



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera Licenciatura en Psicología

Intervención psicológica en el paciente
candidato a trasplante renal

N° 906

Carla Yasmín Caricato

Tutora: Lic. Mirta Laham

Departamento de Investigaciones
Fecha defensa de tesina: 11 de febrero de 2016

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

ÍNDICE

Abstract	4
Introducción	5
Problema	6
Preguntas de investigación	6
Relevancia y justificación de la temática	6
Objetivos	7
Alcances y límites	7
Estado del arte	7
Marco teórico	8
Capítulo 1: Trasplante renal	10
1.1 Anatomía y fisiología del riñón.....	10
1.2 Enfermedad renal crónica.....	10
1.3 Terapias de reemplazo renal.....	11
Capítulo 2: Abordaje psicológico en el paciente candidato a trasplante renal	17
2.1 El papel de las emociones y de la psicología en la salud.....	17
2.2 Evaluación psicológica del candidato a trasplante renal	18
2.3 Intervención psicológica con el enfermo renal crónico terminal	19
2.3.1 Pre-trasplante	20
2.3.2 Post-trasplante	28
2.4 Proyectos de vida y calidad de vida.....	32
Conclusión	34
Bibliografía	35

ABSTRACT

El trasplante renal es un procedimiento de la práctica médica altamente exitoso que permite no sólo la supervivencia sino la mejora en la calidad de vida. Sin embargo, el diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal y la introducción a las terapias de reemplazo generan inevitablemente una inmensa tensión emocional que desborda y afecta el psiquismo del paciente.

El siguiente trabajo, a modo de revisión bibliográfica, pretende abordar la adecuada intervención psicológica que acompañe y ayude a los candidatos a trasplante renal a transitar todas las etapas de dicho proceso. Se indagará acerca de la influencia que las emociones tienen en el proceso salud-enfermedad, especialmente en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente. Se ahondará en la importancia de la asistencia psicológica, tanto en las etapas pre como post-trasplante, con respecto a las posibles manifestaciones psicopatológicas y a la creación, desarrollo y mantenimiento de estrategias de afrontamiento que permitan la elaboración y continuación del proyecto de vida del paciente, de manera que la espera del órgano no se convierta en el único organizador de su existencia.

Palabras claves: emociones, adherencia al tratamiento, calidad de vida, estrategias de afrontamiento.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública que se define como la disminución progresiva e irreversible de la función renal, y se manifiesta en una serie de síntomas tanto físicos como psíquicos que representan una amenaza para la vida. Su manifestación avanzada, alcanzando un nivel inferior al 10%, ubica al sujeto en etapa terminal (ERCT), haciendo necesario un tratamiento sustitutivo de la función renal para la supervivencia (Paéz, Jofré, Azpiroz y De Bortoli, 2008; Soriano Cabrera, 2004).

El trasplante renal es un procedimiento rutinario de la práctica médica que consiste en el reemplazo del órgano vital enfermo, sin posibilidad de recuperación, por otro sano que es recuperado de un donante. Se lo considera viable cuando ambos riñones fallan permanentemente. Junto con la hemodiálisis y la diálisis peritoneal, el trasplante renal forma parte de las distintas alternativas de tratamiento para hacer frente a esta situación (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes – INCUCAI, 2015).

La psicología aplicada a la nefrología es la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, que presenta factores emocionales que influyen, agravan o causan dificultades en su enfermedad y calidad de vida (Bingaman, 1980, citado por Rudnicki, 2006).

El trasplante de órganos posee particularidades que lo diferencian de otras intervenciones quirúrgicas en cuanto a que el proceso desborda lo propio del psiquismo de cada paciente (Duek, 2010). El hecho de ingresar al período de espera del órgano, además de acomodarse a los regímenes médicos, al tratamiento inmunosupresor y sus efectos secundarios, implica una inmensa tensión emocional (Gómez Rojas, 2007).

El individuo que recibe el diagnóstico de insuficiencia renal crónica debe adaptarse a un nuevo estado: el de enfermo, y, por ende, debe tomar conciencia y asumir el rol de paciente. (Mejía Lenis, 2005). Consecuentemente, se producen en él cambios biológicos, psicológicos, sociales, familiares, económicos y laborales que deterioran significativamente su calidad de vida, lo que requiere de un abordaje biopsicosocial por parte de un equipo interdisciplinario de salud que brinde una atención global: médicos, enfermeros, nutricionistas, asistentes sociales, entre otros (Hidalgo, 1997). El soporte psicológico durante todo el proceso de enfermedad es de fundamental importancia, de esto depende que el aparato psíquico del sujeto asuma esta nueva condición (Berrio Acosta y Burgos Camacho, 2011).

La vida hospitalaria, las rutinas, reglas y términos médicos, facilitan la pérdida de autonomía y control sobre la propia vida. Enfrentarse a la posibilidad de muerte produce una sensación de indefensión, incertidumbre y amenaza constante que genera cambios en el estado de ánimo (Gómez Rojas, 2007). Trabajar la aceptación de la enfermedad y del tratamiento requiere de un proceso de duelo por la pérdida de la salud principalmente, que involucra etapas de negación, ira y tristeza (Rudnicki, 2006).

Estos pacientes suelen presentar diversos grados de alteraciones emocionales, tales como estrés, ansiedad y depresión, asociadas a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la ERC y al tratamiento sustitutivo. La intensidad de las mismas varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que éste realice sobre la enfermedad y sobre sus condiciones de vida (Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez y Rebollo, 2001, citados por Paéz et al., 2008).

Gran parte de la conducta ante una enfermedad de este tipo depende de las estrategias de afrontamiento, la adherencia al tratamiento y del estilo de personalidad del individuo, las cuales deben ser evaluadas, desarrolladas y reforzadas durante todo el proceso de trasplante a partir de un tratamiento psicoterapéutico que se adapte a los problemas y necesidades del paciente. “Las cogniciones, las conductas, el sistema de creencias y las actitudes serán determinantes en la construcción del mantenimiento de la salud y el control de la enfermedad” (Gómez Rojas, 2007).

PROBLEMA

Si bien la terapéutica del trasplante ha avanzado considerablemente en el ámbito científico, sin embargo, desde la psicología ha sido un tema olvidado. Las personas que requieren de tratamiento sustitutivo de la función renal desconocen la totalidad y detalle del proceso y las implicancias tanto a nivel físico como psíquico. Cuando el médico diagnostica el trasplante como posible solución, el sujeto queda abatido no solo por conocer que su estado de salud es crítico sino por la cantidad de información que empieza a recibir sobre los muchos, largos y complejos pasos a seguir.

Es muy frecuente que las personas que esperan un trasplante consideren innecesarias las evaluaciones y la terapia psicológica; algunas evaden las consultas y justifican sus estados emocionales como producto de la enfermedad, considerando que desaparecerán en el momento del trasplante. La falta de motivación y expectativas muchas veces genera incumplimiento de los regímenes médicos, amenazas de abandono de la lista de espera y negativa a aceptar la posibilidad de complicaciones potenciales o de malos resultados (Mejía Lenis, 2005; Alarcón, 2004, citado por Berrio Acosta y Burgos Camacho, 2011).

Por otro lado, existen limitaciones en los sistemas de salud en cuanto a que las entidades prestadoras de servicios limitan o controlan las intervenciones psicológicas a las evaluaciones psicosociales necesarias para posibilitar la inclusión en lista de espera, siendo además necesario un seguimiento y acompañamiento psicoterapéutico a lo largo de todo el proceso de trasplante que facilite la adherencia al tratamiento y favorezca el éxito del mismo.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo preparar psicológicamente al candidato a trasplante renal para afrontar el proceso de trasplante y generar una mejor calidad de vida y, por consecuencia, una mayor adherencia al tratamiento?

¿Se puede elaborar el proyecto de vida de un paciente que se encuentra en lista de espera, de manera que la espera y el trasplante no se conviertan en los únicos organizadores de la misma?

¿Cuáles son los beneficios de una asistencia psicológica durante esta terapéutica? ¿Cuál es la intervención terapéutica más efectiva para lograrlo?

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN DE LA TEMÁTICA

El trasplante renal se ha convertido en una práctica médica casi habitual en el mundo actual. La actividad ha crecido sustancialmente a lo largo de los años demostrando su incidencia en la supervivencia, prolongación y mejora de la calidad de vida. En el 2012 se trasplantaron 77.818 riñones en el mundo, la cifra más alta de la historia en esta modalidad (Newsletter Transplant, 2014). En nuestro país, en el 2014 se trasplantaron 1.353 órganos, de los cuales 815 fueron renales. Actualmente, 28.498 personas se encuentran en tratamiento de diálisis y 6.097 de ellas aguardan en lista de espera la llegada del órgano que posiblemente les salve la vida (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes – INCUCAI, octubre 2015).

El punto de mira referido a esta temática generalmente se encuentra puesto en los factores médicos, sociales, éticos o religiosos, dejando de lado o en segundo plano a los psicológicos. Es de esperar que un paciente que adquiera un mayor nivel de comprensión e información acerca de su condición y del procedimiento médico; que trabaje sobre los aspectos psicopatológicos presentes y potenciales, así como sobre las creencias, pensamientos y fantasías que pueda tener acerca del órgano que recibirá; y se adapte y adhiera al tratamiento; estará mejor preparado para vivir la etapa posterior a la intervención quirúrgica, sea ésta exitosa o no (Mejía Lenis, 2005), lo que justifica el estudio de los beneficios de la psicoterapia durante todo el proceso del trasplante.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar la importancia de la asistencia psicológica al candidato durante el proceso de trasplante renal.

Objetivos Específicos

- Indagar los beneficios de la atención psicológica en la etapa previa al trasplante renal.
- Indagar los beneficios de la atención psicológica en la etapa posterior al trasplante renal.

ALCANCES Y LÍMITES

Este trabajo abordará la intervención psicológica desde la perspectiva de la psicología de la salud en el paciente adulto candidato a trasplante renal durante todo el proceso terapéutico. Se tendrán en cuenta factores psicológicos, psicosociales, psicopatológicos, calidad de vida, estilo y estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento.

No será posible generalizar lo desarrollado a la población infantil, ni a otros tipos de trasplantes e intervenciones quirúrgicas o médicas que no sean referidas al reemplazo del órgano renal; tampoco será posible extenderlo a otros marcos teóricos.

ESTADO DEL ARTE

El trasplante de órganos constituye un hecho trascendental, no sólo permite salvar vidas humanas sino que también ha facilitado ahondar en ciencias como la biología, y a trastocado la idea intemporal de que la evolución de la especie se garantiza mediante la especificidad de sus individuos (Andreu Periz y Force Sanmartín, 2004).

El trasplante ha sido considerado uno de los mayores avances de la medicina en la búsqueda de la recuperación de la salud, así como también en la mejora de la calidad de vida de aquellas personas con enfermedades crónicas y/o terminales que incluyen la falla de algún órgano vital (Engle, 2001, citado por Berrío-Acosta y Burgos-Camacho, 2011).

Los órganos que se trasplantan son: riñón, pulmón, corazón, páncreas, hígado e intestino; y los tejidos: córneas, válvulas cardíacas, piel, hueso y células progenitoras hematopoyéticas -conocidas popularmente como médula ósea- (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes – INCUCAI, 2015).

Estas intervenciones clínicas requieren del abordaje de múltiples especialidades: médicos cirujanos, nefrólogos, cardiólogos, hematólogos, neurólogos, psicólogos, asistentes sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otros (Norrie, 1985, citado por Sinigoj, 2012).

Pacientes con enfermedad renal crónica terminal requieren un trasplante de riñón o diálisis como terapia de mantenimiento para la supervivencia, siendo éste último el método dominante de tratamiento para la ERCT. Sin embargo, los costos de diálisis son altos incluso para los países ricos, por lo que el trasplante preventivo preingreso a diálisis es la mejor opción tanto para los pacientes como para los pagadores, ya que reduce los costos y mejora la supervivencia del injerto. Está demostrado que la mortalidad es significativamente más baja (65% aproximadamente) para este tipo de receptores que para aquellos que permanecen años en lista de espera (García-García, Harden y Chapman, 2012; Mehrotra y Kalantar-Zadeh, 2014).

El número de pacientes con esta patología crece rápidamente como consecuencia de las mejores posibilidades de diagnóstico. Pero a pesar de las opciones, la esperanza de vida media de los pacientes con ERCT que comienzan la terapia de diálisis sigue siendo corta, yendo de los 3 a 5 años (Mehrotra y Kalantar-Zadeh, 2014). La escasez de órganos para donación hace que los esfuerzos se dirijan a seleccionar a los candidatos con mayores posibilidades de obtener resultado óptimos tras el trasplante (DiMartini, Dew y Trzepacz, 2006).

La evaluación inicial médica para la inclusión del paciente en la lista de espera consiste en una historia clínica completa y una exploración física junto con datos analíticos complementarios, valoración urológica y vascular del paciente (Martín y Errasti, 2006).

Por su cuenta, la evaluación psicosocial no sólo arroja luz sobre las posibilidades de inclusión sino que proporciona la oportunidad de identificar problemas potenciales e intervenir antes del trasplante, con el objetivo de mejorar los resultados posteriores al mismo (Olbrisch y Levenson, 1995, citado en DiMartini et al., 2006). Mejía Lenis (2005) en su publicación Aspectos Psicológicos del Paciente Trasplantado, sostiene que la valoración ha de hacer énfasis determinados aspectos: nivel previo de adhesión a tratamientos, estado psicológico actual, antecedentes psicopatológicos, estructura de personalidad, grado de comprensión y aceptación de la enfermedad y de la terapia de reemplazo.

Sin embargo, la intervención psicológica en el proceso de trasplante de órganos no debe limitarse exclusivamente a las acciones de evaluación preliminares, sino que se debe prolongar al período de espera del órgano y las etapas posteriores a la cirugía (Gómez Rojas, 2007; Remur, Aranz y Ulla, 2003, citados por Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011).

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 estable. Estos pacientes deben enfrentarse a un proceso psicológico fuerte derivado de la evidencia de que el tratamiento médico no curará la enfermedad de fondo (Alarcón, 2004, citado por Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011). Ésta constituye la razón más importante para justificar la continuidad en el proceso de acompañamiento psicoterapéutico, donde se busca el desarrollo y fortalecimiento de los recursos del paciente para afrontar la enfermedad que lo aqueja (...) La psicoterapia fomentará estilos de vida saludables que eviten poner en riesgo la permanencia en lista de espera y posibiliten el acceso al trasplante, preparando además al sujeto para la etapa posterior de rehabilitación (Gómez Rojas, 2007).

MARCO TEÓRICO

La Psicología de la Salud surge como una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que la que plantea el tradicional modelo biomédico, el cual explica la enfermedad sólo como un fenómeno fisiopatológico. Considera los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento (Oblitas, 2008).

Su nacimiento está estrechamente relacionado con la Medicina Comportamental, conceptualizada como "el campo interdisciplinar referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y del comportamiento, relevantes para la salud y la enfermedad, y a la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Schwartz y Weiss, 1978, citados por Rodríguez Marín, 2002). Siguiendo esta línea en su proceso de desarrollo, se observa el efecto de las creencias, actitudes, las emociones y la conducta en el proceso salud-enfermedad. Esta multitud de variables intervinientes facilita la participación de varias áreas del saber como la psicología clínica, social y comunitaria (Gómez Rojas, 2007).

La definición de Psicología de la Salud tiene varias acepciones, una de las más completas se refiere a la misma como:

Un conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la psicología relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como análisis y mejora del sistema sanitario

y de las políticas de salud, y consistentes en la investigación de la importancia de los aspectos comportamentales en la preservación de la salud (y generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos (Godoy 1999, citado por Gómez Rojas, 2007).

Como modelo práctico incluye acciones útiles en diferentes niveles de intervención según la complejidad. "La complejidad se define a partir de las patologías tratadas y del nivel de especialidad médica y de recursos para hacer diagnóstico, intervención y tratamiento." En el primer nivel de atención, la psicología de la salud hace hincapié en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, buscando mejores estilos de vida en un nivel de baja complejidad. En el segundo nivel se realizan procesos para controlar la enfermedad o disminuir su impacto a partir de hospitalizaciones, terapias breves y atención de urgencias, se trata de un nivel de mediana complejidad. El tercer nivel hace referencia a servicios de salud especializados y programas de acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades más complejas (Gómez Rojas, 2007; Martín Alfonso, 2003).

La insuficiencia renal crónica y el trasplante de órgano forman parte de las enfermedades que se atienden en el cuarto nivel de complejidad, catalogadas como catastróficas. Esto implica que para su atención se requiere de unidades de cuidados intensivos y de procedimientos especiales de diagnóstico y tratamiento, además de médicos especialistas en la severidad de la situación (Gómez Rojas, 2007).

Uno de los campos específicos de intervención de los psicólogos de la salud en este ámbito sanitario es la valoración psicosocial a pacientes candidatos trasplante de órgano. La misma, dada la escasez de donantes y los altos costos del procedimiento médico, debe garantizar a partir de criterios específicos que se seleccione a los mejores candidatos (Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011).

Sin embargo, cuando un órgano pierde su capacidad de funcionar y genera una insuficiencia, hay que hablar del déficit orgánico y también de las repercusiones a nivel psíquico del paciente. Hay que preguntarse cuáles serán las reacciones emocionales, cognitivas y comportamentales del enfermo; cómo ello afectará su estructura de personalidad, sus valores o su sentido de vida. Se debe indagar en lo que la enfermedad crónica significa y cómo se ve reflejada en lo que hace, siente y piensa el paciente (Mejía Lenis, 2005).

Las creencias, la percepción de control, la intención y las actitudes construidas con respecto a la enfermedad, el tratamiento, la hospitalización y el equipo de salud, determinan las conductas en autocuidado de la salud y de adherencia al tratamiento (Martín Rodríguez y Pérez San Gregorio, 2007). Al igual que otras enfermedades médicas, los candidatos y receptores de un trasplante padecen un riesgo mayor de desarrollar trastornos psiquiátricos (DiMartini et al., 2006). El estrés, la depresión, la ansiedad son factores de gran importancia que afectan de manera significativa su vida antes y después del trasplante (Segura López, 2006). La acción del psicólogo de la salud reside en la evaluación y manejo psicoterapéutico de estas respuestas emocionales y cognitivas, y en el esclarecimiento de los problemas relacionados con los estilos de vida, estimulando las principales conductas que constituyen comportamientos protectores (Martín Alfonso, 2003).

"El objetivo fundamental del trabajo psicológico con este tipo de pacientes es garantizar la estabilidad emocional requerida y la cooperación activa, de modo que, estados emocionales agudos no impidan una intervención oportuna y una adecuada rehabilitación" (Cárdenas Oliva, Gonzáles Pérez, Gonzáles Nieves, Pérez Mesa y Maradona Cristovao, 2011).

CAPÍTULO 1: TRASPLANTE RENAL

1.1 Anatomía y fisiología del riñón

Los riñones son órganos pares que se sitúan entre el peritoneo y la pared posterior del abdomen, junto a la columna vertebral. Son de color rojizo, presentan la forma de alubia (frijol, poroto) y están envueltos en abundante tejido fibroso-adiposo. En los adultos, el riñón típico mide 11 cm de alto por 6 cm de ancho y 3 cm de espesor, y pesa de 135 a 160 g. En sus lados cóncavos presentan una depresión llamada hilio renal, a través del cual emergen el uréter, los vasos sanguíneos, los vasos linfáticos y los nervios. Conjuntamente con la vejiga y la uretra, forman el aparato urinario (Arévalo Gómez, 2008; Tortora y Derrickson, 2006).

La función principal de los riñones es filtrar y purificar la sangre eliminando sustancias tóxicas de desecho a través de la orina. Además se encargan de excretar el exceso de agua en el cuerpo, balancear minerales y químicos manteniendo la composición natural del fluido corporal, controlar la presión arterial a partir de la regulación hormonal, producir glóbulos rojos y mantener los huesos fuertes y sanos (Reyna Raygoza, 2014).

La unidad estructural y funcional básica del riñón es la nefrona. Existen alrededor de 2 millones de nefronas repartidas a lo largo de la corteza renal. En cada una se pueden distinguir dos componentes: el corpúsculo renal y el sistema tubular. El primero está formado por el glomérulo (red capilar) y la cápsula glomerular que lo rodea, su función es filtrar el plasma sanguíneo dejando pasar el líquido excedente al túbulo renal para ser luego eliminado del cuerpo (Arévalo Gómez, 2008; Tortora y Derrickson, 2006).

1.2 Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como alteraciones funcionales o estructurales renales, expresada por un filtrado glomerular o por un aclaramiento de creatinina estimados (<60 ml/min/1,73 m²), o como la presencia de daño renal de forma persistentes durante más de 3 meses. A diferencia de la falla renal aguda que generalmente puede ser tratada y revertida exitosamente en el corto plazo, la enfermedad renal crónica supone la pérdida gradual, progresiva e irreversible de la función renal (Soriano Cabrera, 2004; Lorenzo Sellarés, 2010).

El daño renal se diagnostica habitualmente mediante marcadores en vez de por una biopsia renal por lo que el diagnóstico de ERC, ya se establezca por un filtrado glomerular disminuido o por marcadores de daño renal (el principal marcador de daño renal es una excreción urinaria de proteínas elevada), puede realizarse sin conocimiento de la causa (Soriano Cabrera, 2004).

Al ser un proceso largo en el tiempo, el riñón tiene la capacidad de compensar los problemas en su función, y el cuerpo, de adaptarse a los efectos dañinos de la ERC. Por esta razón, la mayoría de los sujetos con ERC se muestran asintomáticos hasta que la función renal está ampliamente disminuida. Si bien no tiene cura, al ser detectada tempranamente la ERC puede ser tratada, demorando así su deterioro (Chávez Iñiguez, 2014). En la Tabla 1 se exponen los factores que confieren un riesgo aumentado de ERC; muchos son reversibles, por lo que es imprescindible reconocerlos y corregirlos (Soriano Cabrera, 2004).

La ERC se divide en cinco estadios según el filtrado glomerular, siendo su valor normal mayor a 90ml/min.

- Normal, leve (60-89ml/min.) y moderada (30-59ml/min.), con pacientes asintomáticos o leves anomalías urinarias y elevaciones de creatinina;
- severa (15-29ml/min.), a partir de una gran variedad de síntomas y malestares que conforman el síndrome urémico: anorexia y náuseas, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias e insomnio;
- y falla renal propiamente dicha o estadio final con una función renal menor al 15%, prescripción rigurosa de medicamentos y terapia de reemplazo renal (Lorenzo Sellarés, 2010; Chávez Iñiguez, 2014).

Tabla 1. Factores de riesgo para la enfermedad renal crónica		
Factores de susceptibilidad	Factores que aumentan el riesgo de desarrollar ERC	<ul style="list-style-type: none"> - Edad > 60 años - Historia familiar de enfermedad renal - Masa renal disminuida - Bajo peso al nacer - Raza afroamericana - Diabetes* - Hipertensión arterial*
Factores iniciadores	Factores implicados en el inicio del daño renal	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades autoinmunes - Infecciones urinarias - Fármacos nefrotóxicos - Diabetes* - Hipertensión arterial*
Factores de progresión	Factores que determinan la progresión de la enfermedad renal	<ul style="list-style-type: none"> - Proteinuria persistente - HTA mal controlada* - Diabetes con mal control - Tabaco* - Dislipemia* - Anemia - Enfermedad cardiovascular asociada - Diferir el envío al especialista de nefrología
*Factores de riesgo cardiovasculares "potencialmente" modificables.		

1.3 Terapias de reemplazo renal

En el mundo, entre 80 y 100 pacientes por millón de habitantes y por año mueren de fracaso renal crónico si no se incorporan a programas de tratamiento activo: diálisis y/o trasplante. El empleo de medidas terapéuticas en apariencia sencillas, como actividad física, dieta adecuada al grado de alteración metabólica presente en cada estadio evolutivo de la enfermedad y el uso de los medicamentos precisos en cada momento pueden, por una parte, retrasar la progresión de la enfermedad y, sobre todo, permitir abordar las técnicas sustitutorias en las mejores condiciones posibles (Hernando, 2003).

La decisión de iniciar procedimientos de reemplazo de la función renal perdida en el enfermo con ERC avanzada no es sencilla. Esta decisión debe basarse en parámetros clínicos y analíticos y en la situación subjetiva del enfermo, debe madurarse entre el propio paciente y el equipo tratante el mejor momento de inclusión. Es preciso también decidir cuál es el procedimiento dialítico que más conviene al enfermo. Lo ideal es el trasplante renal anticipado, preferentemente de donante vivo. De no ser posible esta alternativa, se opta por la hemodiálisis o la diálisis peritoneal y se inician los estudios necesarios para la inclusión en un programa de trasplante renal (Hernando, 2003; Lorenzo Sellarés, 2010).

DIALISIS

La diálisis es una modalidad de tratamiento rápida y efectiva aunque no cura la insuficiencia renal. Consta de un proceso artificial que reemplaza parte de la función habitual de los riñones.

Filtrado glomerular inferior a 10 ml/min. es valor de referencia, tras el cual suelen aparecer manifestaciones urémicas, por lo que la diálisis está indicada. Síntomas incipientes como retención hidrosalina o caída de la diuresis, inapetencia, astenia variable y manifestaciones gastrointestinales (náuseas y

vómitos) indican que la necesidad de diálisis es inminente. Hoy en día se tiende a iniciar con mayor antelación el tratamiento sustitutivo con diálisis. Autores han propuesto que el inicio debe hacerse de forma progresiva, incrementando la dosis de la misma conforme decae la función renal residual. Es lo que se conoce como diálisis incremental. Esto parece disminuir el número de complicaciones e ingresos hospitalarios a corto y medio plazo. El inicio debe ser lo menos traumático posible debido a que en ocasiones el paciente considera que no está lo suficientemente enfermo, ya que se adapta a la progresividad de los síntomas, y reacomoda su sensación subjetiva de bienestar (Hernández Herrera y Martín Malo, 2003; Lorenzo Sellarés, 2010).

La *hemodiálisis* es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, así como de regular el equilibrio ácido-base y electrolítico. No suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales. Consiste en interponer, entre dos compartimentos líquidos (sangre y líquido de diálisis), una membrana semipermeable. Para ello se emplea un filtro o dializador. La membrana semipermeable permite que circulen agua y solutos de pequeño y mediano peso molecular, pero no proteínas o células sanguíneas muy grandes como para atravesar los poros de la membrana (Rodríguez Benot y Martín Malo, 2003; Lorenzo Sellarés, 2010).

La técnica de hemodiálisis requiere de un acceso vascular de larga duración, que se consigue con la realización de una fístula arteriovenosa interna autóloga (anastomosis entre una arteria y una vena superficial para el desarrollo y punción de esta última) o protésica (puente de material protésico entre una arteria y el sistema venoso profundo para la punción de ésta). Sin embargo, el empleo de catéteres en las venas centrales (femoral, subclavia y yugular interna) constituye una alternativa como acceso venoso, permitiendo la realización de una diálisis eficaz. La utilización de este tipo de catéteres se ha relacionado con un mayor número de complicaciones infecciosas, por lo que deben reservarse sólo para situaciones urgentes o en las que se prevea un uso inferior a 3 semanas (Jiménez Almonacid, 2010; García Rebollo y Solozábal Campos, 2010).

La hemodiálisis se realiza en centros de diálisis y hospitales, usualmente tres veces a la semana, con una duración de 4 horas la sesión. En este tiempo toda la sangre del cuerpo es purificada alrededor de 12 veces.

La diálisis peritoneal utiliza el peritoneo como membrana de diálisis. Al ser semipermeable permite la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis, eliminando desechos y toxinas del cuerpo. La estructura anatomofuncional de la membrana peritoneal, las características fisicoquímicas de la solución de diálisis y el catéter constituyen los tres elementos básicos de esta técnica (Macía Heras y Coronel Díaz, 2010).

La diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) constituye la modalidad de diálisis peritoneal más utilizada. En ella el tratamiento dialítico se realiza de forma manual; es continua porque la cavidad abdominal permanece llena de líquido en todo momento, y ambulatoria porque se desarrolla en el domicilio del paciente. El líquido infundido se mantiene en la cavidad abdominal durante 4-6hs. (intercambios diurnos) y 8-10hs. (intercambio nocturno). Esta técnica corresponde a un intercambio, que en la modalidad estándar se repite 4 veces al día (número de intercambios: 3 diurnos y 1 nocturno). Si bien el sujeto lleva una vida más independiente, el tratamiento debe ser llevado a cabo las 24 horas, los 365 días del año (Macía Heras y Coronel Díaz, 2010).

La *diálisis peritoneal* automatizada (DPA) supone el empleo de sistemas mecánicos (cicladoras o monitores) que permiten programar una pauta de tratamiento (volumen total de líquido de diálisis, volumen por intercambio, tiempo de permanencia, tiempo total de tratamiento) según la dosis de diálisis establecida. Esta técnica está diseñada para realizarse durante la noche mientras el paciente duerme (Macía Heras y Coronel Díaz, 2010).

Todos los pacientes que se someten a un proceso de diálisis deben seguir un plan médico y dietario estricto con el consecutivo monitoreo. La elección del tipo de tratamiento dependerá de la evaluación que el paciente realice en base a las ventajas y desventajas de cada procedimiento.

TRASPLANTE RENAL

El trasplante renal es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se introduce un riñón nuevo en el paciente que padece ERC en estadio final. Si bien se lleva a cabo únicamente cuando los dos riñones fallan, uno solo sano puede desempeñar la función de ambos disfuncionales. En el caso de ser un procedimiento exitoso, deja al sujeto libre de diálisis (Alcántar Vallin, 2014).

Lista de espera

Para poder convertirse en un candidato a trasplante e ingresar a la lista de espera, primero es necesario que el médico tratante establezca la condición de ERC terminal e indique el trasplante como tratamiento. El paciente debe dar su consentimiento con previo conocimiento y valoración tanto de los beneficios como de las implicancias y riesgos potenciales asociados a la intervención, incluyendo la necesidad de tomar una medicación de por vida o la posibilidad de muerte o rechazo del órgano por parte del organismo. Una vez informado y aceptado, para ser admitido en la lista de espera, el paciente deberá someterse a distintos estudios y evaluaciones clínicas obligatorias, tanto médicas como psicológicas. Los resultados indicarán la posibilidad de inclusión que quedará a cargo del médico del equipo de trasplante o del centro de diálisis. Cabe resaltar que el sujeto es libre de cambiar su decisión, aún horas antes del trasplante (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes – INCUCAI, 2014).

El proceso de evaluación del potencial receptor de un trasplante renal debe hacerse por un equipo multidisciplinario que incluye: nefrólogo, cirujano de trasplantes, infectólogo, cardiólogo, neumonólogo, odontólogo, otorrinolaringólogo, nutricionista, enfermeros, psiquiatra, psicólogo y trabajador social (Parr y Mize, 2002; Cuéllar Gonzáles y Correa Rotter, 2005).

Luego de las evaluaciones, el sujeto debe regresar a su rutina habitual con los respectivos cuidados para mantener el estado actual de salud. De este modo, no empeorará; de lo contrario, puede ser retirado de la lista de candidatos, cuya espera puede ser de días, meses, e incluso años (Alarcón, 2004, citado por Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011).

Dentro de las contraindicaciones absolutas para no aceptar a un paciente como candidato se incluyen: enfermedades que impliquen amenaza de vida, infecciones por bacterias y hongos, enfermedad pulmonar o coronaria preexistente o avanzada, múltiples anomalías congénitas incorregibles que amenacen la vida, abuso activo de drogas o alcohol, cualquier desorden psiquiátrico serio que no esté controlado, factores psicosociales adversos, daño cerebral irreversible e infecciones por VIH (Dienstag, 2001, citado por Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011). Las contraindicaciones pueden variar según los protocolos de diferentes países.

Donante - Receptor

En función de quién sea el sujeto que dona el riñón hay dos tipos de trasplante: el trasplante de donante vivo, ya que un sujeto puede desarrollar una vida normal con un solo riñón, y el trasplante cadavérico que ocurre cuando el donante fallece. En el primer caso, la ley vigente en Argentina establece como requisito la existencia de un vínculo familiar para poder ser donante, “la donación de órganos entre familiares está permitida exclusivamente cuando se estima que no afectará la salud del donante y existan perspectivas de éxito para el receptor”. En el segundo, es necesario inscribirse en la lista de espera única y aguardar la asignación que se realiza en base a determinados criterios: “la urgencia según la gravedad del paciente, la compatibilidad entre donante y receptor, la oportunidad de trasplante, el tiempo en lista de espera y demás criterios médicos” (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes – INCUCAI, 2014).

Para que el trasplante pueda llevarse a cabo, es necesario determinar la compatibilidad entre donante y receptor a partir de los sistemas de histocompatibilidad. Estos sistemas están formados por moléculas localizadas en la superficie de las células relacionadas con el reconocimiento celular. Estas moléculas presentan una elevada variabilidad interindividual, lo que permite establecer una identidad única para cada persona. En el trasplante de órganos, dos son los principales sistemas de histocompatibilidad: el

sistema ABO determinado por el grupo sanguíneo, y el complejo mayor histocompatibilidad, más conocido como sistema HLA (del inglés Human Leukocyte Antigen), caracterizado por el conjunto de proteínas fundamentales en la defensa inmunológica del organismo. La afinidad de estos sistemas entre donante-receptor impedirá que los anticuerpos del receptor maten a las células vivas del donante, lo cual generaría el rechazo del órgano (Verde Moreno, Amann Prada y Fernández Rodríguez, 2004).

Ante lo que puede ser una larga espera en lista o incompatibilidad donante/receptor, la intervención renal permite la donación emparejada que podría significar el aumento del suministro disponible de riñones. Esta estrategia permite el intercambio de donadores renales vivos entre dos parejas donador/receptor incompatibles para crear dos pares compatibles. Puede ser realizada si el segundo donador es compatible con el primer receptor y el primer donador con el segundo receptor. La intervención se realiza simultáneamente a los donantes de ambas parejas (Alcántar Vallín, 2014).



Terapia inmunosupresora

El procedimiento del trasplante implica el implante de un órgano que no pertenece al cuerpo, de modo que éste suele protegerse a sí mismo por medio de su sistema inmunológico, atacando al riñón no reconocido como propio, tratando de destruirlo. Los inmunosupresores son fármacos que inhiben la activación temprana de las células responsables de este accionar. Si bien no aseguran el éxito de la terapéutica, la complementan como condición imprescindible para evitar el rechazo del órgano (Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011; Chávez Iñiguez, 2014).

Una vez realizado el trasplante, el paciente está sujeto de por vida a la administración de estas drogas, cuyo objetivo principal es conseguir la tolerancia del injerto, evitar el rechazo agudo en las primeras etapas del trasplante y la aparición de nefropatía crónica posteriormente. Se asume que la inmunosupresión debe ser capaz de disminuir la capacidad de defensa del organismo con los mínimos efectos secundarios, ya sean inmunológicos (infecciones, neoplasias, etc.) o no inmunológicos (edemas, obesidad, hiperglucemia, dolores óseos, estrías, acné, pérdida o crecimiento acelerado del cabello/vello, cambios en el estado de ánimo, etc.) (Torregrosa Prats, 2004; Oppenheimer Salinas, Santos y Pallardó Mateu, 2010).

Al ser suprimido completamente el sistema inmunológico del paciente, este se encuentra más susceptible y propenso a contraer infecciones, por ello es posible que el paciente además tome otros medicamentos de forma continuada. Los más habituales son: antihipertensivos, hipolipemiantes, antidiabéticos, protectores gástricos y antibióticos. Es imperioso no tomar ningún fármaco que no haya sido recetado por el equipo de trasplante (Andreu Periz y Force Sanmartín, 2004).

El tratamiento inmunosupresor debe ser individualizado existiendo múltiples combinaciones adaptables a las características clínicas y serológicas de cada paciente y a cada momento del curso evolutivo del trasplante renal (Martín y Errasti, 2006). Como el rechazo de un órgano se puede generar incluso después de años de tratamiento, éste jamás debe interrumpirse (Novartis, 1996, citado por Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011).

Durante el período de inducción, que comprende los primeros 7-14 días postrasplante, se administra la dosis más altas de inmunosupresión, para evitar el rechazo agudo. Luego, en la fase de mantenimiento a largo plazo, las dosis pueden reducirse o alterarse la combinación de fármacos, según el criterio médico y las características individuales de cada paciente. Ante el rechazo agudo del órgano, se implementa una inmunosupresión muy intensa, la misma debe ser de corta duración debido al riesgo de toxicidad. Si de esta manera la situación no se revierte, el paciente queda sujeto a un segundo trasplante renal o diálisis (Torregrosa Prats, 2004; Martín y Errasti, 2006).

Son muchos los pacientes que refieren experimentar una rápida sensación de bienestar, llevándolos a pensar falsamente que no necesitan someterse a controles médicos ni tomar la medicación asignada. Esta actitud puede traer aparejada consecuencias irreversibles. Más del 70% de los pacientes presentan rechazo celular agudo, y entre el 5 y el 10% de estos pacientes desarrollan rechazo crónico. Si bien no se dispone todavía en la actualidad del inmunosupresor ideal, en los últimos años se ha incrementado el arsenal terapéutico con fármacos más potentes y específicos y con un mejor perfil de seguridad, disminuyendo los casos de rechazo. Para garantizar el buen funcionamiento del órgano, es imprescindible educar al sujeto con respecto a los riesgos existentes de no adoptar una conducta responsable que incluya controles, tratamiento médico y medidas higiénico-dietéticas de forma permanente (Andreu Periz y Force Sanmartín, 2004; Martín y Errasti, 2006; Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011).

Complicaciones

El trasplante requiere de un seguimiento rigurosos luego de la operación debido a que pueden surgir complicaciones quirúrgicas o médicas tanto en el injerto como en el receptor (Martín y Errasti, 2006; Ubeda Aranda, 1992). Las posibilidades son:

- *Disfunción inicial del injerto.* Complicación frecuente en el inmediato postrasplante. Se trata de la ausencia de función del injerto recién implantado, se da en pacientes de alto riesgo inmunológico y en los que se recibe un órgano de donante añoso. Habitualmente se resuelve en días, pudiendo, de lo contrario, derivar en un rechazo hiperagudo.
- *Rechazo hiperagudo.* Ocurre luego de 48hs. de realizado el trasplante. La presencia de anticuerpos destruyen el riñón, siendo necesaria su extirpación.
- *Rechazo agudo.* La pérdida del injerto se produce dentro del primer año postrasplante, generalmente en los tres primeros meses. El diagnóstico se plantea ante una elevada cifra de creatinina sérica con descenso del filtrado glomerular. A pesar de las nuevas terapias inmunosupresoras, este tipo de complicación sigue siendo la principal tras el trasplante. Cuanto antes se lo trate, más probabilidades de éxito.
- *Recidiva de glomerulonefritis.* Recurrencia de la glomerulonefritis que condicionó la pérdida de la función renal. La presentación de la lesión suele relacionarse con el tiempo de evolución de la enfermedad antes de la insuficiencia renal terminal, es decir, si el curso hacia la pérdida de la función renal total fue rápido, la recidiva tiende a ser más precoz.
- *Nefropatía crónica del injerto o rechazo crónico o glomerulopatía del trasplante.* Se caracteriza por hipertensión arterial, proteinuria y deterioro progresivo de la función renal.
- *Infecciones.* Prácticamente la totalidad de infecciones que afectan al receptor de un trasplante, son debidas a la administración de inmunosupresores, los cuales al ser actualmente más selectivos en su acción, han producido un descenso en la incidencia de infecciones bacterianas, pero han aumentado las víricas. Las dos situaciones clínicas más trascendentes son la infección pulmonar y la que afecta al SNC.

- *Complicaciones cardiovasculares, hipertensión arterial, dislipemias. Neoplasias. Disfunción hepática, Diabetes mellitus. Depresión medular.* Son posibles complicaciones que pueden aparecer en el receptor de un trasplante renal, en cualquier momento postrasplante.

Ventajas y desventajas del trasplante de riñón

El trasplante de riñón, como las otras opciones de tratamiento, tiene sus ventajas y desventajas, necesarias de ser evaluadas y comprendidas. Los mayores beneficios incluyen la mejora en la calidad y estilo de vida a partir de la función normal del riñón, libertad de diálisis, menores restricciones dietéticas y mayor expectativa de vida. Como desventaja se encuentra el riesgo que implica someterse a una cirugía mayor con anestesia general, el riesgo a un potencial rechazo del órgano por parte del organismo, ya que no existe una garantía del 100% de que el cuerpo acepte el riñón trasplantado a pesar de las pruebas de compatibilidad previas, la administración ininterrumpida de la medicación inmunosupresora, los riesgos de infecciones y efectos secundarios de la misma, estrés provocado por el miedo a perder nuevamente la funcionalidad del riñón y regresar al tratamiento de diálisis o esperar un nuevo trasplante (Alcántar Vallin, 2014; National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases – NIDDK, 2015).

CAPÍTULO 2: ABORDAJE PSICOLÓGICO EN EL PACIENTE CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL

2.1 El papel de las emociones y de la psicología en la salud

Las enfermedades crónicas que precisan de un trasplante de órganos y la disponibilidad de tratamientos alternativos como la diálisis, son un fenómeno médico que se incrementa considerablemente año tras año. Cuando el riñón pierde su capacidad de funcionar de forma autónoma derivando en ERC, no se puede pensar sólo en el déficit orgánico. Es necesario dirigir la mirada a las repercusiones emocionales que se propician en el sujeto enfermo candidato a trasplante renal, quien “se ve obligado a modificar sus estilos, proyectos o expectativas de vida en función del curso de la enfermedad y de su tratamiento, lo que afecta todas las dimensiones de vida” (Mejía Lenis, 2005).

Por ello, es preciso que dicho fenómeno sea observado más allá de la habitual y singular perspectiva médica, es decir, desde un modelo multidisciplinar que se centre en una visión más amplia del sujeto: biopsicosocial, relacionado con la búsqueda de un estado de bienestar tanto físico como mental y social, y no solamente con la ausencia de enfermedad. Y para que esto pueda llevarse a cabo es necesario el apoyo de la psicología como ciencia que estudia el comportamiento humano (Moreno & Ximénez, 1996, citados por Burgos, Amador y Ballesteros, 2007; OMS, 2006).

La Psicología de la Salud tiene un papel activo en el esclarecimiento de los problemas que están relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios eficaces para la promoción de salud y la adopción de conductas preventivas. De acuerdo con esto, estimula las principales conductas, prácticas y comportamientos protectores, tales como el ejercicio físico, nutrición adecuada, reducción de consumo de sustancias tóxicas, higiene, aprendizaje de recursos personales para minimizar la acción del estrés, entre otros (Martín Alfonso, 2003).

Sin embargo, la decisión de las personas de comportarse de un modo saludable y el mantenimiento de estas conductas está relacionada con múltiples factores sociales y personales. Por lo tanto, si bien las enfermedades crónicas son multicausales, el comportamiento, las emociones y los estilos de vida van a tener una alta correlación no sólo con su desarrollo sino también con su génesis y progresión. Investigaciones permiten afirmar que variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitándolo y afectando la salud (Brannon y Feist, 2000, citados por Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011; Martín Alfonso, 2003).

Hasta los años 70, fisiólogos, médicos y biólogos consideraban que el cerebro (ramificado a lo largo del cuerpo a través del sistema nervioso central) y el sistema inmunológico eran entidades independientes e incapaces de influirse mutuamente. Luego, a partir de investigaciones que demostraban lo contrario, se dio origen a una nueva ciencia, la psiconeuroinmunología (PNI). El nombre da cuenta de la relación entre la mente (psico), el sistema neuroendócrino (neuro) que subsume al sistema nervioso y al sistema endócrino, y el sistema inmunológico (inmunología). A partir de entonces, se ha descubierto que los mensajeros químicos más activos, tanto en el cerebro como en el sistema inmunológico, se concentran en las regiones nerviosas encargadas del control de las emociones, favoreciendo la existencia de un vínculo fisiológico directo entre las emociones y el sistema inmunológico (Goleman, 2006, p. 166).

La PNI ofrece estudiar y explicar la creencia común de que la personalidad y las emociones ejercen influencia sobre la salud, posee además el potencial para desarrollar intervenciones psicológicas que puedan mejorar la inmunidad y por consiguiente modificar la predisposición al inicio y el progreso de las enfermedades tanto infecciosas como de tipo cronicodegenerativas (Martín Alfonso, 2003).

José Luis Bonet (2013), psiquiatra argentino y presidente de la Sociedad Argentina de Psiconeuroinmunoendocrinología, explica en su libro “Pine: cuerpo, cerebro y emociones” que las emociones juegan un papel esencial ya que son “respuestas transitorias fisiológicas, cognitivas, emocionales y conductuales que constituyen soluciones adaptativas críticas para la supervivencia de la especie humana”. Las per-

sonas que experimentan emociones negativas tienen un mayor riesgo de enfermedad que aquellas que vivencian emociones positivas.

El paciente que está hospitalizado o en tratamiento ambulatorio, debido a su enfermedad, puede evocar múltiples respuestas emocionales negativas, como ira, rabia, ansiedad, miedo, culpa, vergüenza, tristeza, alivio, esperanza o desmoralización (González Caro, Valencia Upegui y Bersh Toro, 2006), que constituyen factores predisponentes al distress, facilitando los cambios en el sistema inmune y estimulando conductas no saludables como tabaquismo o alcoholismo. Estas emociones están también asociadas al incremento de la mortalidad en los pacientes crónicos (Grau Abalo, 1998, citado por Martín Alfonso, 2003). Además, Goleman (1996, citado por Martín Alfonso, 2003) expresa que determinadas variables cognitivas como cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos e ideas irracionales tienen un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez generan la repercusión antes descrita. Por otro lado, comportamientos como hábitos alimentarios inadecuados, precario cuidado e higiene personal o la preocupación por la apariencia física, tienen un sentido psicológico específico para el individuo y representan factores de riesgo para la enfermedad (Martín Alfonso, 2003).

Contrariamente, la afectividad o emociones positivas, definidas como experiencia de emociones placenteras (alegría, entusiasmo, felicidad, etc.), son un factor protector para la salud. Se asocian al aumento de la supervivencia, mejor función inmune, menor riesgo de diabetes, hipertensión arterial y enfermedad coronaria, y una mejor calidad de vida en general (Bonet, 2013).

Siguiendo a Bonet (2013), existen diferentes teorías e hipótesis acerca del origen de las emociones. La mirada neurobiológica las considera como una expresión de programas heredados para actuar en situaciones específicas. De manera opuesta, la teoría cognitiva de las emociones dice que las mismas dependen de los pensamientos y no de los hechos objetivos de la realidad. Es decir, sentimos lo que pensamos y lo que interpretamos a partir de un hecho. De modo que “si podemos cambiar lo que pensamos y creemos, podremos modificar lo que sentimos”.

Para que las emociones cumplan con su función adaptativa deben tener una incidencia justa, en el momento oportuno, de forma adecuada, con un contenido pertinente y ser de una intensidad conveniente. Por ello, necesitan un proceso de regulación, frenado o modulación que preserve su rol adaptativo, crucial en el bienestar del paciente.

A pesar de que la mayoría de los médicos siguen mostrándose renuentes a aceptar la relevancia de las investigaciones y la relación estrecha entre el sistema inmunológico y la mente, hay cada vez más información que subraya la importancia clínica de las emociones. De aquí la necesidad de contar en el plano médico con un equipo multidisciplinario que involucre activamente la participación del psicólogo como pieza fundamental para el desarrollo y fortalecimiento de emociones positivas que conduzcan a comportamientos favorecedores tanto de la salud física como mental.

Diversa son las modalidades psicoterapéuticas disponibles para el tratamiento de pacientes con enfermedades médico-quirúrgicas. Basándose en el paradigma de la Psicología de la Salud, se plantea que la intervención del psicólogo no quede acotada al método psicoanalítico tradicional y preponderante, ni a las estructuras psicopatológicas clásicas, sino en la posibilidad de generar un dispositivo de trabajo que se adapte a la singularidad del paciente, focalizado en su problemática actual, atendiendo al abanico de emociones potenciales que caracterizan al proceso de trasplante, y desarrollando estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento y, por consecuencia, su calidad de vida, sin la necesidad de caer y depender de la asociación libre y la interpretación psicoanalítica propiamente dicha.

2.2 Evaluación psicológica del candidato a trasplante renal

No todas las personas con ERC en estadio terminal cumplen con los requisitos para convertirse en candidatos e ingresar en la lista de espera de un órgano renal. Primero, es preciso establecer las condiciones médicas, psicológicas, sociales y nutricionales de los pacientes.

La evaluación psicológica no es utilizada mundialmente y las técnicas de la misma no están estandarizadas. Sin embargo, es necesario que se establezca como condición sine qua non previa al trasplante

con el fin de establecer las condiciones y características del paciente que lo hacen apto para incluir la lista de espera. Muchos pacientes presentan aspectos de la salud mental, como trastornos psiquiátricos o psicológicos activos, que son considerados contraindicaciones absolutas.

La psicóloga de la unidad de diálisis y trasplante del hospital universitario San Vicente en Colombia, Mejía Lenis (2005), y los nefrólogos mexicanos Cuéllar Gonzáles y Correa Rotter (2005), recomiendan que la evaluación psicológica previa al trasplante haga hincapié en los siguientes aspectos:

- *Nivel previo de adhesión a tratamientos.* Tiene como objetivo evaluar el compromiso que el paciente tendrá con su tratamiento una vez trasplantado. De ser bajo, es preciso trabajar este aspecto antes de la intervención quirúrgica para favorecer la toma de conciencia acerca de las posibles consecuencias que trae aparejado el no seguir con las indicaciones y prescripciones médicas, ya que el incumplimiento es una de las causas más frecuentes de rechazo del órgano trasplantado.
- *Estado psicológico actual.* Valorar el equilibrio psíquico del paciente, descartar enfermedades mentales graves, evaluar su comprensión acerca del complejo proceso al que va a someterse, sus condiciones y restricciones tanto antes como después del trasplante. En el caso de alteraciones psíquicas es necesario establecer si son causales de exclusión o si se requiere de una intervención capaz de revertir las condiciones.
- *Antecedentes psicopatológicos.* Permite conocer la estructura psicológica del paciente y hacer un pronóstico de los posibles factores que pueden afectarlo y conocer los mecanismos con los que cuenta para afrontarlos. Algunas enfermedades psicopatológicas severas pueden considerar al sujeto no apto para trasplante.
- *Estructura de personalidad.* Apoyarse en pruebas de personalidad diagnósticas y estandarizadas mundialmente. Las estructuras psicopatológicas de personalidad tienden a manifestarse con mayor fuerza después del trasplante y son los casos de peor pronóstico.
- *Existencia de adicciones.* Se considera una contraindicación absoluta a menos que pueda demostrarse que el paciente lleva el menos 6 meses sin la adicción.
- *Grado de comprensión y aceptación de la enfermedad y de la terapia de reemplazo.* Cuanto mayor sea éste mayor será el nivel de adhesión al tratamiento, lo que favorecerá la calidad de vida del paciente. El deseo de trasplante puede traer motivaciones y expectativas ocultas aparejadas; muchos sujetos creen que de esta manera podrán escapar de la realidad que viven, dejando atrás los tratamientos médicos y recuperando la vida normal que tenían antes de enfermar. El grado de comprensión y aceptación estará influido por procesos de pensamiento y capacidades neuropsicológicas del sujeto, así como por sus características educativas y culturales. Es responsabilidad de todo el equipo de salud determinar la viabilidad del trasplante en estos casos.
- *Motivación para el trasplante y relación con el donante.* En el trasplante de riñón es habitual la donación intrafamiliar, por lo que donar o recibir un órgano debe ser un acto altruista y sin intereses secundarios. En ocasiones, el receptor no acepta la donación libre y voluntaria de su familiar con el fin de no producirle un daño no intencionado. Esta situación generalmente se da en padres (receptor) que no quieren aceptar la donación de parte de un hijo compatible por temor a que éste padezca de complicaciones renales en el futuro (teniendo en cuenta que la herencia es uno de los factores que aumentan la posibilidad de desarrollar ERC).

“En conclusión, es importante esclarecer si existen aspectos premórbidos que puedan expresarse con posterioridad al trasplante, prevenir sus consecuencias o definir si representan contraindicación para tal procedimiento” (Mejía Lenis, 2005). La correcta evaluación es fundamental para el éxito del trasplante.

2.3 Intervención psicológica con el enfermo renal crónico terminal

Sin embargo, las acciones de evaluación no deben ser la única intervención a la que esté abocado el psicólogo. Una vez detectados los problemas conductuales, cognitivos, actitudinales o relacionales, que

representan riesgos relativos y potenciales a la evolución satisfactoria del trasplante, se debe realizar la intervención correspondiente con la persona enferma a lo largo de todo el proceso de trasplante (Gómez Rojas, 2007). Remur, Aranz y Ulla (2003, citados por Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011) explican que el mismo puede dividirse en 4 momentos:

- La evaluación psicológica antes descrita para la inclusión en lista de espera.
- Período de acompañamiento y seguimiento en el tiempo pre-quirúrgico.
- Post-trasplante inmediato y tardío.

2.3.1 Pre-Trasplante

El paciente que acaba de ser diagnosticado con ERC terminal (ERCT) e ingresa al período de espera del órgano necesitado experimenta una inmensa tensión emocional (Gómez Rojas, 2007). La subjetivación de la sintomatología orgánica que se presenta como una urgencia vital, constituye un elemento clave que va a relacionarse con la actitud que la persona asuma ante la enfermedad. El acompañamiento psicológico en esta etapa pre-trasplante, indagará y trabajará sobre los estados afectivos, volitivos y cognitivos del sujeto, asegurando que los mismos no pongan en riesgo su permanencia en la lista de espera, sino que contribuyan a mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente incrementando el éxito inmediato y a largo plazo del trasplante (Nieves, Jiménez, Romero y Achón, 2011).

En el estadio final de la ERC, el funcionamiento físico general comienza a alterarse y el sujeto debe iniciar modificaciones, a veces radicales, en sus hábitos de vida: alimentación, actividades, trabajo, entre otros, experimentando diferentes sentimientos de pérdida. White y Grenyer (1999) identificaron, de manera general, las pérdidas del paciente renal y establecieron una jerarquía.

1. Salud
2. Libertad
3. Imagen corporal
4. Hábitos diarios
5. Autonomía
6. Autoestima
7. Bienestar físico
8. Rol familiar
9. Rol como pareja
10. Sexualidad
11. Trabajo
12. Tiempo libre
13. Vida comunitaria
14. Sueños y aspiraciones
15. Estilo de vida
16. Capacidad de elegir

Como consecuencia de estas pérdidas aparece el proceso de duelo por haber dejado de tener un organismo sano. Es preciso realizar un trabajo que permita aceptar la nueva condición de enfermo y las limitaciones y modificaciones que de ello se deriva. La elaboración psicoterapéutica del duelo posibilitará que el paciente pueda pensarse en una nueva instancia de su vida, aceptar aquello que ya no puede hacer o emprender y proyectarse desde sus deseos a partir de sus posibilidades físicas y psíquicas hacia nuevos emprendimientos. Entre ellos, cobrará relevancia la posibilidad de un futuro trasplante (Kersner, 2000).

Elisabeth Kübler-Ross (1989), psiquiatra pionera en la investigación acerca de las experiencias cercanas a la muerte, describió un modelo de 5 etapas por las que pasa todo enfermo terminal, que, asimismo, ocurren desde el momento en que el paciente recibe el diagnóstico de ERCT. No necesariamente se dan en el orden que se describen y el sujeto puede volver a una etapa por la cual ya atravesó (citada por Kersner, 2000; Gracia Guillén, 2007; Nieves et al., 2011).

1. La primera etapa es de *negación y aislamiento*. El paciente no acepta el diagnóstico o lo hace de forma parcial. Al recibir información compleja por parte del médico, escuchará <<lo que pueda

escuchar>>, ya que interiorizar todo lo que el profesional dice conduce a la posibilidad de pensar en la muerte (Kersner, 2000).

La negación en varias oportunidades surge como respuesta adaptativa para evitar el estrés del proceso de trasplante. Muchas veces el paciente no se siente enfermo y empieza a cuestionarse si realmente necesita un trasplante para continuar viviendo; ésta sensación de bienestar aparente se da debido a que el organismo compensa la enfermedad presente que ha permanecido latente y sin síntomas visibles (Parr y Mize, 2002).

Elaborar un duelo correctamente implica atravesar un duro camino de dolor y no huir de ello. Ponerse una venda en los ojos para negar la realidad, puede entenderse como una reacción normal en el inicio del duelo, pero cuando ésta queda fijada como medio de negación permanente, puede llevar sin duda a comportamientos desadaptativos como el incumplimiento de los regímenes médicos, amenazas de abandono de la lista de espera y negación a aceptar la posibilidad de complicaciones o de malos resultados (Alarcón, 2004, citado por Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011; Navarro Serer, 2006).

2. En segundo lugar se halla la *Ira*. La hostilidad y la agresión pasiva o activa contra médicos o círculo social se manifiestan ante la pregunta “¿Por qué a mí?”. El paciente tiene la vivencia de estar padeciendo una injusticia que podría conducirle a la muerte y proyecta su ira en aquellos que lo rodean (Kersner, 2000; Ramírez, 2007). Esta fase va a caracterizarse por una dificultad en el pensamiento racional que puede impedir la adecuada toma de decisiones. El sujeto empieza a sentir que pierde el control sobre su propia vida y en el intento de recuperar la libertad perdida puede adoptar conductas que desafían las pautas e indicaciones médicas.
3. La etapa de *negociación* aparece como una tentativa de negociar la realidad. El sujeto busca establecer pactos con Dios, el médico o la vida del tipo “si me dejas vivir para ver la graduación de mi hija, yo aceptaré mi suerte en la vida” o “cambiaré mi estilo de vida” cuando las promesas que realiza se asocian con sentimientos de culpa (Kersner, 2000; Ramírez, 2007).

La negociación es una conducta defensiva que trata de evitar lo inevitable y no debe confundirse con la aceptación, ya que el sujeto lo que busca es no tener la enfermedad, pretende la restitución de la salud a cambio de buena conducta. “Estos pactos representan el conocimiento de que el tiempo es limitado y la vida es finita” (Ramírez, 2007).

4. La cuarta etapa es la *depresión*. La organización psíquica del sujeto se debilita y sentimientos negativos de vacío, impotencia, culpa, inutilidad aparecen como consecuencia de conocerse enfermo (Kersner, 2000). En los enfermos crónicos, la depresión suele aparecer como reactivo ante la enfermedad, por ello es importante hacer un diagnóstico diferencial para asegurarse de que la patología no sea preexistente, lo cual podría ser una contraindicación absoluta para el trasplante.
5. La quinta y última etapa es la *aceptación*. En los paciente con ERCT, la aceptación no es aceptación de la muerte como plantea Kübler-Ross en su modelo, sino que “se trata de un aceptación de la vida, que incluye la esperanza de un futuro trasplante” (Kersner, 2000). Si bien el sujeto se encuentra en una etapa terminal de la enfermedad crónica, esto no significa que deba resignarse a la pérdida de salud, tratamientos alternativos como la diálisis y el trasplante le permiten pensar en una vida a futuro.

El trabajo psicoterapéutico debe apuntar a facilitar la aceptación de la enfermedad como parte de la realidad. A la par se irá rescatando la subjetividad de la persona, la cual no es sinónimo de riñón enfermo sino que “es un sujeto con historia, proyectos y un entramado de vínculos que hay que buscar y traerlos nuevamente para que pueda sostenerse desde allí” (Kersner, 2000). El ideal es que el sujeto no reduzca la totalidad de su existencia a la enfermedad que lo aqueja sino que pueda llevar adelante una vida lo más parecida posible a la que tenía antes de recibir el diagnóstico, sin olvidar la importancia de cumplir estrictamente con las indicaciones médicas del tratamiento para poder llegar al trasplante en óptimas condiciones.

Por lo tanto, esta etapa incluye no solamente la aceptación de la enfermedad sino también la aceptación de que la vida futura es posible únicamente si se adopta un nuevo estilo de vida que incluye dietas específicas, controles médicos, comportamientos saludables y administración de inmunosupresores, tanto antes como después del trasplante. Para tener éxito, es preciso que la aceptación se convierta en un compromiso de por vida.

Así mismo, la aceptación del hecho de estar enfermo, sus consecuencias y deberes van a estar ligados directamente con la *adherencia terapéutica*. Con ella se hace referencia al repertorio comportamental del sujeto que está modulado por componentes subjetivos, es decir que la conducta que el paciente presentará a la hora de cumplir con el tratamiento médico estará mediada por su sistema de creencias y conocimientos sobre su enfermedad, su motivación para recuperar la salud, sus actitudes y su voluntad (Martín Alfonso y Grau Abalo, 2004).

El término adherencia implica la participación activa y voluntaria del paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud, cuyo fin es producir el resultado terapéutico deseado: que la enfermedad no progrese, favorecer el control sobre la misma, evitar las complicaciones y prolongar la vida (Martín Alfonso y Grau Abalo, 2004).

INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN LA SALUD Y RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

A la preparación para la intervención quirúrgica, que constituye un gran factor de estrés por sí sola, hay que adicionarle, en el caso de los pacientes en lista de espera para un trasplante renal, el estrés derivado de las sesiones de diálisis a la que se someten diariamente.

El estrés es un término ambiguo que presenta varias connotaciones. Como respuesta adaptativa ante una situación de peligro, el estrés supone ser una ventaja en sí mismo, pero cuando aparece de forma frecuente, intensa o duradera, se torna perjudicial.

Desde una perspectiva fisiológica, el concepto de estrés fue introducido por el médico Hans Selye (1936) en lo que denominó Síndrome de Adaptación General (SAG). Lo caracterizó como una respuesta fisiológica inespecífica que se produce en el organismo ante una demanda externa o interna que supone una amenaza para el equilibrio de la persona. Ante la agresión del estímulo, el organismo buscará adaptarse por medio de 3 fases: (1) reacción de alarma al contacto con el factor estresante provocando la activación del sistema nervioso simpático; (2) resistencia frente a la permanencia del factor estresante generando procesos fisiológicos, bioquímicos, hormonales (las glándulas adrenales secretan adrenalina y cortisol) con el propósito de restaurar la homeostasis; (3) agotamiento luego de prolongados y fallidos esfuerzos del organismo por librarse del factor estresante, quedando frágil y propenso a contraer enfermedades (Rudnicki, 2006).

Las teorías centradas en la respuesta, como el SAG de Selye, describen y miden reacciones físicas que suelen presentarse en condiciones estresantes, sin embargo, resultados investigativos han demostrado que situaciones consideradas estresantes no generan estrés en todas las personas, y éstas no reaccionan de la misma manera frente a un estímulo estresor (Gómez Ortiz, 2005).

El psicólogo Richard Lazarus y su colaboradora Susan Folkman (1984), desarrollaron una teoría sobre el estrés y las emociones, apoyándose en la idea que de el estrés no es un estado sino un proceso de interacción (transaccional) entre el sujeto y su entorno. Para ellos, el factor principal de la respuesta emocional del estrés es de naturaleza cognitiva: la fuente de estrés no es el acontecimiento en sí mismo, sino la interpretación que el sujeto hace de este. En respuesta a un estímulo externo o interno de naturaleza estresante (como lo es el diagnóstico de enfermedades terminales), el sujeto evalúa cognitivamente la posible amenaza que ese evento representa (appraisal primario) y los recursos personales con los que cuenta para afrontar dicha demanda (appraisal secundario). Este proceso cognitivo primario y secundario determinará la forma e intensidad de la reacción emotiva de la persona, el estrés sólo aparecerá si el sujeto valora la situación como negativa y se siente incapaz de hacerle frente con sus recursos. Cabe destacar que esta respuesta tendrá variaciones según los rasgos de personalidad, auto-eficacia percibida, experiencia previa con el estímulo estresante, nivel de soporte social, estilos de afrontamiento y disponibilidad económica. (Moreno Sánchez, 2007; Moscoso, 2009).

Estudios en psiconeuroinmunoendocrinología muestran una nueva visión acerca del estrés. El cerebro es el órgano central de la respuesta fisiológica, psicológica y comportamental del estrés. La percepción emocional/cognitiva que el individuo realiza sobre el estímulo estresor es elaborado en el lóbulo frontal del cerebro, determinando lo que es estresante. Cuando la respuesta del estrés se transforma en un proceso crónico, se da comienzo a un estado de distrés emocional que provoca una alteración de los ejes neuroendócrinos (corticoesteroides y catecolaminas) repercutiendo en el sistema inmune. Estos cuatro sistemas están organizados para proteger al organismo manteniendo la homeostasis durante una situación aguda de estrés. Sin embargo, durante la experiencia de estrés crónico, estos mismos sistemas contribuyen al desbalance bioquímico (Moscoso, 2009).

Este nuevo paradigma del estrés toma en consideración el comportamiento del sujeto como resultado de la interacción entre su estilo de vida y el medio ambiente. Ambos factores son mediadores y moduladores en el proceso de cronicidad del estrés percibido. El comportamiento puede favorecer a la reducción del estrés a partir de la puesta en práctica de un estilo de vida saludable. Contrariamente comportamientos desadaptativos contribuyen a experimentar un mayor nivel de estrés y desarrollar un patrón conductual caracterizado por reacciones emocionales y síntomas de distrés (Epel, Lapidus y McEwen, 2000, citados por Moscoso, 2009).

El enfermo renal crónico percibe desde las etapas iniciales, cuando recibe el diagnóstico, comienza el tratamiento de diálisis y/o ingresa a la lista de espera del trasplante, una sensación de amenaza contra su integridad. En consecuencia, estudios han determinado cuáles son los acontecimientos que generan estrés en los enfermos renales: los tiempos de espera, las restricciones en la dieta, los trastornos sexuales, los cambios en las relaciones sociales y familiares, el deterioro de la imagen y la situación laboral y económica concentran la mayoría de las respuestas disfuncionales de los pacientes (Pérez Domínguez et al, 2011).

El estrés también afecta la calidad de vida del sujeto, el afrontamiento que se haga de esta condición es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar la enfermedad en la persona, ya que este puede mediar, aminorar o amortiguar los efectos del estrés. El paciente deberá afrontar la enfermedad crónica como un proceso de autorregulación ante la adversidad. El afrontamiento es considerado como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se realizan con el objetivo de reducir, dominar o tolerar las demandas internas y externas generadas por el evento estresante que excede la capacidad del individuo (Lazarus y Folkman, 1986, citados por Cassaretto y Paredes, 2006).

El afrontamiento está enlazado con las emociones que el sujeto experimenta en un determinado contexto y dependerá de sus valores, metas y creencias (Acosta Hernández, Chaparro López y Rey Anacona, 2008). Las respuestas de afrontamiento son agrupadas en dos categorías, los estilos y las estrategias de afrontamiento. Los estilos de afrontamiento son tendencias generales y habituales para hacer frente a situaciones adversas sin importar las características del evento estresante o las demandas que impone el ambiente. Son constantes y están determinadas por la personalidad de la persona, pues caracterizan un modo particular de actuar. Las estrategias de afrontamiento se caracterizan por ser cambiantes según las condiciones desencadenantes, son los intentos cognitivos, afectivos y/o conductuales usados para enfrentar al estresor.

Entre las múltiples categorías para clasificar las estrategias se encuentran el afrontamiento de aproximación y el afrontamiento de evitación. En la primera, las respuestas se orientan hacia acciones activas de vigilancia, atención hacia el problema y manejo de las emociones negativas, favoreciendo la adaptación a la nueva condición de enfermo y reduciendo el estrés. En la segunda, las acciones son pasivas, buscan alejarse de la amenaza, incluyen conductas de abandono y la mala gestión de las emociones negativas se asocia al desarrollo de depresión y ansiedad (Acosta Hernández et al., 2008; Cassaretto y Paredes, 2006; Retana, Barañano y Rotaeché, 2013).

Para prevenir y controlar los efectos nocivos del estrés crónico sobre la salud, el trabajo con estos pacientes deberá orientarse a un conocimiento sobre los procesos que caracterizan los estados de estrés para poder modificar la valoración negativa de las situaciones que percibe como estresantes, y desarrollar o fortalecer los recursos de los que dispone para afrontarlas. La intervención terapéutica también deberá propiciar la búsqueda de estados y acciones saludables que reduzcan las conductas desadaptativas, y las prácticas de relajación que mejoren las condiciones emocionales de los pacientes enfermos.

En la actualidad, una de las técnicas de reducción del estrés más valoradas mundialmente es el Mindfulness. Su difusor, el Dr. Jon Kabat-Zinn (2003), expone que mindfulness o meditación de atención plena proviene de las enseñanzas de Buddha en Asia. Tiene que ver con cualidades particulares de atención y conciencia que pueden ser cultivadas y desarrolladas a través de la meditación. La definición del concepto hace referencia a la conciencia que emerge del prestar atención intencionalmente, en el momento presente, y sin emitir juicios de valor acerca de la experiencia que va desplegándose momento a momento.

La práctica de la atención plena consiste en entrenar, tanto dentro de la sesión de meditación como fuera de ella, la habilidad de observar cuidadosa y claramente los fenómenos que entran en el campo de atención de la persona, es decir percepciones, sensaciones, pensamientos, emociones, sin juzgarlos como si fuesen hechos indiscutibles bueno-malo, positivo-negativo, sano-enfermo, deseable o indeseable (Baer, 2003), pudiendo así evaluar con mayor amplitud cada circunstancia vivida para poder responder creativa y efectivamente, en vez de reaccionar automáticamente desde sus patrones habituales (Segal, Teasdale y Williams, 2002, citados por Brito Pons, 2011). El fin es obtener un mayor control voluntario sobre los procesos mentales, apuntando hacia el desarrollo de estados óptimos de conciencia y bienestar psicológico (Walsh y Vaughan, 1993, citados por Brito Pons, 2011).

Kabat-Zin (2005) explica que un sujeto puede ser más resistente al estrés si desarrolla recursos adecuados y mejora su bienestar físico y psicológico en general, por ejemplo por medio de la meditación. La palabra recursos hace referencia a una combinación externa e interna de apoyo y fuerza que ayuda a la persona a hacer frente a las nuevas y cambiantes experiencias. El apoyo de los miembros de la familia, amigos y grupos de interés son ejemplos de recursos externos que pueden ayudar a amortiguar la experiencia de estrés. Los recursos internos incluyen las creencias acerca de la habilidad que se tiene para manejar la adversidad, la auto-valoración, las perspectivas de cambio, las creencias religiosas, los niveles de resistencia al estrés, el sentido de coherencia y confianza propia. Todos estos aspectos pueden ser reforzados a través de la práctica de mindfulness, como quedó demostrado a través del entrenamiento en atención plena que propició a un grupo de enfermos crónicos, los cuales, luego de 10 semanas, redujeron significativamente la percepción de dolor, imagen corporal negativa, inactividad, síntomas físicos y psicológicos, incluyendo ansiedad y depresión (Kabat-Zinn, Lipworth, Burney, 1985).

MANIFESTACIONES PSICOPATOLOGIAS PRETRASPLANTE

En los pacientes con ERC, debido al alto nivel de uremia en sangre, se observa previo al ingreso al tratamiento dialítico un estado afectivo denominado *estado psíquico de uremia terminal*. Este trastorno psicológico incluye déficit en la capacidad de concentración, apatía, insomnio, irritabilidad, agitación, tristeza, pena, ansiedad, disminución del interés sexual y cambios de personalidad que pueden llegar incluso a cuadros psicóticos (Hidalgo, 1997).

Los efectos cognitivos-intelectuales que ocurren como consecuencia del síndrome urémico (deterioro en la capacidad de solución de problemas psicomotores, déficit de atención, concentración y memoria, disminución de la capacidad de abstracción, lentitud verbal, lentificación del pensamiento y falta de flexibilidad) se revierten una vez iniciado el tratamiento pero no vuelven a alcanzar el nivel previo a la enfermedad (Hidalgo, 1997).

La depresión y los trastornos de ansiedad son las alteraciones psiquiátricas más comunes en pacientes con ERCT (Alarcón, 2004; Hidalgo, 1997).

Siguiendo la línea de interdependencia entre el estrés y las emociones, la depresión y la ansiedad son consideradas respuestas emocionales ante el estrés. Lazarus (2000, citado por González Ramírez y Landero Hernández, 2006) explica que ante la experiencia abrumadora de una gran pérdida, se generan demandas superiores a los recursos que posee la persona para hacerle frente, la cuál queda indefensa y propensa a desarrollar un trastorno depresivo, o sentimientos de pánico o desesperanza. Respecto a la ansiedad, el mismo autor indica que es una emoción propia del estrés, “y es más propensa a aparecer y a ser intensificada cuando la persona no confía en su propia capacidad para manejar el mundo con efectividad (autoeficacia)”.

Ambos trastornos deben ser identificados y tratados precozmente, ya que su aparición puede tener diversos efectos sobre los resultados del trasplante y eleva las tasas de morbilidad dado que influyen negativamente sobre las emociones del paciente, fundamentales para su recuperación (Alarcón, 2004).

TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO

La depresión es el aspecto psicopatológico más frecuente en pacientes con enfermedades crónicas y el de mayor incidencia entre los pacientes pre-trasplantados y en post-trasplantados. Abarca un conjunto de síntomas fisiológicos, anímicos, motivacionales, comportamentales, cognitivos e interpersonales (Alarcón, 2004; Mejía Lenis, 2005).

De acuerdo con los criterios de la American Psychiatric Association (APA), consignados en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (2013), se establece que un trastorno depresivo mayor (TDM) se diagnostica cuando el sujeto presenta un cambio respecto a su funcionamiento previo, experimentando un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o placer, durante por lo menos 2 semanas, acompañado de cinco o más síntomas de un grupo de nueve: (1) el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días; (2) una marcada disminución del interés o placer en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi cada día; (3) una pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días; (4) insomnio o hipersomnia; (5) fatiga o pérdida de energía casi todos los días; (6) agitación o enlentecimiento psicomotores; (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes); (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión y (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte) incluyendo la ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Los trastornos del sueño, la pérdida del apetito y del deseo sexual, los vómitos, entre otros, son síntomas asociados a la enfermedad de base. Al mismo tiempo, la depresión puede aparecer también como respuesta adaptativa al duelo, y, como se enumeró previamente, los pacientes con ERCT sufren múltiples pérdidas: salud, rol familiar y laboral, habilidades físicas, etc. Ambos escenarios complican el diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes (Alarcón, 2004; Christensen y Ehlers, 2002; Mejía Lenis, 2005).

Según el psiquiatra Alarcón (2004), para realizar el diagnóstico diferencial se requiere de un sustentado juicio clínico y basta experiencia profesional para poder identificar los aspectos propios del deterioro físico y cognitivo producido por el síndrome urémico característicos de los pacientes con ERC, así como las reacciones normales o patológicas consecuencia de los duelos por los que atraviesa el paciente. Al respecto, Mejía Lenis (2005) agrega que "quizá los síntomas que más discriminan un TDM sean los cognitivos". En primer lugar, los pacientes experimentan más que tristeza permanente. Además otras señales se presentan, como el llanto fácil, la anhedonia, desesperanza, poca valoración personal con sentimientos de misvalía, culpa inapropiada o excesiva, preocupación con pensamientos sobre la muerte e ideación suicida. La falta de placer es común en pacientes cuyas actividades empiezan a estar limitadas debido al deterioro de su salud, pero este indicativo suele estar asociado a la falta de interés o placer en los momentos que se comparten con familiares y amigos. La culpa se manifiesta frecuentemente a través de comentarios negativos sobre sí mismo como "mi enfermedad es un castigo, no sirvo para nada, soy una carga para mi familia" (Alarcón, 2004; Christensen y Ehlers, 2002).

Por otro lado, los síntomas vegetativos de depresión (fatiga, insomnio, anorexia) van a ser útiles al diagnóstico si su aparición coincide con el inicio del ánimo depresivo o de la anhedonia. Y finalmente, es importante consultar acerca de antecedentes familiares de depresión, suicidio o alcoholismo, razones que aumentan la posibilidad de padecer el trastorno (Crone y Wise, 1999, citados por Alarcón, 2004).

La depresión va a afectar todos los niveles del proceso de trasplante, complicando la evolución y desarrollo de la enfermedad. Los pacientes deprimidos no se adhieren al tratamiento completamente: la falta de motivación genera ausencias en las sesiones de diálisis, las conductas de autocuidado disminuyen (se alimentan mal y duermen menos), se alteran las relaciones interpersonales y afectivas, y generalmente se perciben a sí mismos como abandonados, alegando que la enfermedad ha afectado su calidad de vida de manera significativa. Los pacientes con ERCT que están deprimidos pueden cometer suicidio de manera directa o indirecta, suspendiendo la terapia inmunosupresora como forma de precipitar

la falla del órgano y con ello la muerte. Todos estos factores incrementan la asociación entre depresión y mortalidad en pacientes que se encuentran realizando un tratamiento sustitutivo de la función renal (Hill y Christensen 1989, citados por Pérez Domínguez et al., 2011).

Por otro lado, investigaciones han demostrado que cuando un paciente se deprime el funcionamiento de su inmunidad celular empieza a disminuir. Se produce la actividad anormal del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal –parte esencial del sistema neuroendocrino que controla las reacciones al estrés, regula el sistema inmune, las emociones, la conducta sexual y el metabolismo energético– con exceso o déficit de cortisol; la actividad anormal del eje tiroideo con disminución del mecanismo de alimentación, reparación y sobrevida cerebral; y el déficit en el proceso de recompensa, que interfiere en el mecanismo por el cual se tienen las experiencias de placer, de ahí la anhedonia o posibilidad de sentir placer. Estas alteraciones endócrino-inmunológicas predisponen al sujeto enfermo a desarrollar infecciones, neoplasias o alteraciones autoinmunes (Alarcón, 2004; Bonet, 2013; Navas y Zapata, 2009; Ramos Linares, Rivero Burón, Piqueras Rodríguez, García López y Oblitas Guadalupe, 2008).

Es importante mantener un seguimiento constante de los niveles de depresión del paciente con ERCT. Esta manifestación psicopatológica puede considerarse muchas veces como una reacción normal ante la enfermedad crónica pero es preciso establecer a tiempo el diagnóstico diferencial de depresión y comenzar el tratamiento psicoterapéutico apropiado, el cual puede incluir una intervención farmacológica de ser necesario. Dicho tratamiento debe ser diseñado en base a las características clínicas, personales y sociales de cada paciente. Otro aspecto a destacar es la necesidad de brindar psicoeducación tanto al paciente como a sus familiares sobre la depresión y sus características, resaltando la importancia de la consulta temprana.

TRASTORNO DE ANSIEDAD

El DSM-V (2013) establece que los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Los trastornos de ansiedad se van a diferenciar del miedo o de la ansiedad normal por ser excesivos o persistentes.

La ansiedad aparece ante la sensación de no contar con los recursos necesarios para afrontar la situación demandante, provocando una respuesta desproporcionada a la que sería de esperar en condiciones normales (Vargas Mendoza y Hernández Ramírez, 2011).

Dentro de los síntomas típicos que suelen observarse en este cuadro se encuentran indicios fisiológicos como palpitaciones, opresión en el pecho y dificultad para respirar, aceleración del ritmo cardíaco, temblor, sudoración excesiva, tensión muscular e insomnio; cognitivos tales como preocupaciones asociadas a sensación de amenaza o temor a la propia muerte; comportamentales caracterizados por el escape o la evitación; y malestar emocional (Mejía Lenis, 2005).

El paciente con ERC se enfrenta a múltiples situaciones que le producen ansiedad a lo largo del tratamiento, tanto antes como después del trasplante. Guendelman y Hoffman (1991, citados por Hidalgo, 1997) enumeran las principales causas de tensión y ansiedad en el enfermo renal:

- *Dependencia*: la máquina de diálisis y el equipo de profesionales que lo conectan a ella son la razón por la que el paciente sobrevive a su enfermedad. La permanente recurrencia al centro de tratamiento y el continuo cuidado de la fístula dialítica coartan la libertad del sujeto. Al mismo tiempo, conectarse a una máquina y observar el proceso de extracción y retorno de la sangre al cuerpo es una experiencia extraña ante la que surgen interrogantes llenos de ansiedad, tales como ¿qué pasa si la máquina falla? ¿y si se corta la electricidad y la sangre no puede retornar al cuerpo?.
- *Restricciones dietéticas*: la indicación de llevar una dieta baja en proteínas, la prohibición de consumir alimentos ricos en la sal, potasio, fósforo y otros electrolitos, y la severa restricción de ingesta de líquidos son las razones más frecuentes de estrés. No seguir estas pautas tiene consecuencias inmediatas y potencialmente letales.

- *Incertidumbre de la supervivencia*: en esta enfermedad la expectativa de vida del paciente es imposible de predecir, por lo que debe aprender a vivir permanentemente con la posibilidad de muerte. El fallecimiento de los compañeros de diálisis o el rechazo del órgano de aquellos que lo recibieron, aumentan los niveles de ansiedad del sujeto.
- *Múltiples pérdidas* enumeradas anteriormente. Sentimiento de pérdida de control general en todos los ámbitos de la vida del paciente.
- *Deterioro del funcionamiento sexual*: en las mujeres hay alteraciones del ciclo menstrual, disminución de la libido y de la fertilidad. En los hombres se observa disfunción gonadal, impotencia y disminución del deseo sexual. Estas dificultades sexuales más la cesación de la función urinaria, son factores estresantes. Si bien estas disfunciones tienen una causa orgánica, pueden mantenerse o agravarse por factores psicológicos.
- *Dificultades económicas*: además de los gastos en la salud, el enfermo muchas veces debe cesar su actividad laboral, afectando no sólo el campo social sino también el económico.
- *Espera del trasplante*: incluir la lista de espera genera diferentes ansiedades relacionadas con el futuro incierto, ¿cuánto tiempo deberé aguardar? ¿llegará un órgano a tiempo o moriré antes?, ¿alguien morirá para salvarme?, entre otras.

Los pacientes diagnosticados con ERC deben recibir completa información acerca de su nueva condición. El personal médico debe responder a todas las preguntas que surjan por parte del paciente y sus familiares, brindando seguridad y confianza. Está demostrado que la falta de información genera incertidumbre y ansiedad. Desconocer la enfermedad, su tratamiento y la dieta pertinente provoca incumplimientos y transgresiones que pueden significar la exclusión de la lista de espera para el trasplante. Al mismo tiempo, la sobreinformación puede aumentar los temores y miedos, por lo que es necesario que el equipo tratante perciba las necesidades de cada paciente y pueda responder a las demandas personales (Hidalgo, 1997).

Es fundamental el apoyo emocional por parte de la comunidad terapéutica, en especial del psicólogo que lleva adelante el acompañamiento psicoterapéutico del paciente. Poder hablar de lo que ocurre, expresar sentimientos, sentirse escuchado y recibir una explicación comprensible acerca de lo que le ocurre, disminuye los niveles de ansiedad experimentados por el sujeto enfermo. La transmisión de seguridad y el refuerzo de los recursos permiten responder de manera adecuada a los estímulos amenazantes que causan ansiedad (Vargas Mendoza y Hernández Ramírez, 2011).

Las técnicas derivadas de la terapia cognitivo-conductual ayuda a los enfermos a identificar, elaborar y modificar los pensamientos que les generan ansiedad, al mismo tiempo que los instruye en cómo reaccionar adecuadamente a las situaciones estresantes. Los enfoques modernos como el mindfulness, biofeedback e imaginación ayudan al paciente a recuperar la sensación de control perdida (Vargas Mendoza y Hernández Ramírez, 2011). “Se procura que el paciente dirija su acción hacia metas razonable guiadas por sus propios valores, de manera que, en lugar de quedar atrapado en su sufrimiento, adquiera flexibilidad y se muestre activo” (Hayes y Batten, 2000, citados por Vargas Mendoza y Hernández Ramírez, 2011).

TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

Es importante establecer un diagnóstico diferencial en el paciente con ERCT, estableciendo si el trastorno de ansiedad o de depresión es preexistente o emerge como una respuesta desadaptativa a la tensión de tener una afección médica.

En el trastorno de adaptación, los síntomas de depresión o ansiedad están típicamente relacionados con el afrontamiento del estrés que genera el hecho de padecer una enfermedad, mientras que en el trastorno de depresión o de ansiedad debido a otra afección médica, los individuos son más propensos a tener síntomas físicos prominentes y a que el centro de las preocupaciones no sea el estrés debido a la enfermedad en sí (DSM-V, 2013).

Los síntomas emocionales y comportamentales tanto depresivos como ansiosos van a exceder lo esperable luego del evento estresante, provocando un significativo deterioro del funcionamiento social y laboral. El tratamiento de este trastorno es básicamente psicoterapéutico, “los pacientes suelen superarlo si reciben apoyo y asesoría psicológica adecuada y oportuna”; de lo contrario podría convertirse en lo suficientemente grave como para convertirse en un trastorno depresivo o de ansiedad propiamente dicho (Mejía Lenis, 2005; Vargas Mendoza y Hernández Ramírez, 2011).

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PRETRASPLANTE

La psicóloga clínica colombiana, María Teresa Gómez Rojas (2007), explica cuales son los procesos que deben seguirse a la hora de tratar a un paciente con una enfermedad severa como la ERCT: intervención breve, seguimiento y remisión.

Ante la existencia de conductas deficientes o excesivas, estilos de afrontamiento inadecuados, sistema de creencia perjudiciales, psicopatología previa, experiencias traumáticas anteriores, alteraciones en las redes primarias que puedan afectar la enfermedad actual, se realiza una intervención breve con técnicas de la psicología clínica tales como reestructuración cognitiva, relajación autógena, desensibilización sistemática, inoculación del estrés, terapia de activación, manejo de contingencias, entrenamiento asertivo, entre otras (Reynoso, 2005). “Las intervenciones deben tener un máximo de cuatro a cinco sesiones, abordando lo prioritario para el manejo inmediato del paciente y así permitir una evolución satisfactoria, la adherencia al tratamiento y la implementación de estilos de vida saludables”.

Una vez detectados y tratados los posibles problemas conductuales, cognitivos, actitudinales o relacionales, se realiza la intervención de seguimiento y acompañamiento psicoterapéutico del paciente durante el período de espera del órgano, fortaleciendo los procesos de autocontrol y manteniendo los estilos de vida saludables. Cuando se alcanzan los objetivos terapéuticos directamente asociados al trasplante, se remite solo si existe alguna psicopatología específica (Gómez Rojas, 2007).

Las terapias grupales y los grupos de apoyo suelen ser un complemento de gran importancia para los pacientes con enfermedades crónicas.

A través de ellas, se normalizan los síntomas de las personas, se buscan alternativas para la solución de problemas, se estimulan las conductas proactivas y asertivas, la comunicación familiar y el empoderamiento de la condición de salud, se reestructuran creencias irracionales y es la real evidencia de la posibilidad de la construcción de redes sociales (Gómez Rojas, 2007).

2.3.2 Post-Trasplante

El postrasplante puede dividirse en dos momentos: el postrasplante inmediato y el postrasplante tardío. El primero comprender desde el momento del trasplante hasta el cumplimiento del primer mes, mientras que el postrasplante tardío abarca desde el primer mes posterior al trasplante en adelante (Alarcón 2004, citado por Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011).

Clínicamente, el paciente debe enfrentarse al comienzo de la terapia inmunosupresora, al dolor postoperatorio y a las posibles complicaciones, como el rechazo del órgano, las infecciones, los efectos adversos de los medicamentos y el riesgo del procedimiento quirúrgico. Pero el postoperatorio también puede causar malestar psíquico si no es manejado de forma adecuada por el profesional de la salud mental.

En el paciente recién trasplantado se suelen observar estados anímicos extremos provocados por las grandes dosis de esteroides administradas durante la operación para que el organismo acepte el nuevo órgano. Estos episodios psicoafectivos se manifiestan en períodos de excesiva euforia y júbilo o de depresión y abatimiento. La euforia es atribuible a la rápida sensación de mejoría que se experimenta con respecto a las funciones cognitivas: el paciente siente que sus pensamientos fluyen con mayor claridad y velocidad, que la memoria se agiliza y que retornan las capacidades perdidas. La depresión aparece debido

a la hipersensibilidad del paciente a los eventos del mundo exterior que produce llanto fácil y repentino. Sin embargo, es en los días siguientes al trasplante cuando se empiezan a presentar las manifestaciones psicopatológicas importantes (Hervás, Navarrete y Vázquez, s/f; Mejía Lenis, 2005; Parr y Mize, 2002).

CUIDADOS Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Después de recibir el alta, la vida comienza a girar en torno al tratamiento farmacológico. La medicación prescrita por el equipo médico desempeña un papel fundamental en la recuperación del trasplante y en la salud posterior a la intervención. Pero los fármacos que se emplean para prevenir y evitar el rechazo del órgano, tienen profundos efectos secundarios (físicos y neurológicos) que atentan contra la adherencia al tratamiento.

El nivel de adhesión alcanzado por el paciente trasplantado va a depender de múltiples factores, pero la autoestima y la autoimagen tienen especial importancia. Los pacientes para quienes el aspecto físico es un componente importante presentan mayores dificultades para adaptarse a los cambios producidos por la cirugía y los inmunosupresores. Otro factor es el nivel previo de adhesión. Los pacientes que presentaron dificultades para seguir las prescripciones médicas antes del trasplante, tenderán a comportarse de la misma manera luego de la intervención quirúrgica (Mejía Lenis, 2005).

Es preciso brindar al paciente educación sobre los medicamentos que le fueron asignados y sus posibles efectos adversos. Suele generar alivio entender que aunque muchos de estos son esperables, irán disminuyendo de forma gradual, al igual que la dosis farmacológica administrada. La interacción con pacientes que ya han superado exitosamente el proceso de trasplante, puede ser útil y servir de apoyo para comprender y aceptar más fácilmente el tratamiento farmacológico (Alarcón 2004, citado por Berrío Acosta y Burgos Camacho, 2011). Al mismo tiempo, es necesario instruirlo en la toma de conciencia acerca de la importancia de llevar adelante conductas saludables que prevengan infecciones, dado que los pacientes inmunodeprimidos son mucho más sensibles a contraerlas.

MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS POSTRASPLANTE

Después de abandonar el hospital, el paciente experimenta un variado repertorio de emociones como resultado del estrés causado por la espera y la intervención quirúrgica. Esto se debe en parte a tener que afrontar el futuro con cierto grado de incertidumbre y a los fármacos administrados que realzan las emociones, provocando altibajos y, muchas veces, sintomatología psiquiátrica como efecto secundario (Hervás, Navarrete y Vázquez, s/f; Parr y Mize, 2002).

Una investigación realizada en España en el año 2000 (Pérez, Martín, Gallego y Santamaría, 2000) establece que los trasplantados renales atraviesan por tres fases con respecto al equilibrio psicológico tras la cirugía.

- *Fase de alerta.* Abarca el primer año luego del trasplante (0-12 meses). Los pacientes mantienen rígidamente las pautas del tratamiento (alimentación, medicación, ejercicio físico, etc.) e intentan integrarse al entorno sociolaboral. Se hallan en una situación de constante alerta, temen la posibilidad de rechazar el órgano ante la más mínima sintomatología y pueden padecer una dinámica familiar alterada como consecuencia del trasplante y el ajuste de roles y funciones que el mismo implica.
- *Fase de adaptación.* A partir del primer año de haber recibido el trasplante (12-24 meses). La mayoría de los pacientes se han habituado a las prescripciones terapéuticas, se han integrado en el entorno sociolaboral, dejan de temer el rechazo del órgano a raíz de la evolución física favorable, y la familia se encuentra más recuperada. Todo ello hace que los desequilibrios psicológicos del trasplantado renal disminuyan.
- *Fase de agotamiento.* Comienza a los dos años postrasplante (>24 meses). Los desequilibrios aumentan nuevamente. Vuelve a aparecer el temor por la pérdida del injerto en relación a que los pacientes saben que a medida que pasa el tiempo disminuye la supervivencia del mismo. Al mis-

mo tiempo, los sujetos están cansados y agotados de su situación. Aparecen desilusiones ante expectativas frustradas sobre la vida postrasplante.

Durante el primer año (0-12 meses) y a partir de los dos años (>24 meses) del trasplante, los pacientes muestran pensamientos depresivos y ansiosos que implican una visión negativa sobre sí mismos e ideas catastróficas sobre la propia salud que repercuten negativamente en su calidad de vida. Éstos suelen desaparecer o aminorarse con el apoyo psicoterapéutico apropiado. Ambos son frecuentes en pacientes cuyas expectativas preoperatorias eran indebidamente altas y que incluso creían que no iba a existir ninguna incomodidad, dolor, ni adversidad en la recuperación (Hervás, Navarrete y Vázquez, s/f).

ALTERACIONES DEL ESTADO DEL ÁNIMO

La más frecuente es la depresión causada por la aparición de complicaciones médicas o por el temor a una evolución desfavorable del trasplante. Es un problema clínico de gran importancia ya que puede representar un factor de riesgo en relación a las conductas de adherencia al tratamiento (Pérez San Gregorio, Martín Rodríguez y Galán Rodríguez, 2005).

Las razones pueden estar asociadas a los efectos secundarios del tratamiento inmunosupresor, la reincorporación al lugar de trabajo (que muchas veces no es apto para su condición física), el constante miedo al rechazo del órgano, y los posibles conflictos familiares que pueden surgir a raíz de la reanudación de los roles que otros miembros asumieron durante el proceso de trasplante. La situación lleva, por ejemplo, a tener dificultades en relación a reírse y ver el lado gracioso de las cosas. En el largo plazo, puede aparecer la desilusión de que el trasplante no significa recuperar la vida que se tenía antes de la enfermedad, sino que sólo ofrece la posibilidad de seguir viendo (Pérez San Gregorio, Martín Rodríguez y Galán Rodríguez, 2007). Esto puede hacer que el paciente se desmoralice hasta desembocar en conductas e intentos suicidas que pueden manifestarse de forma indirecta mediante el incumplimiento de las prescripciones médicas y el rechazo de las actividades de rehabilitación (Hervás, Navarrete y Vázquez, s/f).

TRASTORNO DE ANSIEDAD

En los primeros meses postrasplante, suele aparecer una fuerte carga de estrés y ansiedad asociada a diferentes tensiones (Hidalgo, 1997; Mejía Lenis, 2005):

- Intervención quirúrgica y riesgos de una cirugía mayor.
- Controles médicos permanentes.
- Cuidados para prevenir infecciones.
- Capacidad para seguir con el tratamiento farmacológico.
- Limitaciones físicas con respecto a actividades que puedan significar un riesgo para el riñón. Lenta integración a la vida cotidiana y aislamiento prolongado.
- Posibilidad de rechazo del injerto. Es la fuente de mayor estrés para el paciente. La incertidumbre y el miedo a volver a diálisis y a someterse nuevamente a todo el proceso de trasplante, genera un evidente sentimiento de ansiedad.

Estos trastornos aumentan cuando el sujeto recibe el alta hospitalaria. En el momento de volver al hogar, los lazos de dependencia que se crearon en relación al equipo de trasplante empiezan a romperse y el paciente debe comenzar a responsabilizarse por el cuidado de su salud. Se pierde la seguridad de la atención médica continuada e intensiva propia del hospital, lo que lleva pensar en el riesgo de infección, rechazo y muerte (Engle, 2001, citado por Pérez San Gregorio et al., 2005; Parr y Mize, 2002).

DISFUNCIONES SEXUALES

La sexualidad está determinada por el nivel de bienestar físico, mental, espiritual y socioafectivo. De allí que la presencia de una enfermedad terminal, como la ERC, sea una fuente de alteración en la vida sexual (Mejía Lenis, 2005).

Las personas trasplantadas suelen presentar alteraciones del deseo, de la excitación y del orgasmo. Las causas pueden ser físicas, como consecuencia de la propia enfermedad o la medicación, y/o psicológicas. La inhibición sexual puede darse por miedo a poner en riesgo la estabilidad del órgano trasplantado; a un embarazo con la posibilidad de transmisión de la enfermedad a los hijos; el contagio por el estado de inmunosupresión del organismo; o a recomenzar con la actividad sexual luego de un período de abstinencia. Estos temores suelen generar malos entendidos en la pareja si no hay una comunicación clara y de confianza entre sus miembros. Otra causa en la pérdida del deseo son los cambios físicos producto de los efectos de los medicamentos y la cirugía. Las cicatrices, el aumento de peso y del vello corporal, entre otros, generan sentimientos de vergüenza y autorechazo. En los hombres, la disfunción eréctil está asociada, además de las acción farmacológica, con los estados ansiosos y depresivos, los temores al fracaso o al rechazo sexual y al estrés (Engle, 2001, citado por Pérez San Gregorio et al., 2005; Mejía Lenis, 2005).

La intervención psicoterapéutica no debe enfocarse en el paciente que recibió el trasplante sino en ambos miembros de la pareja ya que las disfunciones se generan y se sufren en pareja. La orientación psicológica los ayudará a distinguir si estos problemas se deben a la adaptación a la nueva situación postrasplante o a conflictos subyacentes previos a la enfermedad. El éxito residirá en el apoyo, el acompañamiento y la comprensión mutua (Mejía Lenis, 2005).

ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

“Cuando la preocupación e insatisfacción por el cuerpo no se adecúan a la realidad, ocupan la mente con intensidad y frecuencia, y generan malestar interfiriendo negativamente en la vida cotidiana se habla de trastornos de la imagen corporal” (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

Algunos pacientes tienen dificultades para integrar psicológicamente el órgano recibido. Perciben el trasplante como un cuerpo extraño que es capaz de trasladar rasgos o características personales del donante. Por otro lado, la imagen corporal y los cambios físicos causados por los inmunosupresores, la ganancia de peso, el desarrollo excesivo de vello corporal, así como las cicatrices de la cirugía son preocupaciones de autoimagen típicas de los pacientes (Hervás et al., s/f).

La imagen corporal se define por tres componentes:

1. *Perceptivo – autoconcepto*. Percepción o representación mental del propio cuerpo que puede derivar en la subestimación o sobreestimación.
2. *Cognitivo afectivo – autoestima*. Aceptación o no del propio cuerpo. Actitudes, pensamientos, sentimientos, valoraciones. Desde lo emocional se incorpora el placer, disgusto, satisfacción, etc.
3. *Conductual - autocomportamiento*. Cómo se comporta el sujeto consigo mismo. Conductas derivadas de la percepción y de los pensamiento y sentimientos, como la evitación, camuflaje, rituales, entre otros.

Las personas trasplantadas con una mala imagen corporal se caracterizan por estar (1) descontentos consigo mismos, son muy autocríticos, no tienen confianza en sí mismos, se consideran fofos, enfermos o con un cuerpo insano y sin ganas de arreglarse y aarse; (2) no están conformes con su apariencia, piensan que son poco o nada atractivos, lo que los lleva a pensar en cambiar algunas partes de su cuerpo; y (3) muestran pasividad, trastornos del sueño y cansancio (Pérez San Gregorio y Martín Rodríguez, 2002).

La percepción que los pacientes trasplantados tienen de su imagen corporal, ejerce una notable influencia en sus conductas y, además, esta insatisfacción se asocia a su presente salud psíquica. Se halló que los trasplantados con peor imagen corporal puntuaban más alto en las variables de ansiedad, depresión y trastornos sexuales, y que sus expectativas hacia la enfermedad eran más negativas (Hervás et al., s/f; Pérez y Martín, 2002, citado por Pérez San Gregorio et al., 2005).

Aprender a enfrentarse con las dificultades psicológicas propias de toda intervención quirúrgica y lograr integrar y aceptar el nuevo órgano como parte de sí mismos, es el objetivo psicoterapéutico en esta etapa postrasplante. El tratamiento no puede cambiar el aspecto externo del paciente pero lo ayudará a

cambiar su vivencia subjetiva, aceptando su nuevo cuerpo para poder vivir satisfactoriamente. El mismo está dirigido al aprendizaje de nuevos patrones de pensamiento, emoción y comportamiento con respecto a su cuerpo y la imagen corporal (Salaberria et al., 2007).

EMOCIONES POSTRASPLANTE

Otras de las emociones frecuentes en el postoperatorio son (Parr y Mize, 2002):

- Culpa. Algunos pacientes experimentan la culpabilidad del superviviente. Les preocupa la idea de que alguien haya tenido que morir para que ellos vivan, el bienestar del donante vivo en relación a la convicción de que para su recuperación éste ha sido mutilado, y la tristeza de que otros murieron sin recibir el trasplante. Estas emociones son consecuencia de aplicar una lógica incorrecta. "Un receptor de trasplante no está vivo debido a que alguien haya muerto, sino porque esa persona quiso ser un donante de órganos. La vida de quien recibe el órgano es fruto de la generosidad de otra persona".
- Victimismo. Las personas que reciben un trasplante pueden caer en la depresión y en sentimientos de victimismo como "yo no merecía ni merezco que me pase esto". Estas emociones propician que se eluda la responsabilidad personal en aras de afrontar el problema para conseguir el bienestar. El paciente que siente culpable o víctima vive sólo pendiente de su autoindulgencia.
- Deuda. El enfermo se acostumbra a recibir atención y ver cubiertas todas sus necesidades por parte de su cuidador. Después del alta, debe romper con esos hábitos y comenzar a ser autosuficiente. Es posible que se sienta en deuda con él, quien también ha sobrellevado un gran estrés durante todo el proceso de trasplante. La mejor forma de superar este sentimiento es hacer por el cuidador lo que esté al alcance, el agradecimiento y el aprecio serán significativos para ambos.
- Sentimientos hacia el donante. Si bien la donación de órganos está despersonalizada y se mantiene el anonimato y el distanciamiento, algunos receptores se esfuerzan por identificar de alguna manera a su donante. Cuando el órgano proviene de un desconocido, surgen interrogantes del tipo "¿a quién le pertenece el órgano?", "¿quién soy yo?". Muchos construyen su propia imagen del donante, mientras que otros integran esa otra personalidad con la suya propia. La donación por parte de una persona viva, pariente o conocido, también puede generar complicaciones sobre los límites que definen la pertenencia del riñón.

2.4 Proyectos de vida y calidad de vida

Las personas que padecen ERCT suelen sentirse condicionados a postergar su futuro hasta el momento posterior al trasplante del órgano en cuestión, depositando sus esperanzas en el éxito de la cirugía. Por otro lado, la depresión, el negativismo, la preocupación y la ansiedad excesiva derivada de la enfermedad, dificultan la construcción de un proyecto de vida. Plantearse la satisfacción de proyecciones que no se corresponden con las posibilidades reales y necesidades inmediatas, producen un cuadro estresor dañino para los pacientes, en tanto la percepción de sí mismos y de su visión de futuro se debilita (Rodríguez Pérez y Rodríguez Lafuente, 2008).

Trabajar sobre la construcción del proyecto de vida durante el proceso de trasplante es determinante en la adaptación a la nueva situación biopsicosocial que enfrenta el sujeto, y contribuye a la optimización de su calidad de vida y a la autorrealización personal.

La calidad de vida hace referencia a las condiciones de vida de la persona (elemento objetivo) y a la satisfacción que experimenta esa persona con dichas condiciones (elemento subjetivo), dependiente de su escala de valores, expectativas, actitudes y aspiraciones personales. El individuo realiza una evaluación respecto a su salud, relacionada con el grado de funcionamiento social, físico y cognitivo, y con el bienestar emocional (Acosta Hernández et al., 2008; Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo, 2006).

Los pacientes con ERC deben vivir con una condición médica permanente y deben aprender a convivir con las limitaciones propias de la enfermedad y el tratamiento, modificando su estilo de vida. Como

consecuencia, la calidad de vida debe entenderse a través de distintas áreas: física, psicológica y social. En la primera, se evalúan síntomas, actividad funcional y discapacidad; en el segundo, se consideran el nivel de satisfacción, el bienestar percibido, la ansiedad, la depresión, la autoestima, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento; y en el tercer dominio, se valoran las relaciones interpersonales del sujeto, la actividad diaria, la rehabilitación laboral, la intimidad, la situación económica, entre otros (Velarde y Ávila, 2002, citados por Contreras et al., 2006; Vinaccia y Orozco, 2005).

Cierto nivel de aceptación y adaptación a la enfermedad afecta positivamente la calidad de vida del paciente. La escasa adherencia al tratamiento puede generar graves consecuencias que van desde la malnutrición hasta la muerte, además compromete su efectividad a partir de la disminución en la percepción de bienestar del paciente. La posibilidad de escoger el tratamiento, además de facilitar la adaptación, influye sobre medidas psicológicas de la calidad de vida, creando la sensación de no haber perdido el control sobre la salud (Acosta Hernández et al., 2008).

En este sentido es preciso abordar la categoría proyecto de vida. La exploración y desarrollo de los proyectos de vida en estos pacientes proporcionará un direccionamiento y modos de acción vitales en relación al dominio del futuro. Los mismos se caracterizan por su carácter anticipatorio, modelador y organizador de las actividades y comportamientos del sujeto, lo que contribuye a delinear su estilo de vida tanto en la etapa anterior como posterior al trasplante. Son un modelo ideal sobre lo que espera o quiere ser y hacer, que toma forma concreta de acuerdo a su realidad y posibilidades (Rodríguez Pérez y Rodríguez Lafuente, 2008).

La intervención psicológica desde este punto, debe estar orientada a la creación y fortalecimiento de herramientas que le permitan al paciente afrontar correctamente la enfermedad, desplegar sus proyectos de vida y así elevar cualitativamente su calidad de vida. Para ello, es necesario prevenir el aislamiento, reforzando las redes de apoyo, ya que estas permiten expresar preocupaciones, encontrar comprensión y empatía. Promover el sentido de la vida y la autoconfianza personal, fomentando la autoestima y las emociones positivas. Sentirse integrado, comprometido, con sentido de control sobre la propia vida, utilizando estrategias de afrontamiento mixtas, orientadas tanto al problema como a la emoción, son aspectos claves para asimilar las situaciones estresantes que presenta la enfermedad crónica y sentir más satisfacción por la vida (Cassaretto y Paredes, 2006; Retana et al., 2013). En la medida en que el autoconocimiento, la autovaloración y la concepción del mundo se hallen estructurados, la visión y proyección futura se definirá de una manera más optimista, incidiendo directamente en los procesos de preparación previa y posterior rehabilitación (Rodríguez Pérez y Rodríguez Lafuente, 2008).

CONCLUSIÓN

A consecuencia de la revisión bibliográfica que se realizó en este trabajo, los objetivos y las preguntas de investigación planteadas al inicio del mismo son susceptibles de ser respondidas.

Los sistemas de salud del mundo en general limitan la intervención psicológica con los candidatos a trasplante renal a las evaluaciones psicosociales necesarias para la inclusión del mismo en la lista de espera, omitiendo o dejando en un segundo plano la subjetividad de la persona, fundamental para el éxito de esta terapéutica médica. El estrés al que el paciente está sometido desde el diagnóstico hasta el postoperatorio, y las posibles respuestas emocionales y manifestaciones psicopatológicas asociadas a esta modalidad de tratamiento, dan cuenta de la necesidad existente de tratar, preparar, educar y acompañar al sujeto a lo largo de todo el proceso de trasplante. La mejor manera de hacerlo es observando el fenómeno desde una perspectiva biopsicosocial que se centre en una visión más amplia del sujeto y considere su historia, proyectos, emociones, estilo de vida, vínculos sociales, para poder intervenir desde el inicio, atenuando o eliminando las conductas deficientes o excesivas, los estilos de afrontamiento inadecuados, los sistemas de creencia perjudiciales y la psicopatología previa; y realizando posteriormente un seguimiento que fortalezca los procesos de autocontrol y mantenimiento del estilo de vida saludable. La adecuada psicoterapia genera un aumento y mejora en la calidad de vida del paciente enfermo y una mayor adherencia al tratamiento, factores que se influyen mutuamente de manera positiva.

Los pacientes que reciben el diagnóstico de ERCT viven con la angustia del futuro incierto, condicionando el mismo al éxito de la cirugía que los puede salvar. Por ello considero de suma importancia trabajar desde un primer momento en la construcción o continuación de los proyectos de vida del sujeto, de manera que la espera y el trasplante no se conviertan en los únicos organizadores de su realidad. Esto no sólo contribuye a la optimización de su calidad de vida y a la autorrealización personal, sino que proporciona un direccionamiento y los recursos necesarios para actuar y construir en relación al dominio del futuro.

Si bien es necesario continuar ahondando en la temática planteada, puede inferirse que los beneficios de la intervención y asistencia psicológica en la etapa previa y posterior al trasplante renal son mayores que en las personas que no reciben apoyo psicoterapéutico. En el estadio final de la ERC el sujeto enfermo empieza a experimentar cambios significativos en su fisiología que lo obligan a llevar adelante hábitos distintos en cuanto a la alimentación y actividades que antes realizaba. A consecuencia de las pérdidas que experimenta, debe atravesar una etapa de duelo que requiere de un trabajo profesional que le permita aceptar la nueva condición de enfermo y las limitaciones y modificaciones que de ello se deriva. En estos pacientes es frecuente que emerja como respuesta adaptativa la depresión y la ansiedad, las cuales podrían agravarse y prolongarse a la etapa post quirúrgica si no se recibe la ayuda psicológica apropiada. El rechazo del órgano trasplantado o las diferentes complicaciones son posibilidades que generan un alto grado de estrés y tensión, a esto se suma la administración rigurosa de los inmunosupresores y los efectos secundarios que repercuten a nivel físico, social y psicológico. La lista de razones por las cuales es necesaria la intervención por parte del profesional de la salud mental toma mayor consistencia a medida que se va profundizando en la temática. Si bien el modelo biomédico puro está cambiando dentro del sistema de salud, el área de trasplantes necesita reconocer la importancia de contar con un equipo multidisciplinario que involucre activamente la participación del psicólogo como pieza fundamental para el desarrollo y fortalecimiento de emociones y experiencias positivas que conduzcan al éxito del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Acosta Hernández, P.A., Chaparro López, L.C. y Rey Anacona, C.A. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 9-16.
- Alarcón Prada, A. (2004). La depresión en el paciente renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33 (3), 298-320.
- Alcántar Vallin, L.M. (2014). Trasplante renal. En G. García-García, S. Pandya y J. Chávez Iñiguez (Eds.). Cuide su riñón. Gujarat: Samarpan Kidney Foundation.
- American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a. ed.). Madrid: Médica Panamericana.
- Andreu Periz, L. y Force Sanmartín, E. (2004). Información a la persona trasplantada. En L. Andreu Periz, y E. Force Sanmartín (Eds.). La enfermería y el trasplante de órganos. Madrid: Médica Panamericana.
- Arévalo Gómez, M.A. (2008). El riñón normal. Anatomía e histología. En L. Hernando Avendaño (Eds.). Nefrología clínica. (3º ed). Madrid: Médica Panamericana.
- Baer, R. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 125-143.
- Berrío Acosta, G.M. y Burgos Camacho, V.A. (2011). Papel del psicólogo en los equipos interdisciplinarios de trasplantes de órganos. [Versión electrónica]. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11(2), 7-23.
- Bonet, J.L. (2013). Pine. Psiconeuroinmunoendocrinología. Cuerpo, cerebro y emociones. Buenos Aires: Ediciones B.
- Brito Pons, G. (2011). Programa de reducción del estrés basado en la atención plena (mindfulness): sistematización de una experiencia de su aplicación en un hospital público semi-rural del sur de Chile. *Psicoperspectivas*, 10 (1), 221-242.
- Burgos, V., Amador, A. y Ballesteros, B. (2007). Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado. *Universitas. Psychologica*, 6 (2), 383-397.
- Cárdenas Oliva, D., Gonzáles Pérez, M., Gonzáles Nieves, Y., Pérez Mesa, Y.E. y Maradona Cristovao, J. (2011). Propuesta de un programa de atención psicológica a pacientes tributarios a cirugía y trasplante. *Psicología Científica*. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/pacientes-tributarios-trasplante-atencion-psicologica/>
- Cassaretto, M. y Paredes, R. (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP*, 14 (1), 109-140.
- Chávez Iñiguez, J. (2014). Enfermedad renal crónica: síntomas y diagnóstico. En G. García-García, S. Pandya y J. Chávez Iñiguez (Eds.). Cuide su riñón. Gujarat: Samarpan Kidney Foundation.
- Christensen, A.J. y Ehlers, S.L. (2002). Psychological Factors in End-Stage Renal Disease: An Emerging Context for Behavioral Medicine Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 712-724.
- Coleman, D. (2006). Emocional Intelligence. (4º ed). New York: Bantam Dell.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J.C., 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), 487-500.

- Cuéllar Gonzáles, J.V. y Correa Rotter, R. (2005). Evaluación del receptor de trasplante renal. *Revista de Investigación Clínica*, 57 (2), 187-194.
- DiMartini, A.F., Dew, M.A. y Trzepacz, P.T. (2006). Trasplante de órganos. En J.L. Levenson (Comp). *Tratado de medicina psicosomática*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L.
- Duek, R. (2010). El cuerpo antes y después de un trasplante de órgano. Una mirada psicoanalítica. [Versión electrónica]. *Psicoanálisis*, 23, 255-278.
- Fernández-Álvarez, H. (Eds.). (2011). Paisajes de la psicoterapia: modelos, aplicaciones y procedimientos. Buenos Aires: Polemos.
- García-García, G., Harden, P. y Chapman, J. (2012). El papel global del trasplante renal. *Nefrología*, 32 (1), 1-6.
- García Rebollo, S. y Solozábal Campos, C.A. (2010). Accesos vasculares percutáneos. En V. Lorenzo Sellarés, J.M. López Gómez (Eds.). *Nefrología al día*. (1º ed). Barcelona: Sociedad Española de Nefrología
- Gómez Ortiz, V. (2005). Richard Stanley Lazarus (1922-2002). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (1), 207-209. Disponible en la WEB: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537112>
- Gómez Rojas, M. T. (2007). La psicología de la salud en un hospital de cuarto nivel de complejidad. *Psychología. Avances en la Disciplina*, 1 (2), 159-179.
- Gonzáles Caro, C.H., Valencia Upegui, H. y Bersh Toro, S. (2006). Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedades médico-quirúrgicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35, 72-91.
- Gonzáles Ramírez, M.T. y Landero Hernández, R. (2006). Síntomas psicosomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 12 (1), 45-61.
- Gracia Guillén, D. (2007). Ética de la donación y trasplante de riñón. En F. Ortega, M. Arias, J.M. Campistol, R. Matesanz y J.M. Morales (Eds.). *Trasplante Renal*. Madrid: Médica Panamericana.
- Hernández Herrera, G. y Martín Malo, A. (2003). Aspectos clínicos de la hemodiálisis. En L. Hernando Avendaño, P. Aljama, M. Arias, C. Carmelo, J. Egido y S. Lamas (Eds.). *Nefrología clínica*. (2º ed). Madrid: Médica Panamericana.
- Hernando, L. (2003). Procedimiento diagnóstico en el enfermo con insuficiencia renal crónica. En L. Hernando Avendaño, P. Aljama, M. Arias, C. Carmelo, J. Egido y S. Lamas (Eds.). *Nefrología clínica*. (2º ed). Madrid: Médica Panamericana.
- Hervás, M.D., Navarrete, F. y Vázquez, M.J. (s/f). *Psiquiatría y trasplantes: complicaciones psiquiátricas de los trasplantes: evaluación y psicopatología más frecuente*. DISPONIBLE EN LA WEB: <http://www.cirugiasanchinarro.com/sites/default/files/gonzales61.pdf>
- Hidalgo, C.G. (1997). La dimensión psicológica de la insuficiencia renal crónica (IRC) y su tratamiento. *Psykhe*, 6 (1), 35-45.
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implantes – INCUCAI (2015, Octubre). Disponible en: <http://issunne.unne.edu.ar/principal/documentos/donante.pdf>
- Jiménez Almonacid, P. (2010). Fístulas arteriovenosas para hemodiálisis. En V. Lorenzo Sellarés, J.M. López Gómez (Eds.). *Nefrología al día*. (1º ed). Barcelona: Sociedad Española de Nefrología.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. y Burney, R. (1985). The Clinical Use of Mindfulness Meditation for the Self-Regulation of Chronic Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8 (2), 163-190.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2005). Full Catastrophe Living. (3º ed). New York: Bantam Dell.
- Kersner, P. (2000). Aspectos psicosociales del paciente en hemodiálisis. *Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol*, 7(1). Disponible en la WEB: <http://www.hpc.org.ar/images/revista/219-v3p142.pdf>
- Lorenzo Sellarés, V. (2010). Enfermedad renal crónica. En V. Lorenzo Sellarés, J.M. López Gómez (Eds.). Nefrología al día. (1º ed). Barcelona: Sociedad Española de Nefrología.
- Macía Heras, M. y Coronel Díaz, F. (2010). Diálisis peritoneal: definición, membrana, transporte peritoneal, catéteres, conexiones y soluciones de diálisis. En V. Lorenzo Sellarés, J.M. López Gómez (Eds.). Nefrología al día. (1º ed). Barcelona: Sociedad Española de Nefrología.
- Martín, P. y Errasti, P. (2006). Trasplante renal. [versión electrónica]. Anales del sistema sanitario de Navarra, 29 (2), 79-91.
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Cubana Salud Pública*, 29 (3), 275-281.
- Martín Alfonso, L. y Grau Abalo, J.A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 14 (1), 89-99.
- Martín Rodríguez, A. y Pérez San Gregorio, M. (2007). Influencia de la Unidad de Cuidados Intensivos en los familiares de pacientes con mala calidad de vida. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 71-82.
- Mehrotra, R. y Kalantar-Zadeh, K. (2014). Outcomes of Kidney Replacement Therapies. En S.J. Gilbert, D.E. Weiner, D.S. Gipson, M.A. Perazella y M. Tonelli (Eds.). *National Kidney Foundation's Primer on Kidney Diseases* (pp.534-541). Philadelphia: El Sevier Saunders.
- Mejía Lenis, A.M. (2005). Aspectos psicológicos del paciente trasplantado. En A. Velazquez Ospina y M. Arbeláez Gómez (Eds.). *Trasplantes* (pp.57-75). Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación Argentina (2014, Octubre). Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/2214-argentina-continua-la-vanguardia-en-america-latina-en-donacion-y-trasplante-de-organos>
- Moreno Sánchez, A. (2007). Estrés y enfermedad. Disponible en la WEB: <http://www.masdermatologia.com/PDF/0004.pdf>
- Moscoso, M.S. (2009). De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit*, 15 (2), 143-152.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases – NIDDK (2015, Septiembre). Disponible en: <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-topics/kidney-disease/kidney-failure-choosing-a-treatment-thats-right-for-you/Pages/facts.aspx>
- Navarro Serer, M. (2006). La muerte y el duelo como experiencia vital: acompañando el proceso de morir. *Información Psicológica*, 88, 12-21.
- Navas, C. y Zapata, D. (2009). Aspectos inmunológicos de la depresión. *Rev Venez Oncol*, 21 (4), 244-252.
- Newsletter Transplant. (2014). International Figures On Donation And Transplantation – 2013 (1). Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/SiteCollectionDocuments/newsletter2014.pdf>

- Nieves, Y., Jiménez, L.F., Romero, J. y Achón, Z. (2011). Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. Disponible en la WEB: <http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/>
- Oblitas, L.A. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16 (1), 9-38.
- Oppenheimer Salinas, F. Santos, J.P. y Pallardó Mateu, L. (2010). Inmunosupresión en el trasplante renal. En V. Lorenzo Sellarés, J.M. López Gómez (Eds.). *Nefrología al día*. (1º ed). Barcelona: Sociedad Española de Nefrología.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la organización mundial de la salud. (45º ed.).
- Paéz, A.E., Jofré, M.J., Azpiroz, C.R. y De Bortoli, M.A. (2008). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Univ Psychol*, 8 (1), 117-124.
- Parr, E. y Mize, J. (2002). Vivir un trasplante de órgano. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Pérez Domínguez, T.S., Rodríguez Pérez, A., Buset Ríos, N., Rodríguez Esparragón, F., García Bello, M.A., Pérez Borges, P., Parodis López, Y. y Rodríguez Pérez, J.C. (2011). Psiconefrológica: aspectos psicológicos en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Nefrología*, 31 (6), 716-722.
- Pérez, M.A., Martín, A., Gallego, A. y Santamaría, J.L. (2000). Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en al recuperación psicológica de los trasplantados. Futuras líneas de intervención psicológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5 (1), 71-87.
- Pérez San Gregorio, M.A. y Martín Rodríguez, A. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (3), 439-453.
- Pérez San Gregorio, M.A., Martín Rodríguez, A. y Galán Rodríguez, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1), 99-114.
- Pérez San Gregorio, M.A., Martín Rodríguez, A. y Galán Rodríguez, A. (2007). Symptoms of Anxiety and Depression in Different Stages of Organ Transplant. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 633-639.
- Ramírez, A. (2007). Los estados emocionales en los momentos de duelo y la forma de abordarlos. *Ciencia y Cuidado*, 4 (4), 36-44.
- Ramos Linares, V., Rivero Burón, R., Piqueras Rodríguez, J.A., García López, L.J. y Oblitas Guadalupe, L.A. (2008). Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica*, 15 (1), 115-142.
- Retana, B., Barañano, N. y Rotaeché, R. (2013). El afrontamiento como predictor de la calidad de vida en diálisis: un estudio longitudinal y multicéntrico. *Nefrología*, 33 (3), 342-354.
- Reyna Raygoza, R. (2014). El riñón y sus funciones. En G. García-García, S. Pandya y J. Chávez Iñiguez (Eds.). Cuide su riñón. Gujarat: Samarpan Kidney Foundation.
- Reynoso, L. (2005). Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México: Manual Moderno.
- Rodríguez Benot, A. y Martín Malo, A. (2003). Aspectos técnicos de la hemodiálisis, hemodiafiltración y hemofiltración. En L. Hernando Avendaño, P. Aljama, M. Arias, C. Carmelo, J. Egido y S. Lamas (Eds.). Nefrología clínica. (2º ed). Madrid: Médica Panamericana.
- Rodríguez Marín, J. (2002). Historia de la psicología de la salud. *Revista de Historia de la Psicología*, 23 (3), 185-221.

- Rodríguez Pérez, A.I. y Rodríguez Lafuente, M.E. (2008). Proyectos de vida, calidad de vida y bienestar psicológico en espera de un trasplante hepático. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*, 2 (11), 64-73.
- Rudnicki, T. (2006). Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Revista Diversitas – Perspectiva en Psicología*, 2 (2), 279-288.
- Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8, 171-183. DISPONIBLE EN LA WEB: <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
- Segura López, A. M. (2006). Apoyo psicológico y trasplante. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10818/1755>
- Silva, A. y Grincenkov, F. (2014). Ansiedad y estrés de los pacientes en el período previo al trasplante renal. *Salud(i)Ciencia* 21, 45-50.
- Sinigoj, D. (2012). Atención primaria en salud mental. Psicoprofilaxis quirúrgica, el rol del psicólogo clínico en un equipo de trabajo interdisciplinario. [Versión electrónica]. *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía*, 17(1).
- Soriano Cabrera, S (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 24 (6), 27-34.
- Torregrosa Prats, V. (2004). La inmunosupresión en el trasplante. Fármacos inmunosupresores. En L. Andreu Periz, y E. Force Sanmartín (Eds.). *La enfermería y el trasplante de órganos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Tortora, G. y Derrickson, B. (2006). *Principios de anatomía y fisiología*. (11º ed). México: Médica Panamericana.
- Ubeda Aranda, I. (1992). Trasplante renal: complicaciones médicas. *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 1, 113-131.
- Vargas Mendoza, J.E. y Hernández Ramírez, M.G. (2011). Trastorno adaptativo con ansiedad por enfermedad médica grave como agente estresante: pacientes oncológicos y renales en tratamiento ambulatorio. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 5 (1), 21-26.
- Verde Moreno, E., Amann Prada, R. y Fernández Rodríguez, L. (2004). Aspectos inmunológicos del trasplante de órganos. En L. Andreu Periz, y E. Force Sanmartín (Eds.). *La enfermería y el trasplante de órganos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Vinaccia, S. y Orozco, L.M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1 (2), 125-137.
- White, Y. y Grenyer, B.F.S. (1999). The Biopsychosocial Impact of End-Stage Renal Disease: The Experience of Dialysis Patients and Their Partners. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (6), 1312-1320.

