posterior al trasplante, por lo que también es necesario el tratamiento psicológico para atender esta situación y disminuir dicha sintomatología.

Finalmente, debe considerarse que el presente caso tiene áreas de oportunidad, entre las que destacan:

- Hacer una valoración más fina de los posibles trastornos que pueda presentar el paciente durante la evaluación del protocolo de trasplante, ayudándose de herramientas como la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).
- Habiendo detectado niveles altos de ansiedad, dejar registros desde ese momento para recabar más información del día a día.
- No dejar de lado la evaluación a través de EVA's sesión a sesión, para tener resultados que acompañen a los obtenidos a través de escalas e inventarios.
- Retomar la sintomatología de depresión referida por la paciente, pues también puede tener un papel fundamental en su adherencia al tratamiento actual y a futuro en el caso de que sea trasplantada.

20. Referencias

- Corona, L., Rojas, C., Alvarado, A., Calderón, F., y Ochoa, A. (2008). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes en aislamiento por trasplante de médula ósea. *Gaceta mexicana de oncología*, 7(2), 40-44.
- Corruble, E., Durrbach, A., Charpentier, B., Lang, P., Amidi, S., Dezamis, A., Barry, C., y Falissard, B. (2010). Progressive Increase of Anxiety and Depression in Patients Waiting for a Kidney Transplantation. *Behavioral Medicine*, 36(1), 32-36.
- Costas, M., Prado, V., y Crespo, J. (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática*, 107, 16-22.
- Grau, A., Comas, P., Suñer, R., Peláez, E., Sala, L., y Planas, M. (2007). Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 212-216.
- Pérez San Gregorio, M., Rodríguez, A., Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 99-114.

Anexo 2: Caso 2



Hospital Juárez de México
Residencia en Medicina Conductual
Servicio de Trasplantes



Lic. Alan Eduardo Santana Gaspar

1. Ficha de Identificación

Nombre: Joel
Sexo: Masculino
Edad: 26 años
Estado Civil: Unión Libre
Escolaridad: Secundaria
Ocupación: Ayudante en imprenta
Religión: Católica
Lugar de Origen: CDMX
Lugar de Residencia: Estado de México
Diagnóstico Médico: Enfermedad Renal Crónica Terminal + Hipertensión Arterial Sistémica + Cardiomegalia + Post-trasplante renal de donador cadavérico + Nefropatía crónica del injerto renal.

2. Criterios de selección del caso

La presentación del siguiente caso tiene como objetivo mostrar el trabajo del residente de medicina conductual del servicio de trasplantes con un paciente en protocolo de re-trasplante renal, quien desde un comienzo refiere un motivo de atención psicológica y muestra sintomatología de ansiedad exacerbada, por lo que se procede a realizar intervención previo a realizar su evaluación psicológica del protocolo de trasplante para así disminuir la sintomatología del paciente. Se considera caso difícil, debido a condiciones médicas que pueden repercutir en la evolución post trasplante, y a la posibilidad de requerir tratamiento de desensibilización (ciclos de inmunosupresión) y asilamiento debido al trasplante previo, presencia del injerto renal, y transfusiones sanguíneas.

3. Motivo de Consulta

El paciente es referido por el médico residente del servicio de trasplantes para comenzar su evaluación psicológica del Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado. Al realizar la entrevista inicial, el paciente reporta *“ya quería comenzar con lo de psicología, he estado muy ansioso, nervioso, me he puesto mal, a cada rato pienso en el trasplante y me da miedo el aislamiento, ya lo viví cuando era niño, recuerdo que fue fácil y que solo estuve unos días con mi celular y una tv pequeña, pero ¿Qué tal y ahora no? ¿Qué tal y me pongo mal y no me voy pronto? Eso me da miedo, que me vaya a quedar mucho tiempo, sin poder ver a nadie y estar incomunicado de mi familia”* (sic. pac.).

4. Antecedentes

Heredofamiliares

Abuelos: Abuela Materna con diagnóstico de Diabetes Mellitus II

Tíos maternos: ambos con diagnóstico de Diabetes Mellitus II, tía diagnosticada con hipoplasia renal.

Personales no patológicos

Habita en casa propia, construida de materiales perdurables, cuenta con todos los servicios de urbanización. Alimentación adecuada en calidad y cantidad. Hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa interior y exterior diario. Zoonosis positiva a razón de un perro mediano.

Personales patológicos

Crónico degenerativos:

- Enfermedad Renal Crónica Terminal debido a Hipoplasia Renal, desde hace 16 años, en actual tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis desde hace año y medio, a razón de 3 sesiones por semana.
- Hipertensión Arterial.
- Cardiomegalia
- Nefropatía crónica del injerto renal, hace 2 años.

Alergias: interrogadas y negadas.

Infecto contagiosas: interrogadas y negadas.

Toxicomanías: interrogadas y negadas.

Cirugías:

- Cirugía en brazo derecho debido a fractura expuesta, hace 16 años.
- Trasplante renal de donador cadavérico, hace 11 años.

Psicológicos patológicos

Atención psicológica: refiere haber recibido atención psicológica durante su protocolo de trasplante renal y aislamiento en el hospital.

5. Dinámica familiar y familiograma

Joel vive con pareja, su madre, sus abuelos, sus tíos y un primo. Su posible donador es su padre biológico, pero refiere no tener relación afectiva con él.

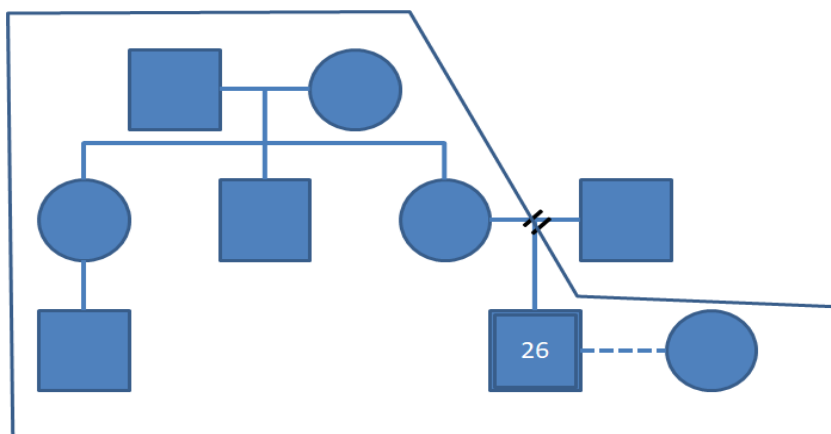


Fig. 1. Familiograma de Joel

6. Historia del problema

Médica

2002: Diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica secundaria a hipoplasia renal.

2007: Trasplante renal de donador cadavérico, en el Hospital Juárez de México.

2016: Diagnóstico de Nefropatía crónica del injerto. Hospitalización en el servicio de nefrología debido a rechazo del injerto.

2017: Comienza tratamiento de sustitución renal (hemodiálisis).

Psicológica

2002: Recibe atención psicológica por parte de residente de Medicina Conductual del servicio de trasplantes durante su hospitalización post-trasplante renal.

Agosto, 2018: Inicia Evaluación Psicológica del Protocolo de Trasplante Renal.

7. Padecimiento actual

Joel fue diagnosticado con Enfermedad Renal Crónica en el año 2002 al realizársele exámenes de rutina y es trasplantado de fuente cadavérica en el año 2007. En el año 2016 se le diagnostica con nefropatía crónica del injerto renal, por lo que es hospitalizado en el servicio de nefrología durante un mes para el control de esta y comienza a recibir tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en el año 2017. Joel comenta que desde ese internamiento le da miedo volver a *ponerse mal*, “*estuve muy grave, sangraba por todos lados, por la boca, la nariz, cuando me internaron me despedí de todos, yo sentí que ya no salía, durante la estancia me puse mal, tuve una crisis y tuvieron que amarrarme a la cama, yo no me acuerdo, solo recuerdo despertar estando amarrado, desde allí creo me hice más ansioso, ahora soy muy nervioso, muy ansioso, antes que iba a preocuparme*” (sic. pac.).

El paciente también comenta que un día hace aproximadamente 5 meses, despertó sintiendo malestar en el pecho “*el corazón me latía rápido, sentía presión en el pecho, como si me faltara el*

aire, desde ese día comencé a sentirme muy ansioso y preocupado porque me pase de nuevo” “hay días en los que estoy tranquilo y de repente siento que me empieza a latir muy rápido el corazón, y entonces me preocupo porque me vaya a poner mal” “desde ese día he estado preocupado, me he puesto mal y he terminado en urgencias, no me han dado un diagnóstico pero me dijeron que si tenía algo en el corazón” (sic. pac.).

Joel menciona que durante sus hemodiálisis le da “mucho nerviosismo”, “da miedo ponerme mal durante la hemodiálisis, a veces me sube mucho la presión durante las sesiones y siento que el corazón me late más rápido” (sic. pac.).

El paciente indica que en ocasiones se despierta y se siente “raro” (sensación en el pecho), lo que le hace ponerse irritable durante el día “*me pongo de malas, no quiero que me hablen, los comentarios de mi mamá me ponen de mal humor o me enojan*”. También refiere que cuando se siente ansioso o se siente nervioso deja de hacer lo que está haciendo, se acuesta o se sienta un rato hasta que se le pasa. Sobre la relación con su madre, Joel menciona que se ha deteriorado a partir de que su salud se ha complicado “*cómo los doctores dicen que lo que tengo es psicológico, mi mamá se la pasa tirándome de a loco, siempre me dice que todo es psicológico, pero yo tengo algo, los doctores me han dicho que si tengo algo en el corazón*” “*por eso he decidió ya no decirle nada cuando me siento mal, si me preguntan ‘¿cómo estás?’ ya mejor contesto que estoy bien para que no me sigan preguntando más*” (sic. pac.). Joel también refiere “*yo sé que lo que pienso me pone mal, porque yo estoy bien, pero de repente siento algo en el pecho, como que late más rápido mi corazón, y entonces es cuando comienzo a preocuparme y a sentirme mal, pienso que me va a dar algo en el corazón y que me puedo morir*” (sic. pac.).

Sobre el trasplante, Joel comenta “*a cada rato pienso en el trasplante y me da miedo el aislamiento, ya lo viví cuando era niño, recuerdo que fue fácil y que solo estuve unos días con mi celular y una tv pequeña, pero ¿Qué tal y ahora no? ¿Qué tal y me pongo mal y no me voy pronto? Eso me da miedo, que me vaya a quedar mucho tiempo, sin poder ver a nadie y estar incomunicado de mi familia*” “*cuando alguien habla del asilado o del trasplante, me empiezo a sentir muy ansioso, nervioso, ¿Qué voy a hacer? Además, estoy muy apegado a mi novia, en las hemodiálisis le mando un mensaje y me siento tranquilo, pero si no tengo celular y no puedo verla, no voy a saber de ella*” (sic. pac.).

8. Impresión y Actitud General

Paciente masculino de complexión ectomórfica, condiciones de higiene y aliño adecuadas al contexto, muestra signos de ansiedad como tensión en rostro, cuello y mandíbula, y movimiento estereotipado de brazos y piernas. Se muestra cooperador durante el protocolo de evaluación psicológica.

9. Examen mental de primera vez

Paciente de edad aparente igual a la cronológica, orientado en 4 esferas (T-E-P-C), consciente y alerta, con respuesta adecuada, atención, concentración y memorias conservadas, se muestra cooperador durante el protocolo de evaluación psicológica, lenguaje coherente, congruente y fluido, pensamiento abstracto, sin alteraciones aparentes en la sensopercepción, impresiona clínicamente inteligencia promedio, estado de ánimo ansioso, juicio conservado, conciencia de enfermedad.

10. Factores psicológicos complementarios

Locus de control interno.

Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo.
Redes de apoyo existentes y funcionales, adecuadas en cantidad y calidad, apoyo social de tipo emocional e instrumental.

11. Personalidad previa

Joel refiere que “antes era una persona tranquila, podía hacer mis cosas, ir a mi hemodiálisis tranquilo y estar bien, antes que me iba a estar preocupando, los doctores me usaban de ejemplo porque siempre estaba tranquilo” (sic. pac.).

12. Selección y administración de técnicas de evaluación

- Observación Clínica
- Entrevista Conductual
- EVA de Ansiedad
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

13. Análisis y descripción de la conducta problema

Lista de Conductas Problema

Nivel Motor

Tensión de rostro, cuello, hombros y mandíbula
Inquietud motora de piernas y manos
Hipervigilancia
Deja de hacer actividades
Se distrae escuchando música, con su teléfono o con videojuegos

Nivel Cognitivo

Preocupación sobre el aislamiento
Preocupación sobre estar incomunicado y no ver a su familia
Preocupación sobre que podría morir
Se siente molesto e irritable
Recuerdos sobre su hospitalización
Piensa que se pondrá mal durante el aislamiento
Piensa que se desesperará durante el aislamiento
Piensa que no podrá soportar el aislamiento

Nivel Fisiológico

Taquicardia
Sensación repentina de taquicardia
Sensación de debilidad y presión en el pecho
Respiración acelerada
Sudoración

Análisis de secuencias

2. Estímulo E	4. Organismo O	1. Respuesta R	3. Consecuencia C
<p>Externos Durante sus sesiones de hemodiálisis. Cuando su familia habla sobre el trasplante. En casa, al despertar.</p> <p>Internos Sensación de que su corazón se acelera. Sensación de debilidad y presión en el pecho. Recuerdos sobre su hospitalización.</p> <p>Historia <i>Pasada</i> Trasplante renal a los 15 años. Hospitalización y crisis hace 2 años <i>Contemporánea</i> Sensación repentina de taquicardia desde hace 5 meses.</p>	<p>Biológico Enfermedad Renal Crónica Terminal + Hipertensión Arterial Sistémica + Cardiomegalia + Post-trasplante renal de donador cadavérico + Nefropatía crónica del injerto renal.</p> <p>Habilidades y déficits Déficit de expresión de emociones</p> <p>Historia de reforzamiento Locus de control interno Estilo de afrontamiento centrado en la emoción</p> <p>Variables Cognitivo-Culturales Creencias referentes al rol de la madre como cuidadora principal.</p>	<p>Trastorno adaptativo con ansiedad</p> <p>Motor Inquietud motora de piernas y manos Tensión de rostro, cuello, hombros y mandíbula Hipervigilancia</p> <p>Cognitivo Preocupación sobre el aislamiento Preocupación sobre que podría morir Preocupación sobre estar incomunicado y no ver a su familia</p> <p>Fisiológico Respiración acelerada Sudoración Taquicardia</p>	<p>Inmediatas</p> <p><i>Internas</i> Piensa que se pondrá mal durante el aislamiento Piensa que se desesperará durante el aislamiento</p> <p><i>Externas</i> Se distrae escuchando música, con su teléfono o con videojuegos Deja de hacer actividades</p> <p><i>De otros</i> Su madre minimiza su malestar Su novia lo atiende y lo tranquiliza</p> <p>Mediatas</p> <p><i>Internas</i> Piensa que no podrá soportar el aislamiento</p> <p><i>Externas</i> Evita hablar sobre cómo se siente Desgaste de molares</p> <p><i>De otros</i> Su madre relega su cuidado a su novia</p>

Análisis funcional

Paciente masculino de 26 años, originario de la CDMX y residente del Estado de México, religión católica, estado civil unión libre, escolaridad secundaria, ocupación ayudante de imprenta, con diagnósticos médicos de Enfermedad Renal Crónica Terminal hace 16 años, en tratamiento sustitutivo de hemodiálisis a razón de 3 veces por semana, post trasplantado renal de donador cadavérico hace 11 años y Nefropatía crónica del injerto renal hace 2 años. El paciente refiere como motivo de consulta *“he estado muy ansioso, nervioso, me he puesto mal, a cada rato pienso en el trasplante y me da miedo el aislamiento, ya lo viví cuando era niño, recuerdo que fue fácil y que solo estuve unos días con mi celular y una tv pequeña, pero ¿Qué tal y ahora no? ¿Qué tal y me pongo mal y no me voy pronto? Eso me da miedo, que me vaya a quedar mucho tiempo, sin poder ver a nadie y estar incomunicado de mi familia”* (sic. pac.).

La conducta problema se caracteriza a nivel motor inquietud de piernas y manos, tensión de rostro, cuello, hombros y mandíbula e hipervigilancia; a nivel cognitivo por preocupación sobre el aislamiento y posibles complicaciones del trasplante, preocupación sobre que podría morir debido a afección cardíaca, y preocupación sobre estar incomunicado y no ver a su familia; a nivel fisiológico por respiración acelerada, sudoración de manos y taquicardia.

La conducta anterior se hace más probable durante sus sesiones de hemodiálisis, cuando su familia habla sobre el trasplante, y en ocasiones al despertar, momentos en los que manifiesta sensación de que su corazón se acelera, sensación de debilidad y presión en el pecho, y presenta recuerdos sobre su hospitalización de hace 2 años.

Como antecedentes relevantes, se encuentra el trasplante renal y aislamiento hace 11 años, la hospitalización hace dos años debido a nefropatía crónica del injerto en la que presentó una crisis por la que tuvo que ser sedado y amarrado a su cama, y la sensación repentina de taquicardia que manifiesta desde hace 5 meses aproximadamente.

La conducta problema puede estar mantenida por consecuencias inmediatas internas como pensar que se pondrá mal durante el aislamiento o que se desesperará durante el mismo, y externas como distraerse escuchando música, con su teléfono o con videojuegos y el dejar de hacer actividades debido a la sensación de ansiedad y nerviosismo, y a su vez por las conductas de otros, como que su madre minimice su malestar y que su novia lo atienda y lo tranquilice. De forma mediata la conducta puede estar mantenida por pensar que no podrá soportar el aislamiento, evita hablar sobre cómo se siente con su familia, y a su vez porque su madre relegue sus cuidados a su novia.

Además, la conducta puede estar siendo mediada por variables como un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción de tipo evitativo, así como un déficit en expresión de emociones y creencias referentes al rol de la madre como cuidadora principal.

De acuerdo con el análisis anterior, se considera que la intervención se dirija a la conducta problema a nivel fisiológico y cognitivo de la respuesta, así como a las variables estímulo antecedentes a nivel interno con el objetivo de disminuir los niveles de ansiedad.

Hipótesis funcional

Si el paciente recibe un tratamiento cognitivo-conductual compuesto de psicoeducación, respiración pasiva y auto-verbalizaciones, disminuirán sus niveles de ansiedad.

14. Diagnóstico

Diagnóstico DSM IV-TR

Eje I: [F43.28] Trastorno adaptativo con ansiedad [309.24].

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Enfermedad Renal Crónica Terminal + Hipertensión Arterial Sistémica + Cardiomegalia + Post-trasplante renal de donador cadavérico + Nefropatía crónica del injerto renal.

Eje IV: Sin diagnóstico

EJE V: EEAG 71-80

Cumple con:

- A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 - 1. malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 - 2. deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
- C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

F43.28 Con ansiedad [309.24]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

Diagnóstico DSM-5

309.24 [F43.22] Trastorno de Adaptación con Ansiedad. Enfermedad Renal Crónica Terminal + Hipertensión Arterial Sistémica + Cardiomegalia + Post-trasplante renal de donador cadavérico + Nefropatía crónica del injerto renal. WHODAS 30 (versión de 12 preguntas, administrada por el entrevistador).

Cumple con:

- G. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.
- H. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
 - 1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
 - 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- I. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.
- J. Los síntomas no representan el duelo normal.
- K. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

309.24 (F43.22) Con ansiedad: Predomina el nerviosismo, la preocupación, la agitación o la ansiedad de separación.

15. Objetivos de tratamiento

General:

Disminuir los niveles de ansiedad del paciente tanto a nivel fisiológico y cognitivo de la respuesta como en las variables estímulo antecedentes a nivel interno.

Específicos:

El paciente:

- Identificará qué es la ansiedad y como se caracteriza.
- Identificará situaciones que le provocan ansiedad
- Realizará respiración pasiva ante situaciones que le provoquen ansiedad.
- Identificará pensamientos asociados a las situaciones que le provocan ansiedad.
- Empleará auto-verbalizaciones con frases que le hagan sentir más tranquilo.

16. Estrategia terapéutica

- Psicoeducación
- Respiración pasiva

- **Auto-verbalizaciones**
- Detención del pensamiento*
- Distracción Instrumental (Planeación de actividades durante aislamiento)*
- Imaginación Guiada*
- Solución de Problemas*

*Consideradas

17. Descripción de las Sesiones

<p>22/06/2018</p> <p>Cambio de Cita: se cambia cita debido a empalme con otra cita médica.</p>
<p>28/06/2018</p> <p>Cambio de cita: se cambia cita debido a malestar posterior a procedimiento de extracción de molares.</p>
<p>5/07/2018</p> <p>No asiste: durante las siguientes semanas, la madre se pone en contacto para agenda cita, debido a que el px se encuentra hospitalizado.</p>

Sesión y fecha	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultado
<p>Sesión 1</p> <p>16/08/2018</p>	<p>Observación Clínica</p> <p>Entrevista Conductual</p> <p>IDARE</p> <p>Respiración Pasiva</p>	<p>Se brinda información sobre la evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal. Se realiza entrevista conductual.</p> <p>Se aplica IDARE.</p> <p>Se modela el procedimiento de respiración pasiva, se pide una EVA de ansiedad antes y después de realizar dicha técnica; se moldea la ejecución del paciente.</p>	<p><i>“ya quería comenzar con lo de psicología, he estado muy ansioso, nervioso, me he puesto mal, a cada rato pienso en el trasplante y me da miedo el aislamiento, ya lo viví cuando era niño, recuerdo que fue fácil y que solo estuve unos días con mi celular y una tv pequeña, pero ¿Qué tal y ahora no? ¿Qué tal y me pongo mal y no me voy pronto? Eso me da miedo, que me vaya a quedar mucho tiempo, sin poder ver a nadie y estar incomunicado de mi familia” (sic. pac.).</i></p> <p>IDARE (E=38, media; R=53, alta)</p> <p>EVA Ansiedad: 9/10 – 5/10</p>
<p>No asiste</p> <p>23/08/2018</p> <p>El px refiere cambio de día de hemodiálisis.</p>			

<p>Sesión 2 06/09/2018</p>	<p>Entrevista Conductual Psicoeducación Registros</p>	<p>Se realiza entrevista conductual sobre sintomatología de ansiedad. Se psicoeduca sobre ansiedad. Se dejan registros de situación-emoción y se pide ejemplo de llenado al paciente.</p>	<p>El paciente identifica en sí mismo síntomas de ansiedad de acuerdo con la psicoeducación y algunos momentos y situaciones en los que se manifiestan. El paciente realiza anotaciones del registro de ese mismo día. EVA Ansiedad 8/10</p>
<p>Sesión 3 20/09/2018</p>	<p>Entrevista Conductual Respiración Pasiva Registros</p>	<p>Se revisan registros. Se pide que realice el registro del día anterior y del día. Se realiza ejercicio de respiración, pidiendo EVA de ansiedad antes y después. Se pide que se realice el ejercicio de respiración en las situaciones que le hagan sentir ansioso, registrando el cambio.</p>	<p>El paciente refiere haber dejado sus registros con su madre. El paciente identifica situaciones que le provocan ansiedad (durante hemodiálisis, al sentir taquicardia). "Si me ha servido la respiración, me siento más tranquilo" (sic. pac.) EVA de Ansiedad 8/10 - 5/10</p>
<p>Sesión 4 27/09/2018</p>	<p>Psicoeducación Respiración Pasiva Registros</p>	<p>Se revisan registros y se añade columna para pensamiento. Se pide que llene un ejemplo considerando la nueva columna. Se psicoeduca en la relación entre situación, pensamiento y ansiedad. Se realiza ejercicio de respiración, pidiendo EVA de ansiedad antes y después.</p>	<p>El paciente identifica pensamientos asociados a las situaciones en las que se siente ansioso. El paciente refiere "lo que pienso, lo que me digo es lo que hace que me sienta así" (sic. pac.). EVA Ansiedad 7/10 - 4/10</p>
<p>No asiste 4/10/2018 La madre del px refiere que éste tuvo problemas con su catéter.</p>			

<p>Sesión 5 18/10/2018</p>	<p>Psicoeducación Auto-verbalizaciones Respiración pasiva Registros</p>	<p>Se realiza un listado de verbalizaciones que se dice a si mismo cuando se siente ansioso. Se pide que formule nuevas frases que pueda decirse así mismo, que le hagan sentirse tranquilo. Se deja de tarea formular más enunciados (al menos 3 más de cada situación). Se realiza ejercicio de respiración, pidiendo EVA de ansiedad antes y después.</p>	<p>“He estado más tranquilo, todavía me preocupa el aislamiento y el no poder ver a nadie” El paciente formula las siguientes frases para cuando se encuentra en hemodiálisis y para cuando siente que su corazón se le acelera: “Tu cálmate, vas a estar bien. Aquí están las enfermeras” “Calma, ya va a pasar, es momentáneo” EVA Ansiedad 6/10 - 3/10</p>
<p>Cita Programada para 25/10/2018</p>			

18. Resultados

El presente caso es un caso en curso, por lo que se muestra a continuación los resultados obtenidos de los objetivos establecidos hasta el momento:

Tabla 1. Objetivos de tratamiento alcanzados.

Objetivo	Cumplió
Identificará qué es la ansiedad y como se caracteriza.	X
Identificará situaciones que le provocan ansiedad	X
Realizará respiración pasiva ante situaciones que le provoquen ansiedad.	X
Identificará pensamientos asociados a las situaciones que le provocan ansiedad	X
Empleará auto-verbalizaciones con frases que le hagan sentir más tranquilo.	En proceso

En seguida, se muestran los cambios en la EVA de Ansiedad durante las sesiones y en las sesiones de hemodiálisis reportadas por el paciente en sus registros.

Tabla 2. Ansiedad antes y después del ejercicio de respiración durante las sesiones.

Sesión	Ansiedad antes del ejercicio de respiración	Ansiedad posterior al ejercicio de respiración
1	9	5
2	8	-
3	8	5
4	7	4
5	6	3

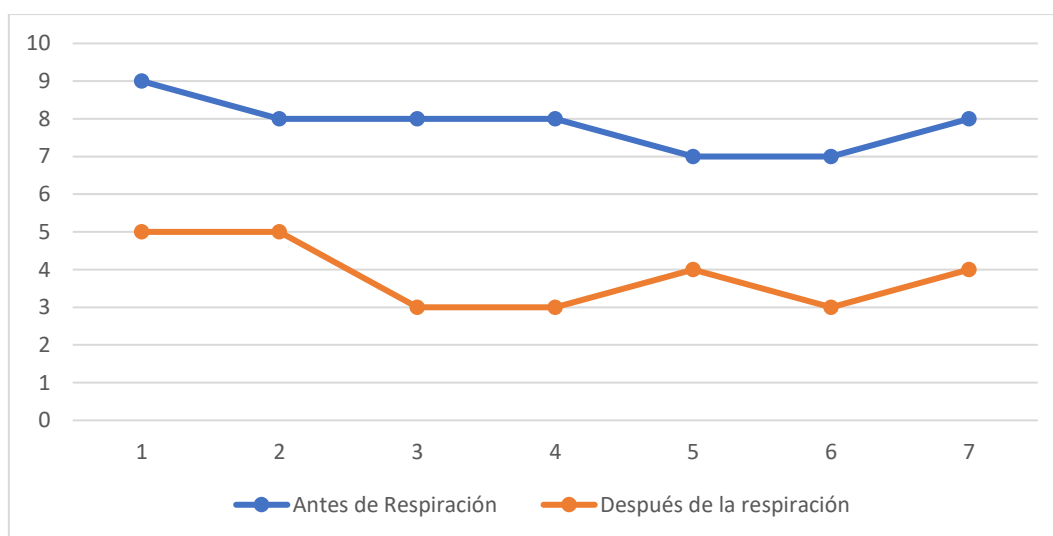


Fig. 2. Cambio en EVA de Ansiedad durante sesiones de Hemodiálisis

19. Conclusiones y comentarios finales

Pacientes previamente sometidos a un trasplante renal, suelen estar altamente sensibilizados ante un nuevo trasplante, por lo que tienen mayor riesgo de presentar rechazo hiperagudo y tener más episodios de rechazo posteriores al alta hospitalaria. Para disminuir dicha problemática, son sometidos a ciclos de desensibilización (inmunosupresión) previo al nuevo trasplante, por lo que pueden ser sometidos a aislamiento protector durante tiempos variables, que van desde solo unos días por ciclo o hasta meses completos previo al trasplante. Además, el uso de inmunosupresión previa al trasplante suele acompañarse de mayores tiempos de estancia hospitalaria en el aislamiento post trasplante, debido a sangrado, pancitopenia e infecciones.

En el presente caso, al existir dicha posibilidad por las condiciones médicas del paciente, se considera importante continuar con la intervención para brindar de más estrategias de afrontamiento al paciente para tolerar el aislamiento, ya que existe la posibilidad de que sus preocupaciones respecto del tiempo de estancia en el asilado puedan volverse realidad y provocar una exacerbación de la sintomatología de ansiedad y reforzar su temor a una nueva crisis, esto debido a las condiciones médicas del paciente (trasplante previo, presencia del injerto renal, transfusiones sanguíneas).

Del presente caso se consideran como áreas de oportunidad:

- Indagar e intervenir sobre adherencia al tratamiento debido a las hospitalizaciones constantes, falta de registros e impuntualidad.
- Dirigir tanto la evaluación como el tratamiento hacia el miedo específico ante las posibles complicaciones del trasplante renal.
- Intervenir sobre habilidades sociales, comunicación asertiva y expresión de emociones, ya que se han dejado de lado durante las sesiones presentadas.

20. Referencias

- Costas, M., Prado, V., y Crespo, J. (2013). Ansiedad y depresión entre los pacientes hospitalizados en el complejo hospitalario de Ferrol. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática*, 107, 16-22.
- Grau, A., Comas, P., Suñer, R., Peláez, E., Sala, L., y Planas, M. (2007). Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 212-216.
- Mancilla-Urrea, E. (2005). El paciente altamente sensibilizado. Alternativas terapéuticas para el trasplante renal. *Revista de Investigación Clínica*, 57(2), 206-212.
- Pérez San Gregorio, M., Rodríguez, A., y Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 99-114.

Anexo 3: Caso 3



Hospital Juárez de México
Residencia en Medicina Conductual
Servicio de Trasplantes



Lic. Alan Eduardo Santana Gaspar

1. Ficha de Identificación

Nombre: Renato

Sexo: Masculino

Edad: 52 años

Estado Civil: Casado

Escolaridad: Licenciatura en Administración

Ocupación: Actualmente desempleado

Religión: Católica

Lugar de Origen: CDMX

Lugar de Residencia: Querétaro

Diagnóstico Médico: Enfermedad Renal Crónica Terminal + Hipertensión Arterial Sistémica

2. Criterios de Selección del Caso

El presente caso ilustra el papel del residente de medicina conductual en la valoración y tratamiento de un paciente con incumplimiento terapéutico, el apoyo y búsqueda de información con terceros allegados al paciente, y el trabajo en conjunto con los residentes médicos para la instauración de conductas adherentes que permitan mejorar la condición actual del paciente y una mayor probabilidad de éxito ante el posible trasplante. El siguiente caso se considera difícil, debido a la tendencia a mentir del paciente.

3. Motivo de consulta

El paciente comienza su protocolo de trasplante renal en el HJM en febrero de 2018, y en marzo la evaluación psicológica, sin embargo, falta a sus citas siguientes y hasta junio se retoma la evaluación. El paciente continuamente llega tarde a sus consultas médicas, durante la evaluación cae en contradicciones sobre el seguimiento de su tratamiento actual y se presenta en estado de somnolencia, dificultad en la marcha, en el habla y aliento urémico intenso, por ello, al finalizar la evaluación se le devuelve y confronta con la información encontrada y lo observado, y se le propone la necesidad de brindar tratamiento psicológico para mejorar su apego al tratamiento médico y con ello mejorar a su vez su condición médica.

4. Antecedentes

Heredofamiliares

- Abuelos: Abuela Materna con diagnóstico de HAS, finada.
- Madre: Diabetes Mellitus Tipo 2, 15 años de evolución.
- Padre: Diabetes Mellitus Tipo 2, 1 año de evolución.
- Hermanos: 5 hermanos aparentemente sanos.

Personales no patológicos

Habita en casa propia, construida de materiales perdurables, cuenta con todos los servicios de urbanización. Alimentación no adecuada en calidad y cantidad. Hábitos higiénicos no adecuados,

con baño y cambio de ropa interior y exterior diario. Zoonosis positiva a razón de un perro pequeño.

Personales patológicos

Crónicos degenerativos:

- Enfermedad Renal Crónica Terminal, desde hace 3 años, en actual tratamiento sustitutivo de Diálisis Peritoneal Automatizada desde hace año y medio, a razón de 5 cambios durante 9 horas por las noches.
- Hipertensión Arterial, desde hace tres años.

Alergias: interrogadas y negadas.

Infecto contagiosas: interrogadas y negadas.

Toxicomanías: interrogadas y negadas.

Cirugías:

- Colocación de catéter Tenckhoff, en mayo de 2016.

Psicológicos patológicos

Atención psicológica: niega atención psicológica previa.

5. Dinámica familiar y familiograma

Renato vive con su esposa y sus dos hijos. Su posible donadora es su hermana.

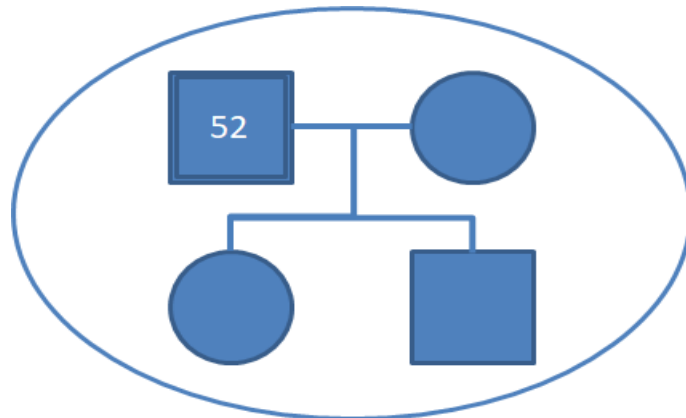


Fig. 1. Familiograma de Renato

6. Historia del Problema

Médica:

- Febrero, 2016: diagnóstico de ERCT e hipertensión arterial.
- Mayo, 2016: colocación de catéter Tenckhoff; comienzo de tratamiento de diálisis peritoneal automatizada.
- De agosto de 2016 a diciembre de 2016: realiza protocolo de trasplante renal en el Hospital General de San Juan del Río, Querétaro.
- Diciembre, 2016: su donador no es apto para la donación.
- Durante 2017: búsqueda de otro posible donador, en noviembre su hermana se propone como posible donadora.
- Febrero, 2018: inicia protocolo de trasplante renal en el Hospital Juárez de México.

Psicológica:

- Marzo, 2018: comienza evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal.

7. Padecimiento Actual

Renato fue diagnosticado con ERCT en febrero de 2016, manifestando malestar y síntomas como hinchazón de miembros inferiores desde noviembre de 2015. Renato indica que al recibir el diagnóstico sintió miedo por su salud, y que dejó de trabajar a raíz de su enfermedad. El paciente inició protocolo de trasplante renal en Querétaro, siendo su posible donador un amigo, ya que ninguno de sus hermanos se propuso a ayudarlo “no me quieren, nadie me quiso ayudar ni ser mi donador, todos están sanos, pero les da miedo” (sic. pac.). Al determinarse que su donador no es apto para donarle, Renato menciona que pidió nuevamente ayuda a sus hermanos, a lo que una de sus hermanas se propuso como posible donadora.

Durante la evaluación psicológica del protocolo de trasplante, el paciente llega tarde a sus citas (40 min. o más de retraso), llega en condiciones de poca higiene (ropa sucia, despeinado), muestra dificultad al caminar (se balancea) y al hablar (arrastra la lengua), edematización de miembros inferiores, rostro y manos, somnolencia (se queda dormido al hablar o al contestar inventarios), y aliento urémico intenso. Al cuestionarle sobre el retraso y la somnolencia, el paciente refiere “vengo desde Querétaro, me agarra el tráfico y tengo que venir muy temprano, entonces duermo muy poco, unas cuatro horas nada más” (sic. pac.). Sobre su diálisis, los días previos a acudir al hospital refiere si realizarla.

Como parte del protocolo médico del trasplante renal, se refiere al paciente al servicio de bariatría para disminuir su peso (104 kg) y que se encuentre en mejores condiciones físicas. Pese a referir que ha perdido peso y que bariatría ya le dio “luz verde” (sic. pac.) para la cirugía, no se observan cambios físicos. Así mismo, el paciente refiere seguir la dieta que se le mandó por parte de bariatría, sin embargo, al indagar sobre los alimentos que consume, refiere haber consumido en los días anteriores alimentos con alto contenido de sodio, potasio y fósforo (carne roja, tomates, papas, frijoles, atún enlatado), los cuales no son parte de su dieta ni aparecen en la hoja de alimentos que se le entregó en bariatría. Sobre esto, el paciente refiere “en mi hospital me habían dicho que eso sí lo podía comer, además no lo como mucho”, “casi no puedo comer nada, a veces como un poco por que se me antoja, pero si sigo mi dieta” (sic. pac.).

En la entrevista estructurada, en el rubro sobre su tratamiento y seguimiento de este, el paciente indica cumplir con su dieta, la toma de sus medicamentos, y con ejercicio diario, pero indica que, al ir al hospital, come lo que encuentra (yogur, sándwich). Sin embargo, al revisar sus laboratorios de primera vez, se encuentran valores de creatinina sérica (rango normal entre 0.5 y 1.3 mg/dl) de 20.67 mg/dl (febrero, 2018) y los más recientes, traídos por él, con valores de 19.6 mg/dl (agosto, 2018), lo que da cuenta de una deficiencia en sus cuidados, tratamiento y seguimiento de la dieta renal.

Su hermana y posible donadora, refiere que su hermano no lleva a cabo sus cuidados “come de todo lo que no debe de comer, luego le digo ‘no comas de eso’, y él se enoja y dice que yo qué sé, que no le va a pasar nada por comer un poco de eso y discutimos”, “sé que tampoco se hace sus diálisis siempre, a veces se va de viaje y no se lleva su máquina ni se cuida, además tiene un perro en casa aunque ya le dijeron que debe de buscarle otro hogar”, “yo ya le he dicho que si sigue así, no le voy a donar, si yo le voy a dar algo de mí, quiero que lo cuide, no es cualquier cirugía y él piensa que es poca cosa, pero sólo se enoja y dice que nadie le quiere ayudar, pero él no pone de su parte [...] quiero hacer esto por él, porque me importa, ya si él no se cuida no queda en mí” (sic. fam.).

Además, su hermana comenta “mi cuñada es la que le prepara sus comidas, pero él prefiere salirse ‘a caminar’, le deja el plato con la comida, se va y ya regresa más tarde y comido [...] mi cuñada ya no lo soporta, la otra vez lo dejo solo en casa, él llamó a mis papás diciendo que estaba triste porque no lo habían dejado solo y no apoyaban” (sic. fam.). Sobre dicho incidente con su esposa,

el paciente lo negó y refirió que su esposa “salió de viaje unos días con su familia, regresa la semana que entra” (sic. pac.). De acuerdo con trabajo social, el paciente ya no tenía mascotas al momento de la visita domiciliaria, sin embargo, durante las sesiones previas a la intervención, el paciente refirió salir a caminar por las noches a pasear a su perro, sobre lo que al preguntársele comenta “ya sé que me tengo que deshacer de él, pero es complicado” (sic. pac.).

8. Impresión y Actitud General

Paciente masculino de complexión endomórfica, condiciones de higiene y aliño no adecuadas al contexto. Se muestra cooperador durante el protocolo de evaluación psicológica.

9. Examen mental.

23/03/2018. Paciente de edad aparente mayor a la cronológica, orientado en 4 esferas (T-E-P-C), consciente y alerta, con respuesta adecuada al ambiente, atención, concentración y memorias conservadas, lenguaje coherente, congruente y lento, pensamiento abstracto, sin alteraciones aparentes en la sensopercepción, impresiona clínicamente inteligencia promedio, estado de ánimo dentro de lo normal, juicio conservado, noción de enfermedad.

21/06/2018. Somnoliento. Atención, concentración y memorias con dificultad.

10. Factores psicológicos complementarios

Locus de control externo.

Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo.

Redes de apoyo existentes y funcionales, adecuadas en cantidad y calidad, apoyo social de tipo emocional.

11. Personalidad previa

Renato refiere “yo era una persona muy activa, me gustaba salir, jugar futbol, me gustaba trabajar, salir con mi familia y comer de todo. Ahora ya no puedo hacer nada de eso, me canso rápido, me da mucho sueño, no puedo comer casi nada” (sic. pac.).

12. Selección y administración de técnicas de evaluación

- Observación Clínica
- Entrevista Conductual
- Entrevista con terceros (hermana y esposa)

13. Análisis y descripción de la conducta problema

Lista de Conductas Problema

Nivel Motor	Nivel Cognitivo	Nivel fisiológico
Consume alimentos fuera de casa Consume alimentos restringidos No se realiza sus diálisis Discute con su hermana	Minimiza las repercusiones de sus conductas. Maximiza las exigencias de su tratamiento (dieta). Creencia sobre si no le ayudan es porque no lo quieren.	No presenta.

Análisis de Secuencias

2. Estímulo E	4. Organismo O	1. Respuesta R	3. Consecuencia C
<p>Externos En casa, a la hora del desayuno con su esposa e hijos. Cuando acude a reuniones familiares o fiestas. Cuando sale de viaje. Cuando acude al hospital.</p> <p>Internos Minimiza las repercusiones de no seguir su dieta. Olvida la toma de sus medicamentos.</p> <p>Historia <i>Pasada</i> Diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal. Su donador previo no es candidato a donación. <i>Contemporánea</i> -</p>	<p>Biológico Enfermedad Renal Crónica Terminal + Hipertensión Arterial</p> <p>Habilidades y déficits -</p> <p>Historia de reforzamiento Locus de control externo Estilo de afrontamiento centrado en la emoción</p> <p>Variables Cognitivo-Culturales Creencia de si la gente no lo ayuda es porque no lo quieren. Creencia sobre que su enfermedad no es controlable, y la dieta y tratamiento son demasiado exigentes.</p>	<p>Incumplimiento terapéutico</p> <p>Motor Consume alimentos restringidos. No se realiza sus diálisis. Consume alimentos fuera de casa. No toma sus medicamentos.</p> <p>Cognitivo -</p> <p>Fisiológico -</p>	<p>Inmediatas</p> <p><i>Internas</i> -</p> <p><i>Externas</i> Discute con su hermana</p> <p><i>De otros</i> Su hermana le dice que no le va a donar si continua sin cuidarse. Su esposa le reclama por no comer en casa.</p> <p>Mediatas</p> <p><i>Externas</i> Incremento de peso y descontrol de su padecimiento</p> <p><i>Internas</i> Se siente triste porque nadie lo apoya y quedarse solo. Se siente molesto porque sus hermanos no le ayudan (con la donación).</p> <p><i>De otros</i> Su esposa sale de viaje y lo deja solo.</p>

Análisis Funcional

Paciente masculino de 52 años de edad, originario de la Ciudad de México y residente del estado de Querétaro, religión católica, estado civil casado, escolaridad licenciatura, actualmente desempleado, con diagnósticos médicos de Enfermedad Renal Crónica Terminal desde hace dos años y medio, en tratamiento sustitutivo de diálisis peritoneal automatizada, a razón de 5 recambios durante 9 horas. Como motivo de consulta se identifica incumplimiento terapéutico, el cual es negado por el paciente, pero demostrable a través de laboratorios, estado físico actual (estado de alerta alterado, somnolencia, edematización de miembros inferiores, aliento urémico intenso) y el reporte de terceros (hermana y posible donadora).

La conducta problema se caracteriza a nivel motor por el consumo de alimentos restringidos para la dieta renal, el consumo de alimentos fuera de casa, el no consumo de sus medicamentos y el no realizarse su diálisis cuando sale de viaje.

Lo anterior se hace más probable cuando su esposa le sirve el desayuno y comida, cuando acude a reuniones familiares o fiestas, al salir de viaje o al acudir al hospital. En esos momentos el manifiesta pensamientos en los que minimiza el no cumplir con su dieta y tratamiento, además olvida la toma de sus medicamentos. Como antecedentes relevantes a la problemática se encuentra el diagnóstico de la ERCT y el que su primer donador no fuera candidato para realizarse la donación.

La conducta problema puede estar mantenida por consecuencias inmediatas como discutir con su hermana, y por las conductas de otros como el que su esposa le reclame por no comer en casa, y el que su hermana le diga que no le va a donar un riñón si no se cuida. De forma mediata, la conducta puede estar mantenida por incrementar de peso, el descontrol de su enfermedad, el sentirse triste porque nadie lo apoya, que lo dejen solo, y sentirse molesto porque sus hermanos no le ayudan.

Además, la conducta puede estar siendo mediada por variables como un locus de control externo, un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción de tipo evitativo, y variables cognitivo-culturales como la creencia de si la gente no lo ayuda es porque no lo quieren, y la creencia sobre que su enfermedad no es controlable, y la dieta y tratamiento son demasiado exigentes.

De acuerdo con el análisis anterior, se considera que la intervención se dirija a la conducta problema a nivel motor de la respuesta, así como a las variables estímulo antecedentes a nivel interno con el objetivo de mejorar la adherencia al tratamiento.

Hipótesis funcional

Si el paciente recibe un tratamiento cognitivo-conductual compuesto de psicoeducación y entrenamiento en autocontrol, mejorará su adherencia al tratamiento.

14. Diagnostico

Diagnóstico DSM IV-TR

Eje I: [Z91.1] Incumplimiento terapéutico [V15.81]

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Enfermedad Renal Crónica Terminal + Hipertensión Arterial

Eje IV: Sin diagnóstico

EJE V: EEAG 61-70

Esta categoría debe usarse cuando el objeto de atención clínica es el incumplimiento con un aspecto importante del tratamiento en un trastorno mental o en una enfermedad médica. Las razones del incumplimiento pueden deberse a las molestias que provoca el tratamiento (p. ej., efectos secundarios de la medicación), a su costo elevado, a decisiones basadas en juicios de valor personales o creencias religiosas o culturales sobre las ventajas e inconvenientes del tratamiento propuesto, a rasgos de personalidad o a estilos de afrontamiento anómalos (p. ej., negación de la enfermedad) y a la presencia de un trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastorno de la personalidad por evitación). Esta categoría debe usarse sólo si el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica independiente.

Diagnóstico DSM-5

V15.81 (Z91.19) Incumplimiento de tratamiento médico. Enfermedad Renal Crónica Terminal + Hipertensión Arterial. WHODAS 30 (versión de 12 preguntas, administrada por el entrevistador).

Esta categoría se debe utilizar cuando el objeto de la atención clínica es la falta de cumplimiento de un aspecto importante del tratamiento de un trastorno mental o de otra afección médica. Los motivos para dicho incumplimiento pueden ser malestar a causa del tratamiento (p. ej., efectos secundarios de la medicación), coste del tratamiento, opiniones personales o creencias religiosas o culturales sobre el tratamiento propuesto, debilidad senil y la presencia de algún trastorno mental (p. ej., esquizofrenia, trastorno de personalidad). Esta categoría se debe utilizar solamente cuando el problema sea bastante grave como para necesitar atención clínica independiente, pero no cumpla los criterios diagnósticos de los factores psicológicos que afectan a otras afecciones médicas.

15. Objetivos de tratamiento

General:

Mejorar la adherencia al tratamiento médico disminuyendo las conductas problema a nivel motor.

Específicos:

El paciente:

- Identificará qué los beneficios de seguir adecuadamente su tratamiento.
- Empleará estrategias de control de estímulos para aumentar su ingesta de medicamentos.
- Disminuirá la ingesta de alimentos restringidos y con ello su peso.
- Mostrará cambios por un periodo mínimo de 6 meses.

16. Estrategia Terapéutica

Psicoeducación

Entrenamiento en Autocontrol

- Automonitoreo (registros)
- Establecimiento de metas (benéficos)
- Estrategias de cambio (control de estímulos, reforzamiento, auto-reforzamiento, solución de problemas)
- Evaluación del programa
- Prevención de recaídas

17. Descripción de las Sesiones

23/03/2018 Inicio de evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal.
26/03/2018 No asiste.
20/04/2018 No asiste.
21/06/2018 Evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal. El paciente se muestra somnoliento, atención, concentración y memorias con dificultad.
04/07/2018 Evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal. El paciente se muestra somnoliento, atención, concentración y memorias con dificultad.
09/08/2018 Evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal. El paciente se muestra somnoliento, atención, concentración y memorias con dificultad. Se realiza psicoeducación sobre la ERCT, la dieta renal, su tratamiento y el trasplante renal.

Sesión y fecha	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultado
Sesión 1 30/08/2018	Evaluación Psicoeducación Devolución de información (confrontación) Automonitoreo (registros) Control de estímulos	Se evalúa sobre conocimientos de su enfermedad, tratamiento, el trasplante y sobre incumplimiento terapéutico, contrastando lo que el paciente refería saber y hacer respecto de su tratamiento contra su estado físico, el reporte de terceros y sus laboratorios. Se brinda nuevamente información sobre el trasplante renal, la ERCT, y su tratamiento.	En un primer momento, el paciente refiere “todo lo que yo tengo es por la enfermedad, por eso estoy así, yo si me cuido y tomo mis medicamentos”, “sigo la dieta que me dieron, ya perdí 8 kg, la bariatra dice que voy bien” (sic. pac.). Posteriormente al confrontarle con la información encontrada y contrastarlo con lo que él decía, manifiesta “pues si, a veces sí, no me tomo el medicamento a la hora que me toca o se me olvida tomármelo”, “cuando salgo

	Ejercicio de solución de problemas	<p>Se le confronta con lo encontrado a través de la evaluación, específicamente lo referente a los déficits de información mostrados y a su estado físico actual (edematización, somnolencia, aliento urémico).</p> <p>Se dejan registros de alimentos y medicación.</p> <p>Se realiza ejercicio de solución de problemas para cubrir las dificultades de la toma de sus medicamentos y alimentarse fuera de casa. Se identifican como posibles soluciones el uso de alarmas y uso de pastillero para cumplir con la toma de sus medicamentos y el uso de tupperes para llevar su propio alimento cuando salga.</p>	<p>o vengo al hospital, como lo que encuentro” (sic. pac.) y añade “a mí nunca nadie me había dicho lo que usted me está diciendo, yo no sabía que lo que tengo puede controlarse”, “ojalá me hubieran dicho todo esto antes” (sic. pac.).</p> <p>“Haré mis registros, y mejoraré mi higiene, le demostraré que puedo cambiar”, “pondré las alarmas y comprare donde guardar mis pastillas, así no se me pasarán” (sic. pac.).</p>
<p>Sesión 2 20/09/2018</p>	<p>Reforzamiento verbal</p> <p>Automonitoreo (Registros de actividad)</p> <p>Establecimiento de Metas</p> <p>Búsqueda de reforzadores (autoreforzamiento)</p>	<p>Se le refuerza verbalmente los cambios reflejados.</p> <p>Se le deja registro de actividad física (horario, actividad, tiempo invertido).</p> <p>Como metas iniciales se establece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llegar a un peso inferior a los 90 kg (IMC menor a 30). • Realizar actividad física ligera 5 días a la semana. <p>Se plantea que el paciente se premie por el cumplimiento de las conductas establecidas.</p>	<p>Renato muestra una mejora de su higiene y aliño (ropa limpia, peinado, disminución de aliento urémico), estado de conciencia, marcha y habla. Refiere pérdida de peso total de 9 kg (95 kg), la cual no es perceptible. Indica que además de seguir su dieta ha comenzado a realizar ejercicio (caminata y bicicleta estática) por tiempos breves diariamente.</p> <p>Sobre las metas, Renato menciona “voy a seguir con mi dieta y con el ejercicio, así bajaré hasta 90, que es lo que me comentaron que era más ideal” (sic. pac.). En cuanto al autoreforzamiento indica “me premiare a mí mismo yendo a lugares a los que ya no iba con</p>

			<p>mi familia, como al super o a la plaza [...] también puedo ver películas por la tarde después del ejercicio” (sic. pac.).</p> <p>De sus registros se observa el cumplimiento de su dieta y toma de medicamentos.</p>
<p>Sesión 3 25/10/2018</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Seguimiento sobre autoreforzamiento</p> <p>Entrevista conductual con familiar.</p>	<p>Se refuerza el cambio de conductas mostrado, así como la mejora de su estado general.</p> <p>Con apoyo de residente médico, se realiza psicoeducación sobre el trasplante renal y el seguimiento del tratamiento y cuidados para su padecimiento. Se plantea que los cambios actuales se mantengan en el tiempo para garantizar su continuidad y mejoras en el estado físico.</p> <p>Se indaga con familiares sobre las conductas planteadas a cambiar (dieta, tratamiento, ejercicio, e higiene).</p>	<p>Renato se presenta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, refiere pérdida de peso total de 10 kg (94 kg), la cual es perceptible, además muestra mejora en la marcha y en el habla.</p> <p>Sobre los cambios indica “he hecho del ejercicio un hábito, cuando voy al gimnasio me llevo mi música, platico con la gente que esta allí, me canso menos que antes, trato de llevar un ritmo tranquilo”, “después de ir a caminar o regresando del gimnasio, me pongo a ver alguna película o serie, solo o con mi esposa” (sic. pac.).</p> <p>Sobre los cambios que ha mostrado, el paciente comenta “la verdad es que me sentí muy avergonzado la vez que me dijo de que no llevaba mis cuidados, y más lo del aliento, por eso le he echado ganas y he hecho cosas para demostrarle que si puedo cambiar” (sic. pac.).</p> <p>Sus familiares (esposa e hija), refieren que sale a caminar y al gimnasio diariamente, y que consume sus alimentos en casa, además de que lo observan más activo y ya no duerme</p>

			durante el día, “estamos contentas porque ha cambiado mucho, nosotras estamos apoyándolo en todo lo que se puede” (sic. fam.). Su hermana refiere que notó cambios semanas atrás, “está más activo y se ve más delgado” (sic. fam.).
Sesión 4 22/11/2018	<p>Evaluación de la intervención y seguimiento de los objetivos planteados.</p> <p>Evaluación sobre conocimientos de la enfermedad, tratamiento y el trasplante renal.</p>	<p>Se evalúan los cambios en el paciente, se revisan registros dejados y se pesa en el servicio.</p> <p>Se refuerza verbalmente el mantenimiento de los cambios.</p> <p>Se indaga sobre conocimientos de su padecimiento, tratamiento y lo relativo al trasplante renal.</p>	<p>Renato refiere mantener su peso (94 kg), pero se observa más esbelto “he perdido ya poco peso, pero yo sigo con el ejercicio” (sic. pac.). Mantiene condiciones de aliño y mejoras de estado físico.</p> <p>Sobre los cambios menciona “me han servido mucho los cambios, me he sentido excelente, siempre salgo a hacer ejercicio, aunque no tenga ganas o el clima este feo”, “nunca pensé que sentirme así fuera posible con esta enfermedad, esto me motiva a seguir, y que con el trasplante mejoré aún más” (sic. pac.).</p> <p>En cuanto a conocimientos sobre su padecimiento, tratamiento y el trasplante renal, refiere conocimientos adecuados.</p>
Sesión 5 13/12/2018	Evaluación sobre el alcance de los objetivos planteados.	<p>Se evalúan los cambios en el paciente, se revisan registros dejados y se pesa en el servicio.</p> <p>Se refuerza verbalmente el mantenimiento de los cambios.</p>	Renato comenta que ha perdido poco peso (92 kg), pero que se siente mejor cada día, comenta que se siente en un 80% a como se encontraba cuando estaba sano “me siento mucho mejor cada día, estos cambios me han ayudado mucho, ya la ropa que usaba me

			queda grande, con el trasplante espero poder sentirme al 100" (sic. pac.).
Sesión 6 17/01/2018	Evaluación sobre el alcance de los objetivos planteados. Establecimiento de acuerdos para presentación de reporte.	Se reaplican pruebas de la evaluación psicológica. Se evalúan los cambios en el paciente, se revisan registros dejados y se pesa en el servicio. Se acuerda mantener los cambios para poder realizar el reporte y presentación a psiquiatría.	Renato manifiesta una pérdida de peso total de 14 kg, los cambios físicos se mantienen, "he perdido ya poco peso, pero me dicen que estoy bien en bariatría, en navidad salimos a una reunión, pero yo comí lo que lleve de mi casa, un poco de arroz y algunas verduras que si puedo comer, no comí carnitas porque esas no las debo comer" (sic. pac.). "Seguiré con mi tratamiento para que puedan trasplantarme" (sic. pac.).

18. Resultados

El presente caso sigue en curso, se planea mantener bajo tratamiento y seguimiento hasta el posible trasplante y posterior a él de ser posible; por ello se muestra a continuación los resultados obtenidos de los objetivos establecidos hasta el momento:

Tabla 1. Objetivos de tratamiento alcanzados.

Objetivo	Cumplió
Identificará qué los beneficios de seguir adecuadamente su tratamiento.	X
Empleará estrategias de control de estímulos para aumentar su ingesta de medicamentos.	X
Disminuirá la ingesta de alimentos restringidos y con ello su peso.	X
Mantendrá los cambios por un periodo mínimo de 6 meses.	En proceso

En seguida, se muestran los cambios en el peso del paciente, tanto reportados por él, como los obtenidos al pesarse en el servicio.

Tabla 2. Pérdida de peso de Renato a través de las sesiones.

Sesión	Mes	Pérdida de peso	Peso
Primera cita a bariatría	Abril 2018	0	104 kg (inicial)
1	Agosto 2018	8 kg	96 kg
2	Septiembre 2018	9 kg	95 kg
3	Octubre 2018	10 kg	94 kg
4	Noviembre 2018	10 kg	94 kg
5	Diciembre 2018	12 kg	92 kg
6	Enero 2019	14 kg	90 kg

19. Conclusiones y comentarios finales

El caso presentado aún se encuentra en curso, si bien se mejoró la condición física del paciente, la tendencia a mentir y la deseabilidad social mostrada por el paciente a lo largo de la evaluación e intervención pueden poner entre dicho los cambios y apego mostrado en sus tratamientos. Sin embargo, debe considerarse que los cambios físicos (pérdida de peso, mejora del estado de conciencia, disminución de edematización de miembros inferiores y rostro, mejora en la marcha, habla, higiene y aliño) dan cuenta de un cambio perceptible que se ha mantenido durante cuatro meses al momento de la elaboración del caso.

Cabe mencionar que el uso de la mentira y de negar las conductas de incumplimiento, imposibilitaron realizar una evaluación más a fondo sobre el proceso o cadena conductual que llevaba al incumplimiento, detectándose solo una pequeña fracción de dicha conducta que fue en la que se buscó incidir tanto a través del entrenamiento en autocontrol y de la confrontación con la información obtenida, la referida a través de terceros, sus laboratorios de primera vez y los más recientes que trajo. A decir del paciente, dicha confrontación parece ser la que le motivo

a realizar los cambios necesarios para adaptarse a las exigencias del protocolo de trasplante y mejorar su condición física, siendo el entrenamiento en autocontrol solo un medio para darle estructura a los cambios planteados.

Si bien la evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal es muy útil para la detección de sintomatología de ansiedad, depresión o déficit de información, se queda corta al valorar rasgos de personalidad y la veracidad en cuanto al cumplimiento del tratamiento, por lo que las impresiones clínicas, los datos físicos como lo son aspecto físico y laboratorios, y el apoyo en los residentes médicos para corroborar información, se vuelven fundamentales en el tratamiento de pacientes con incumplimiento terapéutico.

La literatura sobre trasplante renal, así como los protocolos de trasplante de otras instituciones y hospitales, sugieren que, al tratar incumplimiento terapéutico, debe tenerse evidencia de los cambios en el paciente por un período de tiempo de alrededor de 6 meses, lo cual garantice un cambio verdadero, y con ello se favorezca la continuidad y cumplimiento del tratamiento posterior al trasplante (toma de medicamento inmunosupresor, higiene y aislamiento protector).

Las áreas de trabajo pendientes con el paciente son:

- Plan de recaídas.
- Preparación para el aislamiento protector.
- Estrategias de afrontamiento para posibles complicaciones del trasplante.

En cuanto a las áreas de oportunidad del presente caso se consideran las siguientes:

- Minimizar el lapso entre citas al inicio de la evaluación y de la intervención.
- Indagar más a fondo antecedentes y consecuentes ante el incumplimiento, así como el estado emocional del paciente y la relación de este con el incumplimiento.
- Usar otros instrumentos para valorar posibles rasgos de personalidad que dificulten el tratamiento y que no se contemplan en la evaluación psicológica del protocolo de trasplante renal del HJM.

20. Referencias

Carrasco, M.J. (2008). Técnicas de Autocontrol. En F. Labrador. *Manual de Modificación de Conducta* (pp. 379-400). España: Ediciones Pirámide.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (2015). *Protocolo de Trasplante Renal*. Disponible en: <http://www.innsz.mx/imagenes/ProtocoloTR-INNSZ-2015-ver-10.pdf>

Murphy, K. (2002). Aspectos Psiquiátricos del Trasplante Renal. En G. Danovitch. *Manual de Trasplante Renal* (pp. 365-379). España: Marbán Libros.