

Evaluación de resultados de una intervención psicológica para trasplante renal

Silvia Degante-Huerta,* Raúl José Alcázar-Olán,** Víctor Hugo Portilla-Flores***

RESUMEN

Objetivo. Evaluar los resultados de una intervención psicológica previa al trasplante renal. **Material y métodos.** La intervención psicológica fue individual en 24 pacientes (mediana de edad = 23), duración de 12 a 32 sesiones semanales (moda = 18) e incluyó educación para la salud, terapia cognitivo-conductual de depresión y ansiedad, fortalecimiento de autonomía, adherencia al tratamiento médico y logoterapia para dar sentido a la enfermedad y al trasplante. **Resultados.** Se observó mejoría significativa antes del trasplante en depresión, ansiedad, autonomía y adherencia. Después del trasplante se mantuvo la mejoría, aun en los pacientes que tuvieron rechazo del órgano. Los pacientes sin rechazo mejoraron en depresión y ansiedad en mayor medida que los pacientes con rechazo.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, intervención, trasplante renal.

ABSTRACT

Objective. To evaluate the outcomes of a psychological intervention before kidney transplantation. **Material and methods.** Psychological intervention was individual with 24 patients (median age = 23) and lasted from 12 to 32 weekly sessions (mode = 18), and included health education, cognitive behavioral therapy for depression and anxiety, increasing of autonomy, adherence to medical treatment and logotherapy to make sense of the disease and transplantation. **Results.** As a result significant improvement was observed before transplantation in depression, anxiety, autonomy and adherence. After transplantation the improvement was maintained, even in patients who had organ rejection. Patients without rejection improved in depression and anxiety to a greater extent than patients with rejection.

Key words: Anxiety, depression, intervention, kidney transplant.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en los aspectos emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que provoca daño lento, progresivo e irreversible de la función renal durante meses o años.¹ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)² la IRC es una epidemia, pues entre 10 y 20% de la población la sufre en cualquier edad. Es decir, la IRC es una de las enfermedades crónicas con más incidencia en la actualidad.³ La IRC puede surgir desde niveles incipientes hasta la necesidad de diálisis, hemodiálisis o trasplante renal, que son tratamientos costosos e implican cambios en el estilo de vida.

La persona con IRC está sometida a cambios que dificultan el estilo de vida cotidiano previo. Por ejemplo, hay cambios físicos relacionados directamente con la enfermedad (e.g., cambio en el color de la piel, edema), deterioro de la imagen corporal, efectos secundarios de los tratamientos (e.g., mareo y náusea), angustia asociada a la incertidumbre, tiempos de espera para estudios médicos (laboratorio, imagenología, consultas), adquisición del rol de enfermo, pérdida de capacidades funcionales o del trabajo, y el enfrentamiento con la muerte.⁴ El paciente está obligado a cambiar su estilo de vida pues sufre grandes cambios fisiológicos, orgánicos y emocionales, se encuentra con periodos estresantes, agotadores y emocionalmente devastadores.⁵

Hasta ahora la mejor alternativa para el tratamiento de la IRC es de tipo quirúrgico (trasplante renal). Aunque el trasplante es el mejor remedio médicamente, las probabilidades de éxito de un trasplante aumentan cuando se abordan también aspectos psicológicos; uno de ellos es la conducta del paciente al tomar sus medicamentos en las dosis

* Psicóloga Adscrita al Hospital General Regional Lic. Emilio Sánchez Piedras, Tlaxcala. Aspirante a Título de Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Iberoamericana, Puebla.

** Doctor en Psicología. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Iberoamericana, Puebla. Miembro de SIN Nivel C.

*** Jefe estatal de los Programas de Trasplante, Secretaría de Salud de Tlaxcala.



y horarios prescritos, que serían determinantes para conservar el nuevo órgano. El aspecto psicológico es tan relevante que de acuerdo con la Ley General de Salud de México,⁶ uno de los criterios para hacer un trasplante es evaluar a los candidatos también en el área psicológica para decidir si el paciente es apto o no para el trasplante.

Los pacientes con IRC presentan frecuentemente síntomas de depresión y ansiedad que deben atenderse antes de realizar el trasplante. Otro problema es la disminución o pérdida de la autonomía. Debido a la adquisición del rol de enfermo, los pacientes con IRC pueden volverse muy dependientes de familiares u otras personas cercanas para hacer actividades cotidianas. El trasplante tiene mejor pronóstico cuando se fortalece la autonomía, pues contribuye a ser responsable del autocuidado, especialmente cuando las personas cercanas no están disponibles. Entre otros factores, el éxito del trasplante requiere de las conductas de adherencia al tratamiento, es decir, en la medida en que las personas comprendan la naturaleza de su enfermedad y sigan correctamente las instrucciones del personal de salud para el autocuidado, entonces aumentará la probabilidad de que el trasplante sea exitoso, lo cual se reflejará en conservar el nuevo órgano el máximo tiempo posible.

Aunque existen tratamientos eficaces para la depresión y la ansiedad,^{7,8} los autores de esta investigación no encontraron intervenciones que demostraran ser eficaces en pacientes con IRC que serán sometidos a un trasplante renal.

Ante la importancia de documentar tratamientos empíricamente validados en pacientes con IRC, el objetivo del presente trabajo fue evaluar los resultados de una intervención psicológica previa al trasplante renal. La intervención se evaluó en términos de disminución de depresión y ansiedad, así como aumento de la autonomía y la adherencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

La intervención psicológica se llevó a cabo con 24 pacientes; la edad promedio fue de 25.92 (DE = 11.80), moda de 15 años ($n = 3$) en un rango de 15 a 62 (mediana = 23). Catorce hombres y 12 mujeres. Los participantes recibieron uno de tres tipos de trasplante:

- De donador vivo relacionado (14 casos), es decir, el donador fue un familiar de lazo sanguíneo.
- Donador vivo no-relacionado (cinco casos), esto es, el donador no tuvo lazo sanguíneo sino afectivo.
- Donación cadavérica (cinco casos).

Instrumentos

- **Inventario de depresión de Beck (BDI).** El BDI es un instrumento de autoaplicación de 21 reactivos. Se diseñó para evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En cada uno de los reactivos la persona tiene que elegir entre cuatro alternativas, ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describa su estado durante las últimas dos semanas, incluyendo el día en que completa el instrumento. Los reactivos evalúan los síntomas depresivos a través de cuatro opciones de respuesta que identifican la gravedad o intensidad del síntoma; el puntaje total varía de 0 a 63. La validez y la consistencia interna de la escala en población mexicana son adecuadas (alfa de 0.87).⁹
- **Inventario de ansiedad de Beck (BAI).** El BAI tiene 21 reactivos que miden la severidad de los síntomas de ansiedad. La traducción, normatividad y estudio de las propiedades psicométricas de la versión mexicana del BAI la realizaron Robles, Varela, Jurado y Páez.¹⁰ Los datos de validez y confiabilidad de la versión en español para población mexicana se caracterizan por una alta congruencia interna (alfas de 0.84 y 0.83 en estudiantes y adultos, respectivamente), alta confiabilidad test-retest ($r = 0.75$), validez convergente adecuada, estructura factorial de cuatro factores principales, congruente con la que se documenta en la versión original y validez predictiva.¹⁰ El BAI se centra en los aspectos físicos y psicológicos relacionados con la ansiedad. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV-R. Cada reactivo se puntúa de 0 a 3, donde mayor puntaje indica mayor ansiedad. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.
- **Cuestionario de adherencia.** El cuestionario se elaboró para el Servicio de Trasplante Renal del Hospital Juárez de México¹¹ y mide la adopción de habilidades que conducen a una buena adherencia en pacientes con IRC. El cuestionario tiene 16 reactivos (por ejemplo, "Yo sé qué alimentos debo y no debo comer"; "Es fácil para mí seguir indicaciones del tratamiento"; "Me siento motivado para seguir mi tratamiento") con cuatro opciones de respuesta: 0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = casi siempre, y 3 = siempre, donde mayor puntaje indica mayor adherencia. Como no se tienen antecedentes de la confiabilidad del instrumento se calculó la consistencia interna alfa de Cronbach en una muestra de 50 pacientes que esperaban un trasplante renal en el Hospital General Regional Lic. Emilio Sánchez Piedras, de la Secretaría de Salud, lugar donde se realizó la

presente investigación. La confiabilidad alfa de Cronbach fue aceptable (0.88).

- **Medición de la autonomía.** En la presente investigación se evaluó la autonomía por medio de las siguientes preguntas: “¿Para ti qué es la autonomía?”, “¿Cómo se sabe si una persona es autónoma?” Después de que el paciente dio un significado correcto (e.g., que la autonomía se refiere a la capacidad que tiene la persona de valerse por sí misma para realizar sus propias actividades), se le preguntaba: “Dime del 0 al 10 ¿Qué tan autónomo te consideras? (cero es nada, y 10 es totalmente autónomo)”. Después de que el paciente daba un número se le preguntaba “¿Por qué ese número?” El número que informó el paciente se usó como indicador del grado de autonomía.

PROCEDIMIENTO

Momentos de la evaluación: pre, post y seguimientos

La intervención psicológica se hizo de forma individual con los pacientes candidatos a trasplante renal que asistieron entre junio 2007 y agosto 2011; la intervención individual es apropiada porque la prioridad era dar atención inmediata para favorecer la prontitud del trasplante. Para evaluar los efectos de la intervención psicológica las mediciones se hicieron en cuatro momentos:

- **Preevaluación.** Realizada cuando el paciente ingresó al Servicio de Trasplante Renal. Después de la preevaluación se implementó con todos los pacientes la intervención psicológica, la cual se describe más adelante.
- **Postevaluación.** Realizada de una a dos semanas antes de la cirugía de trasplante.
- **Seguimiento 1.** Se realizó antes de que el paciente fuera dado de alta del hospital, entre una y dos semanas después del trasplante.
- **Seguimiento 2.** Se realizó en el largo plazo para evaluar los efectos de la intervención psicológica. Como cada paciente se trasplantó en fechas diferentes (entre el 16 de octubre 2007 y el 19 de agosto 2011), y como el seguimiento 2 se hizo la misma fecha con todos los pacientes (febrero 2012), entonces los meses transcurridos para el segundo seguimiento de cada paciente varían desde seis hasta 52 meses.

Componentes de la intervención psicológica

La intervención psicológica de preparación para el trasplante tuvo los objetivos de disminuir los niveles de ansiedad

y depresión, y aumentar la autonomía y adherencia al tratamiento. La intervención psicológica se integró con los siguientes componentes:

- Educación para la salud, por medio de informar a los pacientes acerca de la enfermedad, el trasplante y alternativas ocupacionales durante la estancia hospitalaria. Esto se hizo para que los pacientes aprendieran de sí mismos y aceptaran su enfermedad.
- Terapia cognitivo conductual^{12,13} para los síntomas de depresión. Por ejemplo, con técnicas de solución de problemas y descatastrofizar ideas negativas. Este tipo de terapia también se usó con los síntomas de ansiedad por medio de la identificación de ideas irracionales, empleo de autoinstrucciones positivas y relajación.
- Autoinforme diario de alimentación y toma de medicamentos para aumentar la adherencia. En cada sesión se le preguntó al paciente para qué servía cada medicina, qué dosis tomaba y en qué horario las tomaba. En cuanto a la alimentación, si los pacientes ingerían alimentos que no correspondían con la dieta se les hacía saber y se buscaron otras opciones de alimentos.
- Fomentar la autonomía, es decir, la responsabilidad por sí mismo cuando se identificó que el paciente dependía excesivamente de sus redes de apoyo. Para este componente se citaba a los familiares junto con el paciente y se habló con ellos para examinar el grado en que el paciente estaba o no imposibilitado, y se reasignaron roles para aumentar los autocuidados por parte del paciente.
- Capacitación de los familiares para los cuidados temporales que se necesitan cuando el paciente regresa a casa después del trasplante.
- Logoterapia¹⁴ ante la falta de sentido para el trasplante y la enfermedad. A todos los pacientes se les preguntó para qué querían el trasplante; algunos informaron que no tenían la voluntad de trasplantarse o que el trasplante era una recomendación de otros, no una decisión propia. En consecuencia se usó logoterapia en todos los casos por medio de profundizar en los “para qué” o qué les motivaba a recibir el trasplante. También se usó logoterapia para dar un sentido a la enfermedad por medio de respuestas a preguntas como “¿por qué me sucedió esto a mí?, ¿qué significa esta enfermedad en mi vida?” o “¿qué haces con esta enfermedad que ahora es parte de tu vida?”
- Se habló del riesgo de rechazo del órgano y cómo enfrentarlo (solución de problemas).



Duración de la intervención psicológica

Hasta el momento anterior al trasplante, la duración mínima de la intervención psicológica fue de 12 y la máxima de 32 sesiones (media = 21.8, DE = 6.17, mediana = 19.5, moda = 18 [$n = 7$]) de una hora, programadas semanalmente. La mayoría de los pacientes ($n = 7$) recibió 18 sesiones. El número de sesiones para cada paciente dependió de sus informes verbales de mejora. Es decir, cuando los pacientes informaban sentirse mejor en ansiedad, depresión, autonomía y adherencia se les evaluaba nuevamente con los instrumentos para comprobar la mejoría. La forma de monitorear la adherencia de los pacientes para observar su mejoría fue presentarse en la consulta médica y observar el llenado que hacen los pacientes de una bitácora sobre qué comieron últimamente, los nombres de sus medicamentos y para qué sirven. Cuando los niveles de depresión y ansiedad disminuyeron en los pacientes y aumentó su autonomía y adherencia se informaba al equipo médico que eran aptos para el trasplante.

Diseño de la investigación

Primero se usó un diseño preexperimental donde se comparó a un solo grupo (los 24 pacientes que recibieron la intervención psicológica) con respecto a sus puntajes pre y postevaluación. Este diseño fue apropiado para observar los efectos de la intervención psicológica antes del trasplante. Sin embargo, como se verá más adelante, un grupo de pacientes tuvo rechazo del trasplante y otro no. Para evaluar los efectos de la intervención psicológica en ambos grupos después del trasplante se usó un diseño cuasiexperimental, donde un grupo fue el que tuvo rechazo del órgano y el otro no.

Análisis de resultados

Como los grupos fueron pequeños (la muestra total de 24 participantes con los cuales se formaron dos grupos, uno sin rechazo [$n = 20$] y otro con rechazo [$n = 4$]) se usó estadística no paramétrica, la cual es adecuada porque analiza los datos con la mediana que en muestras pequeñas es menos sensible a los valores extremos.

La comparación intragrupo pre-post se hizo con la prueba de Wilcoxon, mientras que las comparaciones intragrupo de la preevaluación y los seguimientos 1 y 2 se hicieron con la prueba de Friedman. Las comparaciones entre grupos se hicieron con la prueba U de Mann Whitney.

RESULTADOS

Comparación intragrupo antes del trasplante

Primero se evaluó el efecto de la intervención psicológica antes del trasplante renal. Al comparar con la prueba de Wilcoxon, puntajes de los 24 pacientes en los momentos pre (recién ingreso al hospital) y post (una o dos semanas antes del trasplante), se observó que la intensidad de los síntomas de depresión disminuyó significativamente (medianas pre y post = 38 y 7; $Z = -4.45$, $p < 0.001$), lo mismo que la ansiedad (Medianas pre y post = 36.5 y 9.5; $Z = -4.46$, $p < 0.001$). Por su parte la adherencia aumentó (medianas pre y post = 6 y 9.5; $Z = -4.49$, $p < 0.001$), de igual forma que la autonomía (medianas pre y post = 4 y 9; $Z = -4.47$, $p < 0.001$). Estos resultados indican que los pacientes se beneficiaron significativamente de la intervención psicológica de acuerdo con la comparación pre y post.

Los altos niveles de depresión y ansiedad que tuvieron los pacientes en la preevaluación se catalogan como severos de acuerdo con las normas del BDI y BAI.^{9,10} Después de la intervención psicológica (postevaluación) la intensidad de los síntomas disminuyó a nivel mínimo en depresión y a nivel moderado en la ansiedad de acuerdo con las mismas normas.

Después del trasplante 20 pacientes mantuvieron el nuevo órgano; cuatro presentaron rechazo (a los dos o tres días del trasplante), por lo cual se les sometió nuevamente a cirugía para retirar el órgano.

A partir de este momento los análisis estadísticos se realizaron en función de dos grupos: con y sin rechazo. La lógica es la siguiente: si los pacientes con rechazo (suceso negativo) regresaban a sus niveles iniciales de depresión, ansiedad, autonomía y adherencia, significaba que el efecto de la intervención psicológica no llegó más allá de la fecha de la cirugía de trasplante. Por el contrario, si la mejora en depresión, ansiedad, autonomía y adherencia se mantenía significaba posibles beneficios duraderos de la intervención psicológica, los cuales se prolongan más allá de la fecha del trasplante.

Cabe señalar que después del trasplante, una vez que los pacientes fueron dados de alta, en algunos casos se continuó la intervención psicológica, especialmente cuando el paciente lo solicitaba o el médico refería por problemas de adherencia o depresión. Sin embargo, los pacientes asistieron aproximadamente el mismo número de veces, ya fuera con rechazo (mediana = 3.5 sesiones) o sin él (mediana = 4.5 sesiones); la diferencia en el número de sesiones posteriores al trasplante no es estadísticamente significativa (U de Mann = 35.5, $Z = -0.61$, $p = 0.54$).

Se hicieron dos tipos de comparaciones. Primero, las intragrupo para examinar diferencias entre las evaluaciones iniciales (pre) y las evaluaciones posteriores al trasplante (seguimientos 1 y 2). Esto indicaría si los pacientes regresaron nuevamente a sus niveles iniciales de depresión, ansiedad, autonomía y adherencia. Segundo, se hicieron comparaciones entre grupos para analizar posibles diferencias entre los que tuvieron rechazo y los que no.

Comparaciones intragrupos después del trasplante

En el grupo con rechazo la prueba de Friedman fue significativa en las evaluaciones de depresión ($\chi^2 = 8.00$, $Gl = 2$, $p < 0.01$), ansiedad ($\chi^2 = 7.42$, $Gl = 2$, $p < 0.05$), adherencia ($\chi^2 = 6.53$, $Gl = 2$, $p < 0.05$) y autonomía ($\chi^2 = 7.60$, $Gl = 2$, $p < 0.05$). Esto indica mejora entre el momento de ingreso de los pacientes al hospital (pre) y los seguimientos posteriores al trasplante (Cuadro 1). En otras palabras, a pesar del rechazo los pacientes no presentaron otra vez los altos niveles de depresión y ansiedad que tuvieron antes de la intervención psicológica (seguimientos

1 y 2). De hecho, de acuerdo con las normas del BAI y BDI mencionadas anteriormente, en el seguimiento 2 los pacientes estaban en niveles catalogados como depresión mínima y ansiedad mínima.

En el grupo sin rechazo la prueba de Friedman también fue significativa en las evaluaciones de depresión ($\chi^2 = 33.40$, $Gl = 2$, $p < 0.001$), ansiedad ($\chi^2 = 35.09$, $Gl = 2$, $p < 0.001$), adherencia ($\chi^2 = 39.37$, $Gl = 2$, $p < 0.001$) y autonomía ($\chi^2 = 37.17$, $Gl = 2$, $p < 0.001$). Estos resultados muestran que los pacientes sin rechazo tampoco regresaron a los altos niveles de depresión y ansiedad que tuvieron antes de la intervención psicológica. En el seguimiento 2, niveles de depresión y ansiedad en la categoría mínima.

Comparaciones entre grupos después del trasplante

En cuanto a las comparaciones entre grupos después del trasplante (Cuadro 1), a diferencia del grupo sin rechazo, el grupo con rechazo presentó mayores niveles de depresión y ansiedad, y menor autonomía, tanto en el

Cuadro 1. Intervención psicológica en dos grupos de pacientes: con y sin rechazo.

Variables	Resultado del trasplante		U de Mann	Puntaje z
	Sin rechazo (Mediana)	Con rechazo (Mediana)		
Depresión				
Preevaluación	38.0	43.0	33.5	- 0.74
Postevaluación	6.5	8.0	23.5	- 1.48
Seguimiento 1	3.0	14.0	0.0***	- 3.28
Seguimiento 2	3.0	8.5	0.0***	- 3.22
Ansiedad				
Preevaluación	33.5	38.0	42.0	- 0.14
Postevaluación	9.5	9.5	42.0	- 0.14
Seguimiento 1	4.0	7.0	3.0**	- 2.99
Seguimiento 2	3.0	5.0	12.5*	- 2.24
Adherencia				
Preevaluación	6.0	7.0	38.5	- 0.39
Postevaluación	9.5	9.5	43.0	- 0.08
Seguimiento 1	10.0	9.0	29.0	- 1.27
Seguimiento 2	10.0	9.0	17.5	- 2.11
Autonomía				
Preevaluación	4.0	3.5	36.5	- 0.54
Postevaluación	9.0	8.0	17.5	- 2.01
Seguimiento 1	9.5	6.0	0.0***	- 3.40
Seguimiento 2	10.0	8.5	12.0*	- 3.05

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$.



seguimiento 1 como en el 2. Esto indica que el rechazo del órgano perjudica a los pacientes en dichas variables. Sin embargo, aún con el rechazo, los niveles de depresión y ansiedad no volvieron a los niveles iniciales catalogados como graves, sino que estuvieron en nivel mínimo según lo muestra el seguimiento 2. Esto sugiere que la intervención psicológica es útil para los pacientes, aun si se presenta rechazo.

Con respecto a la adherencia los puntajes de ambos grupos no tuvieron diferencias estadísticamente significativas ni antes (pre y postevaluación) ni después del trasplante (seguimientos 1 y 2). Esto indica que ambos grupos mantuvieron niveles similares de adherencia, independientemente del rechazo o no. Este resultado sugiere que los pacientes se beneficiaron de la intervención psicológica para su adherencia antes y después del trasplante, aunque se presentara rechazo.

En síntesis, la intervención psicológica antes del trasplante ayudó a los pacientes a mejorar significativamente en depresión, ansiedad, adherencia y autonomía. Después del trasplante la mejoría se mantuvo tanto en los pacientes con rechazo como en aquéllos sin rechazo. Sin embargo, comparados con los pacientes con rechazo, aquéllos sin rechazo mejoraron aún más en depresión, ansiedad y autonomía.

DISCUSIÓN

Con este trabajo se evaluaron los efectos de una intervención psicológica previa al trasplante renal. Como resultado de la intervención se produjo mejora significativa antes del trasplante en depresión, ansiedad, autonomía y adherencia. La mejora se observó en que los niveles de depresión y ansiedad estaban inicialmente en la categoría de graves según las normas del BDI y BAI, pero después de la intervención psicológica disminuyeron a la categoría de depresión mínima y ansiedad leve.^{9,10} Después de realizado el trasplante la mejoría se mantuvo, aún en los casos en que se presentó rechazo del órgano. Esto sugiere que la intervención psicológica tuvo efectos duraderos, más allá de la fecha del trasplante, lo cual se mostró en que los pacientes con y sin rechazo ya no volvieron a los niveles iniciales de depresión y ansiedad graves. Esto es, en el segundo seguimiento todos los pacientes estuvieron en niveles mínimos de depresión y ansiedad.

Los resultados de la intervención son relevantes en el marco del tratamiento psicológico de las personas con enfermedades crónicas. Particularmente, la contribución del presente trabajo radica en mostrar algunos componentes psicológicos de intervención que beneficiaron a pacientes candidatos a trasplante renal. La depresión, ansiedad, autonomía y adherencia fueron abordadas con varios

componentes como educación para la salud, terapia cognitivo-conductual,^{12,13} monitoreo de la adherencia, fortalecimiento de la autonomía, capacitación de los familiares y logoterapia.

Aunque los pacientes mejoraron en depresión, ansiedad, autonomía y adherencia, una limitación del presente estudio fue que no se supo cuál componente de intervención fue el responsable de la mejora en las variables dependientes. En futuras investigaciones podrían incluirse unos componentes y otros no para saber cuáles intervenciones producirían mayor mejora en los pacientes en un menor periodo.

La medición de la autonomía se hizo con la pregunta "¿Qué tan autónomo te consideras?" Esto representa una fuerte limitación porque la pregunta es global, no específica y, por ende, es poco sensible para medir. En consecuencia, el presente resultado debe tomarse con cuidado, quizá de forma sugerente acerca de la posible importancia de evaluar la autonomía en las intervenciones con pacientes de trasplante. Aunque se observó que los pacientes informaron aumento en la autonomía, futuras investigaciones deberían incluir instrumentos con datos de confiabilidad y validez para evaluar de mejor forma este constructo.

Con la intervención psicológica todos los pacientes mejoraron hasta el momento previo al trasplante. Esto es, la intervención psicológica fue efectiva para mejorar en depresión, ansiedad, autonomía y adherencia. Sin embargo, después del momento del trasplante, donde un grupo tuvo rechazo del órgano a los dos o tres días, y el otro grupo no, el grupo sin rechazo mejoró todavía más en depresión, ansiedad y autonomía. Esto sugiere un efecto de interacción entre la intervención psicológica y el trasplante, lo cual provoca el aumento en la mejora de los pacientes.

De cualquier forma, el grupo con rechazo se benefició de manera importante con la intervención psicológica. Esto se demostró en el hecho de que los pacientes, a pesar del rechazo, disminuyeron sus niveles de depresión y ansiedad. Dicha mejora se observó tanto en el corto plazo, en el primer seguimiento a la semana 1 o 2 del trasplante, como en el largo plazo según lo muestra el segundo seguimiento a los meses y años después del trasplante. Como uno de los componentes de la intervención fue preparar a los pacientes en el caso de rechazar el órgano, quizá su preparación les ayudó a manejar de forma constructiva el rechazo. Futuras investigaciones podrían enfocarse en cuáles componentes de la intervención son los más adecuados para que los pacientes enfrenten positivamente el rechazo del nuevo órgano si es que sucede.

En síntesis, los resultados de esta investigación sugieren que la intervención psicológica empleada fue útil para los pacientes antes y después del trasplante. Se beneficiaron

los pacientes con rechazo y los que no lo tuvieron. Sin embargo, los resultados no pueden generalizarse. Nuevos estudios deberían replicar los resultados con otras muestras de pacientes.

REFERENCIAS

1. Pérez J, Llamas F, Legido A. Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. Archivos de Medicina 2005; 1: 1-10.
2. Organización Mundial de la Salud. Aprobado en la Conferencia Internacional de Salud. Ginebra; 2005.
3. Perilla S, Fernández C (2007). Tratamiento de Enfermedad Renal Crónica es de alto costo. Extraído el 20 de enero, 2007. Disponible en: [//www.eltiempo.com/salud](http://www.eltiempo.com/salud). Rodríguez J, Pastor S, López-Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema 1993; 5: 349-72.
4. Rincón-Hoyos, et al. Atención psicosocial integral en enfermedad catastrófica. Revista Colombiana de Psiquiatría 2006; 23: 44-71 [Versión electrónica].
5. Gamarra M, González S. Depresión y apoyo familiar en pacientes crónicos-terminales del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de la ciudad de Trujillo. 2006. [Versión electrónica]. Tesis de Psicología para optar al título de Licenciado en Psicología. Escuela de Psicología. Universidad Cesar Vallejo, Trujillo. Recuperado el 14 de agosto 2007: www.ucv.edu.pe/portal/escuelas/psicologia/TESIS_PS/tesis.htm
6. Ley General de Salud. Título Decimocuarto: Donación Trasplante y Pérdida de la vida. Capítulo III. Trasplantes. México: Porrúa; 1996.
7. Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias. New York: Basic books; 1985.
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión. España: Desclée De Brouwer. 1979
9. Jurado S, Villegas M, Méndez L, et al. La Estandarización del Inventario de Beck para los residentes de la Ciudad de México. Salud mental 1998; 21(3): 26-3. Extraído el 13 de mayo de 2009: <http://www.imbiomed.com.mx>
10. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory) "Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck": Propiedades Psicométricas. Revista Mexicana de Psicología 2001; 1-7. Extraído el 13 de mayo de 2009: <http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/congreso/>
11. Castillo Olivares ME, Rojano García L, Alcázar RJ, Campos Gutiérrez O, Acosta Quiroz CO. Entrevista psicológica estructurada y consentimiento informado calificado: Receptores y donadores de trasplante renal. 2001 [Manuscrito no publicado].
12. Burns D. Manual de ejercicios de sentirse bien. México: Paidós; 2000.
13. Caballo V. Técnicas cognitivo conductuales. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. México: Siglo XXI; 1997.
14. Frankl V. Ante el vacío existencial. Barcelona: Herder; 1979.

Solicitud de sobretiros:

Psicóloga Silvia Degante-Huerta
Universidad Iberoamericana Puebla
Blvrd. del Niño Poblano, Núm. 2910
Unidad Territorial Atlixcatoytl
C.P. 72430
Tel.: (045 241) 407-3138, 417-5258
Correo electrónico:
degantesil7@yahoo.com.mx