



Artículo de revisión

Evaluación psicológica y social del paciente receptor de trasplante renal. Abordaje psicosocial del postrasplante renal

José Antonio García-Flores,* Eduardo López-Chávez,† Marcos Ojeda-Cervantes§

* Psicólogo adscrito a la División de Nefrología del Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos», Instituto de Salud del Estado de México. Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.

† Jefe de la División Médica Clínica del Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos», Instituto de Salud del Estado de México.

§ Jefe de División de Nefrología del Centro Médico «Lic. Adolfo López Mateos», Instituto de Salud del Estado de México.

RESUMEN

El trasplante de órganos sólidos es hoy en día una alternativa factible para pacientes con enfermedades crónico degenerativas como la enfermedad renal crónica en estadios avanzados. La psicología es una ciencia que ha tenido poca –o nula– participación en la atención de las psicopatologías y aspectos sociales que pudieran interferir en la supervivencia de los individuos o del injerto, además de repercutir en la calidad de vida de los receptores de trasplante. La identificación oportuna de psicopatologías pre- y postrasplante resulta de gran relevancia en el tratamiento de dichos sujetos a través de la intervención psicoterapéutica y, de esa manera, contribuye a su supervivencia. Este trabajo tiene como finalidad una revisión profunda de la arista psicosocial de los receptores de trasplante renal.

Palabras clave: Trasplante de órganos, enfermedad renal crónica, psicopatologías, calidad de vida, psicología.

ABSTRACT

Solid organ transplantation is now a feasible alternative for patients with chronic degenerative diseases such as chronic kidney disease in advanced stages. Psychology is a science that has had little or no participation in the care of the psychopathologies and social issues that may interfere with the survival of the patient or the graft, as well as affect the quality of life of transplant recipients. Timely identification of pre- and post-transplant psychopathologies is of great importance in treating such patients through psychotherapeutic intervention and, thus, contributing to their survival. This work provides a thorough review of the psychological aspects of renal transplant recipients.

Key words: Organ transplantation, chronic renal disease, psychopathology, quality of life, psychology.

INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo pasado, el trasplante de órganos sólidos ha cobrado importancia, y hoy en día se ha vuelto una nueva esperanza de vida para las personas que llegan a padecer enfermedades crónicas como la insuficiencia cardíaca, enfermedad hepática y enfermedad renal, entre otras. Tanto así, que el trasplante de órganos se ha vuelto un tema cotidiano para la mayoría de la población, ya

sea por los medios de comunicación masiva o a nivel científico.

Aun así, la sociedad mexicana actual no ha reaccionado de manera adecuada y bondadosa ante el tema, dado que la información sobre donantes de órganos ha sido limitada o se ha difundido sin un fundamento académico-científico, observándose poco interés al respecto y muy poca planificación, bastante alejada de los conocimientos científicos. Es importante mencionar que a pesar de ello, los trasplantes de órganos han

sido esperanzadores para la mayoría de las personas receptoras; sin embargo, no cabe duda de la existencia de retos importantes en el quehacer de la materia y la aportación que la psicología puede brindar.

Trasplante de órganos: valores y derechos humanos

El trasplante de órganos no sólo ha permitido salvar la vida de personas que estaban en fase terminal y mejorar la vida de otras; también ha posibilitado que se vuelva realidad una vieja fantasía. Existen elementos constitutivos de esta técnica terapéutica que la vuelven paradigmática para un análisis tanto filosófico como ético. Dentro de esta terapia, se encuentran elementos de un modelo cultural contemporáneo: a) el sustento tecnológico para la práctica médica, b) un modelo del médico técnico con permiso de meterse en el cuerpo y mutilarlo, c) el cuerpo como máquina, d) la posibilidad de la inmortalidad, e) la libertad como elección. El trasplante puede ser considerado un micromodelo sobre el cual se pueden señalar y debatir cuestiones que hacen una práctica médica donde el paciente tiene un papel protagónico y no es considerado mero objeto de experimentación y lucro.¹

De acuerdo con la bioética, en realidad se está en contra de un modelo de medicina donde el médico actúe sólo como científico o como técnico de medicina, donde las decisiones médicas estén dictadas por la tecnología, donde lo que se trate sean enfermedades u órganos que disfuncionan, y no enfermos; donde el cuerpo sea considerado como una mera máquina y la salud se reduzca a lograr un equilibrio homeostático.¹ Sin embargo, el trasplante no parece sostenerse si cuestionamos los valores sobre los que se apoya esta manera de practicar medicina.

Aspectos psicológicos de la donación de órganos y tejidos

Las enfermedades crónicas van más allá de la patología médica en sí misma debido a su impacto en esferas como la psicológica, la económica y la social. Quienes se enfrentan a una enfermedad crónica con frecuencia se encuentran atrapados entre una muerte segura y una vida que depende de tratamientos médicos para mantenerse biológicamente estables. Sin embargo, se sienten temerosos ante la muerte y ante una vida que no pueden llevar de manera normal, puesto que a pesar de una apariencia sana, se perciben enfermos. Estos pacientes deben

enfrentarse a un proceso psicológico fuerte derivado de la evidencia de que el tratamiento médico no curará la enfermedad de fondo, lo que conlleva a aceptar sus propias limitaciones funcionales y seguir adelante con su vida.²

Usualmente, el curso de la enfermedad crónica afecta en gran medida la calidad de vida tanto del paciente como de sus cuidadores. La adaptación a la enfermedad depende de múltiples factores: 1) género, 2) edad, 3) variables socioeconómicas, 4) nivel de escolaridad, 5) estado civil, 6) tiempo de diagnóstico, 7) tipo de tratamiento médico, 8) religión, 9) apoyo social, 10) personalidad, 11) estilos de afrontamiento, entre otros. De igual forma, el curso clínico de la enfermedad crónica depende de si ésta es vista más allá de la perspectiva biológica y se tienen en cuenta factores psicosociales y culturales, para lo que es necesario el apoyo de la psicología como ciencia que estudia el comportamiento humano.³

El trasplante de órganos y tejidos ha demostrado ser el mejor tratamiento médico para algunas enfermedades crónicas terminales, pues no solamente da una nueva oportunidad de vida a quienes las padecen, sino también mejora la calidad de la misma.³

En nuestro país, actualmente se encuentran en espera de órganos o tejidos 19 428, según cifras oficiales publicadas por el Centro Nacional de Trasplantes, siendo los órganos más demandados el riñón, con once mil 760 pacientes en espera, tan solo seguido por la córnea, con siete mil 185, más atrás queda el hígado con 413, 45 pacientes en espera de corazón, 11 de páncreas, 10 pacientes en espera de trasplante riñón-páncreas, 2 personas en espera de trasplante hígado-riñón, 1 en espera de trasplante de pulmón y 1 paciente en espera de corazón-pulmón.⁴

La psicología en el proceso del trasplante

La intervención de los psicólogos en el proceso del trasplante de órganos no debe limitarse exclusivamente a las acciones de evaluación pretrasplante, pues una vez que son detectados problemas de tipo conductual, cognoscitivo, actitudinal y/o relacional, éstos pueden ser interpretados como factores de riesgo para la evolución satisfactoria del trasplante. Por ello, se debe realizar una intervención con la persona enferma y su familia tanto en la valoración pretrasplante como en el periodo de espera del órgano, así como en la etapa posterior al trasplante.⁵

Según Remur, Aranz y Ulla,⁶ la intervención del psicólogo en el proceso del trasplante se puede dividir en cuatro momentos:

- a) Evaluación psicosocial para la inclusión en la lista de espera.
- b) Periodo de acompañamiento y seguimiento en el tiempo prequirúrgico.
- c) Postrasplante inmediato.
- d) Postrasplante tardío.

Respecto a la intervención con la familia del paciente, ésta se ha limitado al proceso de evaluación e intervención del mismo; sin embargo, es importante que se evalúen en el grupo familiar aspectos como el sistema de creencias, las actitudes y atribuciones que tienen hacia el enfermo, su patología, el proceso de hospitalización, el equipo médico y las conductas saludables. También es relevante estudiar los estilos de afrontamiento del grupo familiar, los roles que desempeñan en éste, los modelos de comunicación y, por último, detectar otros aspectos que pudieran ser de riesgo psicológico para el mantenimiento de la enfermedad o factores protectores, puesto que las redes de apoyo familiar o social juegan un papel fundamental en la recuperación de la funcionalidad, la autonomía, la autoeficacia y la autoestima del individuo.⁵

El objetivo de la valoración psicológica realizada en el periodo de evaluación a los sujetos que son candidatos a trasplante es identificar el grado de tolerancia al manejo de las condiciones posteriores al trasplante. En este sentido, se evalúa la adherencia a los medicamentos, al autocuidado, los controles médicos subsiguientes y la capacidad de afrontar y solucionar eventos que pudieran ocurrir en relación con el trasplante —por citar dos ejemplos, la presencia de rechazo del órgano o infecciones oportunistas—. Otro objetivo importante es la evaluación tanto de la existencia como de la capacidad y calidad del apoyo de las redes familiar y social, las cuales permiten que la probabilidad de éxito del trasplante sea mayor.⁶

El hecho de que la intervención psicológica se haga en diferentes momentos permite describir las acciones propias del psicólogo de la salud en cada fase. Algunas de estas acciones son de tipo general; entre éstas se destacan la evaluación, la psicoterapia para el manejo de respuestas emocionales (ansiedad, ira y depresión, entre otras) y el acompañamiento al paciente según el tipo de trasplante (corazón, hígado, riñón, etcétera).⁷

Sin embargo, en México, dentro del Protocolo de Trasplante Renal propuesto por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán»,⁸ la evaluación de la condición mental queda a cargo del psiquiatra, dejando de lado el papel del psicólogo y

haciendo énfasis en el uso de psicofármacos para tratar de mejorar la condición del paciente —aunque hay que reconocer que esto solamente se aplica a casos psiquiátricos de gravedad, en los que el paciente pudiera representar un potencial daño para sí mismo o mostrar poca adherencia al tratamiento—. Este mismo protocolo hace referencia a los tiempos de evaluación postrasplante, estableciendo seguimientos cada tres meses.

El trasplante de un órgano supone para el paciente que lo recibe y su familia un impacto emocional.⁹ Una vez que el paciente abandona la Unidad de Trasplante Renal y es dado de alta, se produce una habitual sensación de desamparo combinada con momentos de euforia y periodos de desánimo fruto de los fármacos inmunosupresores y de la nueva situación que vive el individuo.

Una de las fases más complicadas al egreso hospitalario es la vuelta a la «normalidad» y, con ello, la adaptación a la vida cotidiana. Fuera del hospital, el enfermo deja de estar bajo los cuidados del personal de salud y pasa a ser responsable absoluto de las recomendaciones dadas por el personal médico.⁹ Durante las primeras semanas después de la salida del hospital, debe llevar una vida ordenada y relajada. En esta fase surge una mezcla de alegría por la nueva situación y de intranquilidad ante lo que pudiera ocurrir. El alta representa el final de un largo padecimiento y el comienzo de una nueva vida. Al ser dado de alta del hospital, el sujeto pasa por un periodo de adaptación a la «nueva vida».

Prevalencia de psicopatologías postrasplante

En nuestro país los estudios de patologías postrasplante son realizados generalmente por médicos nefrólogos, urólogos y cirujanos en trasplante, enfocándose a complicaciones médicas o complicaciones técnicas derivadas del acto quirúrgico.¹⁰ Es notorio que desde el ámbito psicológico en nuestro país, no se ha indagado a profundidad acerca de las problemáticas que pudiesen llegar a presentar estos pacientes posterior al trasplante, a excepción de un estudio realizado en 2010 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», enfocado a los efectos de la enfermedad y trasplante renal en el perfil cognoscitivo,¹¹ a través de diferentes pruebas, como la NEUROPSI Atención y memoria, la cual evalúa orientación, atención selectiva, sostenida y control atencional; la escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) para medir ansiedad y depresión, la Escala de

Somnolencia de Epworth, y la escala isquémica de Hachinski, para el diagnóstico de la demencia multiinfarto. Toda la batería fue aplicada una semana anterior al trasplante y posteriormente a los seis meses del acto quirúrgico tomando una muestra de 41 pacientes sanos como grupo control y 42 pacientes candidatos a trasplante renal. En sus resultados encontraron puntuaciones en el HADS pretrasplante para depresión 3.3 ± 2.6 en el grupo control y de 3.7 ± 2.8 para los candidatos a trasplante; en la ansiedad en la misma escala obtuvieron puntuaciones 5.5 ± 2.8 en grupo control y 5.9 ± 3.8 en los candidatos. En la Escala de Somnolencia de Epworth 5.7 ± 3.9 para grupo control y 7.6 ± 7.4 para candidatos. En la NEUROPSI atención y memoria mostraron las puntuaciones antes y después del trasplante, obteniendo los siguientes resultados: en los pacientes trasplantados en el área de total atención y memoria se obtuvieron puntuaciones pretrasplante de 98.2 ± 19.2 , mientras que en el par de total atención y funciones ejecutivas 96.1 ± 18.3 . A los seis meses del trasplante y aplicar nuevamente la prueba se obtuvieron puntuaciones de 102.6 ± 18.9 en el área de total atención y memoria, así como 102.6 ± 14.8 en total atención y funciones ejecutivas. El grupo control, anterior al trasplante obtuvo puntuaciones de 102.6 ± 10.9 en el área de total atención y memoria y 101.0 ± 12.2 en total atención y funciones ejecutivas. Posterior al trasplante se obtuvieron puntuaciones de 108.4 ± 13.4 en el área de total atención y memoria y 104.1 ± 13.5 en total atención y funciones ejecutivas. Sus resultados sugieren entonces una mejora significativa en el funcionamiento cognitivo de los pacientes trasplantados. Consideraron que podría ser de gran utilidad la elaboración de programas de rehabilitación neuropsicológica y el control de factores de riesgo asociados con las alteraciones que se pudiesen presentar.

Es relevante mencionar que el estudio citado arriba no muestra resultados de las demás escalas utilizadas en el estudio posterior al trasplante, por lo que no hay algún punto de referencia para el diagnóstico y/o tratamiento de psicopatologías dentro del mismo, aunque hay estudios extranjeros donde se demuestra la existencia de psicopatologías relacionadas con el tratamiento. Se ha abordado el tema de las complicaciones que se pueden presentar en el trasplante de órganos sólidos, donde se encontraron un gran número de variables que pueden intervenir en las complicaciones postrasplante: demográficas, psicológicas, psiquiátricas, un deficiente apoyo social, poca adherencia al tratamiento pretrasplante, obesidad y abuso de sus-

tancias.¹² Sin embargo, el predictor o la variable que presentó mayor incidencia de complicaciones postrasplante fue la edad de los pacientes trasplantados, donde se identificaron tres grandes grupos que tendían a mostrar complicaciones: a) los niños, al no ser conscientes de los cuidados intrapersonales e interpersonales; b) los adolescentes, al atravesar el periodo de la pubertad y por baja autoestima, y c) la gente mayor, por problemas de demencia. Se encontró con mayor riesgo a los adolescentes, quienes al tener dificultades al momento de hacer frente a sus cuerpos, presentan menos estrategias de afrontamiento para aceptar el nuevo órgano; también los efectos de los medicamentos inmunosupresores, el crecimiento excesivo de pelo en el cuerpo, la ganancia de peso, temblor de extremidades, el estricto régimen de medicación, contribuyen a la dificultad para encontrar un trabajo o actividades propias de la edad. El estudio concluyó resaltando la importancia de elaborar guías o protocolos donde se atendieran las problemáticas psicosociales de los pacientes postrasplantados para detectar a los factores e individuos «de alto riesgo», quienes requerirán mucha más atención, cuidado y asesoramiento.

Estas conclusiones se asemejan a las obtenidas por Momeni, Najafi y Seidaie,¹³ quienes realizaron un estudio que reportaba la prevalencia de depresión a través de una comparación entre pacientes en hemodiálisis y de trasplante renal, en quienes se presentó una diferencia significativa (78.8% de personas en hemodiálisis versus 35% de sujetos con trasplante renal); en cambio, en lo relativo a la ansiedad, los resultados fueron similares (44.23 ± 6.12 para hemodiálisis y 40.17 ± 4.35 para individuos trasplantados). Los autores hicieron hincapié en el uso de la psicoterapia y el apoyo social para la mejora de la calidad de vida del enfermo tanto en hemodiálisis como trasplantado. El equipo de Jindal también indagó acerca de las variables que pudieran influir en la no adherencia al tratamiento: 1) edad, 2) género, 3) problemas emocionales (principalmente ansiedad y depresión). Encontraron una asociación entre la depresión y la no adherencia al tratamiento (RM 1.69, IC 95%); además, observaron que la depresión se presenta aproximadamente a los seis meses de recibido el trasplante. Reportaron también los grupos que presentan mayor asociación a la no adherencia al tratamiento, como son la gente joven, pacientes que llevan mucho tiempo con trasplante, incluyendo aquellos pacientes con otras comorbilidades como fueron la hipertensión y diabetes, así como el uso de tabaco. Se concluyó que la psicoterapia es de gran utilidad para el tratamiento de la depresión en pa-

cientes receptores de trasplante renal, enfatizando en la importancia de la identificación de los individuos con alto riesgo de no adherencia para la prevención de la pérdida del injerto y muerte prematura.¹⁴

Se elaboró un estudio longitudinal donde se usaron entrevistas clínicas y pruebas, en el que se evaluó a las parejas donador-receptor renal un mes antes y seis después del acto quirúrgico; en la evaluación psiquiátrica, se obtuvo una reducción significativa de los síntomas depresivos en los pacientes receptores (de 45.8% anterior al trasplante a 32% posterior en la escala de Hamilton), mientras que en los donadores la variación no fue significativa (de 37.5% anterior a 33.3% en la misma escala). Se concluyó en el estudio que los pacientes que reciben trasplante renal mostraron una notable mejoría en su calidad de vida y bajas significativas en los síntomas depresivos, mientras que la ansiedad se mantuvo en niveles similares, probablemente por el miedo al rechazo del injerto o los efectos secundarios de los medicamentos inmunosupresores. También resaltaron la importancia de la cuidadosa selección del donador, así como la asesoría psiquiátrica pretrasplante y su contribución a la mejora de ambos pacientes.¹⁵

Un estudio realizado en 58 pacientes con trasplante renal inmediato evaluó a los participantes mediante tres instrumentos: a) el test proyectivo de la figura humana de Machover, b) el inventario de depresión de Beck y c) la escala de ansiedad STAIS (*Spielberg Trait Anxiety Inventory*); su objetivo fue examinar la relación entre el estado emocional del paciente postrasplantado, su representación corporal y la función renal. Las mediciones se realizaron a los cinco y 10 días posteriores al trasplante. Se reportaron puntuaciones dentro del rango normal en la escala de depresión entre los 58 participantes del estudio (puntuación media de 24 mujeres, 3.7, y de 34 hombres, 4.2). Sin embargo, los niveles de ansiedad fueron más altos en la totalidad de la muestra: 40.23 y 37.08 de puntuación de la escala STAIS en 34 hombres y 24 mujeres, respectivamente. De forma interesante, los pacientes con altos niveles de ansiedad dibujaron más grandes los riñones trasplantados (≥ 2.45 cm), en comparación a los pacientes que no presentaron ansiedad (riñón dibujado < 2.45 cm). Los niveles de urea y creatinina séricos fueron significativamente mayores en esta población con ansiedad. Las conclusiones de estos autores sugieren que al egreso hospitalario existe un desapego a las indicaciones médicas al no contar con personal médico en su entorno, lo que afecta la recuperación del paciente y sus recursos para afrontar el egreso. Sugirieron que el estrés y

las emociones negativas se relacionan con disfunción renal posterior al trasplante, y proponen diseñar tratamientos que pudiesen ayudar a los pacientes a afrontar los retos que trae consigo el trasplante.¹⁶

Se ha indagado también la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en un grupo turco de 40 pacientes postrasplante,¹⁷ donde se tomaron criterios del Manual de Desórdenes Mentales IV (DSM-IV); en este estudio, la mitad del grupo presentó algún tipo de diagnóstico psiquiátrico, donde resaltaban el estado depresivo mayor (25% de los casos), distimia (2.5%), trastorno obsesivo-compulsivo y agorafobia. Enfatizaron la poca participación de la psicología y psiquiatría en la asesoría psicosocial en los momentos inmediatos al trasplante renal y su baja aparición en la literatura, así como la alta incidencia de morbilidades psiquiátricas.

Se han investigado, asimismo, los problemas de sueño, haciendo una exhaustiva comparación entre pacientes trasplantados, en lista de espera con diálisis, y la población general en cuanto a la prevalencia del insomnio. Todos los individuos recibieron trasplante de donador cadavérico. La recolección de datos se llevó a cabo con la Escala de Insomnio Atenas (AIS). Se hizo también uso de la escala CES-D (Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión) y de autorreportes por parte de los sujetos para identificar comorbilidades. En cuanto a sus resultados, las personas en lista de espera mostraron una prevalencia de insomnio del 15% en comparación con los enfermos trasplantados (8%); sin embargo, con la población general no hubo diferencia alguna (también 8% de prevalencia) según los autorreportes; sin embargo, tomando en cuenta las puntuaciones obtenidas en el AIS, el estudio encontró diferencias significativas entre los tres grupos, pues se obtuvieron puntuaciones más altas para la población en lista de espera (mediana 4, rango intercuartílico 5), seguida por la población trasplantada (mediana 3, rango intercuartílico 4) y, finalmente, la población general (mediana 1, rango intercuartílico 5). Hablando de síntomas de insomnio, 83% de los pacientes en lista de espera, 70% de los individuos trasplantados y 50% de la población general reportaron al menos uno. Se encontró también que la prevalencia del insomnio es más frecuente en las mujeres que en los hombres que han recibido trasplante (10 versus 6%). Se encontró, a su vez, que el insomnio puede ser un precursor de la depresión, ya que en la escala CES-D, los sujetos con insomnio obtuvieron puntuaciones más altas en comparación con quienes no lo presentaban (Md 23 versus Md 9, respectivamente). La prevalencia de depresión fue de 74% en

las personas con insomnio, mientras que solamente 23% de aquellos sin insomnio la presentaron.¹⁸

Japón realizó su aporte a la literatura en el año 2010, en un estudio en el que trataron de identificar los factores de riesgo en los pacientes receptores de trasplante renal. Se tomaron en cuenta variables como la edad, el género, la duración del tratamiento sustitutivo renal previo al trasplante y el tiempo desde el mismo trasplante. Se encontró una prevalencia de depresión en un 41.4% de la población estudiada; también se detectó que el hecho de vivir solo es uno de los mayores factores de riesgo para presentar depresión. Asimismo, se concluyó que las redes de apoyo social del paciente postrasplantado, los ingresos, episodios de rechazo y el no desear el trasplante son de suma importancia en la aparición o no aparición de la depresión.¹⁹

CONCLUSIONES

La percepción social de los trasplantes de órganos, así como la donación y recepción mismas desde la perspectiva de la psicología y como ésta puede ayudar ante este desafío a otras ciencias o disciplinas afines, son cuestiones bastante pertinentes en la actualidad. Abordar el tema desde la psicología pretende dejar a un lado el prejuicio de que la curación del paciente enfermo es suficiente para terminar con el estado patológico del mismo. Así pues, lo importante no sólo es curar, sino también cuidar. Tan importante es que la persona que recibió el trasplante esté objetivamente bien de salud (en cuanto a que no tenga cifras elevadas de creatinina, urea o glucosa en la sangre), como que se «sienta» bien. Como se ha revisado, es destacable la prevalencia de psicopatologías, que desafortunadamente no han sido abordadas adecuadamente por psicólogos o psiquiatras en México, ya que la bibliografía en revistas mexicanas es prácticamente inexistente.

En nuestro país, entonces, resulta de relevancia hacer un acercamiento a profundidad en el tema del trasplante de órganos para el establecimiento de protocolos en los que el equipo multidisciplinario se desempeñe con amplios resultados en pro de los pacientes. Debemos enfocarnos en la labor del psicólogo dentro del equipo, quien, tomando en cuenta las psicopatologías presentes en la revisión de la literatura y el papel de la sociedad en la recuperación/empeoramiento del paciente trasplantado, debe ser capaz de enfrentarse a las problemáticas que pudiesen presentarse en estos pacientes, desde la preparación de los

mismos para el procedimiento de trasplante, el proceso propiamente dicho, la recuperación a corto plazo y los seguimientos a mediano y largo plazo. En éstos, la reincorporación a la vida cotidiana, la adherencia al tratamiento y el apoyo social pueden ser manejado por el psicólogo de formación clínica, en conjunto con el equipo multidisciplinario.

Dicho esto, se propone una guía de protocolo en la que la psicología se encuentre presente y sea posible realizar una intervención pre- y postrasplante:

- **Inmediatamente tras la inclusión del paciente con enfermedad renal crónica al programa de trasplante renal**, al realizar la aplicación de baterías de pruebas psicométricas tanto para el paciente como para el donador en vida, con la finalidad de evaluar la salud mental de ambos sujetos y así comenzar la intervención.
- **Inmediatamente tras el trasplante renal**, en conjunto con el personal sanitario, para capacitar al paciente, donador y familiares en el proceso de recuperación y adherencia al tratamiento, continuando con el entrenamiento para afrontar estímulos promotores de estrés y ansiedad intrapersonales, interpersonales y provenientes del medio ambiente.
- **Seguimiento a corto plazo**, realizado a través de entrevistas tanto con el paciente como con sus familiares quince días posteriores al egreso hospitalario para evaluar la eficacia de las actividades y conductas de ambos en la adaptación al nuevo estilo de vida, para el reforzamiento de actividades sanas y conductas promotoras de la salud, así como la detección de debilidades que pudiesen poner en riesgo al enfermo y/o al injerto.
- **Seguimiento a mediano plazo**; claramente dependiente del seguimiento a corto plazo, donde pueden presentarse dos caminos a seguir:
 - El paciente muestra señales de psicopatología y las entrevistas indican un ambiente disfuncional y de pronóstico poco favorable para su cuidado, el injerto y cuidadores primarios, por lo que la intervención psicológica o psiquiátrica debería ser más constante (cada quince o veinte días) para evitar consecuencias graves a la salud del individuo; ésta debe estar apoyada, nuevamente, en el personal sanitario, ya sea a través de consultas con nefrología, cirugía de trasplante, nutrición y los profesionales de la salud que pudieran contribuir a la mejora del paciente postrasplantado.

- El paciente se esfuerza por adaptarse al nuevo estilo de vida o al regreso al estilo de vida previo a la enfermedad renal; es consciente de los cuidados y su papel dentro de su recuperación, con un pronóstico favorable para su salud, un ambiente social confortable y un equilibrio biopsicosocial prometedor. En este caso, el seguimiento puede alargarse un poco más en el tiempo y los profesionales de la salud tendrían poca participación. Los seguimientos podrían ser mensuales.

Se considera conveniente la duración del seguimiento a mediano plazo en un intervalo de cuatro a seis meses, pudiendo encomendar al paciente realizar un diario a modo de autorregistro para detectar posibles puntos débiles en el transcurso de la adaptación al estilo de vida postrasplante, así como también puntos fuertes que podrían ser reforzados para potenciar aún más la mejora del sujeto.

- **Seguimiento a largo plazo**, cuya finalidad última es la total independencia de la persona. En este seguimiento, se realizarían nuevamente entrevistas, se revisarían los autorregistros e instruiría al paciente y sus familiares para mejorar o encontrar habilidades que les ayudaran a afrontar adecuadamente los problemas que se pudieran presentar y afectar su salud. Este seguimiento sería permanente en intervalos trimestrales.

La anterior es solamente una propuesta que podría ser evaluada para realizarse más minuciosamente y, en el mejor de los casos, establecer un protocolo, ya sea regional o nacional, pues la psicología tiene un gran potencial para contribuir a la mejora de estos individuos.

REFERENCIAS

1. Pfeiffer ML. El trasplante de órganos: valores y derechos humanos. *Persona y bioética*. 2006; 10: 8-25.
2. Alarcón A. Aspectos psicosociales del trasplante renal. Bogotá: La silueta; 2004. 111-116.
3. Alarcón L, Botero M, Moreno B. Psicología de la salud: temas actuales de investigación en América Latina. Bogotá: Kimpres Ltda; 2005.
4. Informador.mx [Internet]. Ciudad de México: NTX/SERM [Citado 13 nov 2014]. En lista de espera de trasplante de órganos, 12 mil 612 mexicanos [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.informador.com.mx/mexico/2010/181719/6/en-lista-de-espera-de-trasplante-de-organos-12-mil-612-mexicanos.htm>

5. Gómez M. La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychologia: avances en la disciplina*. 2007; 1 (2): 159-179.
6. Remur E, Aranz P, Ulla S. La intervención del psicólogo en el proceso de trasplante. El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2003.
7. Berrio-Acosta GM, Burgos-Camacho VA. Papel del psicólogo en los equipos interdisciplinarios de trasplantes de órganos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2011; 11 (2): 7-23.
8. Sociedad Mexicana de Trasplantes AC. Sociedad Mexicana de Trasplantes AC. [En línea]. 2011. Disponible en: http://smt.org.mx/pdf/a7eae12ad8_protocolo.pdf.
9. Novartis Transplantation and Immunology. Guía del paciente trasplantado renal. Scribd. [En línea]. 2005. [Actualizado 12 de enero de 2013; citado 12 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/120079221/Guia-del-paciente-trasplantado-renal>.
10. Cruz RM, Contreras GN, Jaramillo PR et al. Trasplante renal: experiencia de 10 años. *Hospital Regional 1º de Octubre, ISSSTE. Bol Coleg Mex Urol*. 2002; 17 (3): 125-128.
11. Sánchez-Roman S., Ostroski-Solís F., Morales-Buenrostro L. E., Noguéz-Vizcaino M. G, Alberú-Gómez J. Trasplante Renal: efectos en el perfil cognoscitivo. *Rev. Chil. Neuropsicol*. 2010; 5 (2): 82-90.
12. Bunzel B, Laederach-Hoffman K. Solid organ transplantation: are the predictors for posttransplant noncompliance? A literature overview. *Transplantation*. 2000; 70 (5): 711-716.
13. Momeni A, Najafi M, Seidaie H. Comparison of Mood Depression Disorder (MDD) in dialysis patients versus kidney transplant patients. *Journal of Nephrology and Renal Transplantation*. 2013; 5: 11-16.
14. Jindal RM, Neff RT, Abbot KC et al. Association between depression and nonadherence in recipients of kidney transplants: analysis of the United States Renal Data System. *Transplant Proc*. 2009; 41: 3662-3666.
15. Virzi A, Signorelli MS, Veroux M et al. Depression and Quality of Life in Living Related Renal Transplantation. *Transplant Proc*. 2007; 39: 1791-1793.
16. Látos M, Barabás K, Lázár G et al. Mental representations of the new organ and posttransplant patients' anxiety as related to kidney function. *Transplant Proc*. 2012; 44: 2143-2146.
17. Arapaslan B, Soykan A, Soykan C, Kumbasar H. Cross-sectional assessment of psychiatric disorders in renal transplantation patients in turkey: a preliminary study. *Transplant Proc*. 2004; 36: 1419-1421.
18. Novak M, Molnar MZ, Ambrus C et al. Chronic insomnia in kidney transplant recipients. *Am Jf Kidney Dis*. 2006; 47 (4): 655-665.
19. Tsunoda T, Yamashita R, Kojima Y, Takahara S. Risk Factors for depression after kidney transplantation. *Transplant Proc*. 2010; 42: 1679-1681.

Correspondencia:

Marcos Ojeda-Cervantes

Tel. 7222618845

E-mail: ojedacervantes@gmail.com