



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN UN PACIENTE CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**JORGE OMAR CANO AGUILAR**

TUTOR:

MTRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

MTRA. MAETZIN ITZEL ORDAZ CARRILLO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. JENNIFER LIRA MANDUJANO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. MARÍA ROSA ÁVILA ACOSTA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE DEL 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **Agradecimientos**

El tiempo siempre sigue su curso sin detenerse, los segundos se convertirán en minutos, los minutos en horas, las horas en días y los días en años, pero las experiencias vividas en el transcurso del tiempo impregnan su esencia para siempre en el recuerdo. De esta manera el presente trabajo está dedicado:

A mi familia, en particular a mis padres la Sra. Reinalda Aguilar y el Sr. Lino Cano por ser los pilares fundamentales en mi educación.

A mi novia Nancy Ruth Borja a quien amo con frenesí, por estar siempre a mi lado brindándome el apoyo y motivación necesarios en los momentos donde comienzo a flaquear.

Asimismo, quiero agradecer a todos los docentes que me han formado en este maravilloso mundo de la Medicina Conductual, en especial:

A la Maestra Ana Leticia Becerra Gálvez por ser un ejemplo a seguir y quien tiene toda mi admiración y respeto por ser una excelente profesora y persona.

A la Maestra Maetzin Itzel Ordaz Carrillo por orientarme no solo en la parte clínica, sino, también, por brindarme herramientas para desenvolverme adecuadamente en el ámbito hospitalario que ha sido parte esencial en mi aprendizaje.

A la Dra. Jennifer Lira Mandujano por mostrarse empática y enseñarme que en cualquier momento siempre se puede mejorar.

De igual forma, quiero extender mis agradecimientos al Hospital Juárez de México en particular al Servicio de Psiquiatría: al Dr Mario Ricardo Gallardo Contreras jefe del servicio, asimismo, al Servicio de Trasplante: al Jefe de Servicio al Dr. Andrés Bazán, a los médicos adscritos el Dr. René Lima, Dr. Armando González y a la Jefa de enfermera Mónica Parra quienes fueron parte fundamental en mi formación como Médico Conductual.

## Índice

### Primera parte

#### **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN UN PACIENTE CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL**

	Pág.
<b>Apartado 1. Generalidades de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT).</b>	1
1.1 Anatomía del sistema urinario.	1
1.1.1 Riñones.	2
1.1.2 Uréteres, vejiga y uretra.	4
1.2 Factores de riesgo relacionados con la ERCT.	5
1.3 Signos y síntomas de la ERCT.	6
1.4 Diagnóstico de la ERCT.	7
1.5 Etapas de la ERCT.	8
1.6 Epidemiología de la ERCT.	9
1.6.1 Estadística de la ERCT a nivel mundial y nacional	9
1.6.2 Estadística del trasplante renal en México.	11
1.7 Tratamiento médico para ERCT.	11
1.7.1 Diálisis peritoneal.	12
1.7.2 Hemodiálisis.	13
1.7.3 Trasplante renal.	14
<b>Apartado 2. Protocolo de Evaluación Multidisciplinario para candidatos a Trasplante Renal.</b>	16
2.1 Protocolos para trasplante renal.	17
2.1.1 Protocolo Médico.	18
2.1.2 Protocolo Psiquiátrico y Psicológico.	19
2.1.3 Protocolo de Trabajo Social.	21
2.2 Organización del Programa General de Trasplantes del Hospital Juárez de México.	21
<b>Apartado 3. Psicología y trasplante renal.</b>	23
3.1 Problemas psicológicos más comunes en pacientes candidatos a trasplante renal.	24
3.2 Ansiedad en pacientes con ERCT.	24
3.3 Depresión en pacientes con ERCT.	26
3.4 Técnicas Cognitivo-Conductual para la ansiedad y depresión.	27
<b>Apartado 4. ¿Qué es calidad de vida?</b>	29
4.1 Calidad de Vida Relacionada a la Salud y otros factores.	29
4.2 ¿Cómo se mide la calidad de vida?	31
4.3 Calidad de vida en pacientes trasplantados	32

	Pág.
<b>5. Caso clínico</b>	33
5.1 Criterios de selección del caso	33
5.2 Motivo de la consulta	34
<b>6. Antecedentes</b>	34
6.1 Heredofamiliares	34
6.2 Personales no patológicos	34
6.3 Personales patológicos	35
6.4 Psicológicos patológicos	35
<b>7. Dinámica familiar</b>	35
7.1 Familiograma	36
<b>8. Historia del problema</b>	36
8.1 Médico	36
8.2 Psicológico	37
<b>9. Padecimiento actual</b>	38
9.1 Impresión general	38
9.2 Examen mental	38
9.3 Factores Psicológicos complementarios	38
<b>10. Selección y aplicación de técnicas de evaluación</b>	38
<b>11. Descripción de conductas problemas</b>	40
11.1 Análisis de las conductas problema	40
11.2 Análisis funcional	43
11.3 Hipótesis funcional	44
12. Diagnóstico del DSM	44
12.1 Diagnóstico DSM IV	44
12. 2 Diagnóstico DSM 5	45
13. Objetivo del tratamiento Psicológico	46
13.1 General	46
13.2 Específico	46
<b>14. Selección de las técnicas de Intervención</b>	46
<b>15. Descripción de las sesiones</b>	47
<b>16. Resultados</b>	51
<b>17. Conclusiones</b>	54

## Segunda Parte

### Reporte de Productividad

<b>1. Panorama Histórico de la Medicina conductual.</b>	57
1.2 Medicina Conductual en México.	58
<b>2. Historia del Hospital Juárez de México.</b>	59
<b>3. Descripción de las instalaciones y servicios con los que cuenta el Hospital Juárez de México.</b>	61
<b>4. Servicio de Trasplante del Hospital Juárez de México.</b>	62
4.1 Funciones del psicólogo.	64
4.2 Actividades del residente en medicina conductual dentro del servicio de trasplante.	65
<b>5. Datos estadísticos del reporte de experiencia.</b>	67
5.1 Reporte de Trasplante Renal.	67
5.2 Reporte de Trasplante de Córnea.	69
5.3 Reporte de las técnicas psicológicas utilizadas.	70
<b>6. Conclusiones.</b>	72
<b>Referencias.</b>	75
<b>Apéndice 1.</b>	
Infografía: Todo problema puede tener una solución.	83
Infografía: ¿Qué es la depresión?	84
Infografía: ¿Qué es la Ansiedad?	85
<b>Apéndice 2</b>	
Auto-registro de auto cuidado	86
Auto-registro de ansiedad y depresión	87
<b>Apéndice 3.</b>	
Tríptico: Cuidados y recomendaciones que se tiene que realizar en casa para el paciente trasplantado.	88

**Índice de tabla.**

	Pág.
Tabla 1. Factores de riesgo para desarrollar ERCT	5
Tabla 2. Factores de riesgos no modificables y modificables para desarrollar ERCT	6
Tabla 3. Clasificación por etapas de la ERCT	8
Tabla 4. Ficha de identificación del paciente	33
Tabla 5. Resultados de la valoración psicológica del protocolo de trasplante renal	37
Tabla 6. Modelo secuencial integrativo de la depresión	41
Tabla 7. Modelo secuencial integrativo de la ansiedad	42
Tabla 8. Criterios diagnósticos del DSM 5 409.28 (F43.23) Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido	46
Tabla 9. Descripción de las sesiones con el paciente	48
Tabla 10. Puntuaciones de los inventarios BDI e IDARE	52
Tabla 11. Medición de la calidad de vida	53
Tabla 12. Asistencia del paciente a las sesiones	53
Tabla 13. Especialidades por edificios del Hospital Juárez de México.	62
Tabla 14. Horario del residente de medicina conductual en el servicio de trasplante.	66
Tabla 15. Datos de los receptores y donadores Evaluados por psicología.	67
Tabla 16. Frecuencia de receptores y donadores.	68
Tabla 17. Pacientes de primera vez y subsecuentes de trasplante renal.	69
Tabla 18. Frecuencia por género de Pacientes atendidos de trasplante de córnea.	70
Tabla 19. Pacientes de primera vez y subsecuentes de trasplante de córnea.	70
Tabla 20. Frecuencia de Técnicas Cognitivo Conductuales Utilizadas.	71
Tabla 21. Competencias alcanzadas.	73

## Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1. Componentes fisiológicos del sistema urinario.	2
Figura 2. Componentes fisiológicos del riñón.	3
Figura 3. Incidencia de Enfermedad Renal Crónica tratada, por millón de habitantes en el 2013.	10
Figura 4. Trasplante renal histórico en México por años.	11
Figura 5. Etapas del protocolo médico para la valoración de pacientes candidatos a trasplante renal del Hospital Juárez de México.	18
Figura 6. Aspectos psicológicos a evaluar en el protocolo psicológico para la valoración de pacientes candidatos a trasplante renal del Hospital Juárez de México.	20
Figura 7. Técnicas utilizadas con pacientes trasplantados.	28
Figura 8. Dinámica Familiar del paciente.	36
Figura 9. Descripción de las sesiones contempladas para el paciente.	47
Figura 10. Distribución de las puntuaciones obtenidas en el HADS.	51
Figura 11. Estructura organizacional del Hospital Juárez de México.	61
Figura 12. Estructura de organización del servicio del servicio de trasplante.	63
Figura 13. Descripción de la sesión de la valoración psicológica.	64

## **PRIMERA PARTE**

### **INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN UN PACIENTE CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL**

#### **Apartado 1. Generalidades de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT).**

Kidney Disease Improving Global Outcomes ([KDIGO], 2017) define a la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como una disminución de la Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) por debajo de 60 ml/min acompañada por anomalías estructurales o funcionales presentes por más de tres meses; se clasifica en 5 diferentes estadios de acuerdo con la TFG, las etapas 1 a la 4 requieren de un control, cuidados médicos y nutricionales, mientras que en el estadio 5, también conocido como Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), el paciente requiere terapia de reemplazo renal (diálisis, hemodiálisis o trasplante), ya que si no se trata de manera efectiva puede conducir a la muerte. Respecto a las complicaciones asociadas a esta condición patológica incluyen, entre muchas otras, una elevada mortalidad cardiovascular, síndrome anémico, deterioro de calidad de vida, deterioro cognitivo y trastornos óseos que pueden culminar en fracturas.

Para poder comprender más sobre la ERCT, es necesario conocer primero sobre el sistema urinario, sus componentes, así como, las funciones que realiza en el cuerpo humano.

#### **1.1 Anatomía del sistema urinario**

El aparato urinario comprende una serie de órganos, tubos, músculos y nervios que trabajan en conjunto para producir, almacenar y transportar orina; consta de dos riñones, dos uréteres, la vejiga, dos músculos esfínteres y la uretra. En la Figura 1 se muestran dichos componentes.

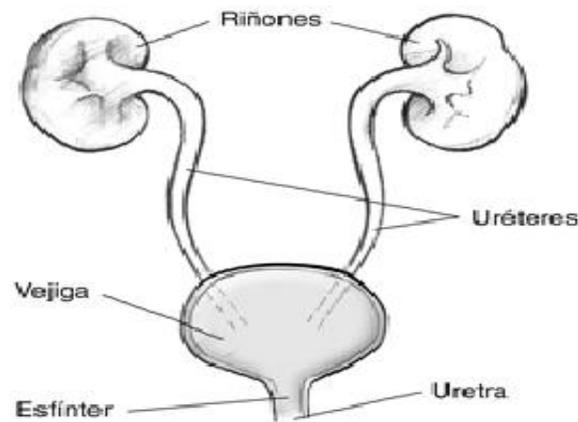


Figura 1. Componentes fisiológicos del sistema urinario. Adaptado de “Los riñones y cómo funcionan,” por National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC), 2009, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), 09, p 1.

Cuando el cuerpo absorbe los nutrientes de los alimentos y los usa para el mantenimiento de la función corporal, produce desechos que permanecen en la sangre y el intestino; por lo que el aparato urinario trabaja junto con los pulmones, la piel y los intestinos para excretar los desechos y de esta manera mantener un equilibrio de las sustancias químicas y del agua en el cuerpo, por lo tanto, el aparato urinario elimina de la sangre sustancias tóxicas como la urea, la cual se produce de los alimentos que contienen proteína, tales como la carne de res, puerco y ave, así como de ciertos vegetales, que se descomponen en el cuerpo. La urea se transporta a los riñones a través del torrente sanguíneo (National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse [NKUDIC], 2012).

### 1.1.1 Riñones

Los dos riñones se encuentran fuera de la cavidad peritoneal en contacto con la pared abdominal posterior, uno a cada lado de la columna vertebral, teniendo una estructura en forma de frijol del tamaño de un puño. Cada riñón está compuesto por alrededor de un millón de unidades de filtración llamadas nefronas, las cuales filtran la sangre. En la Figura 2 se muestra la composición de una nefrona la cual a su vez incluye un glomérulo y un túbulo. El glomérulo deja pasar líquidos y productos de desecho a través de él, sin embargo, previene el paso de células sanguíneas y moléculas grandes, principalmente proteínas. El fluido filtrado pasa a través del túbulo, que envía los minerales necesarios al torrente sanguíneo y elimina los desechos. El producto final se convierte en orina (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Clearinghouse [NIDDKD], 2013).

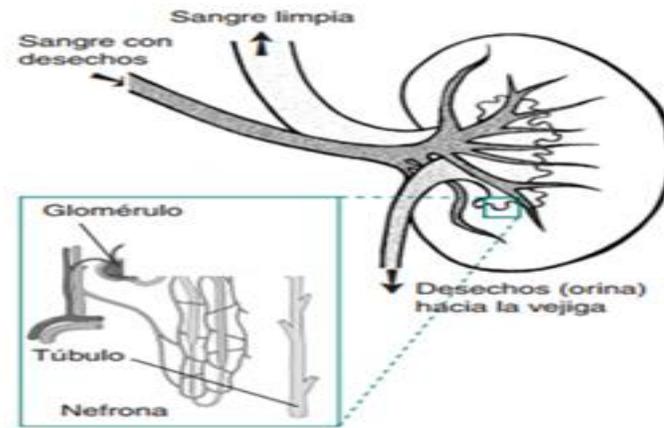


Figura 2. Componentes fisiológicos del sistema urinario. Adaptado de “Los riñones y cómo funcionan,” por National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (NKUDIC), 2009, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), 09, p 2.

Respecto a las funciones que realizan los riñones Eaton y Pooler (2006) indican que son:

- *Regulación de los equilibrios hídrico y eléctrico:* hace referencia a que la misma cantidad que entra es la misma que sale de líquidos y electrolitos (sodio, calcio, potasio cloro, fosfato y magnesio) que se encuentran en el organismo.
- *Excreción de desechos metabólicos:* en la mayor parte de los casos esos productos metabólicos carecen de función y son dañinos en concentraciones altas, como la urea (derivadas de las proteínas), el ácido úrico (de los ácidos nucleicos), creatinina (de la creatinina muscular), productos finales del desdoblamiento de la hemoglobina (confiere gran parte de su color a la orina) y metabolitos de las hormonas, entre otros muchos.
- *Excreción de sustancias bioactivas:* (hormonas y múltiples sustancias extrañas en especial fármacos) que afectan la función corporal.
- *Regulación de presión arterial:* depende en última instancia del volumen sanguíneo y la conservación renal del balance de agua y el sodio.
- *Regulación de la producción de eritrocitos:* la eritropoyetina es una hormona peptídica que participa en el control de eritrocitos por la médula ósea, la pérdida de esa función puede producir anemia.
- *Regulación de la producción de vitamina D:* la forma activa de la vitamina D se elabora en los riñones y su tasa de producción la regulan hormonas que controlan el equilibrio del calcio y el fosfato.

- *Gluconeogénesis*: casi toda gluconeogénesis (glucosa en sangre) ocurre en el hígado, pero una fracción de ella se produce en los riñones en particular durante el ayuno prolongado.

### **1.1.2 Uréteres, Vejiga y Uretra**

La NIDDKD (2013) refiere que, desde los riñones, la orina viaja a la vejiga por dos tubos delgados llamados uréteres los cuales tienen 8 a 10 pulgadas de largo. Los músculos en las paredes del uréter se aprietan y relajan constantemente para forzar la orina hacia abajo y fuera de los riñones; si la orina queda estancada o acumulada, se puede desarrollar una infección renal. Alrededor de cada 10 a 15 segundos, pequeñas cantidades de orina se vacían en la vejiga desde los uréteres.

La vejiga es un órgano muscular hueco en forma de globo, se encuentra sobre la pelvis y se sostiene en su lugar por ligamentos conectados a otros órganos y a los huesos pélvicos, la vejiga almacena la orina hasta ir al baño para expulsarla, se hincha en forma redonda cuando se encuentra llena y se torna pequeña cuando se encuentra vacía.

Los esfínteres ayudan a evitar el goteo de orina, estos se cierran con fuerza como alrededor de la abertura de la vejiga en la uretra, el tubo que permite la expulsión de orina fuera del cuerpo. Cuando se orina, el cerebro envía señales a los músculos de la vejiga para que se aprieten y expulsen la orina de la vejiga, al mismo tiempo, el cerebro envía señales para que los músculos del esfínter se relajen para que la orina salga de la vejiga por la uretra. Cuando todas las señales ocurren en el orden adecuado, hay una micción (acto de orinar).

Conocer el sistema urinario, sus componentes, así como, las funciones que realiza en el cuerpo humano, no solo es fundamental para el personal de salud, si no también, para los pacientes con ERCT, debido que la educación contribuye a mejorar la calidad de vida, retrasar la progresión de la enfermedad renal y mejorar la supervivencia, debido a que favorece conductas de prevención y autocuidado en el tratamiento de diálisis, así como, en el trasplante renal, es por eso, que el paciente debe contar con los conocimientos básicos del funcionamiento de los riñones, pero también de los factores de riesgo relacionados con la ERCT, los signos y síntomas de la enfermedad, el cómo se diagnóstica y las etapas de la enfermedad (Danguilan et al., 2013).

## 1.2 Factores de riesgo relacionados con la ERCT

Los factores de riesgo son todos aquellos sucesos o condiciones que aumentan la probabilidad de que la persona pueda perder la función renal y desarrollar ERCT, estos factores se pueden observar en la Tabla 1 (Hernández et al., 2010; Luyckx et al., 2017).

Tabla 1

### *Factores de riesgo para desarrollar ERCT*

<b>Factores de susceptibilidad</b>	<b>Atributos que inician directamente</b>	<b>Factores de progresión</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad avanzada.</li> <li>- Género.</li> <li>- Raza.</li> <li>- Bajo ingreso económico.</li> <li>- Bajo nivel educativo.</li> <li>- Historia familiar de ERCT.</li> <li>- Reducción congénita o adquirida de la masa renal.</li> <li>- Bajo peso al nacer.</li> <li>- Hiperfiltración.</li> <li>- Enfermedad cardiovascular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes.</li> <li>- Hipertensión Arterial.</li> <li>- Obesidad.</li> <li>- Síndrome metabólico.</li> <li>- Dislipidemia.</li> <li>- Hipercalcemia.</li> <li>- Infecciones y obstrucción del tracto urinario bajo.</li> <li>- Litiasis renal.</li> <li>- Enfermedades autoinmunes o hereditarias.</li> <li>- Glomerulopatías primarias.</li> <li>- Nefrotoxicidad por drogas o medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y analgésicos.</li> <li>- Exposición voluntaria o involuntaria a productos nefrotóxicos en el ambiente laboral o domiciliario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de control de la hiperglucemia y/o de la presión arterial alta.</li> <li>- Proteinuria persistente.</li> <li>- Ingesta exagerada de proteínas.</li> <li>- Obesidad.</li> <li>- Dislipidemias.</li> <li>- Obstrucciones e infecciones del tracto urinario.</li> <li>- Tabaquismo y alcoholismo</li> <li>- Ingesta de medicamentos nefrotóxicos.</li> <li>- Exposición a productos nefrotóxicos como algunos metales pesados como:               <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">• Plomo</li> <li style="width: 50%;">• Cromo</li> <li style="width: 50%;">• Cadmio</li> <li style="width: 50%;">• Arsénico</li> <li style="width: 50%;">• Mercurio</li> <li style="width: 50%;">• Pesticidas</li> <li style="width: 50%;">• Cobre</li> </ul> </li> </ul>

*Nota:* Adaptado de “Prevalencia, factores y agentes de riesgo de la enfermedad renal crónica en cuatro localidades de El Salvador” por R. J., Hernández, R. C. López, A. J. Emérito & E. K. Hernández, 2010, El Salvador: Universidad Doctor Andrés Bello, p. 6; “Reducing major risk factors for chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*,” V.A. Luyckx, K. R. Tuttle, G. G. García, G. M. Benghanem, H. J. Heerspink, D. W. Johnson, L. Zhi-Hong, Z. A. Massy, O. Moe, E. G. Nelson, L. Sola, D. C. Wheeler & S. L. White, 2017, *Kidney International Supplements*, 7, p. 73.

Otra clasificación es la que hacen D’Achiardi, Vargas, Echeverri, Moreno y Quiroz (2011) la cual se observa en la Tabla 2.

Tabla 2

*Factores de riesgos no modificables y modificables para desarrollar ERCT*

Factores de riesgo no modificables	Factores de riesgo modificables
- Predisposición genética: antecedentes heredofamiliares.	- Control de la Presión arterial.
- Factores materno-fetales: la desnutrición materna durante el embarazo y el exceso de ingesta de calorías por el recién nacido, el bajo peso al nacer se ha asociado pueden favorecer la aparición en la vida adulta.	- Control de la proteinuria.
- Edad y género: el incremento progresivo de la edad en el género masculino se asoció con mayor deterioro de la filtración glomerular.	-Control metabólico, la hiperglucemia y la acidosis metabólica.
	- Control de los niveles altos de aldosterona.
	- Control de los niveles de ácido úrico.
	- Control de la hiperglucemia.
	- Acumulación de fósforo.
	- Obesidad.
	- Alcohol.
	- Tabaquismo.

*Nota:* Adaptado de “Factores de riesgo de Enfermedad Renal Crónica,” por R. R. D’Achiardi, J. G. Vargas, J. E. Echeverri, M. Moreno, & G. Quiroz, 2011, Revista Médica, 19 (2), p. 227.

### 1.3 Signos y síntomas de la ERCT

La ERCT por lo general se inicia sin que su portador lo sepa y pueden transcurrir incluso años sin presentar síntomas, pero cuando avanza la enfermedad, es decir, cuando una persona llega a las etapas finales y los riñones están gravemente dañados puede presentarse fatiga, pérdida de apetito, calambres en las piernas, afecciones que afectan la sangre, los huesos, los nervios y la piel, picazón, problemas de sueño, movimiento de piernas, huesos frágiles y problemas articulares. Estos problemas son causados por productos de desecho que se acumulan en la sangre, una afección llamada uremia (NIDDKD, 2013).

También se caracteriza por la disminución de la función renal, por presentar edema (es la hinchazón causada por la acumulación anormal de líquidos en el cuerpo), hipoalbuminemia que es la pérdida de la albúmina (proteína) en la sangre, hiperlipidemia que es el exceso de grasa en la sangre y lipiduria que es la presencia de lípidos en la orina (Keddis & Karnath, 2007).

## 1.4 Diagnóstico de la ERCT

Debido a que las personas pueden tener enfermedad renal sin presentar síntomas, se han diseñado pruebas de laboratorio para detectarla mediante marcadores patológicos como anomalías en la sangre y la orina; un ejemplo de esto es el *Estimado de Filtración Glomerular* (GFR por sus siglas en inglés) que ha demostrado ser la mejor medida para evaluar la función renal, esto se hace mediante la estimación de concentración de creatinina sérica en la sangre que es un producto de desecho proveniente de la descomposición natural de los músculos, además, también se toman en cuenta la edad, género, estatura, raza y peso, para determinar la tasa de filtración glomerular (Carroll, 2006).

Martínez et al. (2014) indican que también se evalúa:

- *La lesión renal mediante la albuminuria*: que constituye, junto con la filtración glomerular, la base del diagnóstico y estadio actual de la enfermedad renal crónica, la presencia de concentraciones elevadas de proteína o albúmina en la orina, de forma persistente, es un signo de lesión renal.
- *Alteraciones en el sedimento urinario*: se refiere la presencia de hematuria y/o leucocituria durante más de 3 meses, una vez se ha descartado la causa urológica o la infección de orina.
- *Imágenes radiológicas patológicas*: la ecografía renal permite, en primer lugar, descartar la presencia de enfermedad obstructiva de la vía urinaria, pero también identificar anomalías estructurales que indican la presencia de daño renal, por ejemplo, los quistes renales.
- *Alteraciones histológicas o la indicación de biopsia*: forman parte del diagnóstico.

## 1.5 Etapas de la ERCT

Martínez et al. (2014) indican que la organización internacional KDIGO ha establecido una nueva clasificación pronóstica de la Enfermedad Renal Crónica basada en estadios de Filtración Glomerular y albuminuria como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3

### *Clasificación por etapas de la ERCT*

<b>Etapa</b>	<b>Descripción</b>	<b>GFR (ml/min/1.73 m<sup>2</sup>)</b>	<b>Qué se debe de hacer</b>	<b>Categorías por albuminuria, descripción e intervalo</b>
---	Mayor riesgo de desarrollar Enfermedad Renal.	>60 (Con riñón crónico Factores de riesgo de enfermedad).	Reducción del riesgo de Enfermedad Renal Crónica.	A1 Normal o aumento leve < 30 mg/g < 3 mg/mmol
<b>1</b>	Daño Renal con GFR normal o aumentado.	>90.	Diagnóstico y tratamiento de comorbilidades (diabetes, hipertensión), disminuir la progresión.	A2 Aumento moderado 3 0-299 mg/g 3-29 mg/mmol
<b>2</b>	Daño Renal con disminución leve de la GFR.	60–89.	Estimación de la progresión.	A3 Aumento grave ≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol
<b>3</b>	Disminución moderada GFR.	30–59.	Evaluación y tratamiento de las complicaciones.	
<b>4</b>	Disminución severa GFR.	15–29.	Preparación para la terapia de reemplazo renal.	
<b>5</b>	Enfermedad Renal.	<15 (Diálisis, hemodiálisis, trasplante).	Reemplazo renal.	

*Nota:* Adaptado de “Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica,” por C. A. Martínez, J. L. Górriz, J. Bover, M. J. Segura, J. Cebolladac, J. Escalada, E. Esmatjes, L. Fácilaf, J. Gamarrag, S. Gracia, M. J. Hernández, C. J. Llisterri, P. Mazónf, R. Montañés, O. F. Morales, T. Muñoz, V. P. Pablos, A. Santiago, C. M. Sánchez, C. Suárez, & S. Tranchej, 2014, *Semergen*. 40 (8), p. 248.

Hasta el momento se ha revisado la fisiología de los riñones, los factores de riesgo relacionados con la ERCT, los signos y síntomas de la enfermedad, así como su diagnóstico y sus etapas, pero también es necesario conocer las tasas de incidencia y prevalencia, debido a que su aumento representan desafíos para los sistemas de salud en todo el mundo y más para México donde la prevalencia parece ser similar a la de las naciones altamente

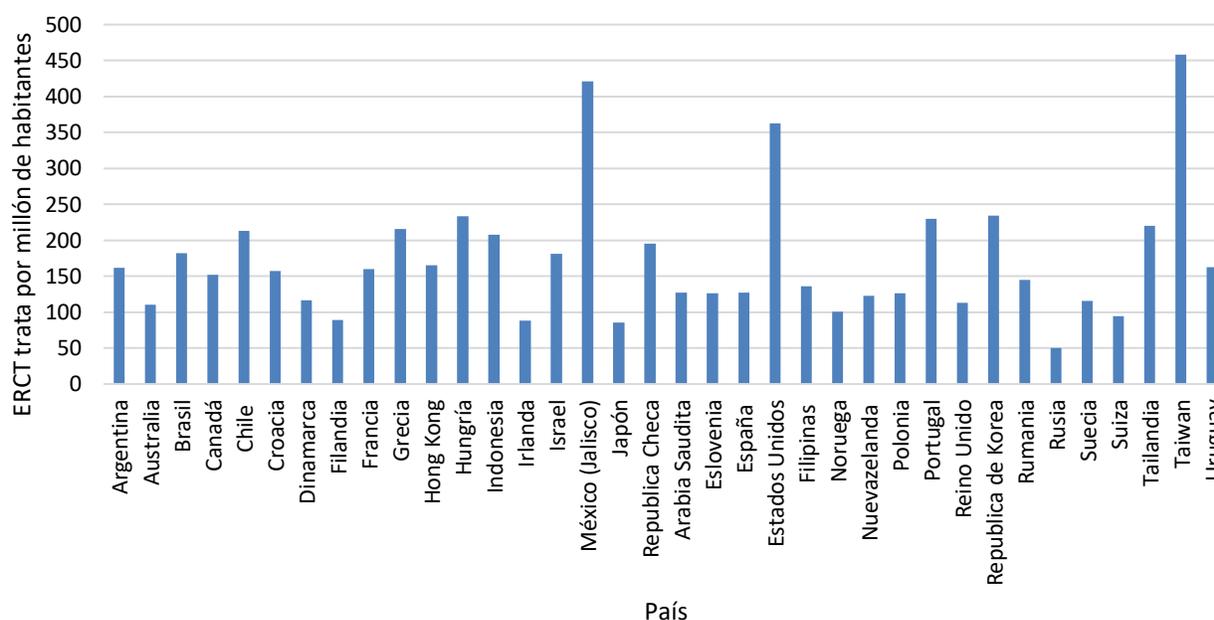
desarrolladas, siendo la diabetes e hipertensión la causa principal de la ERCT (Paniagua et al., 2007 ), a continuación se detallará más sobre su epidemiología de la ERCT.

## **1.6 Epidemiología de la ERCT**

La visión epidemiológica de la ERCT ha cambiado notablemente; años atrás era considerada una enfermedad de incidencia baja, pero en la actualidad se reconoce que afecta un porcentaje significativo de la población. Entre sus causas principales se encuentra una alta prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), Diabetes Mellitus 2 (DM2) y Enfermedad Vascular Renal (EVR). Más de un millón de pacientes con ERCT se mantienen con tratamiento sustitutivo de la función renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal) y más de 200,000 nuevos pacientes inician estos tratamientos en el mundo. Esto se puede deber al incremento de la sobrevida de los pacientes hipertensos o diabéticos que desarrollan una lesión renal progresiva, el incremento de la incidencia de la enfermedad renal también se relaciona con factores de exposición ambiental, sustancias o medicamentos nefrotóxicos (Valdivia et al.,2011).

### **1.6.1 Estadística de la ERCT a nivel mundial y nacional**

El Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas ([CNICM], 2016) menciona que la enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. En América Latina un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvo acceso en 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento para la sustitución de la función que sus riñones: hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios no es muy equitativa y en algunos países esa cifra fue menor, como se puede observar en la Figura 3.



*Figura 3.* Incidencia de Enfermedad Renal Crónica tratada, por millón de habitantes en el 2013. Adaptado de “Enfermedades renales. Estadísticas mundiales” por Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas (CNICM), 2016, Factográfico de Salud, 2 (2), pp. 3.

Respecto a México la ERCT se ha convertido en un grave problema de salud pública solo entre 1990 y 2013, la carga de la ERCT aumentó rápidamente con tasas de años de vida ajustados por discapacidad que aumentaron hasta un 130%, siendo la segunda tasa más alta debido a la ERCT en el mundo. Respecto al acceso universal a diálisis y trasplante de riñón 48% de la población del país es atendido en hospitales de gobierno y solo el 3% puede pagar un seguro de salud privado, mientras que el 49% restante no tiene acceso a los beneficios de la seguridad social y no puede pagar los servicios privados de atención médica, de manera en el 2015 las tasas de incidencia y prevalencia de ERCT tratadas en la población con seguro social eran de 281 y 1357 por millón de habitantes, respectivamente, mientras que 130 y 200 por millón de personas no tenían seguro (García & Chávez, 2018).

### 1.6.2 Estadística del trasplante renal en México

El Centro Nacional de Trasplantes ([CENATRA], 2017) indica que, hasta el 31 de diciembre del 2018, hay en lista de espera 15072 pacientes y en ese año se realizaron un total de 3048 trasplantes en toda la república mexicana de los cuales 2079 eran de donador vivo y 969 de donación cadavérica, como se puede ver en la Figura 4, asimismo, se observa el trasplante renal histórico en México desde el 2006 al 2018.

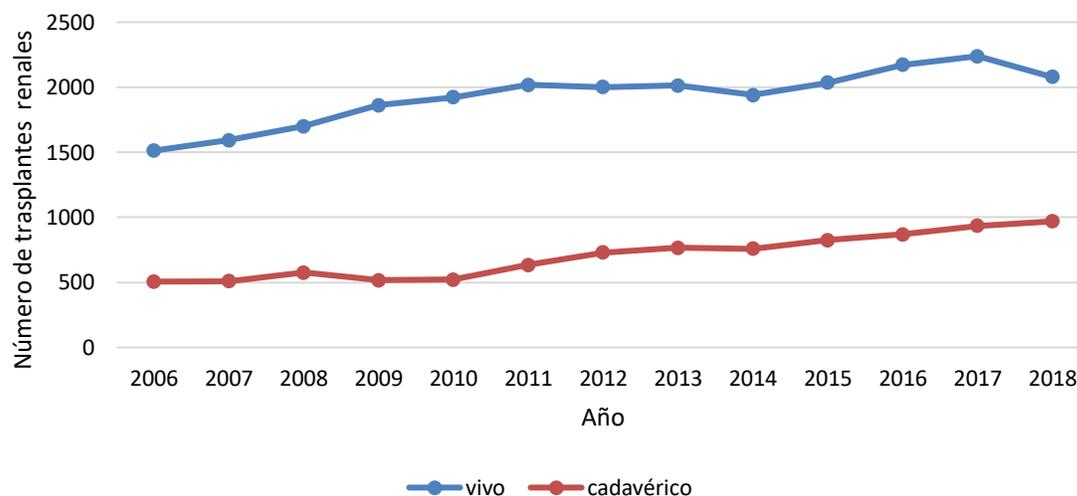


Figura 4. Trasplante renal histórico en México por años (2006-20018). Adaptado de “Estado Actual de Receptores, Donación y Trasplantes en México 3ER Trimestre 2017” Por Centro Nacional de Trasplante (CENATRA), 2017, p. 28.

### 1.7 Tratamiento médico para ERCT

Las opciones de tratamiento de la ERCT dependen de la etapa de la misma. Generalmente, durante las primeras 4 etapas, el tratamiento es conservador (fármacos, dieta y medidas generales), mientras que en la etapa más avanzada (etapa 5) el tratamiento consiste en la terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis, o trasplante) y la dieta (Espinosa-Cuevas, 2016).

Treviño-Becerra (2009) refiere que se proporciona tratamiento sustitutivo cuando el paciente tiene menos de 15 ml/mm de filtración glomerular, por lo tanto, las diálisis y hemodiálisis son procedimientos que permiten depurar toxinas, electrolitos y eliminar líquido en pacientes, mientras que el trasplante es la sustitución del órgano por otro, a todos los

pacientes con indicaciones de trasplante se les debe buscar un donador vivo, o si no hay contraindicaciones inscribirlo a la base de datos nacional de donación cadavérica. Mientras no se efectúe el trasplante, los pacientes tendrán que estar en programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis, los cuales deben ser:

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

### **1.7.1 Diálisis peritoneal**

Para la Secretaría de Salud (2014) diálisis, la definen como un tratamiento sustitutivo, que su principal función es la depuración de toxinas urémicas a nivel renal. De esta manera la inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y sociales.

En la actualidad existen dos modalidades de diálisis: diálisis peritoneal y hemodiálisis. La elección de una u otra depende de los deseos del paciente, de su estado clínico, de la experiencia del profesional que la prescribe y de los recursos disponibles. Ningún método ofrece ventajas en la tasa de supervivencia cuando se comparan factores de riesgo similares.

La Diálisis Peritoneal (DP), consiste en la depuración a través de la membrana peritoneal natural. Se trata de un tratamiento domiciliario, realizado por el propio enfermo tras un período de adiestramiento, existen dos modalidades:

- Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), es una técnica manual, que utiliza una solución para dializar que se infunde en la cavidad peritoneal; transcurridas seis u ocho horas se drena impregnada de toxinas urémicas.
- Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA), en la cual se utiliza una cicladora para la infusión para dializar y posterior drenaje, habitualmente se realiza por la noche.

Entre las ventajas de la diálisis peritoneal, se describen: mayor estabilidad hemodinámica, mejor control de la anemia, mayor tiempo de preservación de la función renal residual, mayor independencia y movilidad, no requiere un acceso vascular y no requiere anticoagulación. Por lo tanto, se sugiere considerar el uso de diálisis peritoneal como terapia sustitutiva renal ante su ventaja en la preservación de la función renal residual (Secretaría de Salud 2014).

### **1.7.2 Hemodiálisis**

La hemodiálisis es un tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter o fístula), con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez depurada, a través del acceso, al organismo.

En la hemodiálisis, se permite que la sangre fluya, a través de un filtro especial que elimina los desechos y los líquidos innecesarios. La sangre filtrada se devuelve luego al cuerpo. La eliminación de los desechos dañinos, la sal y los líquidos innecesarios ayuda a controlar la presión arterial y a mantener el equilibrio adecuado de sustancias químicas en el cuerpo, como el potasio y el sodio (National Institutes of Health [NIH], 2007).

Según la National Kidney Foundation ([NKF] 2014) el aparato de hemodiálisis tiene un filtro especial llamado dializador o riñón artificial, el cual limpia la sangre. Para que la sangre pase por el dializador el médico tiene que establecer un acceso o entrada a los vasos sanguíneos, se pueden crear tres tipos de accesos distintos: una fístula, un injerto o un catéter. La fístula es la primera opción de acceso. Se realiza uniendo una arteria a una vena cercana, debajo de la piel, para crear un vaso sanguíneo de mayor tamaño. Este tipo de acceso presenta menos complicaciones y dura más tiempo. Si los vasos sanguíneos no son adecuados para una fístula se puede usar un injerto. En este caso se une una arteria a una vena cercana con un tubo blando y pequeño de material sintético que se coloca debajo de la piel.

Cuando la fístula o el injerto cicatrizan se colocarán dos agujas, una en el lado de la arteria y otra en el lado de la vena de la fístula o el injerto, las agujas se conectan a tubos plásticos, un tubo lleva la sangre al dializador en donde se limpia, y el otro tubo regresa la sangre limpia al cuerpo. El tercer tipo de acceso, llamado catéter, se inserta en una vena

grande del cuello o del tórax. Este tipo de acceso generalmente se utiliza cuando se requiere diálisis por un periodo de tiempo corto. Los catéteres también se pueden usar como accesos permanentes, pero sólo cuando no es posible crear una fístula o un injerto. Los catéteres se pueden conectar directamente a los tubos de diálisis y por lo tanto no se utilizan agujas.

### **1.7.3 Trasplante Renal**

El trasplante renal es la terapia de elección para la mayoría de las causas de la ERCT porque mejora la calidad de vida y la supervivencia frente a la diálisis.

Valdez (2008) refiere que el trasplante renal puede ser:

- 1) Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado (TRDVR), existe un lazo de consanguinidad, por ejemplo: hermano a hermano o padre a hijo, etcétera.
- 2) Trasplante Renal de Donador Cadavérico (TRDC): cuando el donador constituye un paciente con muerte cerebral.
- 3) Trasplante Renal de Donador Vivo Emocionalmente Relacionado (TRDVER): en estos casos no existe un lazo de consanguinidad, pero sí un compromiso emocional de llevar a cabo la donación; por ejemplo, los trasplantes entre esposos.

Otro tipo de trasplante renal es el cruzado o trasplante con intercambio renal emparejado, el cual consiste en un intercambio entre dos o más parejas, que no pueden donar los riñones a sus receptores de elección por incompatibilidad. Por lo tanto, se intercambian los riñones de donantes vivos entre distintas parejas para conseguir una combinación con pruebas de histocompatibilidad (Kalble et al., 2010).

Una vez que el paciente tiene donador para ser trasplantado deberá ser sometido a un protocolo que está a cargo del servicio de trasplantes, este protocolo se puede dividir en tres partes: 1) pretrasplante que inicia posterior a la entrevista clínica médica y plática informativa de primera vez del trasplante al paciente y familiares, se procede con estudios de laboratorio y médicos para posteriormente interconsultar especialistas tales como: urología, neumología, cardiología, otorrinolaringología, oftalmología, ginecología, psicología y anestesiología,

después de tener el visto bueno de cada uno de ellos para poder ser trasplantado, el caso se expone ante el comité interno de trasplantes para su análisis conjunto e indicar si es apto, transitorio o no apto, 2) si se considera apto pasa a la etapa de inmunosupresión y observación en una habitación aislada, para posteriormente realizar la cirugía y 3) después de la operación el paciente sigue en la etapa de inmunosupresión y de observación en un cuarto aislado para poder monitorear su progreso (Ramírez et al., 2008).

Como se pudo observar este primer capítulo nos introdujo de manera general al panorama de la ERCT y para ello fue necesario describir el aparato urinario y sus funciones, los factores de riesgo, los síntomas, las etapas, el tratamiento y el impacto que tiene a nivel mundial y nacional la enfermedad, para dar pie en el siguiente apartado donde se revisará la evaluación multidisciplinaria que se debe de realizar en el trasplante renal, es decir, en qué consiste el protocolo médico, psiquiátrico, psicológico y trabajo social para los candidatos al tratamiento.

## **Apartado 2. Protocolo de Evaluación Multidisciplinario Para Candidatos a Trasplante Renal**

En el primer capítulo se aprecia la historia natural de la enfermedad y sus diferentes tratamientos, siendo el trasplante renal el que tiene un mayor impacto en la mejora de la calidad de vida y en el aumentado de la supervivencia frente a la diálisis peritoneal y hemodiálisis de acuerdo con Valdez (2008), es por eso que en este segundo capítulo, se explica el proceso por el cual atraviesa el candidato a trasplante renal y para ello se describe que es un protocolo y en que consiste la evaluación de cada especialidad para poder integrar la valoración multidisciplinaria que establece el Centro Nacional de Trasplante para poder determinar si es candidato o no a este tratamiento.

Román (2012) indica que la normalización de las prácticas clínicas pretende ayudar a resolver los problemas de variabilidad mediante la elaboración de documentos basados en la evidencia científica disponible, con la finalidad de optimizar la atención de cada paciente. No hay un criterio común para denominarlas y se encuentran bajo diferentes nombres, como:

- ***Guía de prácticas clínicas (GPC):*** es un documento que contiene declaraciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar al personal de salud y al paciente en las decisiones sobre el cuidado de salud apropiado de un cuadro clínico específico.
- ***Protocolo de la atención médica:*** es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud. Los protocolos pueden formar parte de las GPC y se usan especialmente en aspectos críticos que exigen apego total a lo señalado, como ocurre en urgencias o bien cuando hay regulación legal, como en medicina forense.
- ***Algoritmo:*** es una representación gráfica, en forma de un diagrama de flujo, de un conjunto finito de pasos, reglas o procedimientos lógicos, sucesivos y bien definidos, que se deben seguir para resolver un problema de diagnóstico o terapéutico específico. También, se denomina algoritmo a la secuencia de pasos ordenados que conducen a resolver un problema.
- ***Guías clínicas:*** son planes asistenciales que se aplican a enfermos de una patología determinada, que presentan un curso clínico predecible. Las guías clínicas también se

conocen como mapas de cuidados, guías prácticas, protocolos de atención, atención coordinada, guías de atención integrada, guías de atención multidisciplinaria, programas de atención en colaboración, guías de alta anticipada, guías de atención o de gestión de casos clínicos.

Por lo tanto, las guías o los protocolos definen la atención o cuidado que ha de recibir el enfermo. Las guías definen cuándo, cómo y en qué secuencia se ha de proporcionar la atención o cuidado, además especifican los objetivos de cada fase.

### **2.1 Protocolos para trasplante renal.**

El proceso de evaluación del potencial receptor de un trasplante renal debe hacerse en forma multidisciplinaria por un equipo de trasplante el cual incluye: nefrólogo, cirujano de trasplantes, urólogo, trabajadora social, psicólogo, psiquiatras, enfermeras y expertos en tipificación tisular. En muchos centros el receptor y el donador son evaluados por diferentes equipos de médicos, para prevenir la influencia del médico del receptor sobre la evaluación de los probables donadores (Cuéllar & Correa, 2005).

Es claro que la evaluación del receptor renal es de vital importancia para el éxito del trasplante a corto y largo plazo, dicho proceso debe incluir desde una historia clínica, un examen físico minucioso y sistematizado, para que posteriormente la evaluación integral por el equipo multidisciplinario determinará junto con el comité de trasplante si el paciente es o no es candidato a un trasplante renal (Ramírez et al., 2008).

Este procedimiento debe estar sujeto a la ley, por lo tanto la Ley General de Salud (2017) en su Artículo 330 indica que los trasplantes de órganos, tejidos y células en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones y siempre que existan justificantes de orden terapéutico, mientras que en su Artículo 332 indica que la selección del donante y del receptor se hará siempre por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud.

### 2.1.1 Protocolo Médico.

Ramírez et al. (2008) refieren que el paciente candidato a recibir un trasplante renal es todo aquel con función renal deteriorada en etapas ya terminales o daño irreversible; se presenta a medida que la enfermedad renal crónica va progresando a tal punto en que la función de los riñones es menos de 10% de su capacidad normal. El protocolo como tal, se desarrolla de manera ordenada y secuencial posterior a la entrevista clínica y plática informativa de primera vez a paciente y familiares, estableciendo tres etapas como se muestra en la Figura 5.

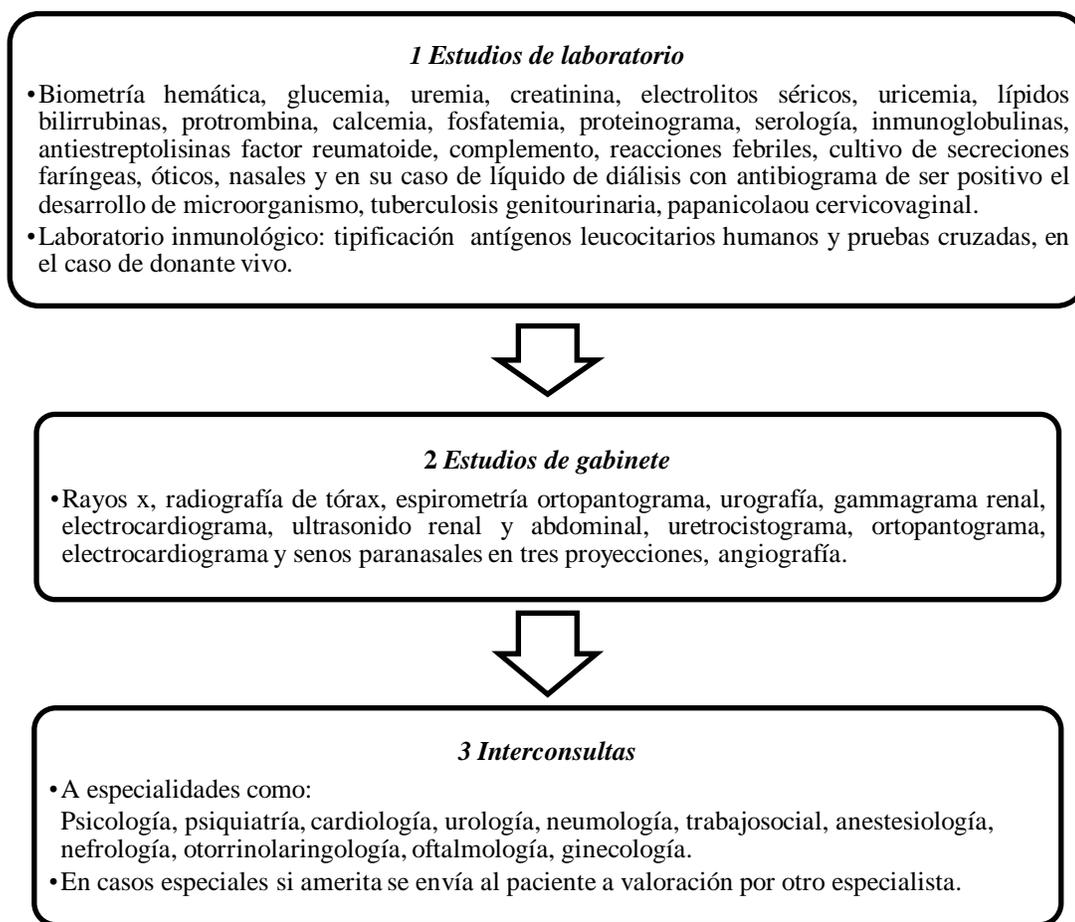


Figura 5. Etapas del protocolo médico para la valoración de pacientes candidatos a trasplante renal del Hospital Juárez de México, adaptado de “Intervención multidisciplinaria para el receptor de trasplante renal experiencia en el hospital Juárez de México,” por S.F. Ramírez, M. D. Delgado, B. A. Bazán, G. A. González, F. V. Portillas & M. F. Aguirre, 2008, Hospital Juárez de México, 75 (2), p. 96

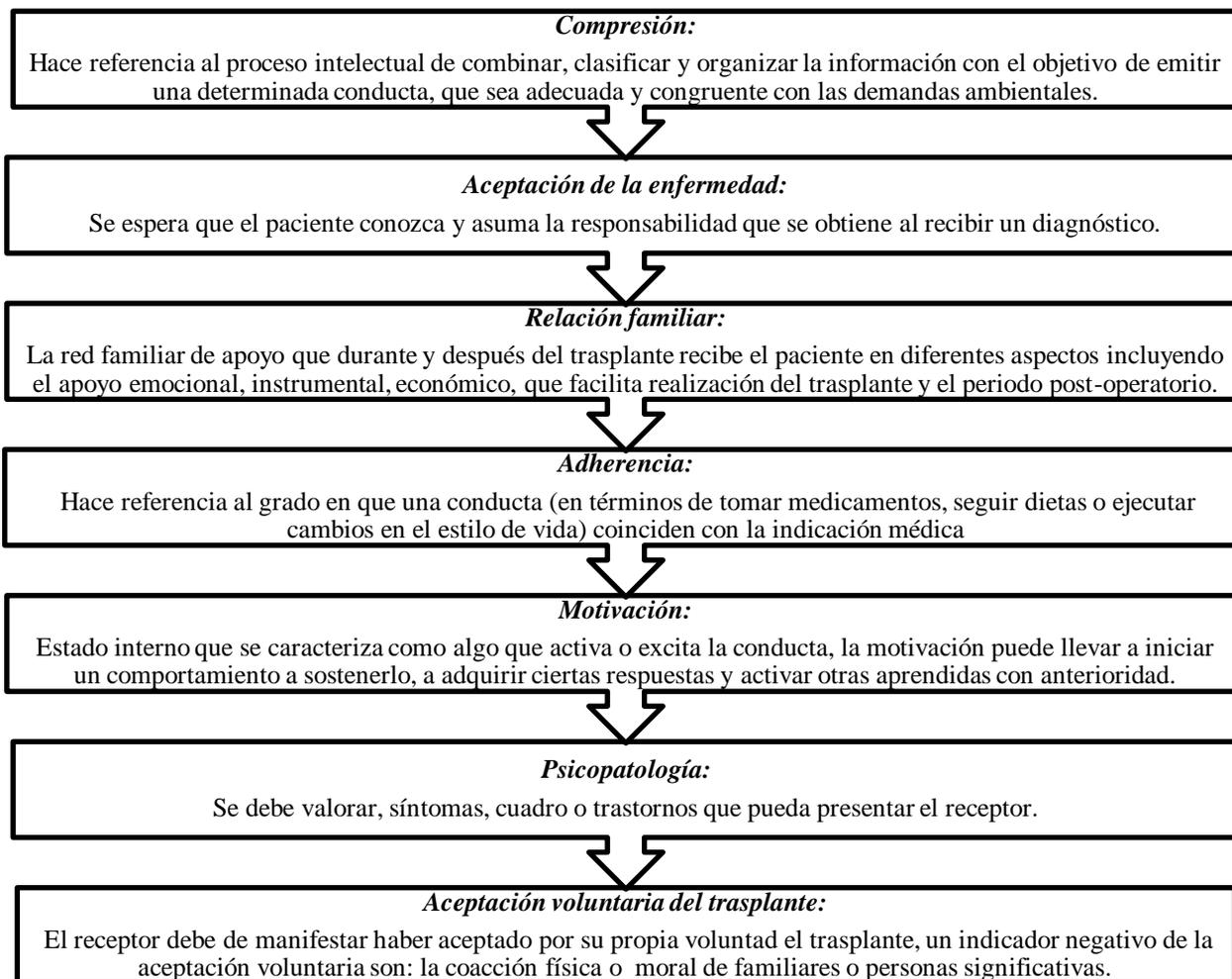
La elección de los pacientes candidatos a trasplante renal deberá hacerse bajo consideraciones médicas y quirúrgicas únicamente, no se discriminará por estatus social, género, raza, apreciación pública o personal. Hay pocas contraindicaciones absolutas para el trasplante como, por ejemplo: infección activa, proceso de malignidad activo, abuso actual de sustancias tóxicas, la falta de adherencia al tratamiento, comorbilidades que limiten la expectativa de vida o poco beneficio esperable después trasplante (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán [INCMNSZ], 2015).

### **2.1.2 Protocolo Psiquiátrico y Psicológico.**

Los aspectos psiquiátricos y psicológicos de los candidatos a trasplante son relevantes, especialmente en la etapa de evaluación previa, pues la influencia de estos factores puede dificultar la evolución postquirúrgica, tanto en la supervivencia del órgano implantado como en la calidad de vida de la persona trasplantada. La evaluación psicológica y psiquiátrica pretrasplante debe servir para identificar el ajuste psicosocial del paciente, su funcionamiento cognitivo y estado emocional, así como ayudar en la implementación de un plan de tratamiento para abordar los problemas de salud mental actuales (Cuéllar & Correa, 2005).

La evaluación del estado mental es imprescindible en el contexto médico, psicosocial, ético y legal de todo comité de trasplantes con el fin de garantizar que el paciente comprenda el proceso de forma correcta para cumplir con las indicaciones médico-quirúrgicas y con el requisito de un consentimiento informado válido, así como asegurar en lo posible la adherencia máxima por parte del trasplantado para colaborar con el éxito del procedimiento (INCMNSZ, 2015).

Alcázar et al. (2001) mencionan que los factores más importantes para la evaluación psicológica en trasplante renal son los que se muestran en la Figura 6.



*Figura 6.* Aspectos psicológicos a evaluar en el protocolo psicológico para la valoración de pacientes candidatos a trasplante renal del Hospital Juárez de México. Adaptado de “Valoración psicológica para trasplante renal,” por O. R. Alcázar, B. A. Bazán, G. L. Rojano, C. S. Rubio, C. D. Mercado, & E. L. Reynoso, 2001, Hospital Juárez de México 68 (1), p. 20.

Lo anterior se puede evaluar mediante entrevista estructurada que recoge datos sociodemográficos del candidato, antecedentes médicos, psicopatológicos personales y familiares, consumo de sustancias en el pasado y actual, así como la descripción del estilo de vida y la automotivación al cambio. Respecto al problema médico, es relevante recabar la información que el paciente tiene sobre la historia de la enfermedad que le ha conducido al trasplante, los conocimientos y la comprensión sobre los procedimientos médicos-quirúrgicos implicados, así como las expectativas de resultados con el tratamiento. En cuanto a los instrumentos psicométricos, como herramientas complementarias, los cuestionarios deberán estar validados para la población, además de una comprensión sencilla para el usuario y breves en su extensión (Fidel et al., 2015).

### **2.1.3 Protocolo de Trabajo Social.**

INCMNSZ (2015) indica que todos los pacientes en protocolo de trasplante renal deberán ser sometidos a una evaluación de sus condiciones socioculturales y económicas por parte de un trabajador social, con la finalidad de asegurarse de la red primaria de apoyo sea real, también determinará si el paciente puede tener acceso al esquema de inmunosupresión y desensibilización que se considere adecuado a su riesgo inmunológico. Asimismo, deberá ver si el receptor cuenta con las condiciones de vivienda para el trasplante el cual deberá tener todos los servicios intra y extra domiciliarios sobre todo contar con agua potable, área física donde tendrá el aislamiento protector y este debe tener un lavamanos y baño propio, paredes y piso de material lavable.

### **2.2 Organización del Programa General de Trasplantes del Hospital Juárez de México.**

Urbina, Bazán, y Galindo (2005) indican que cada hospital que realice trasplante deberá estar constituido de la siguiente manera:

1. *Comité Interno de Trasplantes de Órganos y Tejidos*: constituyen la autoridad que decide sobre la distribución, así como, la asignación de los órganos y tejidos, en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.
2. *Responsable del Programa de Trasplantes*: tiene, entre algunas de sus funciones, verificar que los trasplantes se realicen de conformidad con los requisitos que establece la ley, con la máxima seguridad y de acuerdo con principios de bioética.
3. *Coordinación de las Donaciones de Órganos y Tejidos*: responsable de captar al posible donador cadavérico, plantear la donación, convertir las donaciones potenciales en donaciones reales, llevar el registro de “lista de espera” de receptores a trasplante de fuente cadavérica, enlazar al programa hospitalario con el Centro Nacional de Trasplantes y múltiples actividades relacionadas.
4. *Subcomité de trasplante específico*: grupo responsable de decidir la distribución y asignación del trasplante de órganos y tejidos específicos de la especialidad de que se trate,

donados en el Hospital u otra institución, cuyo funcionamiento está sujeto a la Ley General de Salud y Acuerdos, Reglamentos en la Materia.

Como se pudo apreciar el proceso por el cual pasa el candidato a trasplante renal son en tres áreas importantes, las cuales son la parte médica que haces estudios necesarios para determinar que el paciente se encuentre en las mejores condiciones físicas posibles, mientras que trabajo social se encarga de valorar que la condiciones socioeconómicas y de casa habitación sean las requeridas para poder llevar a cabo su recuperación y por último el área psicológica se encarga de valorar que la parte cognitiva y conductual del paciente sean adecuadas para afrontar cada una de la etapas del trasplante renal, todo esto con la finalidad de aumentar la probabilidad de que el trasplante sea un éxito y disminuir variables biopsicologicas que ponga en riesgo el tratamiento que se le brinda al paciente.

En el siguiente capítulo se enfocará a describir con más detalle la importancia de la valoración psicológica en candidatos de trasplante renal, ya que estos pacientes pueden generar problemas psicológicos como menciona Mena, Barragán y Gómez (2014) desde la propuesta del trasplante hasta la adaptación tras el alta médica pueden surgir complicaciones sociales y emocionales, tanto en los pacientes como en sus familiares.

### **Apartado 3. Psicología y trasplante renal.**

Una parte fundamental del trasplante renal es la motivación y colaboración del paciente hacia su tratamiento médico (Solórzano, 2012), es por eso que en este capítulo se describe el papel del psicólogo en el proceso de trasplante renal, los problemas psicológicos más comunes que presentan los pacientes y las técnicas cognitivo conductual que se pueden ocupar para intervenir con estos pacientes

Las personas sometidas a trasplante renal requieren, no solamente vigilancia médica sino también psicológica, ya que el trasplante puede generar durante todo el proceso (desde la propuesta hasta la adaptación tras el alta médica) complicaciones sociales y emocionales, tanto en los pacientes como en sus familiares. La intervención psicológica permite también descartar presencia o riesgo de trastorno mental, tratar una pobre adherencia al tratamiento y apoyar en el afrontamiento de posibles problemas sociales concurrentes (Mena, Barragán & Gómez, 2014).

El papel de los psicólogos puede ser, en parte, ayudar en la preparación de los pacientes que son candidatos a cirugía de trasplante y proporcionar apoyo psicosocial después de ésta. Además, sus intervenciones permiten aumentar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de los pacientes que están en el proceso de trasplante (Berrío & Burgos, 2011).

La intervención de los psicólogos en el proceso de trasplante de órganos no debe limitarse exclusivamente a las acciones de evaluación, pues una vez que son detectados los problemas de tipo conductual, cognitivo, actitudinal y/o relacional que han sido interpretados como riesgos para la evolución satisfactoria del trasplante, se debe realizar intervención con la persona enferma o con la familia, tanto en la valoración pretrasplante, como durante el período de espera del órgano y la etapa posterior al trasplante (Gómez, 2007).

Berrío y Burgos (2011) refieren que el hecho de que la intervención psicológica se haga en diferentes momentos permite describir las acciones propias del psicólogo en cada fase. Algunas de estas acciones son de tipo general como: la evaluación, la psicoterapia para el control de respuestas emocionales (ansiedad, ira y depresión, entre otras) y el acompañamiento al paciente, según el tipo de trasplante (corazón, hígado, riñón, etc.).

### **3.1 Problemas psicológicos más comunes en pacientes candidatos a trasplante renal.**

Reyes, González y Rodríguez (2017) indican que la enfermedad renal crónica ocasiona limitaciones en la vida personal, laboral, familiar y social de los pacientes, así como irregularidades psicológicas que evidencian alteraciones emocionales desde el momento en que son diagnosticados con ERCT, en el transcurso de la enfermedad y durante el tratamiento. Esto se puede deber por cambios de la dieta y las restricciones de la ingestión de líquidos; cambios en el nivel funcional, con tendencia a la disminución de capacidades físicas y cognitivas, pérdida del estatus social y cambios de rol a nivel familiar, laboral y social, deterioro en cuanto al deseo y rendimiento sexual, cambios en la autoimagen y autoestima, así como, disminución de la independencia.

Los pacientes candidatos a trasplante se enfrentan a varios factores que afectan el estado psicológico. Además, del diagnóstico de una enfermedad médica con mal pronóstico cuya única alternativa terapéutica es el trasplante y sumado a la baja tasa de donación de órganos, el tiempo de espera, el temor a la muerte o rechazo del órgano y el período de ajuste postrasplante pueden desencadenar trastornos de ansiedad, con una prevalencia entre un 3 a 33% durante los primeros años postrasplante y episodios depresivos con una prevalencia entre el 10 y 58% durante los primeros años postrasplante. Manejar el proceso de adaptación psicosocial y sintomático del paciente y de su familia en las diferentes etapas del trasplante disminuye el riesgo de desarrollo de patología psiquiátrica y mala adherencia al tratamiento con el consecuente rechazo del órgano (Krauskopf, 2017).

### **3.2 Ansiedad en pacientes con ERCT**

El término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano. La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

La ansiedad es también un problema de salud en los pacientes con ERCT, puede oscilar desde una respuesta adaptativa hasta un trastorno incapacitante. Es decir, en condiciones normales, los pacientes mejoran su rendimiento y adaptación al medio. Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, que afecta al bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales e intelectuales, en el tratamiento de algunas enfermedades, en la adherencia terapéutica y en la calidad de vida (Cabral, Sánchez, Ojeda, Monterubio, & Hernández, 2017).

Por lo tanto, la ansiedad se caracteriza por una preocupación crónica persistente, con síntomas de inquietud, sensación de estar nervioso o "al límite"; fatiga; dificultad para concentrarse; irritabilidad; tensión muscular; y trastornos del sueño. La ansiedad puede interferir con el bienestar y la productividad, la capacidad de concentrarse y procesar la información, o la capacidad de tomar decisiones y participar de manera significativa en el cuidado personal. Es esencial que se descarte afecciones médicas específicas, antes de atribuir estos síntomas a un trastorno de ansiedad (Cohen et al., 2016).

La conducta de la persona enferma es una parte integral de la propia enfermedad y está afectada por las emociones, ya que éstas pueden incidir en la forma en la que un individuo toma decisiones relacionadas con su salud, que dificultan o favorecen su proceso de atención y/o curación. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y el tratamiento, sus condiciones de vida y con las habilidades individuales para adaptarse a su nueva enfermedad (Cabral, Sánchez, Ojeda, Monterubio, & Hernández, 2017).

Los factores estresantes de las personas con insuficiencia renal crónica más comunes son las dificultades financieras, los cambios en las relaciones sociales y matrimoniales, el ingreso regular al hospital, la restricción del tiempo de ocio, el miedo a la discapacidad o la muerte, el aumento de la dependencia al tratamiento, incertidumbre sobre el futuro, la limitación de líquidos y alimentos, la pérdida de empleo, problemas de imagen corporal (pérdida de peso, pérdida de masa muscular, cambio de color de la piel, signos visibles de punción venosa) y la fatiga, que puede afectar negativamente la capacidad de una persona participar en diversas actividades diarias (Gerogianni & Babatsikou 2014).

### **3.3 Depresión en pacientes con ERCT**

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014 ).

La depresión es común en pacientes con ERCT asociada a la sintomatología orgánica, a las limitaciones impuestas por la enfermedad y al tipo tratamiento. La intensidad de las reacciones emocionales varía de un paciente a otro dependiendo de la valoración cognitiva que realice del impacto de la enfermedad renal y su tratamiento, sobre sus condiciones de vida. Las personas depresivas tienden a interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles. Esto da cuenta de la existencia de un sesgo sistemático en el procesamiento de la información, lo que conduce a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. La presencia de depresión aumenta la no adherencia o incumplimiento de las restricciones dietéticas e intentos suicidas, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida (Páez, Jofré & Azpiroz, 2009).

Los pacientes con ERCT tienen aumento de la carga del cuidado personal relacionado con su enfermedad, visitas frecuentes al hospital, las restricciones dietéticas, el aumento de la carga de medicamento y exámenes rutinarios de glucosa, presión arterial y peso, además a esto se le agrega los desafíos asociados con el tratamiento de diálisis, como viajar a la clínica de diálisis 3 veces a la semana para hemodiálisis o realizar en el hogar la diálisis peritoneal diaria, todos estos desafíos pueden ser particularmente abrumadores para los pacientes y los puede llevar a la depresión (Shirazian et al., 2017).

También los pacientes deben realizar ajustes psicológicos continuos durante el curso de su enfermedad, como aceptar el diagnóstico que pone en peligro la vida y la necesidad de un tratamiento de por vida, aprender técnicas de diálisis, integrar el tratamiento en sus vidas y hacer frente a las transiciones (fallas del tratamiento) efectos y complicaciones. De esta

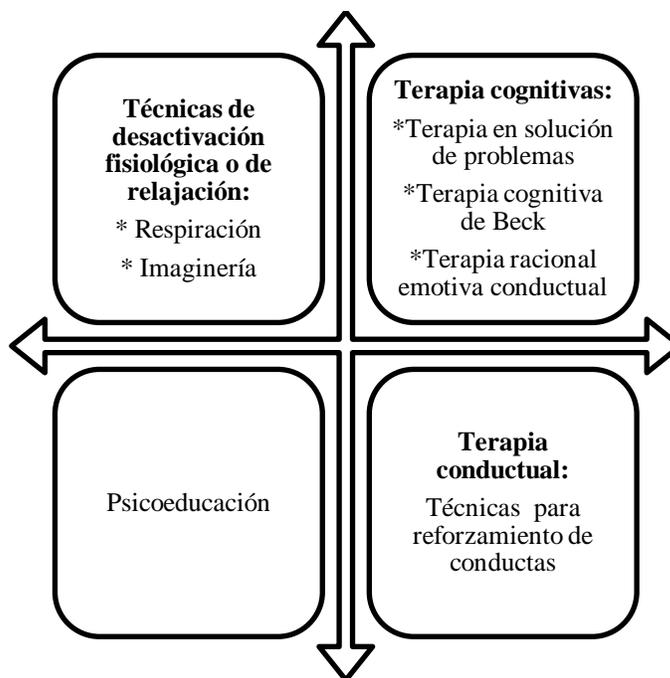
manera la depresión podría estar asociada con una disminución de la adherencia a la diálisis, medicamentos recetados y restricciones dietéticas (Goh & Griva, 2017).

La depresión es el problema psicológico más común que presentan los pacientes con ERCT, entre el 20% y el 30% de los pacientes con insuficiencia renal sufren de depresión clínica, estos pacientes con frecuencia presentan un efecto depresivo (pesimismo, anhedonia, tristeza, quejas de sentirse impotentes y desesperanzados). Pero es importante distinguir entre la presencia de síntomas depresivos y un diagnóstico de depresión clínica e incluso hay que distinguir sintomatología relacionada con la propia enfermedad, por ejemplo, la pérdida de vitalidad puede ser ocasionada por la propia enfermedad o tratamiento y no por la depresión (Finkelstein et al., 2008).

### **3. 4 Técnicas Cognitivo-Conductual para la ansiedad y depresión**

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con enfermedad crónica, a nivel cognitivo-conductual, contribuye a un mejor afrontamiento, permitiendo una readaptación en el curso de la enfermedad. Muchas son las pérdidas en el paciente con ERCT, por mencionar sólo algunas se encuentran: los cambios en la rutina diaria, salud, alimentación, imagen corporal, autonomía, autoestima, bienestar físico y emocional, rol familiar, de pareja, trabajo, estilo de vida y sexualidad, entre otros. La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) ha demostrado su eficiencia en el control de la sintomatología psicológica que produce una enfermedad crónica ya que es una terapia centrada en crear habilidades para mejorar situaciones y así modificar la forma de abordar el problema (Mendoza et al., 2016).

Rodríguez y Fonseca (2015) refieren que las técnicas psicológicas utilizadas se deben ajustar a la problemática individual de cada paciente. En la Figura 7 se pueden observar algunas de las técnicas más utilizadas con pacientes trasplantados.



*Figura 7.* Técnicas utilizadas con pacientes trasplantados. Modificado de “Guía de atención psicológica a pacientes y familiares en el proceso de donación y trasplante de órganos,” por R. T. Rodríguez & F. M. Fonseca, 2015, *Medisur*, 13 (4), p 566.

La ansiedad y la depresión son dos factores que se asocian a una menor calidad de vida en pacientes con ERCT debido a que estos estados anímicos contribuyen a una evaluación desfavorable que realiza el individuo respecto a su salud y su grado de funcionamiento en la realización de las actividades cotidianas, lo cual incluye, entre otras, la función física, psicológica y social, la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional, a pesar de que estén adecuadamente dializados, con buenos niveles de hematocrito y un buen control bioquímico, continúan presentando molestias físicas difusas que afectan a su bienestar (Perales, Duschek & Reyes, 2016).

#### **Apartado 4. ¿Qué es calidad de vida?**

Como se puede apreciar durante los capítulos anteriores la ERCT afecta la calidad de vida de los pacientes ya que conlleva cambios significativos en su esfera familiar, social y laboral lo que puede llevar a problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad como se describió en el capítulo anterior.

Es por eso que Botero y Pico (2007) indican que la Calidad de Vida (CV) es el resultado de una combinación de factores objetivos y subjetivos, es decir, el aspecto objetivo depende del individuo (de la parte cognitiva, fisiológica y del comportamiento), así como, de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política). El aspecto subjetivo hace referencia a la satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida.

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2002) define a la calidad de vida como la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural, de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones. También indica que este concepto incluye de forma compleja la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, sus creencias personales y su relación con las características destacadas de su entorno.

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países y las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no son suficientes para evaluar la calidad de vida por eso se incorporó la medida: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (Botero & Pico, 2007).

##### **4.1 Calidad de Vida Relacionada a la Salud y otros factores**

Ruiz y Pairdo (2005) refiere que la CVRS es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y la situación del paciente, a las que se les denomina dimensiones, las cuales se encuentran normalmente relacionadas entre sí en mayor o menor medida, pero miden aspectos diferentes de la vida y la autonomía del paciente. Estas dimensiones son:

- *Funcionamiento físico:* incluye aspectos relacionados con la salud y el bienestar físicos, y con la repercusión de la sintomatología clínica sobre la salud, se busca evaluar la incomodidad que la sintomatología produce en la vida diaria, incluye la repercusión de las deficiencias de la visión, la audición y el habla, de los trastornos del sueño, así como de la motilidad fina (destreza), la motilidad gruesa (movilidad) y la autonomía.
- *Bienestar psicológico:* se enfoca en la repercusión del funcionamiento cognitivo: la capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, así como, la capacidad de pensar con claridad, son conceptos típicos de esta dimensión. También, recoge la vitalidad o energía y la competencia percibida para afrontar problemas derivados de la enfermedad o el tratamiento.
- *Estado emocional:* suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También, suele incluir la medición de las preocupaciones.
- *Dolor:* evalúa el nivel de dolor percibido, asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología, y la interferencia del dolor con la vida cotidiana (percepción del dolor y la tolerancia al mismo).
- *Funcionamiento social:* evalúa la repercusión del estado de salud sobre el desempeño habitual de las relaciones sociales, el aislamiento social debido a incapacidad física y las alteraciones del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.
- *Percepción general de la salud:* incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Esta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud.
- *Otras dimensiones:* otras áreas particulares de la CVRS exploradas por algunos instrumentos son; la función sexual, el grado de satisfacción con la vida, el impacto sobre la productividad laboral y las actividades de la vida diaria. También, se han utilizado frecuentemente como indicadores de CVRS el número de visitas al médico por enfermedad o problemas médicos y la necesidad de utilizar fármacos.

## 4.2 ¿Cómo se mide la calidad de vida?

Ruiz y Pairdo (2005) indica que la CVRS se evalúa mediante cuestionarios diseñados específicamente para ello y que reflejan el punto de vista del paciente. Estos instrumentos suelen estar formados por preguntas cerradas adaptadas al idioma y la cultura del paciente evaluado y deben de disponer de propiedades métricas demostradas. Los primeros cuestionarios se desarrollaron en los años 70, pero, en general, eran excesivamente largos y de difícil aplicación.

Badia (2004) indica que en la actualidad existe una amplia variedad de cuestionarios que han demostrado ser útiles (fiables, válidos, sensibles) y de fácil administración. Tres de los más utilizados son:

- ***Nottingham Health Profile (NHP)***: fue diseñado para medir la percepción de salud y para evaluar en qué forma se ven afectadas las actividades cotidianas por los problemas de salud. Se trata de un cuestionario de autoadministración, con una duración de 10 a 15 minutos, consta de dos partes: la primera está formada por 38 reactivos dicotómicos que exploran 6 dimensiones de salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social y la segunda parte consta de 7 preguntas sobre la existencia de limitaciones, a causa de su salud, en actividades de la vida diaria: trabajo, tareas domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre.
- ***El Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (MOS SF-36)***: evalúa la calidad de vida relacionada con la salud consta 36 reactivos, que exploran 8 dimensiones del estado de salud: función física, función social, limitaciones del rol, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. Existe un elemento no incluido en estas ocho categorías, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año.
- ***EURO-QOL (EQ-5D)***: mide la percepción del paciente respecto a su estado de salud en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo) el cual contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves),

referente al mismo día que conteste el cuestionario. Mientras que la segunda parte del instrumento es una Escala Visual Análoga (EVA) vertical de 20 centímetros, milimetrada, que va desde 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable), en ella, el individuo debe marcar el punto en la línea vertical que mejor refleje la valoración de su estado de salud global en el día que se aplica el EQ-5D.

### **4.3 Calidad de vida en pacientes trasplantados**

A pesar de la mejora que trae consigo el trasplante renal, los pacientes trasplantados siguen siendo enfermos crónicos que experimentan sentimientos abrumadores y de incertidumbre por la complejidad del tratamiento, con extremos cuidados posoperatorios, sentimientos de fatiga, dolor y otros, debido a los cambios en su cuerpo por el tratamiento inmunosupresor. Conocer el efecto que el trasplante renal puede tener en la vida de los pacientes ha incentivado la realización de estudios de calidad de vida relacionados con la salud (Montoya, Paja & Salas, 2017).

Canche, Bogetti, y Rodríguez (2012) indican que en los pacientes trasplantados existen alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión antes del trasplante y posteriores a él, que influyen para que los pacientes perciban o no la mejoría en su calidad de vida. Por ello, se requiere manejo psicológico antes, durante y posterior al trasplante. Otros factores que influyen de forma negativa en un trasplante son los rechazos agudos, los efectos secundarios de la medicación, hospitalizaciones, la situación laboral, la imagen corporal, los asuntos relacionados con la sexualidad, la dependencia de terceras personas, aspectos emocionales y psicológicos después del trasplante.

Como se puede observar la calidad de vida relacionada con la salud abarca el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en estos tienen su estado de salud, por lo tanto el estudio de la calidad de vida en los pacientes con ERCT es un área de interés en la investigación científica porque contribuye a un mejor entendimiento del impacto de la enfermedad sobre las personas y, por lo tanto, a establecer intervenciones psicológicas adecuadas (Barros, Herazo & Aroca, 2015).

## 5. Caso Clínico

A manera de ejemplo de lo que indica Gómez (2007) sobre que la intervención de los psicólogos en el proceso de trasplante no debe limitarse exclusivamente a las acciones de evaluación, es por eso, que se presenta este caso clínico con la finalidad de resaltar la importancia de la intervención psicológica en la etapa de pre trasplante.

En el presente caso se cambió el nombre del paciente con la finalidad de conservar su identidad y resguardar sus datos personales. En la Tabla 4 se observa los datos demográficos del paciente.

Tabla 4.  
*Ficha de identificación del paciente*

<b>Nombre:</b>	José Pedro.	<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Edad:</b>	50 años.	<b>Estado Civil:</b>	Casado desde hace 30 años.
<b>Ocupación:</b>	Comerciante. (Lámina de cartón).	<b>Escolaridad:</b>	Primaria.
<b>Religión:</b>	Católico.	<b>Originario y residente:</b>	Edo. México.
<b>Números de hermanos:</b>	3 (un hombre y dos mujeres).	<b>Número de hijos:</b>	2 (un hombre y una mujer).
<b>Diagnóstico médico:</b>	ERCT. Noviembre 2017.	<b>Tipo de tratamiento:</b>	Hemodiálisis 2 veces a la semana con una duración aproximada de 3 horas.

Nota: elaboración propia.

### 5.1 Criterios de selección del caso.

El presente caso tiene por objetivo ilustrar el papel del Médico Conductual en el proceso de trasplante, específicamente en el pre trasplante en un paciente con ERCT. Pues cuando se detectan los problemas de tipo conductual o cognitivo que han sido interpretados como riesgos para la evolución satisfactoria del trasplante, se debe realizar intervención psicológica para la preparación de los pacientes que son candidatos a cirugía de trasplante (Berrío & Burgos, 2011; Gómez, 2007). Parte del éxito o fracaso de un trasplante también dependerá de la motivación y colaboración del paciente hacia su tratamiento médico, por lo que se debe tener muy en cuenta la evaluación e intervención psicológica (Solórzano, 2012).

## 5.2 Motivo de la consulta

El paciente acude el 15 de junio del 2018 al Servicio de Trasplante Renal debido a que iniciará con el protocolo para ser candidato a trasplante renal en el Hospital Juárez de México (HJM) por lo que se inicia la valoración psicológica como parte del mismo, durante la entrevista el paciente refiere *“cuando me diagnosticaron sentí que la vida se acababa para mí, sentí mucha tristeza y enojo con todos”* (Sic. Pac.), también, indica que hubo cambios en su vida laboral, económica y social *“ya no puedo estar mucho tiempo en el sol, ni cargar cosas pesadas y por eso no vendo como antes, y en ocasiones no quiero ver a las personas, por la enfermedad que tengo”* (Sic. Pac.). Asimismo, refiere *“me siento como no sé, como si tuviera nudos mi cuerpo, siempre me siento como tenso, quiero salir a vender a trabajar, pero no puedo con esta enfermedad, me hace sentir que no sirvo, a veces pienso que estaría mejor muerto, además siempre ando preocupado, siento como si algo malo me fuera pasar en la hemodiálisis”* (Sic. Pac.).

## 6. Antecedentes

### 6.1 Heredofamiliares

**Abuelos paternos:** finados, desconoce causa.

**Abuelos maternos:** finados desconoce causa.

**Madre y padre:** 80 años de edad, vivos y con hipertensión arterial.

**Hermanos:** 1 hermano de 55 años de edad, y 2 hermanas 46 años y 42 años de edad aparentemente sanos.

**Hijos:** 1 hijo de 26 años de edad y 1 hija de 28 años de edad aparentemente sanos.

**Otros familiares:** Sobrina con ERCT.

### 6.2 Personales no patológicos

**Habitación:** Habita en casa propia con paredes de cemento, techo de loza y piso de cemento. Cuenta con todos los servicios de urbanización intra y extra domiciliarios.

**Higiene:** Adecuada con baño y cambio de ropa diarios.

**Alimentación:** Regular en cantidad y calidad, con restricciones propias de la ERCT.

**Inmunizaciones:** Esquema inmunológico completo.

**Toxicomanías:** tabaquismo, alcoholismo u otras sustancias negadas

**Zoonosis:** Negada.

### **6.3 Personales patológicos**

**Diagnóstico médico de base:** ERCT desde noviembre del 2017, indica que inicia con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en la misma fecha. Actualmente se encuentra con una frecuencia de tratamiento de dos veces a la semana con una duración aproximada de 3 horas, como diagnósticos médicos adicionales presenta Hipertensión Arterial Sistémica (HAS).

**Infecto-contagiosas:** negados.

**Quirúrgicos:** negados.

**Transfusiones:** negados.

**Traumatológicos:** negados.

**Alérgicos:** negados.

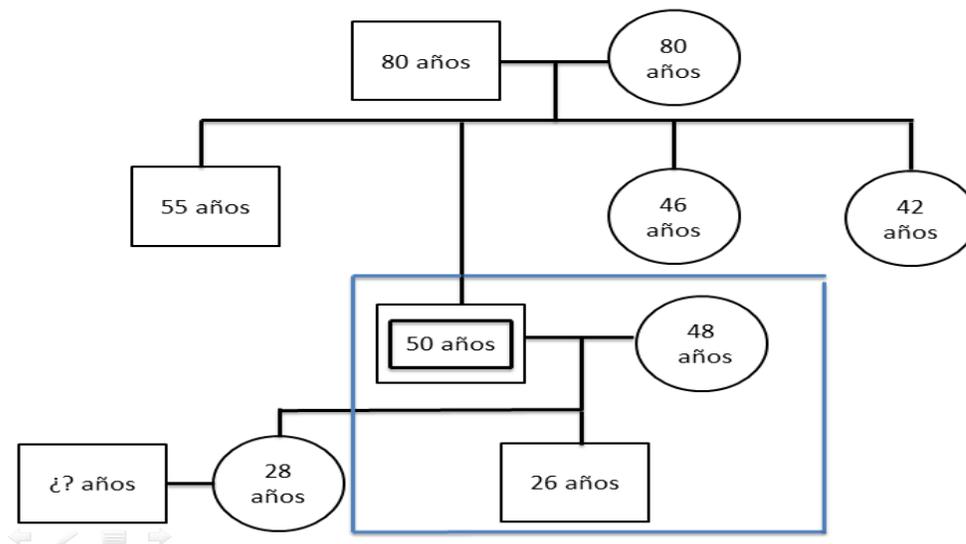
### **6.4 Psicológicos patológicos**

José Pedro niega atención psiquiátrica y psicológica previa a la valoración del protocolo de trasplante renal para ser candidato a trasplante renal.

## **7. Dinámica Familiar**

El paciente actualmente vive con su esposa de 48 años de edad y su hijo de 26 años de edad, el cuidador primario será su esposa después de que se realice el trasplante renal, su hijo actualmente se hace cargo del negocio familiar (comerciante de lámina de cartón). El paciente considera tener una buena relación familiar con cada uno de ellos. En la Figura 8 se observa el familiograma del paciente.

## 7.1 Familiograma



**Figura 8.** Dinámica familiar del paciente

## 8. Historia del problema

### 8.1 Médico

Se trata de paciente masculino de 50 años de edad con diagnóstico médico de ERCT diagnosticada en noviembre del 2017 indica que inicia con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en la misma fecha y actualmente tiene el tratamiento dos veces a la semana con una duración aproximada de 3 horas en una clínica particular, cuenta con catéter venoso central mahurkar en la yugular. Como diagnóstico médico adicional presenta Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), actualmente se encuentra en protocolo de evaluación para ser candidato a trasplante renal en el Hospital Juárez de México (HJM).

Respecto a su tratamiento dietético se encuentra con restricción de líquidos (500 ml), con restricciones en alimentos altos en potasio, sodio, fósforo y calcio. El tratamiento farmacológico que tiene el paciente está constituido por: Ranitidina, Ferranina, Ácido Fólico, Fumarato Ferroso y Calcitriol, antihipertensivos: Losartán y Prazosin.

## 8.2 Psicológico

José Pedro fue valorado mediante el protocolo psicológico de trasplante renal en marzo del 2018 por Medicina Conductual, los resultados se resumen en la Tabla 5

Tabla 5

*Resultados de la valoración psicológica del protocolo de trasplante renal.*

Inventario de Depresión de Beck.	17	Síntomatología depresiva <b>Leve.</b>	
Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado.	R= 30 E= 25	Síntomatología ansiosa <b>rasgo media y estado baja.</b>	
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.	A= 8 D= 9	<b>Trastorno dudoso</b> en ansiedad y depresión.	
Perfil e Inventario de la personalidad de Gordon (P-IPG).	A= 22 R= 26	E= 27 S= 23 AE= 98 C= 24 O= 22 P= 25 V= 26	
El paciente es una persona que considera las situaciones con mucho cuidado antes de tomar una decisión y quien no le gusta dejar las cosas al azar, ni correr riesgos. Respecto ascendencia, responsabilidad estabilidad emocional sociabilidad originalidad, relaciones interpersonales y vigor está dentro de la norma.			
Prueba mínima para determinación del estado mental (MMSE).	29	Sin deterioro cognitivo (orientación temporal-espacial, atención, concentración, abstracción, memoria, lenguaje, seguimiento de indicaciones, lectura, escritura y percepción viso espacial).	
Escala de Adherencia Terapéutica para Pacientes con Insuficiencia Renal.	47	No siempre tiene adherencia.	
Test de Raven.	Aciertos= 39/60	Rango= IV+	Percentil = 75 Grupo= II Coeficiente intelectual superior al término medio.
Entrevista Estructurada para trasplante renal receptor de trasplante renal.			

Nota: Tabla recuperada del protocolo de evaluación psicológica.

## 9. Padecimiento actual

Durante la entrevista el paciente refiere *“cuando me diagnosticaron sentí que la vida se acababa para mí, sentí mucha tristeza y enojo con todos”* (Sic. Pac.), también indica que hubo cambios en su vida laboral, económica y social *“ya no puedo estar mucho tiempo en el sol, ni cargar cosas pesadas y por eso no vengo como antes, y en ocasiones no quiero ver a las personas, por la enfermedad que tengo”* (Sic. Pac.). Asimismo, refiere *“me siento como no sé, como si tuviera nudos mi cuerpo, siempre me siento como tenso, quiero salir a vender a trabajar, pero no puedo con esta enfermedad, me hace sentir que no sirvo, a veces pienso que estaría mejor muerto, además siempre ando preocupado siento como si algo malo me fuera pasar en la hemodiálisis”* (Sic. Pac.).

### 9.1 Impresión general

Paciente masculino, de edad aparente igual a la cronológica, complexión endomórfica, condiciones de higiene y aliño adecuadas al contexto hospitalario.

### 9.2 Examen mental

Orientado en las cuatro esferas (Tiempo, Espacio, Persona y Circunstancia), consciente y alerta, con respuesta adecuada al ambiente, atención, concentración y memorias conservadas, cooperador durante la entrevista, lenguaje coherente, congruente y fluido, pensamiento concreto, sin alteraciones en la sensopercepción, impresiona clínicamente inteligencia igual al promedio, estado de ánimo triste, afecto hipotímico, con noción de la enfermedad.

### 9.3 Factores psicológicos complementarios

Locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, red de apoyo adecuada, apoyo social de tipo emocional, económico e instrumental.

## 10. Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Entrevista Estructurada para trasplante renal receptor de trasplante renal sugerida por Alcázar et al. (2001).
- Instrumentos psicométricos: los instrumentos utilizados se describen a continuación:

**Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS):** Lugo y Pérez (2018) indica que fue construida por Zigmond y Snaith en 1983, se recomienda su uso hospitalario ya que excluye sintomatología somática de ansiedad y depresión. Está constituida por 14 reactivos, siete para síntomas de ansiedad y siete para síntomas de depresión, se responde en una escala tipo Likert de 0-3. Los puntos de corte son: de 0 a 7 implican la ausencia de ansiedad y/o depresión, de 8 a 10 que requiere consideración porque es dudoso y del 11 al 21 indica problema clínico ya que la presencia de sintomatología es relevante. En México cuenta con propiedades adecuadas de confiabilidad (alfa de Cronbach de .90) (López et al., 2000; *Martin*, 2005; Morales, Alfaro, Sánchez, Guevara, & Vázquez, 2007; Noguera, Pérez, Barrientos, Robles, & Sierra, 2013, como se citó en Lugo & Pérez, 2018).

**Short Form Health Survey (SF-36):** Mosqueda, Puebla y Barriga (2013); Rodríguez y Castro (2005) indican que está compuesto por 36 reactivos y fue desarrollado por Ware y Sherbourne 1992. Se trata de una escala genérica que ha sido útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud tanto en población general como en subgrupos específicos, puede ser aplicada en personas mayores de 14 años. La escala SF-36 no genera un índice global, por lo que las puntuaciones de cada ítem que están en escala Likert, estas se suman para obtener una puntuación por subescala la cual es transformada a una escala que va desde 0 a 100 e indica que entre más cercano esté a 100 el resultado hará referencia una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Debido a que no se da una puntuación global de la prueba, sino que se obtienen puntuaciones por subescalas la confiabilidad se da de la misma manera, Zúniga, Carrillo, Fos, Gandek y Medina (1999) realizaron la consistencia interna de la prueba en población mexicana obtenido alfa de Cronbach para cada escala de la siguiente manera: función física .84, rol físico .70, dolor corporal .80, salud general .73, vitalidad .83, función social .76, rol emocional .56 y salud mental .83.

## 11. Descripción de conductas problemas

- Sintomatología ansiosa, se caracteriza por:
  - Nivel motor: por inquietud en piernas y manos, así como, no poder quedarse quieto por mucho tiempo en un lugar.
  - Nivel cognitivo: por pensamientos de tipo catastróficos, preocupación, e indefensión.
  - Nivel fisiológico: por fatiga, tensión, taquicardia y despertar en la noche y no poder conciliar el sueño.
- Sintomatología depresiva, se caracteriza por:
  - Nivel motor: por inactividad (no salir a trabajar).
  - Nivel cognitivo: por pensamientos de desesperanza e inutilidad.
  - Nivel fisiológico: por tensión muscular, despertar en la noche y no poder conciliar el sueño, fatiga y pérdida del interés sexual.
- Déficit en conocimiento sobre cuidado y valores a monitorear el aislado.

### 11.1 Análisis de conductas problemas

El modelo secuencial integrativo consiste en identificar de manera ordenada y es esquemática las variables que controlan una conducta determinada y establecer las relaciones causales, los elementos que toma en cuenta son: los estímulos antecedentes, variables orgánicas, respuestas y consecuentes (Pérez & Borda, 1997). Este modelo es ideográfico y se debe contemplar un modelo secuencial integrativo por cada problemática.

En la Tabla 6 se observa el Modelo Secuencial Integrativo de la depresión del paciente José Pedro.

Tabla 6  
*Modelo Secuencial Integrativo de la depresión*

Estímulo (2)	Organismo (4)	Respuestas (1)	Consecuencias (3)
<p><b>Estímulos externos</b> Hemodiálisis.</p> <p><b>Estímulos internos</b> Pensar en su enfermedad.</p> <p>Pensar que no va poder vender o trabajar.</p> <p>Pensar en las cosas que ya no puede hacer por su enfermedad.</p> <p><b>Historia contemporánea</b> Ser diagnosticado con ERCT en noviembre del 2017.</p>	<p><b>Biológico</b> ERCT + HAS.</p> <p><b>Historia del reforzamiento</b> Locus de control externo.</p> <p>Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.</p> <p><b>Sistema de Valores y creencias</b> Creencias de las características y del rol de un hombre: el pensar en que no puede trabajar ni vender le hacen pensar que no sirve como persona y como hombre.</p> <p><b>Déficit</b> Conocimiento sobre, cuidado y valores a monitorear en el aislado, no saber cuáles son los signos de infección o de rechazo, no saber lavarse las manos, no entender la importancia del aislado protector.</p>	<p><b>Conducta de interés</b> Sintomatología depresiva.</p> <p><b>Motoras</b> Inactividad (no salir a trabajar). <i>“No puedo estar mucho tiempo en el sol, ni cargar cosas pesadas y por eso no vendo como antes”</i>.</p> <p><b>Cognitivas</b> <i>“No sirvo”</i>.</p> <p><i>“A veces pienso que estaría mejor muerto”</i>.</p> <p><i>“Sentí que la vida se acababa para mí, sentí mucha tristeza y enojo con todos”</i>.</p> <p><b>Fisiológicas</b> Tensión muscular. Despertar en la noche y no poder conciliar el sueño. Fatiga. Pérdida del interés sexual.</p>	<p><b>Inmediatas individuales</b> Tristeza. Enojo. Sentirse desanimado</p> <p><b>Mediatas individuales</b> Desesperanza.</p> <p>Inutilidad.</p> <p>No disfrutar las cosas que hacía.</p> <p>No querer ver a las personas.</p>

En la Tabla 7 se observa el Modelo Secuencial Integrativo de la Ansiedad del paciente José Pedro

Tabla 7

*Modelo Secuencial Integrativo de la ansiedad*

<b>Estímulo (2)</b>	<b>Organismo (4)</b>	<b>Respuestas (1)</b>	<b>Consecuencias (3)</b>
<p><b>Estímulos externos</b> Hemodiálisis.</p> <p><b>Estímulos internos</b> Pensar en su enfermedad.</p> <p>Pensar que no va poder vender o trabajar.</p> <p>Pensar en las cosas que ya no puede hacer por su enfermedad.</p> <p><b>Historia contemporánea</b> Ser diagnosticado con ERCT en noviembre del 2017</p>	<p><b>Biológico</b> ERCT + HAS.</p> <p><b>Historia del reforzamiento</b> Locus de control externo.</p> <p>Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.</p> <p><b>Sistema de Valores y creencias</b> Creencias de las características y del rol de un hombre: el pensar en que no puede trabajar ni vender le hacen pensar que no sirve como persona y como hombre.</p> <p><b>Déficit</b> Conocimiento sobre, cuidado y valores a monitorear en el aislado, no saber cuáles son los signos de infección o de rechazo, no saber lavarse las manos, no entender la importancia del aislado protector.</p>	<p><b>conducta de interés</b> Sintomatología ansiosa.</p> <p><b>Motoras</b> Inquietud en piernas y manos. No poder quedarse quieto por mucho tiempo en un lugar.</p> <p><b>Cognitivas</b> <i>“Siempre ando preocupado siento como si algo malo me fuera pasar en la hemodiálisis”.</i> <i>“mi vida depende de una máquina y de que no se infecte el catéter esta enfermedad no me deja hacer nada”</i> <i>“si falla el trasplante ya no buscaría otro”</i></p> <p><b>Fisiológicas</b> Fatiga. Tensión. Despertar en la noche y no poder conciliar el sueño Taquicardia.</p>	<p><b>Inmediatas individuales</b> Sentirse <i>“nervioso”</i></p> <p>Sensación de que algo malo le va a pasar</p> <p><b>Mediatas Individuales</b> No sentirse relajado. Tensión</p> <p><b>Inmediatas de otros</b> Los doctores le indican que se debe de cuidar no estar mucho en el sol, cuidar que no se infecte el catéter, porque eso puede empeorar su salud.</p>

## 11.2 Análisis funcional

Paciente Masculino de 50 años de edad, originario y residente del Estado de México Comerciante (vendedor de lámina de cartón), casado desde hace 30 años, católico, escolaridad primaria, actualmente solo vive con su esposa de 48 años y su hijo de 26 años quien se hace actualmente cargo del negocio, fue diagnosticado con ERCT, se encuentra en proceso de valoración para ser candidato a trasplante renal.

La conducta depresiva se caracteriza a nivel motor por inactividad (no salir a trabajar) el paciente refiere: *“No puedo estar mucho tiempo en el sol, ni cargar cosas pesadas y por eso no vendo como antes”* (Sic. Pac.). Mientras que la parte cognitiva se encuentran pensamientos de desesperanza *“Sentí que la vida se acababa para mí”*, *“A veces pienso que estaría mejor muerto”* (Sic. Pac.) y de inutilidad *“No sirvo”* (Sic. Pac.). Respecto a la parte fisiológica presenta tensión muscular, despertar en la noche y no poder conciliar el sueño, fatiga y pérdida del interés sexual.

La conducta depresiva se hace altamente probable cuando piensa en su enfermedad y puede estar mantenida porque piensa en las cosas que ya no puede hacer por su enfermedad, por ejemplo, pensar que no va poder trabajar, esto le trae como consecuencias inmediatas sentirse triste, enojado y desanimado, mientras, que las consecuencias mediatas son sentir desesperanza, inutilidad, no disfrutar las cosas que hacía y no querer ver a las personas. También, cabe mencionar que el paciente le atribuye el sentirse así desde que lo diagnosticaron con ERCT, además, tiene creencias respecto las características y del rol de un hombre: el pensar en que no puede trabajar ni vender le hacen creer pensar que no sirve como persona y como hombre.

Respecto a la conducta ansiosa se encuentra constituida a nivel motor por inquietud en piernas y manos, así como, no poder quedarse quieto por mucho tiempo en un lugar. La parte cognitiva se encuentran pensamientos de preocupación *“Siempre ando preocupado siento como si algo malo me fuera pasar en la hemodiálisis”* (Sic. Pac.), catastrófico *“si falla el trasplante ya no buscaría otro”* (Sic. Pac.) y de indefensión *“mi vida depende de una máquina y de que no se infecte el catéter esta enfermedad no me deja hacer nada”* (Sic. Pac.), mientras las respuestas fisiológicas se caracterizan por fatiga, tensión, taquicardia y despertar en la noche y no poder conciliar el sueño.

La conducta ansiosa se hace altamente probable cuando le toca ir a hemodiálisis y puede estar mantenida porque piensa que algo malo le va pasar en la hemodiálisis y que su vida depende de una máquina, esto le trae como consecuencias inmediatas sentirse “*nervioso*”, la sensación de que algo malo le va a pasar y consecuencias mediatas son el no sentirse relajado y estar tenso, también, cabe mencionar que el paciente le atribuye el sentirse así desde que los diagnosticaron con ERCT, además, tiene un déficit en conocimiento sobre, cuidado y valores a monitorear el aislado, no saber cuáles son los signos de infección o de rechazo, no saber lavarse las manos, no entender la importancia del aislado protector

De acuerdo con el análisis anterior se considera que el tratamiento se debe enfocar en brindar una intervención Cognitivo-Conductual multicomponente con técnicas como: psicoeducación, técnicas de relajación (respiración torácica), distracción instrumental y solución de problemas para disminuir la sintomatología depresiva y ansiosa del paciente, así como aumentar su calidad de vida.

### **Hipótesis funcional**

Si el paciente recibe psicoeducación sobre depresión y ansiedad, además si realiza ejercicios de respiración torácica y aumenta ejercicios de distracción instrumental y aprende elementos de solución de problemas entonces se disminuirá la sintomatología depresiva y ansiosa, así como, aumentar la calidad de vida del paciente.

## **12. Diagnóstico DSM**

### **12.1 Diagnóstico DSM-IV- TR**

**Eje I:** Trastorno de adaptación F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

**Eje II:** Z03.2 (V71.09) Sin diagnóstico.

**Eje III:** N18.5 Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) + I15.0 Hipertensión arterial Sistémica (HAS).

**Eje IV:** Problemas laborales

**Eje V:** 51-60

## 12. 2 Diagnóstico DSM 5

309.4 (F43.25) Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido + N18.5 Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) + I15.0 Hipertensión arterial Sistémica (HAS).

La Asociación Psiquiátrica Americana ([APA], 2000) en el DSM IV TR indica que la característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias). Sin embargo, **los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico por ejemplo una enfermedad médica incapacitante y crónica.**

Asimismo, el APA (2000) en el DSM IV-TR refiere que el trastorno de adaptación puede ser agudo: esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses o **crónico: Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más, la especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes.**

**El factor de estrés puede ser** un solo evento (p. ej., el fin de una relación sentimental) o puede haber múltiples factores de estrés (por ejemplo, serias dificultades en los negocios y los problemas maritales). Los factores estresantes pueden ser recurrentes (p. ej., asociados a las crisis temporales de un negocio, unas relaciones sexuales insatisfactorias) o **continuos (p. ej., una enfermedad dolorosa persistente con aumento de la discapacidad, vivir en un vecindario con alta criminalidad).** En la Tabla 8 se observan los criterios diagnósticos del DSM 5 (APA, 2014).

Tabla 8

*Criterios diagnósticos del DSM 5: 409.28 (F43.23) Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido*

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

Especificar si:

309.4 (F43.25) Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: Predomina una combinación de depresión y ansiedad.

Persistente (crónico): Si la alteración dura 6 meses o más.

---

Nota: adaptado de “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5,” por Asociación Psiquiátrica Americana (APA), 2014, España, Madrid: Panamericana.

### **13. Objetivo del tratamiento psicológico**

#### **13.1 General**

Evaluar los cambios en los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida posterior a una intervención cognitivo-conductual en un paciente candidato a trasplante renal.

#### **13.2 Específicos**

- Medir los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida.
- El paciente identificará los cuidados postoperatorios del trasplante renal y las características de la ansiedad y depresión.
- El paciente realizará los ejercicios de respiración torácica.
- El paciente identificará las funciones y características que tiene la distracción instrumental.
- El paciente identificará los elementos de la técnica de solución de problemas.

### **14. Selección de las técnicas de intervención**

- Psicoeducación
- Respiración torácica
- Distracción instrumental
- Elementos de solución de problemas

## 15. Descripciones de sesiones

En la Figura 9 se observa de manera esquemática la descripción de las sesiones.



Figura 9. Descripción de las sesiones contempladas para el paciente.

Mientras que en la Tabla 9 se aprecia el desarrollo de las sesiones con el paciente.

Tabla 9  
Desarrollo de las sesiones con el paciente

Técnicas de Evaluación intervención	Materiales	Procedimiento		Tareas	Resultados
<b>Evaluación</b> Se evaluó en tres ocasiones: Medición 1 (16-03-2018) Medición 2 (18-04-2018) Medición 3 (14-052018)	- HADS. - SF-36.	Terapeuta:	Paciente:	Ninguna	Se encontró sintomatología ansiosa y depresiva debido a que hubo puntuaciones, a pesar de salir dudoso de acuerdo con el HADS. Respecto a calidad de vida se encontró que el paciente percibe a su enfermedad como una limitante para su vida social, emocional y laboral, además considera que su salud en general como mala y cree que puede empeorar su salud.
		-Aplicó las escalas para evaluar los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida del paciente.	Contestó las pruebas psicométricas.		
<b>Sesión 1</b>  -Psicoeducación del postrasplante.  -Psicoeducación sobre ansiedad y depresión.	-Folleto. (Apéndice 2 Cuidados y recomendaciones que se tiene que realizar en casa para el paciente trasplantado.). - Infografías. (Apéndice 1 ¿Qué es la depresión? y ¿Qué es la ansiedad?). -Autoregistro.	-Proporcionó educación sobre los cuidados postoperatorios del trasplante renal.  -Proporcionó psicoeducación sobre la ansiedad y depresión.	-Expresó dudas en torno a los temas revisados.  -Identificó las características de las respuestas de ansiedad y depresión.  - Se le explico el llenado de los autoregistro	-Identificará mediante auto-registro sintomatología ansiosa o depresiva (apéndice 2).  -Anotará mediante los autocuidados que realiza y cuáles no (Apéndice 2)	El paciente expresó que no sabía que debía que tener bastantes cuidados higiénicos después del trasplante y que tampoco sabía lavarse las manos correctamente. El paciente identifica algunos síntomas de la depresión como dejar de disfrutar las cosas que solía hacer, él menciona que se siente triste gran parte del tiempo, que se siente menos al compararse con otros y que en algunas ocasiones ha pensado que estaría mejor muerto. Respecto a la ansiedad refiere que el siempre piensa que algo malo va a pasar, que las cosas para él solo pueden empeorar, se siente inquieto, menciona que quiere hacer muchas cosas y que constantemente está preocupado por todo y que se siente enojado con frecuencia. También se le indicó cómo hacer los autoregistros.

Técnicas de Evaluación intervención	Materiales	Procedimiento		Tareas	Resultados
		Terapeuta	Paciente		
<p><b>Sesión 2</b></p> <p>-Respiración torácica.</p> <p>-Distracción instrumental.</p>	<p>-Ejercicios de distracción Instrumental.</p>	<p>-Explicó elementos para relajación (respiración torácica mediante modelamiento, moldeamiento y distracción instrumental).</p>	<p>-Siguió indicaciones y expresó dudas.</p> <p>- Realizó ejercicios de respiración torácica.</p> <p>-Identificó la importancia de la distracción instrumental y su papel en la disminución de la ansiedad.</p>	<p>Realizará 3 veces al día la respiración torácica (o cuando se sienta ansioso) y realizar los ejercicios de distracción instrumental (mañana tarde y noche o cuando se sienta ansioso).</p>	<p>El paciente no realiza los auto-registros.</p> <p>El paciente observa e indica que le cuesta trabajo sacar el aire muy lentamente, menciona que no está acostumbrado, se le pide que haga el intento nuevamente haciéndolo adecuadamente, al hacer el ejercicio durante aproximadamente 3 minutos el paciente refiere que se sintió flojito que le gusta la sensación de descanso.</p> <p>Respecto a la distracción instrumental refiere que ya antes la hacía cuando estaba aburrido y tenía que esperar, refiere que se le pasaba el tiempo rápido y se olvidaba de sus preocupaciones que tenía en ese momento.</p>
<p><b>Sesión 3</b></p> <p>Elementos de solución de problemas.</p>	<p>-Infografía. (Apéndice 1 Todo problema puede tener una solución).</p> <p>- Hojas blancas</p>	<p>-Explicó elementos de la técnica de solución de problemas (definición del problema, lluvia de ideas, balance decisional y plan para implementar).</p>	<p>-Expresará dudas de la información que se le proporcionó.</p> <p>- El paciente identificó un problema de la vida cotidiana.</p> <p>-Identificó algunas alternativas de solución.</p> <p>-Eligió alguna alternativa y evaluó las</p>	<p>-Realizará nuevamente lluvia de ideas, balance decisional de una alternativa y llevará cabo la estrategia.</p>	<p>El paciente refiere que no trago sus registros de los ejercicios.</p> <p>El paciente menciona que su protocolo médico se detuvo debido a que tiene una fístula anal por lo que fue canalizado al servicio de cirugía general para operación y poder seguir con su protocolo médico.</p> <p>Ante esta situación se trabajó con el balance decisional debido a que indica que el servicio de cirugía general le menciono que iba a tener que esperar algunos meses porque no había lugar disponible para la cirugía, ante esta situación indica que quería operarse en hospital privado pero que no sabía si era buena opción.</p> <p>Se trabaja con pros y contras de cada una de las opciones y menciona que el factor económico sería una limitante para ir a un hospital privado,</p>

			ventajas y las desventajas.		pero quizás la inmediatez sería una ventaja, pero refiere que en el Hospital Juárez es más accesible para él, que ya tiene un expediente y un turno que solo es cosa de esperar, que le gustaría que fuera más rápido pero que dentro de sus posibilidades le conviene más el hospital Juárez. Menciona que, aunque sabe que va esperar, va ir a preguntar a otros hospitales el precio de la operación y el tiempo en que se la harían, para tener más claro su decisión.
Técnicas de Evaluación intervención	Materiales	Procedimiento		Tareas	Resultados
		Terapeuta	Paciente		
<b>Sesión 4</b> - Retroalimentación -Evaluación.	- HADS. - SF-36.	-Evaluará los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida.	-El paciente expresará dudas de la intervención -El paciente contestará las pruebas psicometrías.	Ninguna	No asistió a la sesión terapéutica

Nota: elaboración propia

## 16. Resultados

Los resultados que se encontraron en la evaluación del cuestionario HADS se encontró una media para depresión de 9.6, mientras que en ansiedad obtuvo 10, lo cual el cuestionario indica que el trastorno de ansiedad y depresión es dudoso, esto no descarta que no presente sintomatología debido a que si hubo puntuaciones las cuales se pueden apreciar en la Figura 10.

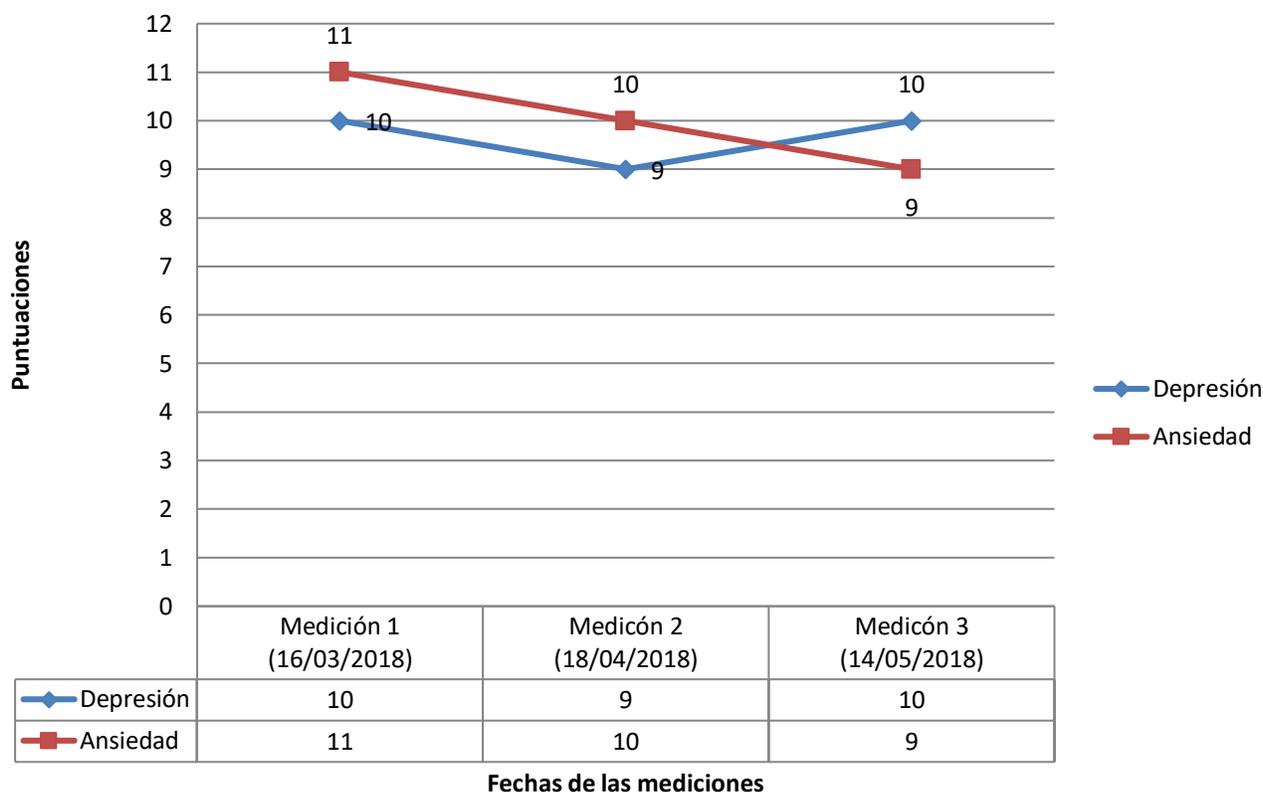


Figura 10. Distribución de las puntuaciones obtenidas en el HADS

Retomando los datos obtenidos del protocolo psicológico para determinar con mayor precisión los niveles de la sintomatología se toman en cuenta las pruebas BDI e IDARE aplicadas el 5 de marzo del 2018 se encuentran que presenta sintomatología de depresión leve y sintomatología media en rasgo y baja en estado, las puntuaciones se observan en la Tabla 10.

Tabla 10

*Puntuaciones de los inventarios BDI e IDARE*

Prueba psicológica	Puntuaciones		Nivel	Puntos de corte	
BDI	17		Leve	0-13	Mínima
				14-19	Leve
				20-28	Moderada
				29-63	Grave
IDARE	Rasgo 30	Estado 25	Medio	<30	Bajo
				30-44	Medio
				>45	Alto

Nota: elaboración propia.

Como se puede observar las pruebas indican presencia de sintomatología tanto depresiva como ansiosa que representa un malestar emocional para el paciente.

En lo correspondiente a los resultados obtenidos en la prueba SF 36 para calidad de vida se encuentra que las puntuaciones más bajas son en siete áreas:

- **Funcionamiento físico:** con una media de 61.6, lo cual indica que se ve limitado para llevar a cabo algunas de sus actividades diarias.
- **Limitaciones debido a la salud física:** no presenta puntuaciones lo cual evidencia problemas significativos con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
- **Limitaciones debido a problemas emocionales:** obtuvo una media de 55.5 haciendo referencia a problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
- **Vitalidad:** se obtuvo una media de 68.3 lo cual hace referencia a que se siente cansado y exhausto casi todo el tiempo.
- **Bienestar emocional:** obtuvo una media de 73.3 y puede presentar sentimientos de angustia y depresión.
- **Funcionamiento social:** obtuvo una media de 70.33 indicándonos que debido a problemas físicos o emocionales podría tener interferencia con las actividades sociales normales.
- **Salud en general:** el paciente podría evaluar como mala la propia salud y cree posible que empeore debido a que obtuvo una media de 36.6.

Respecto dolor obtuvo una medida de 100 es donde obtiene una mayor puntuación, esta información se puede apreciar en el Tabla 11.

Tabla 11  
*Medición de Calidad de Vida*

Área del SF 36	Medición 1 16/03/2018	Medición 2 18/04/2018	Medición 3 14/05/2018	Promedio
Funcionamiento físico	55	65	65	61.6
Limitaciones salud física	0	0	0	0
Limitaciones problemas emocionales	33.33	66.66	66.66	55.5
Energía / fatiga	65	65	75	68.3
Bienestar emocional	68	80	72	73.3
Funcionamiento social	62.5	87.5	62.5	70.8
Dolor	100	100	100	100
Salud general	35	35	40	36.6

Nota: elaboración propia.

### Resultados de la intervención

En la Tabla 12 se observa el proceso de la intervención, la asistencia del participante en las sesiones y el probable motivo porque ya no regresó al seguimiento. Además, hay que resaltar que se realizó por vía telefónica más de tres intentos para localizarlo y no se logró que asistiera. Asimismo, ya no fue factible seguir esperando a que llegara el paciente debido a que la rotación del médico conductual que llevó el caso había terminado.

Tabla 12  
*Asistencia del paciente en las sesiones*

Paciente	Medición	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Motivo de la inasistencia
José pedro	Asistencia a las 3 mediciones	Asistió	Asistió	Asistió	No asistió	Su protocolo se detuvo debido a una fístula anal por lo que fue canalizado al servicio de cirugía general para operación y poder seguir con su protocolo médico, sin embargo, el paciente comenzó a faltar al servicio de trasplante.

Nota: elaboración propia.

Como se puede observar el paciente terminó el tratamiento, sin embargo, no se presentó para dar el seguimiento y poder aplicar las pruebas que nos permitirían hacer un análisis sobre el

tratamiento para inferir si presentó un efecto en las variables de ansiedad, depresión y calidad de vida.

## 17. Conclusiones

La intervención se llevó a cabo durante el pretrasplante teniendo como propósito que el paciente adquiriera estrategias de afrontamiento antes de que se presentara el aislamiento protector propio de un paciente trasplantado, con la finalidad de tomar en cuenta lo que indica Solórzano (2012) que el trasplante también dependerá de la motivación y colaboración del paciente hacia su tratamiento médico para incrementar la probabilidad del éxito. Porque cuando son detectados los problemas de tipo conductual o cognitivo que han sido interpretados como riesgos para la evolución satisfactoria del trasplante, se debe realizar intervención psicológica para la preparación de los pacientes que son candidatos a cirugía de trasplante (Berrío & Burgos, 2011; Gómez, 2007).

Como áreas de oportunidad se encontró que en esta intervención no se tomaron en cuenta mediciones durante el periodo de tratamiento, por ejemplo, volver aplicar los inventarios o implantar escalas análogas, esto hubiera beneficiado no solo para saber si se presentaba un cambio en las variables de ansiedad, depresión y calidad de vida, sino, también, para orientar a la intervención psicológica y saber si era necesario cambiar de técnicas o implementar otras, como, técnicas de la terapia cognitiva, debido que durante la evaluación se encontraron pensamientos de desesperanza, de inutilidad, pensamientos de preocupación excesiva, catastróficos y de indefensión.

El realizar mediciones sucesivas de las variables de interés antes de la intervención, durante el periodo de tratamiento y después de este; permitirá afirmar que los cambios en la conducta no se debe otras variables y para tomar decisiones respecto al tratamiento (Balluerka, 2001).

Otra área de oportunidad a tomar en cuenta es la adherencia que tenía el paciente debido a que no entregaba auto-registros los cuales son esenciales para la terapia cognitiva-conductual. Para mejorar esta parte el terapeuta al inicio de las sesiones debió ayudarlo a llenar los auto registros de manera retrospectiva con la finalidad de desarrollar en el paciente esta habilidad, también, se debió psicoeducar en la importancia de los registros para que diera pie a que los realizará, Además, esta falta de adherencia no solo se debe ver desde la terapia psicológica, sino,

también, se debe indagar el incumplimiento médico porque puede ser un indicador para retomar esta área.

Ya que como menciona Mena, Barragán y Gómez (2014) las personas sometidas a trasplante renal requieren, no solamente vigilancia médica, sino también, psicológica, ya que el trasplante puede generar durante todo el proceso (desde la propuesta hasta la adaptación tras el alta médica) importantes complicaciones sociales y emocionales. Además, sus intervenciones permiten aumentar la calidad de vida y la adherencia al tratamiento de los pacientes que están en el proceso de trasplante (Berrío & Burgos, 2011).

A pesar de que el HADS se recomienda su uso hospitalario ya que excluye sintomatología somática de ansiedad y depresión (Lugo & Pérez, 2018). También, se deben aplicar en conjunto otras pruebas, porque la aplicación de una sola prueba puede no ser lo suficientemente sensible para arrojar datos que nos ayuden a establecer un mejor diagnóstico, un claro ejemplo de esto fue este caso debido a que la prueba salió dudoso y el haber tenido otras pruebas, por ejemplo, complementarias que midan lo mismo, por ejemplo, el Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad Estado-Rasgos (IDARE), Escala de Hamilton (para ansiedad y depresión) tener más registros, escalas análogas o incluso el a ver indagado con el mismo paciente cada una de las respuestas que dio hubiera ayudado a tener un mejor análisis de la problemática del paciente.

Las pruebas complementarias tratarán de aclarar las dudas existentes ante el diagnóstico, si solamente hay una sospecha las pruebas complementarias tratarán de confirmarla. La realización simultánea de varias pruebas complementarias se denomina pruebas en paralelo y la realización de pruebas complementarias según los resultados de otras previas, se denomina pruebas complementarias en serie. Al realizar pruebas en paralelo aumenta la probabilidad de brindar un adecuado diagnóstico (Fernández & Díaz, 2003).

Otra área de oportunidad es que para poder brindar psicoeducación a los pacientes sobre el autocuidado que deben tener durante el aislamiento como pacientes inmunosuprimidos, también hay que tomar en cuenta la etapa del trasplante que se encuentra el paciente, la cual puede ser evaluación, período de espera del órgano y la etapa posterior al trasplante (Berrío & Burgos, 2011; Gómez, 2007), con la finalidad de poder trabajar acorde a las necesidades del paciente, es decir, en una primera instancia en intervenciones en torno a la comprensión de la ERCT, aceptación de la

enfermedad y la motivación para el tratamiento sustitutivo, porque esto formará la base para poder implementar intervenciones enfocadas al trasplante, a la adherencia a los medicamentos inmunosupresores, a los autocuidados que deben tener en el aislamiento protector y como paciente inmunosuprimido, además de proporcionarle estrategias de afrontamiento para disminuir sintomatología ansiosa o depresiva que se pudiera presentar en cualquier etapa del proceso del trasplante renal.

Otra variable a tomar en cuenta en este caso y para beneficiar a futuras intervenciones es no dejar de lado la parte cognitiva que verbaliza el paciente debido a que expresa la percepción que tiene sobre lo que está viviendo, es decir, representa la evaluación o significado que le da a su realidad y esta percepción puede estar manteniendo o reforzando su estado emocional.

Como futuras líneas de investigación se deberán tomar en cuenta la metodología N=1 en problemas relacionadas con la adherencia al tratamiento y el autocuidado debido a que también son conductas problema que presentan una mayor ocurrencia y ponen en riesgo la salud del paciente y al éxito del trasplante.

Debido a que el principal objetivo de este tipo de diseño es examinar la influencia que ejercen uno o más tratamientos sobre la conducta del paciente a lo largo del tiempo, por lo tanto, no solo permite evaluar la magnitud del efecto de la intervención (variable independiente), sino que además, posibilita el análisis de los cambios que se producen en la variable dependiente a lo largo del periodo de tratamiento, así mismo, trata de establecer relaciones de causalidad entre ambos tipos de variables (Balluerka, 2001). La utilidad los diseños de caso único (N=1) como herramienta metodológica para el médico conductual que se encuentra en el área de trasplante posibilitaría el análisis de los cambios que se producen el tratamiento psicológico en la conducta que pudiera afectar la evolución satisfactoria del trasplante y de esta manera determinar efecto de la intervención, es decir, nos permite saber si el tratamiento psicológico que se brinda tiene un efecto o no sobre la conducta problema.

## Segunda Parte.

### Reporte de Productividad

#### 1. Panorama histórico de la medicina conductual

La Medicina Conductual es un campo interdisciplinario que integra el conocimiento psicosocial, biomédico y conductual, con la finalidad de entender los mecanismos fundamentales de la salud, enfermedad, su etiología y generar estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (International Society of Behavioral Medicine, [ISBM]2016).

Keefe (2011) menciona que el término Medicina Conductual fue utilizado por primera vez por Birk en 1973 en su libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*, siendo un punto clave para el surgimiento de este campo, debido a que se observa el papel que juega el comportamiento en el desarrollo de enfermedades y su tratamiento. Posteriormente en 1975 en Stanford surgió el primer laboratorio de Medicina Conductual y fue supervisado por Agras, desde ese momento se utilizó el análisis experimental de la conducta, pero también se ocupaban las teorías cognitivas para generar investigaciones en Medicina Conductual (Agras, 2001, como se citó en Greenwald, Roose & Williams, 2015).

A pesar de estas investigaciones, se dice que la Medicina Conductual surge formalmente en la Universidad de Yale en 1977, en donde se realizó una conferencia, ahí se reunieron científicos conductuales y biomédicos, quienes determinaron la definición, el contenido y sub-áreas afines al campo de conocimiento y la formación de la Sociedad de dicha disciplina (Schwartz y Weiss, 1978, como se citó en Greenwald, Roose & Williams, 2015).

La Sociedad de Medicina del Comportamiento en 1985 creó su propia revista llamada *Annals of Behavioral Medicine*, para proporcionar a los investigadores un lugar donde publicar sus investigaciones. Mientras que en Suecia en 1990 se fundó la Sociedad Internacional de Medicina del Comportamiento, la cual es una federación de sociedades nacionales y multidisciplinaria que busca abordar las necesidades de las múltiples disciplinas

interesadas en temas de salud y 1993 la sociedad creó su revista bajo el nombre de *International Journal of Behavioral Medicine* (Keefe, 2011).

Actualmente algunos de los campos que contribuyen son: la medicina, epidemiología, antropología, sociología, psicología, fisiología, farmacología, nutrición, neuroanatomía, endocrinología e inmunología (International Society of Behavioral Medicine, 2016).

## **1.2. Medicina Conductual en México**

Para que la Medicina Conductual se desarrollara en México primero fue necesario que surgiera el análisis experimental de la conducta en el país, lo cual comenzó a principios de los años 1960, de esta manera es como se creó el Centro de Entrenamiento y Educación Especial, que constituiría el primer centro de análisis conductual aplicado en México en 1967. Lo que originó que la terapia conductual se empezará a aplicar en reclusorios, consiguiendo modificar algunas de las prácticas perniciosas que se daban en estos ambientes, también se empleó en algunos hospitales psiquiátricos donde se aplicaron técnicas y terapias en modificación de conducta, tal fue el caso del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro (Rodríguez-Ortega, 2010)

Además, este mismo autor menciona que gracias al análisis experimental de la conducta se originaron programas de tratamiento y rehabilitación para pacientes mentales crónicos y con problemas de consumo de drogas trabajando con ellos de manera interdisciplinaria con otros profesionales de la salud. También se ha implementado el biofeedback para el tratamiento de migrañas, parálisis neuromusculares, arritmias cardíacas, control de esfínteres y ciertos tipos de epilepsia. Además, se realizaron investigaciones sobre diabetes mellitus, hipertensión arterial, dolor crónico, trasplantes de órganos y tejidos en población mexicana y su relación con los factores de riesgo psicosociales asociados a la adquisición de estas enfermedades.

Camacho-Gutiérrez (2012) refiere que se han realizado investigaciones en cronobiología y su impacto en el tratamiento médico de los pacientes y la promoción del cuidado ambiental para el cuidado de la salud; siendo las universidades como la Universidad Veracruzana, Universidad Autónoma de Nuevo León, Instituto Tecnológico de Estudios

Superiores de Occidente (ITESO), Universidad de Sonora, Facultad de psicología de la UNAM y la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza, las que más han contribuido a la Medicina Conductual.

En 1999 inicia la residencia en Medicina Conductual del Posgrado en Psicología en la FES Iztacala U.N.A.M. que fue diseñada bajo la perspectiva de una relación de docencia, servicio e investigación, que implica fundamentalmente la solución de problemas. El programa tiene como finalidad que el alumno ponga en práctica los conocimientos adquiridos de acuerdo al principio de aprender haciendo y que desarrolle las competencias necesarias para resolver problemas bajo la supervisión de expertos. El alumno se ubica en instalaciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención y los programas que se desarrollan están basados en un modelo de entrenamiento práctico (Reynoso-Eraza et al., S/F).

En el 2001 se funda la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, siendo presidenta fundadora Graciela Rodríguez Ortega, quien a través de la *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual* se encarga de difundir investigaciones originales de orden conceptual y empírico, sobre la forma en que el comportamiento impacta sobre la salud humana.

Lo anterior sería imposible sin hospitales escuelas comprometidos en la formación de profesionales como lo es el Hospital Juárez de México, que es una sede que permiten realizar investigaciones, además de encargarse de la formación académica y profesional de médicos, enfermeras, psicólogos, químicos, nutriólogos, etc.

## **2. Historia del Hospital Juárez de México**

La Secretaría de Salud (2016) en su manual de organización describe que los sucesos históricos más importantes que influyeron en la formación del Hospital Juárez de México son los siguientes:

El Hospital Juárez de México inicia como Hospital de Sangre para atender a los heridos de la invasión Norteamérica y posteriormente a los de la intervención francesa, además de brindarle servicio a la comunidad. Su sede era el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo, siendo las hermanas de la caridad las que estaban a cargo, por lo tanto, se considera que el día 23 de agosto de 1847 es la fecha de su fundación. Posteriormente

en la segunda mitad del siglo XIX el Hospital de San Pablo, empezó a ser utilizado como campo clínico para la enseñanza.

El 18 de julio de 1872 al deceso del Benemérito de las Américas el Licenciado Benito Juárez, el regidor García López hizo la propuesta para que el Hospital de San Pablo se llamará Hospital Juárez; la propuesta fue aprobada por el cabildo de la Ciudad de México el día 19 de julio de 1872, desde entonces se le conoce como Hospital Juárez de México.

El Hospital Juárez fue adquiriendo con el paso de los años prestigio en el campo de la cirugía; lo que ha permitido que se le considere como la cuna de la cirugía en México. Otros hechos relevantes en la historia del Hospital son que fue el segundo en hacer una transfusión sanguínea en América en 1860, la realización de la primera radiografía en México en 1896, en él se fundó el primer Banco de Sangre y el Banco de Huesos en 1942.

Con motivo de los festejos del centenario el 20 de noviembre de 1970 se realizó la restauración del hospital quedando integrado con los siguientes edificios: consulta externa, servicios generales, torre de hospitalización, unidad de enseñanza, cuerpo de gobierno (en el claustro), servicio de cirugía experimental e investigación clínica, y residencia de médicos. Sin embargo, en septiembre de 1985 el terremoto derribó la Torre de Hospitalización, convirtiéndose en la tumba de muchos médicos, estudiantes de medicina, enfermeras y enfermos; por tal motivo el presidente de la República el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado ante esta tragedia dio instrucciones para que se destinarán fondos económicos y se construyera de nuevo el Hospital Juárez de México.

En la actualidad el ámbito de operación del Hospital, acorde con sus instalaciones físicas y de personal, así como a la tecnología de su equipo, es el de medicina de tercer nivel, atendiendo a la población de la Ciudad de México y de diferentes estados de la República Mexicana su organización se puede apreciar en el organigrama del hospital en la Figura 11.

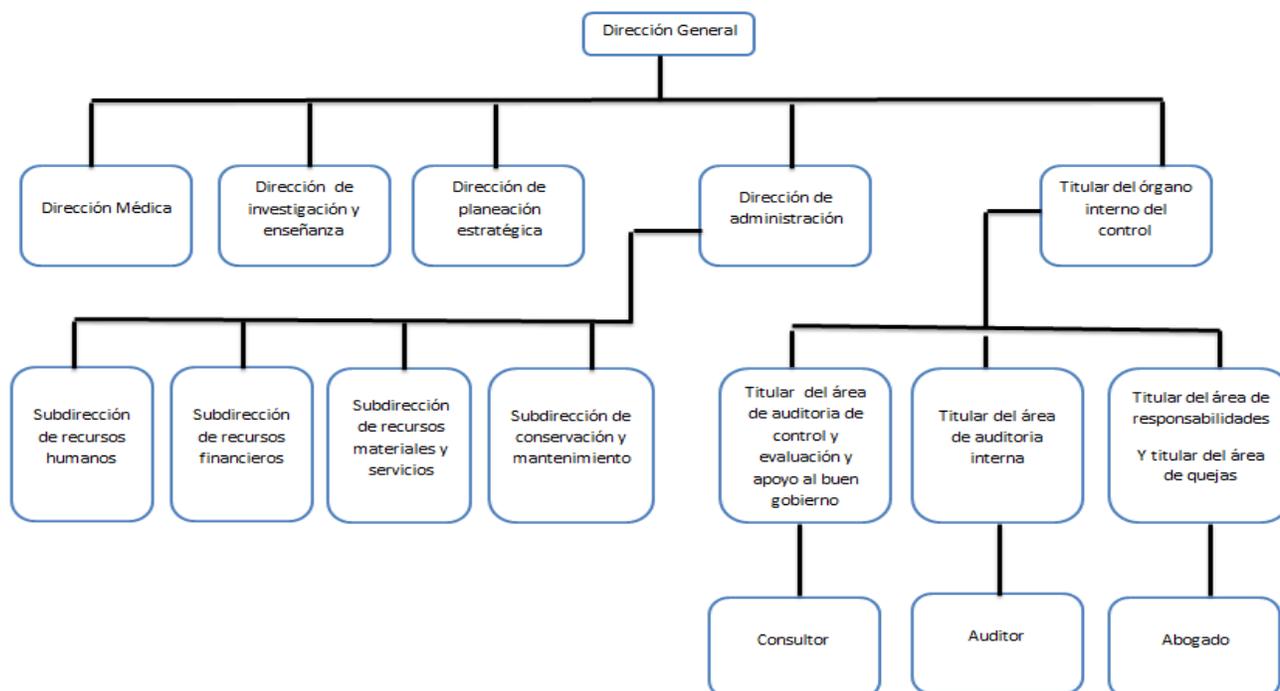


Figura 11. Estructura organizacional del Hospital Juárez de México, adaptado de “Manual de organización específico del Hospital Juárez” por la Secretaría de la Salud, 2016.

### 3. Descripción de las instalaciones y servicios con los que cuenta el hospital Juárez de México

El Hospital Juárez de México actualmente es una institución gubernamental que cuenta con 6 edificios para la atención al paciente y un estacionamiento de dos niveles. Los edificios de este complejo hospitalario están designados por letras como se puede ver en la Tabla 13 que se muestra a continuación.

**Tabla 13.**  
*Especialidades por edificios del Hospital Juárez de México.*

Edificio	Función de los edificios
A	Consulta externa, archivo clínico y cajas.
B	Rayos X, cirugía refractiva, hemodiálisis, nefrología, trasplantes, Oficinas de Gobierno y Auditorio.
C	Quirófanos, terapia intensiva, urgencias, patología, medicina nuclear, oncología, rehabilitación y medicina física.
D	Hospitalización, admisión, trabajo social, banco de ojos, escuela de enfermería y laboratorio clínico.
E	Enseñanza e investigación y Aula Magna.
F	Servicios generales y mantenimiento.

Nota: adaptado de "Hospital Juárez de México" por Edificios de México, 2008.

Cada edificio cuenta con diferentes niveles, siendo el más alto con cuatro pisos de altura y planta baja, el edificio D, mientras que el más pequeño es el edificio E con un solo nivel.

#### **4. Servicio de Trasplante Hospital Juárez de México**

Urbina, Bazán y Galindo (2005) indican que el Programa General de Trasplantes del Hospital Juárez de México tiene como misión realizar el mayor número de trasplantes de órganos y tejidos con fines terapéuticos a la población del país que lo requiera, a través de un equipo profesional multidisciplinario y tecnología de vanguardia, mediante la detección, gestión y coordinación del proceso de procuración-donación-trasplante, en un marco de transparencia, respeto, equidad, calidad y en estricto apego a la ley.

Por lo tanto, un trasplante es la sustitución de un órgano o tejido que ya no funciona, con el objetivo de restituir las funciones perdidas y mejorar su calidad de vida y en muchos casos, es la única alternativa que puede permitir a un paciente salvar su vida.

El Programa de Trasplantes inició en el Hospital Juárez de México en el año de 1991, en este mismo año se realizó con éxito el primer trasplante renal de donador vivo relacionado y en 1993 el primero de procuración de donador cadavérico. De esta manera desde 1990 al 2004 el número trasplantes que se ha realizado es de 184 de los cuales cadavéricos son 77 y de donador vivo son 107.

El modelo de atención está estructurado por tres áreas: Médica, Psicológica y de Trabajo Social, que brindan atención profesional a los pacientes y a su familia a través de protocolizar cada caso a fin de adecuar a los pacientes receptores para trasplante. Una vez que es aprobado cada caso por las tres áreas y por el Comité Interno se procede al trasplante, continuando con seguimiento de estas áreas para asegurar el bienestar del paciente.

La estructura del servicio de trasplante se puede observar en la Figura 12.

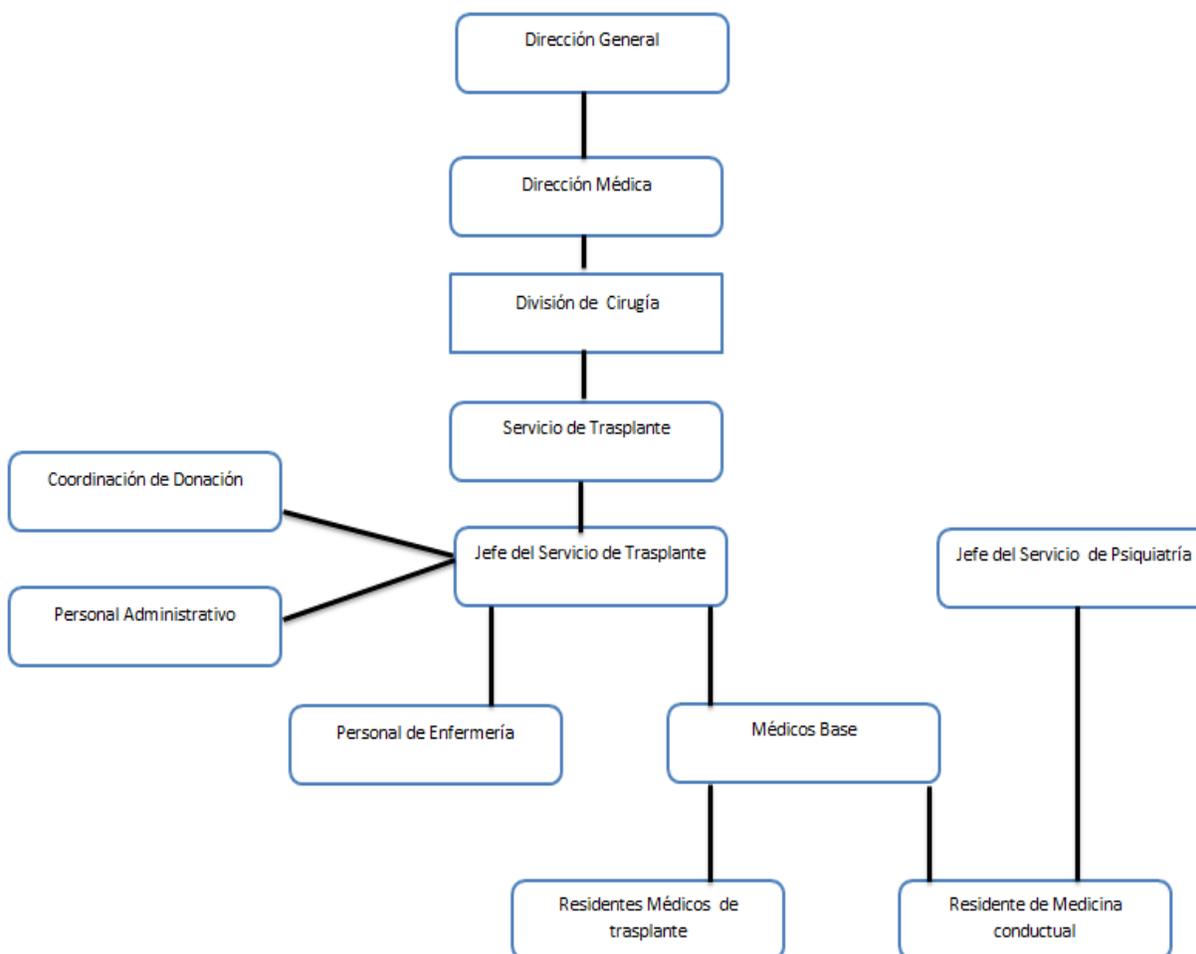


Figura 12. Estructura de organización del servicio del servicio de trasplante. “Manual de organización específico del Hospital Juárez” por la Secretaría de la Salud, 2016.

#### 4. 1 Funciones del psicólogo

Respecto a las funciones que realiza el psicólogo en el Servicio de Trasplante Alcázar et al. (2001) indican que consiste en una valoración psicológica para el donador y el receptor, por lo tanto, se utilizan entrevistas semiestructuradas y escalas o inventarios con la finalidad de recabar información que permita valorar la aceptación de la enfermedad, capacidad de comprensión, relación familiar, adherencia, motivación, aceptación voluntaria y determinar que no tiene un problema psiquiátrico.

Otras actividades del psicólogo es proporcionar psicoeducación con la finalidad de sensibilizar al paciente respecto al procedimiento al que va a ser sometido, es por eso que el psicólogo debe informar al paciente sobre el período de aislamiento, de las dificultades que eso puede representar e indagar cómo las enfrentaría, de esta manera también podrá diseñar intervenciones para preparar a los pacientes ante el período de aislamiento.

Para lograr lo anterior la Maestría en Psicología con Residencia en Medicina Conductual con sede en FES-Iztacala propone 4 sesiones para llevarlo a cabo el protocolo de valoración psicológica, como se observa en la Figura 13.

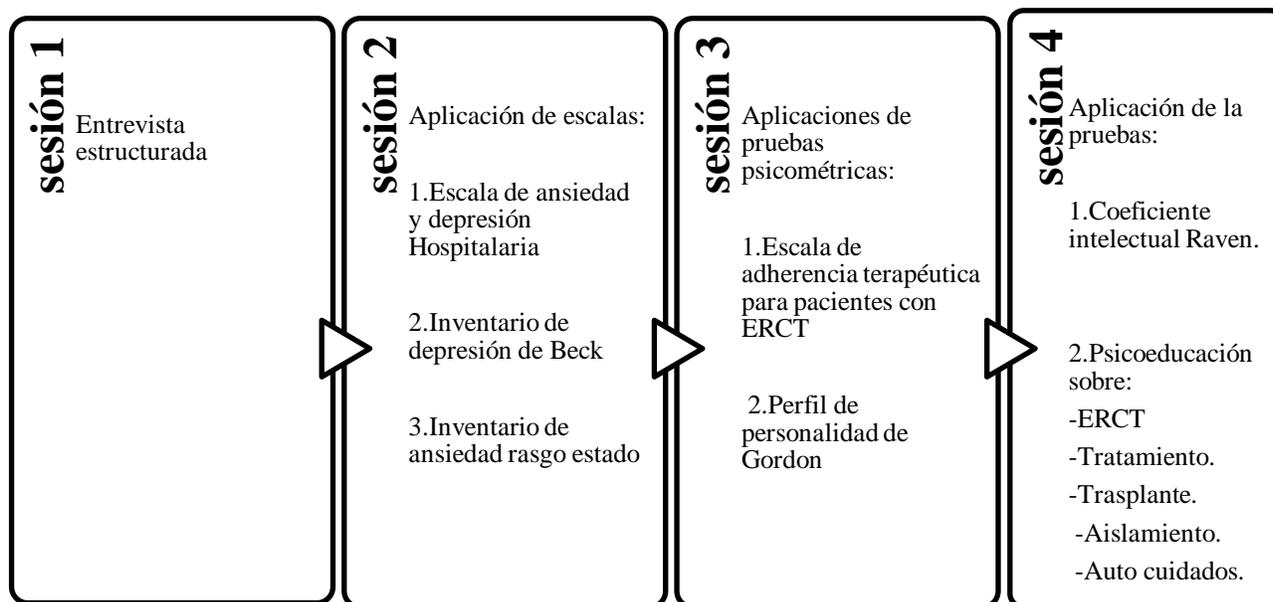


Figura 13. Descripción de la sesión de la valoración psicológica. Adaptado de “Valoración psicológica para trasplante renal” por O. R. Alcázar, B. A. Bazán, G. L. Rojano, C. S. Rubio, C. D. Mercado, & E. L. Reynoso, 2001, Hospital Juárez de México 68 (1), p 20.

Asimismo, la intervención de los psicólogos en el proceso de trasplante de órganos no debe limitarse exclusivamente a las acciones de evaluación, pues una vez son detectados los problemas de tipo conductual, cognitivo, actitudinal y/o relacional que han sido interpretados como riesgos para la evolución satisfactoria del trasplante, se debe realizar intervención con la persona enferma o con la familia, tanto en la valoración pretrasplante, como durante el período de espera del órgano y la etapa posterior al trasplante (Gómez, 2007).

#### **4.2 Actividades del residente de medicina conductual en el servicio de trasplante**

El residente de medicina conductual cuenta con actividades académicas como lo son la asistencia a la clase donde se revisan artículos, en esta actividad cada residente expone un artículo relacionado con la medicina conductual y acorde a su servicio asignado y está dirigida por el supervisor in situ quien es el Dr. Ricardo Gallardo Contreras. También el alumno tiene que ir a la sesión general, donde se ven diferentes temas médicos relacionados con la salud en el ámbito hospitalario acorde a cada servicio del hospital Juárez de México, esta actividad es organizada por la Unidad de Enseñanza del Hospital. Asimismo, se acude a la sesión de casos psicológicos donde cada alumno de Medicina Conductual expone un caso donde se observa una intervención psicológica, esta actividad se encuentra dirigida por la Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo, la Mtra. María Cristina Bravo González y el Dr. Ricardo Gallardo Contreras.

Otras actividades que el residente de medicina conductual debe realizar es acudir a la supervisión académica donde se revisan dudas que pueden surgir con pacientes que están en evaluación o intervención, asimismo, se ven temas teóricos de técnicas psicológicas, también, se revisan las actividades que debe hacer el médico conductual acordes a cada servicio, esta actividad se encuentra dirigida por la Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo ya que ella es la supervisora académica de trasplante del alumno de medicina conductual, a continuación se presenta la Tabla 14 donde observa un horario de dichas actividades y otras del servicio de trasplante.

**Tabla 14.***Horario del residente de medicina conductual en el servicio de trasplante*

Día	Actividad	Horario
Lunes	El residente deberá valorar, monitorear o intervenir a pacientes hospitalizados (se hace en dos momentos, solo si es necesario, si no, solo en una ocasión).	8:00 a 10:00 13:00-14:00
	Valoración de protocolo renal.	10:00-13:00
Martes	Día quirúrgico, el residente debe llegar a valorar al paciente antes de que entre a quirófano e intervenir si es necesario.	7:30-10:00
	El residente deberá valorar, monitorear o intervenir si es que hay pacientes internados.	10:00-12:00
	Valoración de protocolo renal.	12:00-14:00
Miércoles	Asistencia a sesión general (organizada por Unidad de enseñanza del HJM).	8:00-9:00
	El residente deberá valorar, monitorear o intervenir pacientes hospitalizados.	9:00-10:00
	Asistencia al caso clínico (supervisada por: la Mtra. María Cristina Bravo González, Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo y el Dr. Ricardo Gallardo Contreras).	10:00-12:00
	Asistencia a supervisión académica (dirigida por Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo).	12:00-14:00
Jueves	El residente deberá valorar, monitorear o intervenir a pacientes hospitalizados (se hace en dos momentos, solo si es necesario, si no, solo en una ocasión).	8:00 a 10:00 13:00-14:00
	Valoración de protocolo renal.	10:00-13:00
Viernes	El residente deberá valorar, monitorear o intervenir a pacientes hospitalizados.	8:00-10:00
	Asistencia a clase de artículo científico (dirigido por el Dr. Ricardo Gallardo Contreras).	11:00-12:00
	Valoración de pacientes candidatos a trasplante de córnea.	12:00-14:00
Actividades extraordinarias:		
1. Asistir con resumen psicológico de los pacientes a la junta de subcomité de trasplante renal.		
2. Quedarse después de las 14:00 horas o ir en fin de semana a valorar, monitorear o intervenir a pacientes que fueron llamados para trasplante de donación cadavérica.		
3. Acudir a clases médicas cuando las organicen los doctores adscritos (dirigidas por el Dr. René Lima Morales y el Dr. Armando Gonzáles González).		

Nota: elaboración propia.

## 5. Datos estadísticos del Reporte de experiencia

### 5.1 Reporte de Trasplante Renal

A continuación, se presentarán datos estadísticos de las valoraciones psicológicas durante la estancia como residente de medicina conductual en el servicio de trasplante. Para donadores se realizaron 17 protocolos durante los dos periodos de la estancia hospitalaria, los cuales se encuentran en un rango de edad de 22 a 55 años, respecto al tipo de protocolo se encuentran 25.6% como donadores vivos no relacionado y 17.9% como donadores de vivo relacionado.

Mientras que protocolos de receptores se realizaron 22 valoraciones, los pacientes tienen un rango de edad de 18 a 53 años de edad, el tipo de tratamientos sustitutivos eran hemodiálisis con el 68.1%, diálisis peritoneal con el 22.7% y solo el 9.09 llegaban en pre-diálisis. Respecto al tipo de protocolo el 10.2% estaban en donación cadavérica, mientras el 20.2% tenía donador vivo no relacionado y el 25.6% tenía donador vivo relacionado, estos datos se pueden observar en la Tabla 15.

#### Tabla 15.

*Datos de los receptores y donadores evaluados por psicología*

Tipo de protocolo de trasplante renal	f	%
Protocolo de Trasplante Renal de Donador Cadavérico- Receptor (PTRDC-R)	4	10.2
Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado-Donador (PTRDVR-D)	7	17.9
Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo No Relacionado-Receptor (PTRDVNR-R)	8	20.2
Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo No relacionado-Donador (PTRDVNR-D)	10	25.6
Protocolo de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado-Receptor (PTRDVR-R)	10	25.6

Tipo de tratamiento sustitutivo	f	%
Pre-diálisis	2	9.09
Diálisis peritoneal	5	22.7
Hemodiálisis	15	68.1

Rango de edad	Rango
Donadores	22-55 años
Receptores	18-53 años

Nota: elaboración propia

Respecto a la Tabla 16 se observa por género las frecuencias y porcentaje los 39 protocolos de evaluación psicológica de los donadores y receptores atendidos en los dos periodos de estancia hospitalaria del residente de medicina conductual en el servicio de trasplante renal.

En el periodo del 2017 el residente de psicología realizó 22 protocolos de trasplante renal de los cuales el 33.3% eran donadores hombres y el 60% mujeres, respecto a los receptores el 66.6% eran hombres y el 40% mujeres.

Respecto al periodo del 2018 el residente de psicología del servicio de trasplante realizó 17 protocolos de trasplante renal de los cuales el 28.5% eran donadores hombres y el 50% mujeres, respecto a los receptores el 71.4 eran hombres y el 50% mujeres.

**Tabla 16.**

*Frecuencia de receptores y donadores*

Trasplante Renal								
Estatus	Primer periodo Enero-Diciembre 2017				Segundo periodo de Enero-Junio 2018			
	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres	%	Mujeres	%
Donador renal	4	33.3	6	60	2	28.5	5	50
Receptor renal	8	66.6	4	40	5	71.4	5	50
Total	12	100%	10	100%	7	100	10	%

Nota: elaboración propia

En la Tabla 17 se observa la frecuencia de pacientes de trasplante renal atendidos de primera vez y subsecuente. En el periodo del 2017 de primera vez se atendieron a 22 pacientes de los cuales 45.4% eran donadores y el 54.5% eran receptores, respecto a la atención psicológica subsecuente se realizaron 170 sesiones de las cuales 28.2% representa a los donadores y 71.76% a los receptores.

Mientras que en el periodo del 2018 de primera vez se atendieron a 17 pacientes de los cuales 41.1% eran donadores y el 58.8% eran receptores, respecto a la atención psicológica

subsecuente se realizaron 161 sesiones de las cuales 17.3% representa a los donadores y 82.6% a los receptores.

**Tabla 17.**

*Pacientes de primera vez y subsecuentes de trasplante renal*

Trasplante Renal								
Estatus	Primer periodo Enero-Diciembre 2017				Segundo periodo de Enero-Junio 2018			
	Primera Vez	%	Subsecuentes	%	Primera Vez	%	Subsecuentes	%
Donador renal	10	45.4	48	28.2	7	41.1	28	17.3
Receptor renal	12	54.5	122	71.7	10	58.8	133	82.6
Total	22	100%	170	100%	17	100%	161	100%

Nota: elaboración propia

## 5.2 Reporte de Trasplante de Córnea

Respecto a las valoraciones de trasplante de córnea en la Tabla 18 se observa por género la frecuencias y porcentaje los 38 protocolos de evaluación psicológica de los receptores de córnea atendidos en los dos periodos de estancia hospitalaria del residente de medicina conductual.

En el periodo del 2017 se atendieron 32 pacientes para valoración psicológica del protocolo de trasplante de córnea, los cuales el 53.1% eran hombres y el 46.8% eran mujeres. Mientras que el 2018 solo se atendieron 6 pacientes los cuales el 66.6% eran hombres y el 33.3% eran mujeres.

**Tabla 18.***Frecuencia por género de Pacientes atendidos de trasplante de córnea*

Trasplante de Córnea									
Estatus	Primer periodo Enero-Diciembre 2017				Segundo periodo de Enero-Junio 2018				
	Hombres	%	Mujeres	%	Hombres	%	Mujeres	%	
Receptor de córnea	17	53.1	15	46.87	4	66.66	2	33.33	

Nota: elaboración propia

En la Tabla 19 se observa la frecuencia de pacientes de trasplante de córnea atendidos de primera vez y subsecuente en los dos periodos de estancia hospitalaria. En el periodo del 2017 se atendieron por primera vez 32 pacientes y de manera subsecuente a 32, en el año 2018 de primera vez se atendieron a 6 pacientes y subsecuente 6 los que nos indica que a esta población solo se les veía 2 sesiones.

**Tabla 19.***Pacientes de primera vez y subsecuentes de trasplante de córnea*

Trasplante de Córnea									
Estatus	Primer periodo Enero-Diciembre 2017				Segundo periodo de Enero-Junio 2018				
	Primera Vez	%	Subsecuentes	%	Primera Vez	%	Subsecuentes	%	
Receptor de córnea	32	50	32	50	6	50	6	50	

Nota: elaboración propia

### 5.3 Reporte de las técnicas psicológicas utilizadas

En la Tabla 20 se observa la frecuencia y porcentaje de las técnicas utilizadas en el servicio de trasplante por el residente medicina conductual en los dos periodos de estancia hospitalaria. En el periodo del 2017 las técnicas que más se utilizaron fue distracción instrumental con un porcentaje del 25.5%, psicoeducación con el 23.3% y respiración clavicular (Pasiva) 18.7%. En el

periodo del 2018 las técnicas que más se utilizaron son psicoeducación con 47.3%, respiración clavicular (Pasiva) 17.2% e imaginación guiada con el 13.4%.

**Tabla 20**

*Frecuencia de Técnicas Cognitivo Conductuales Utilizadas*

Técnicas Cognitivo Conductuales Utilizadas				
	Técnica	Problemática	<i>f</i>	%
Primer periodo Enero- diciembre 2017	Solución de problemas (elementos)	depresión, adherencia, autocuidado, problemas de toma de decisiones	3	2.2
	Activación conductual (elementos)	Depresión	4	3.00
	Auto-verbalizaciones	Ansiedad y depresión	7	5.2
	Imaginación guiada	Ansiedad y estrés	8	6.01
	Auto-instrucciones	Adherencia, autocuidado	9	6.7
	Escucha activa	Entrevista, crisis emocional	12	9.02
	Respiración clavicular	Ansiedad y estrés	25	18.7
	Psicoeducación	Ansiedad, depresión, adherencia, autocuidado	31	23.3
	Distracción instrumental	Ansiedad y estrés	34	25.5
	Total		133	99.9
<hr/>				
	Técnica		<i>f</i>	%
Segundo periodo de Enero-Junio 2018	Auto-verbalizaciones	Ansiedad y depresión	2	2.1
	Escucha activa	Entrevista, crisis emocional	3	3.2
	Distracción instrumental	Ansiedad y estrés	7	7.5
	Solución de problemas (elementos)	depresión, adherencia, autocuidado, problemas de toma de decisiones	8	8.6
	Imaginación guiada	Ansiedad y estrés	13	13.9
	Respiración clavicular	Ansiedad y estrés	16	17.2
	Psicoeducación	Ansiedad, depresión, adherencia, autocuidado	44	47.3
		Total		93

Nota: elaboración propia

## **6. Conclusiones del reporte de experiencia.**

El trabajo del psicólogo de Medicina Conductual asignado a la unidad de trasplante no solo consiste en evaluar a receptores y donadores, aunque esta sea una actividad fundamental del gran trabajo que se realiza, sino que también, tendrá que realizar intervención psicológica una vez que han sido identificados los problemas psicológicos que ponen en riesgo la evolución satisfactoria del paciente trasplantado.

El psicólogo asignado a trasplante debe tener conocimientos sobre pruebas psicológicas, para determinar si la pruebas que está utilizando son válidas y confiables, también, tiene que tener en cuentas el tipo de población a la que van dirigidas y su temporalidad, debido a que la valoración no debe solo hacerse en un primer momento, sino que deben ser periódicas, porque los estados psicológicos son fluctuantes, en el caso de las personas sometidas a trasplante Berrío y Burgos (2011) indican que el trasplante puede generar durante todo el proceso (desde la propuesta hasta la adaptación tras el alta médica) importantes complicaciones sociales y emocionales.

Alcázar et al. (2001) indican que en una valoración psicológica se utilizan entrevistas semiestructuradas y escalas o inventarios con la finalidad de recabar información que permita valorar la aceptación de la enfermedad, capacidad de comprensión, relación familiar, adherencia, motivación, aceptación voluntaria y determinar que no tiene un problema psiquiátrico.

Aunado a esto, el médico conductual debe conocer la estructura de los expedientes clínicos, así como las notas que deberá anexar sobre la valoración, intervención y evolución psicológica del paciente, asimismo, deberá aprender a redactar de los protocolos de valoración psicológica y además, conocer la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

Además, deberá adquirir habilidades para desarrollar material psicoeducativo como apoyo de la intervención psicológica, para contribuir a un mejor afrontamiento, permitiendo una readaptación en el curso de la enfermedad, siendo la terapia Cognitivo-Conductual una de las estrategias de intervención que más ha demostrado su eficiencia en el control de los efectos psicológicos que produce una enfermedad crónica ya que es una terapia centrada en crear habilidades para mejorar situaciones y así modificar la forma de abordar el problema, sin olvidar

que las técnicas psicológicas utilizadas se deben ajustar a la problemática individual de cada paciente (Mendoza et al., 2016).

En el caso de los pacientes de trasplante el proporcionar psicoeducación tiene la finalidad de sensibilizar al paciente respecto al procedimiento al que va a ser sometido, es por eso que el psicólogo debe informar al paciente sobre el período de aislamiento, de las dificultades que eso puede representar e indagar cómo las enfrentaría, de esta manera, también, podrá diseñar intervenciones para preparar a los pacientes ante el período de aislamiento (Alcázar et al., 2001).

Con la información anterior en la Tabla 21 se pueden observar las competencias alcanzadas durante la residencia de medicina conductual en la unidad de trasplante.

**Tabla 21.**

*Competencias alcanzadas*

Valoración	Intervención
<ul style="list-style-type: none"> <li>Habilidades en entrevista estructurada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprendizaje de técnicas Cognitivo-Conductual.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conocimiento en psicometría básica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervención en crisis.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprender aplicar pruebas como:</li> <li>IDARE, BDI de Beck, HADS, P-IPG, RAVEN y MMSE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseñar de material psicoeducativo.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementar otras pruebas para correlacionar datos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprender diseños de casos únicos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Redacción de Protocolos para CENATRA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Redacción de Notas para expedientes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de resúmenes psicológicos para el subcomité de trasplante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presentación de casos clínicos de manera oral y escrita.</li> </ul>

Aprendizaje Hospitalario

\*Tener noción sobre el dinámico y tratamiento de la ERCT.

\*Tener noción sobre lo que conlleva la cirugía y la estancia hospitalaria del trasplante renal.

\*Aprendizaje del trabajo multidisciplinario para la valoración del protocolo de trasplante renal.

Nota: elaboración propia

Respecto a las sugerencias que se presentan son las siguientes:

- Evaluaciones periódicas para establecer línea bases antes de la intervención.
- Utilizar escala de unidades subjetivas.
- Utilización de auto-registros.
- Elaboración e implementación de taller periódicos para receptores y donadores.
- Elaboración e implementación de taller periódicos para familiares.
- Intervención con cuidadores primarios.
- Hacer estudios descriptivos de la población a la que se atiende.

Es necesario seguir implementando estrategias psicológicas que beneficien a la población en general (receptores, donadores, cuidadores), pero también se tendrá que seguir desarrollando intervenciones ideográficas que permitan medir el impacto de la intervención psicológica de una manera más objetiva, asimismo, se debe implementar talleres enfocados al autocuidado, a la adherencia y a desarrollar estrategias de afrontamiento para el aislamiento protector, rechazo y pérdida del órgano.

## Referencias

- Alcázar, O. R., Bazán, B. A., Rojano G. L., Rubio C. S., Mercado, C. D. y Reynoso. E. L. (2001). Valoración psicológica para trasplante renal. *Hospital Juárez de México* 68 (1), 19-23.
- Asociación Psiquiátrica Americana ([APA], 2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR. España, Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana ([APA], 2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. España, Madrid: Panamericana.
- Badia, L. X. (2004). Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol*, 27 (3), 2-6
- Balluerka, L. N. (2001). Diseños de sujeto único. En G. J. Arnau. (Ed.), Diseños de series temporales: técnicas de análisis (pp. 235-290). Barcelona, España: Ediciones Universitat de Barcelona.
- Barros, H. L., Herazo B. Y. y Aroca, M. G. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad renal crónica. *Facultad de Medicina*, 63 (4), 641-7
- Berrío, A. G. y Burgos, C. A. (2011). Papel del psicólogo en los equipos interdisciplinarios de trasplantes de órganos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11 (2), 7-23
- Botero, M. B. y Pico, M. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12 (2), 11 – 24.
- Cabrales, A. J., Sánchez, E. M., Ojeda, V. I., Monterubio, F. E. y Hernández, G. C. (2017). Factores asociados a ansiedad y desesperanza en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en un hospital regional de México. *Mexicana de Investigación en Psicología*, 9 (1), 46-53.
- Camacho-Gutiérrez, E. (2012). La medicina conductual en México: un breve análisis histórico e historiográfico. *Latinoamericana de Medicina Conductual*, 3 (1). Pp. 1-4.

- Canche, A. A., Bogetti, S. M., y Rodríguez, W. F. (2012). Calidad de vida en pacientes con trasplante renal y hepático. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 10 (3), 117-123.
- Carroll, L. E. (2006). The Stages of Chronic Kidney Disease and the estimated glomerular filtration Rate. *Lancaster General Hospital*, 1 (2), 64-69.
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas ([CNICM], 2016). Enfermedades renales. Estadísticas mundiales. *Factográfico de Salud*, 2 (2), pp. 1-17.
- Centro Nacional de Trasplante (2017). Estado Actual de Receptores, Donación y Trasplantes en México 3ER Trimestre 2017. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/264913/Presentaci\\_nTercerTrimestre2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/264913/Presentaci_nTercerTrimestre2017.pdf).
- Cohen, S., Cukor, D. & Kimmel P. (2016). Anxiety in Patients Treated with Hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11 (12), 2250-2255.
- Cuéllar, G. J. y Correa, R. R. (2005). Evaluación del receptor de trasplante renal. *Investigación clínica*, 57 (2), 187-194.
- D'Achiardi, R. R., Vargas, J. G., Echeverri, J. E., Moreno, M. y Quiroz, G. (2011). Factores De Riesgo De Enfermedad Renal Crónica. *Revista Médica*, 19 (2), 226-2.
- Danguilan, R. A., Cabanayan, C. C., Evangelista, N. N., Pelobello, M. F., Equipado, C. D., Lucio-Tong, M. L., & Ona, E. t. (2013). An education and counseling program for chronic kidney disease: strategies to improve patient knowledge. *Kidney International Supplements*, 3, 215–218.
- Eaton, D. C y Pooler, J. P. (2006). Fisiología renal de Valder (sexta edición). México: MC Graw Hill.
- Edificios de México (2008). Hospital Juárez de México. Recuperado de [http://www.edemx.com/citymex/hospitales/H\\_Juarez.html](http://www.edemx.com/citymex/hospitales/H_Juarez.html)
- Espinosa-Cuevas, M. A. (2016). Enfermedad renal. *Gaceta Médica de México*, 152 (1), 90-96.

- Fernández, S. P. y Díaz, S. P. (2003). Pruebas diagnósticas. *Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística*, 10, 120-124.
- Fidel, K. S., Alcántara, T. A., Castan, C. E., Costa, R.G., Diez, Q. C., Ligoña, G. A., López, L. A., Martínez, P.M., Rangil, M. T. y Peri, N. J. (2015). Protocolo unificado para la evaluación psiquiátrica y psicológica de candidatos a trasplante de órganos y tejidos, PSI-CAT. *Psiquiatría salud mental*, 8 (3), 130-136.
- Finkelstein, F. O., Wuerth, D., Laura K. Troidle, L. K. y Finkelstein, S. H. (2008). Depression and end-stage renal disease: a therapeutic challenge. *International Society of Nephrology*, 74 (7), 843-845.
- García, G. G. & Chávez, I. J. (2018). The Tragedy of Having ESRD in Mexico. *Kidney International Reports*, 3 (5), 1027-1029.
- Gerogianni, S. K. & Babatsikou, F. P. (2014). Psychological Aspects in Chronic Renal Failure. *Health Science Journal*, 8 (2), 205-214.
- Goh, Z. S. & Griva, K. (2017). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges a narrative review. *International Journal of Nephrology and Renovascular Disease*, 12 (11), 93-102.
- Gómez, M. (2007). La Psicología de la Salud en un Hospital de Cuarto Nivel de Complejidad. *Psicología: Avances en la Disciplina*, 1 (2), 159-179.
- Greenwald, A., Roose, K. & Williams, L. (2015). Applied behavior analysis and behavioral medicine: history of the relationship and opportunities for renewed collaboration. *Behavior and Social*, 24 (2), 23-38.
- Hernández, R. J., López, R. C., Emérito, A. J. y Hernández, E. K. (2010). Prevalencia, factores y agentes de riesgo de la enfermedad renal crónica en cuatro localidades de el salvador. El Salvador: Universidad Doctor Andrés Bello.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán ([INCMNSZ], 2015). Protocolo de trasplante renal. Recuperado de <http://www.innsz.mx/imagenes/ProtocoloTR-INNSZ-2015-ver-10.pdf>.

- International Society of Behavioral Medicine (2016). Recuperado de <http://www.isbm.info/about-isbm/>.
- Kalble, T., Alcaraz, A., Budde, K., Humke, U., Karam, G., Lucan, M., Nicita, G. y Susal, C. (2010). Guía clínica sobre el trasplante renal. European Association of Urology. Recuperado de <http://uroweb.org/wp-content/uploads/15-GUIA-CLINICA-SOBRE-TRANSPLANTE-RENAL.pdf>.
- Keddis, M. T. & Karnath B. M. (2007). The Nephrotic Syndrome. *Clinical Signs*, 76 (6), 25-30.
- Keefe, F. J. (2011). Behavioral Medicine: A Voyage to the Future. *Behavioral Medicine*, 41 (2), 141-151.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes ([KDIGO], 2017). KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. *Wolters Kluwer*, 101 (8), 1-109.
- Krauskopf, V. (2017). Evaluación psiquiátrica en trasplantes. *Médica Clínica los Condes*, 28 (6), 849-854.
- Ley General De Salud (2017). Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984: TO VIGENTE Última reforma publicada DOF 08-12-2017. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_081217.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_081217.pdf).
- Lugo, G. I. y Pérez, B. Y. (2018). Planeación de actividades en pacientes con ERCT: propuesta de intervención para depresión y calidad de vida. *Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8 (2), 8-16
- Luyckx, V. A., Tuttle, K. R., García, G.G., Benghanem, G. M., Heerspink, H. J., Johnson, D.W., Zhi-Hong, L., Massy, Z. A., Moe, O., Nelson, E. G., Sola, L., Wheeler, D. C. & White, S. L. (2017). Reducing major risk factors for chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, 7 (2), 71-81.

- Martínez, C. A., Górriz, J. L., Bover, J., Segura, M. J., Cebolladac, J., Escalada, J., Esmatjes, E., Fácilaf, L., Gamarrag, J., Gracia, S., Hernández, M. J., Llisterri, C. J., Mazónf, P., Montañés, R., Morales, O. F., Muñoz T., Pablos-V. P., Santiagoi, A., Sánchez C. M., Suárezc, C. y Tranchej, S. (2014). Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Semergen*. 40 (8), 243-262
- Mena, N. A., Barragán, F.A. y Gómez R. L. (2014). Intervenciones psicológicas en pacientes con trasplante renal. *Evidencia Medica e Investigación en Salud*, 7 (2), 70-75.
- Mendoza, M. H., González, V. R., Cabrera, F. L. y Arzate, R. R. (2016). Impacto de la atención psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 19 (3), 972-993
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto España: Laín Entralgo. Recuperado de [http://portal.guiasalud.es/GPC/GPC\\_534\\_Depresion\\_Adulto\\_Avaliat\\_compl.pdf](http://portal.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf).
- Montoya, H. S., Paja, B. R. y Salas, Z. C. (2017). Calidad de vida en pacientes trasplantados renales de una institución prestadora de servicios de salud en Medellín, Colombia. *Universidad y Salud*, 19 (2), 237-247.
- Mosqueda, D. A., Puebla, S. P. y Barriga, A. O. (2013). Evaluación psicométrica de la escala SF-36 en personas con insuficiencia renal en tratamiento con hemodiálisis. *Iberoamericana de la educación e investigación en enfermería* 3 (4), 29-36.
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Clearinghouse (2013). Insuficiencia renal: qué debe esperar. Recuperado de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/urologic-diseases>
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases Clearinghouse ([NIDDKD], 2013) Insuficiencia renal: qué debe esperar. Recuperado de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/urologic-diseases>.

- National Institutes of Health ([NKF], 2007). Métodos de tratamiento para la insuficiencia renal: hemodiálisis. Estados Unidos. Recuperado de <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-rinones/metodos-tratamiento-insuficiencia-renal-hemodialisis>
- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse ([NKUDIC], 2009). Los riñones y cómo funcionan. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), 09, 1-16
- National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse ([NKUDIC], 2012) El aparato urinario y cómo funciona. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK): Recuperado de [file:///Urinary\\_System\\_How\\_It\\_Works\\_SP\\_508.pdf](file:///Urinary_System_How_It_Works_SP_508.pdf).
- National Kidney Foundation ([NKF] 2014). Hemodiálisis: Lo que necesita saber: recuperado de <https://www.kidney.org/sites/default/files/11-50-0214%20-%20Hemodialysis%20-%20What%20You%20Need%20To%20Know.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. ([OMS], 2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 37 (2), 74-105.
- Páez, A. E., Jofré, M. J. y Azpiroz, C. R. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8 (1), 117-124.
- Paniagua, R., Ramos, A., Fabian, R., Lagunas, J. & Amato, D. (2007). Chronic kidney disease and dialysis in Mexico. *Peritoneal Dialysis International*, 27 (4), 405–409.
- Perales, M. C., Duschek, S. y Reyes, P. G. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática, *Nefrología* 36 (3), 275-282.

- Pérez, S.G y Borda M. M. (1997). Análisis topográfico y funcional en el arco de la terapia de la conducta. *Psiquis*, 18 (6), 259-270.
- Ramírez, S. F., Delgado, M. D., Bazán B. A., González, G. A., Portillas, F. V. y Aguirre, M. F. (2008). Intervención multidisciplinaria para el receptor de trasplante renal experiencia en el hospital Juárez de México. *Hospital Juárez de México*, 75 (2), 93-98.
- Reyes, R. L., González G. E. y Rodríguez, B. R. (2017). Estado psicológico de pacientes seleccionados para trasplante renal. *MEDISAN*, 21 (2), 186-191.
- Reynoso-Erazo, L.; Bravo-González, C.; Anguiano-Serrano, S. A.; Rentería-Rodríguez, A.; Tron-Alvarez, R; Avila-Costa, M. R.; Carpio-Ramírez, C. A.; Becerra-Gálvez, A. L.; Mora-Miranda, M. A.; Fernández-Uribe, A. y Gallardo-Contreras, R. (S/F) Posgrado en psicología en la FES Iztacala UNAM: la residencia en medicina conductual. Facultad de Estudios Superiores Iztacala Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de [http://www.organicaeditores.mx/biblioteca/smip2014/contenido/resumenes/04\\_Psicologia\\_educativa/07\\_Leonardo\\_Reynoso-Erazo.pdf](http://www.organicaeditores.mx/biblioteca/smip2014/contenido/resumenes/04_Psicologia_educativa/07_Leonardo_Reynoso-Erazo.pdf)
- Rodríguez, R. T. y Fonseca, F. M. (2015). Guía de atención psicológica a pacientes y familiares en el proceso de donación y trasplante de órganos. *Medisur*, 13 (4), 560-568.
- Rodríguez-Ortega, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1). Pp. 5-12.
- Román, A. (2012). Herramientas de gestión para organizaciones y empresas de salud. *Medwave*, 12 (6), 1-9.
- Ruiz, M. y Pairdo, A. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics*, 2 (1), 31-43
- Secretaría de Salud (2016). Manual de organización específico del Hospital Juárez recuperado de: <http://hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/comeri/MO2012.pdf>
- Secretaría de Salud (2014). Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. México: Secretaría de Salud. Recuperado de

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-727-14-DialisisyhemodialisisIRC/727GER.pdf>

- Shirazian, S., Grant, C. D., Aina, O., Mattana, J. Khorassani, F. & Ricardo, A. C. (2017). Depression in Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease: Similarities and Differences in Diagnosis, Epidemiology, and Management. *Kidney International Reports*, 2, 94-107.
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Mal-estar E Subjetividade* 3 (1), 10-59.
- Solórzano S. M. (2012). La importancia de una buena visión. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 3 (3). 1224-1234.
- Treviño-Becerra, A. (2009). Tratamientos sustitativos en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. *Cirugía y Cirujanos*, 77 (5), 411-415.
- Urbina, G. R., Bazán, B. A. y Galindo, T. J. (2005). Catorce años de trasplantes. Modelo de atención del Hospital Juárez de México S.S. *Hospital Juárez de México*, 72 (2), 69-74.
- Valdez, R. (2008). Trasplante Renal. *Medigraphic*, 3 (3), 97-103
- Valdivia A. J., Gutiérrez, G. C., Delgado, A. E., Méndez, F. D., Treto, R. J. y Fernández, M. I. (2011). Epidemiología de la enfermedad renal crónica y los factores de riesgo relacionados con la supervivencia. *Investigación médica quirúrgica*, 3 (1), 64-75.

## Apéndice 1

### Infografías



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS  
SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA  
CONDUCTUAL



## Todo problema puede tener una solución

### ¿Qué es un problema?

Es una circunstancia en la que se genera una dificultad o inconveniente que provoca malestar.



### ¿Qué es una solución?

Es una estrategia que pretende, dar respuesta a un problema

### ¿Cómo se pueden resolver los problemas?

Recuerda que la solución es una estrategia, por lo tanto, se debe generar un plan para llevarla a cabo, los pasos a seguir son:

**1. Definir el problema.**  
Se debe describir bien en forma de oración



**2. Hacer lluvia de ideas.**  
Estas ideas deben ser variadas y de preferencia, no se deben parecer entre si. No las debe juzgar, es decir, aún no deberá pensar en si servirán o no



**3. Toma de decisiones.**  
Valorar ventajas y desventajas de las ideas



**4. Plan de solución.**  
Tomar la idea que quedó como mejor alternativa de solución

Recuerde que: ¡No hay soluciones certeras!, los problemas a veces son como los rompecabezas y tenemos que buscar la pieza que mejor encaje para dar una solución satisfactoria

Fuente: Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Lombardo, E. (2006) Formulación de casos y diseños de tratamiento cognitivo-conductuales, un enfoque basado en problemas. México Manual Moderno.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL



## ¿Qué es la depresión?



Es un estado de tristeza que se presenta la mayor parte del tiempo, particularmente cuando estamos hospitalizados

### ¿Qué genera la depresión durante la estancia hospitalaria y el aislamiento?

Abandonar actividades placenteras o de distracción



Crear que no se tiene el control sobre la enfermedad y lo que implica el tratamiento

Dejar de convivir con familiares y amigos.



Percibir como desagradable la enfermedad, su dieta y su tratamiento.

### ¿Cuáles son los síntomas de la depresión?



1. Sentirme y que me observen triste la mayor parte de tiempo casi todos los días



2. Pérdida del placer e interés en actividades o personas

4.- Dificultad para tomar decisiones



5. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida (pensar en quitarme la vida)

3. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva



Si usted se identifica con alguno de los puntos anteriores, recuerde que en el equipo de trasplante hay psicólogos y puede pedir apoyo.

Fuente: Alberdi, S. J., Taboada, O., Castro, D. C. y Vázquez, V. C. (2006). Depresión. Guías Clínicas, 6 (11), pp. 1-6



## ¿Qué es la ansiedad?

Es una respuesta emocional caracterizada por: **incertidumbre, preocupación excesiva e inquietud.**



### ¿Qué puede generar ansiedad durante la hospitalización?

\*Falta de información o incomprensión de las indicaciones médicas



\*Tener ideas anticipadas de la enfermedad y pronóstico



#### Miedo a:

- \*Complicaciones médicas.
- \*Someterse a procedimientos médicos.
- \*No soportar el aislamiento, "no querer estar solo".
- \*Estar lejos de seres queridos y no saber de ellos.

### ¿Cuáles son los síntomas de la ansiedad?

1. Intranquilidad.

2. Inquietud.

3. Deseos de huir

4. Evitar personas, lugares o situaciones.



5. Sensación de muerte.



6. Temor a perder la razón y el control.



7. Preocupación excesiva.

8. Miedo Irrracional: carece de evidencia para sustentarlo, por ejemplo: pensar que todos los procedimientos médicos me van a doler.



9. Ideas catastróficas: pensar que siempre va pasar lo peor.

Si usted se identifica con alguno de los de los puntos anteriores, recuerde que en el equipo de trasplante hay psicólogos y puede pedir asistencia psicológica.

Fuente: Tortella, F. M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Iberoamericana de Psicología, (110), pp. 62-69



### Auto-registro de Ansiedad y depresión

En este auto-registro tendrás que anotar como te sientes respecto tu estado de ánimo (tristeza y ansiedad) durante toda la semana, tendrás que poner que estabas haciendo, que pensaste en ese momento y en una escala de 0 a 10 marcar con una X qué tan intenso la sentiste esa emoción, por ejemplo

Día	Síntomas	¿Qué estaba haciendo?	¿Qué estaba pensando?	En una escala de 0 a 10 marca con una X que tan intenso la sentí donde cero significa nada intenso y entre más cercano a 10 significa muy intenso.
Lunes	Ansiedad	Me estaba hemodializando	Que me puedo morir	0-1-2-3-4-5-6-7-8-X-10
	Tristeza	Sentado en el sillón	Que no hago nada productivo	0-1-2-3-4-X-6-7-8-9-10

Día	Síntomas	¿Qué estaba haciendo?	¿Qué estaba pensando?	En una escala de 0 a 10 marca con una X qué tan intenso la sentí donde cero significa nada intenso y entre más cercano a 10 significa muy intenso.
Lunes	Ansiedad			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
	Tristeza			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Martes	Ansiedad			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
	Tristeza			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Miércoles	Ansiedad			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
	Tristeza			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Jueves	Ansiedad			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
	Tristeza			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Viernes	Ansiedad			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
	Tristeza			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Sábado	Ansiedad			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
	Tristeza			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
Domingo	Ansiedad			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
	Tristeza			0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

### También se recomienda:

**Desinfectar todas las frutas y verduras:** en un litro de agua ponga 3 gotas de cloro y después sumerja las frutas y verduras durante 30 minutos.

**Tomar agua embotellada.**

**Tener una tabla para cortar alimentos secos y otra para cortar alimentos húmedos.**

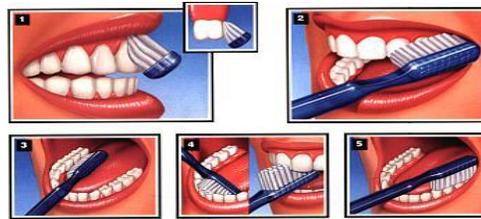
**Los alimentos deben estar bien asados y/o hervidos (nada debe estar en términos medios o crudos).**

**Lavarse bien las manos con agua y jabón** como se muestra en la siguiente figura y debe de ser antes de comer, después de comer, antes de ir al baño y después de ir al baño, (Trate de utilizar jabón líquido para manos), puede utilizar gel alcohol sólo después de lavarse con agua y jabón. No olvide lavar cada mano tal como se muestra en la imagen.



**Lavarse bien los dientes 3 veces al día,** procurando cepillar dientes superiores hacia abajo, inferiores hacia arriba, muelas en forma circular, lengua y mejillas, como se muestra en la siguiente figura.

### Apéndice 3



**Evitar contacto físico con cualquier animal.**

**Tener su propio baño,** el cual se tiene que lavar (tallar) frecuentemente con cloro (también puede utilizar aromatizante diluido con agua).

Recuerde que **estará en aislamiento** en su casa, por lo tanto, **NO** podrá tener visitas hasta que el médico lo señale.

Después de ese tiempo toda persona que lo visite tendrá que lavarse las manos antes de entrar y utilizar cubre bocas.

Trate de evitar tener contacto físico con personas que estén enfermas de tos o gripe, para evitar el riesgo de una infección.

**Mantenga comunicación con el equipo de trasplante,** ellos le ayudarán durante el proceso del trasplante.

**¡NO SE AUTO-MEDIQUE MEJOR MARQUE AL SERVICIO DE TRASPLANTE!**

**TEL: 57477608**

Elaborado por: Lic. Psic. Jorge Omar Cano Aguilar

Referencia: Stitt, N., Yarris, K. N. y Wheeler L. (2007). Manual de trasplante de riñón: guía para el cuidado de su salud después del trasplante, Alemania: European Transplant Nursing Symposium



Hospital Juárez de México

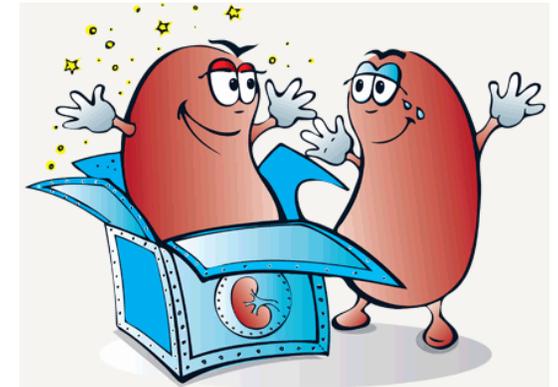
Unidad de Trasplante

Residencia en Medicina Conductual



## Cuidados y recomendaciones que se tiene que realizar en casa para el paciente trasplantado

**¡Usted y su familia son parte importante durante y después del trasplante de riñón!**



¡Recuerde que usted y su familia son los miembros más importantes del trasplante! Es por eso que deben seguir las indicaciones médicas y participar activamente en el cuidado de su salud.

La mejor forma de comprender lo que ocurrirá después del trasplante es llevar notas para no perder detalles de la evolución médica.

1. Para esto debe tener una **Libreta**



Esta libreta es muy Necesaria porque será una agenda donde **tendrá que escribir diariamente lo siguiente:**

**2. Lista de los medicamentos de consumo actual** (No es necesario hacerla diario sólo cuando tome nuevos medicamentos o deje de tomarlos por indicación médica).

**3. Registro diario del consumo de medicamentos** (debe poner el nombre del medicamento, fecha, hora, dosis y para qué sirve) puede apoyarse de una tabla como la siguiente:

Nombre del medicamento	Fecha	Hora en que tomó el medicamento	Dosis	¿Para qué es?



**Registro diario de signos vitales** (es recomendable que lo haga al menos 5 veces al día).

• **Temperatura**

Es la medición de calor de su cuerpo la cual se mide con el termómetro (puede ser digital o manual de mercurio).

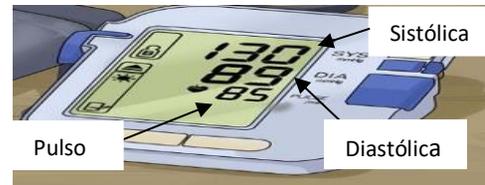


• **Pulso**

Es originado por los latidos de su corazón, por lo tanto, el ritmo cardíaco son pulsaciones del número de veces en que su corazón palpita en un minuto (este ritmo cardíaco puede ser medido con un Baumanómetro digital en el cual viene marcado con la figura de un corazón o dice PULSE como se muestra en la siguiente imagen).

• **Presión Arterial**

Es la medición de la presión (fuerza) sanguínea en las arterias **hay 2 tipos de presión, la sistólica (es la de arriba) y la diastólica (es la de abajo).**



También se puede apoyar de una tabla para el registro, como la que se muestra a continuación:

Fecha:		
Signo vital	Medición	Hora
Presión arterial	Sistólica:	
	Diastólica:	
Pulso		
Temperatura		

Si usted no cuenta con un Baumanómetro digital puede apoyarse de una persona que tenga uno para que le tome la presión.

**5. También tiene que medir:**

• **Consumo de agua**

Recuerde que usted sólo puede beber diariamente de 3 a 5 litros (pregunte a su médico).

• **Orina**

Frecuencia con la que orina y cantidad de orina al día.

• **Evacuación de heces fecales**

Se refiere a cuántas veces al día va al baño para defecar, qué tipo de color tiene y forma (si es líquida o dura)

• **Peso**

Se refiere a cuánto pesa al día el paciente

• **Drenaje biovac**

Se puede medir con una jeringa. No olvide registrar el total de mililitros diarios.

Fecha	Indicadores		
	Cantidad o Frecuencia		
Agua			
Orina			
Peso			
	Cantidad	Color	Forma
Defecar			
	Cantidad	Color	
Drenaje biovac			

**RECOMENDACIONES PARA ALIMENTACIÓN**

Una dieta balanceada es la que contiene frutas, vegetales, granos enteros, y productos lácteos bajos en grasa o sin grasa. También incluye carnes como aves (pollo, pavo), pescado, huevos, nueces, y frijoles. Una dieta saludable debe ser baja en grasas saturadas, grasas trans, sal, azúcar añadida y colesterol.

En algunos casos **NO se recomienda el consumo de habas después del trasplante, porque tienden a distender el estómago y provocar gases.**

Recuerde comer de manera balanceada y siguiendo las indicaciones médicas.

**¡Por favor no deje de preguntar al médico si tiene duda!**