Propuesta de prevención e intervención grupal para el afrontamiento de la ansiedad y depresión en trasplantados renales adultos

Trabajo fin de
Máster

Autora: Magdalena del Arco Martín Tutora: Dra. Tasmania del Pino Sedeño

27 de mayo de 2024

Campus de la Orotava

Calle Inocencia García, 1

38300 la Orotava

Cruz de Tenerifeuniversidadeuropea.com

Instalaciones de Santa Cruz

C/ Valentín Sanz, 27

38002 Santa

Resumen

Antecedentes: El trasplante renal es la opción más prevalente de Tratamiento Renal Sustitutorio (TRS) ante enfermedad renal crónica. El primer año postrasplante es crítico porun mayor riesgo de fracaso. Como el estado psicológico del paciente puede repercutir en el éxito postrasplante y, la depresión y la ansiedad son trastornos comunes en trasplantados, interesa diseñar intervenciones para tratar esa sintomatología.

Intervención: Tratamiento Cognitivo-Conductual Grupal para disminuir la sintomatología ansioso-depresiva en trasplantados renales adultos con los siguientes requisitos: 1) Para la sesión individual pretrasplante: estar en lista de espera pretrasplante y mostrar sintomatología ansioso-depresiva; y 2) Para sesiones grupales postrasplante: trasplante reciente con alta hospitalaria, capacidad para desplazarse a las sesiones, y que presenten/hayan presentado sintomatología ansioso-depresiva de manera leve-moderada.

Para evaluar el resultado, se realizará una evaluación pre- y postintervención de la depresión y ansiedad con: escala de ansiedad y depresión hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS) de Zigmond y Snaith (1983), la escala de adherencia (*Simplified Medication Adherence Questionnaire*, SMAQ) de Knobel et al (2002), el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (*Short Form-36 Health Survey*, SF-36) y un cuestionario de satisfacción de sesiones grupales.

Conclusiones: Se prevé disminuir la sintomatología ansioso-depresiva en los trasplantados, mejorando su salud mental, y con ello, la supervivencia del injerto gracias al beneficio indirecto en mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida. Indirectamente, se intenta concienciar de la importancia de la salud mental y la

psicología en el trasplante mediante este tipo de intervenciones.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, terapia cognitivo conductual, trasplante renal.

Abstract

Background: Kidney transplantation is the most prevalent renal replacement therapy in the face of chronic disease. The first year after transplantation is critical because of a higher risk of graft failure. Since the patient's psychological state can affect post-transplant outcomes, and depression and anxiety are common psychological disorders in the transplanted population, it is interesting to develop interventions to treat these disorders.

Intervention: Cognitive-Behavioral Group Treatment to reduce anxious-depressive symptomatology in adult kidney recipients. Requirements: 1) For pretransplant individual sessions: being on the transplant waiting list and showing anxious-depressive symptomatology; and 2) For post-transplant group sessions: recent transplant with hospital discharge, ability to travel to the sessions, and showing/having shown mild to moderate anxious-depressive symptomatology.

In order to evaluate the results, a pre- and post-intervention evaluation of depression and anxiety will be carried out with: *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) of Zigmond y Snaith (1983), Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) of Knobel et al (2002), *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) and a group session satisfaction survey.

Conclusions: It is expected to reduce anxious-depressive symptomatology in transplant recipients. This will improve their mental health and post-transplant graft survival, while improving adherence to treatment and quality of life. In addition, the aim is to raise awareness of the importance of mental health and psychology in the field of transplantation through this type of interventions.

Keywords: anxiety, cognitive behavioral therapy, depression, renal transplantation.

1. Introducción

Aunque existen referencias escritas sobre trasplante que datan de más de 1500 años antes de Cristo (Nordham & Ninokawa, 2022), el trasplante de órgano sólido, tal y como lo conocemos actualmente, se inició en los años 50. Fue entonces cuando tuvo lugar el primer trasplante renal exitoso entre una pareja donante-receptor de gemelos. Desde entonces, gracias a la ciencia básica y al desarrollo de la inmunología, farmacología y las técnicas quirúrgicas, se logró realizar el trasplante de otros órganos (Dangoor et al., 2015; Nordham & Ninokawa, 2022).

El desarrollo ha sido de tal magnitud que, según las estadísticas más actualizadas, en 2022 hubo un total de 157 494 órganos trasplantados en el mundo (*Global Observatory on Donation and Transplantation*, s.f.).

Centrándonos en España, nuestro país destaca como uno de los de mayor actividad trasplantadora, situándose desde hace décadas, en los puestos más altos en tasa de donaciones por millón de habitantes (Organización Nacional de Trasplantes (ONT, 2023).

Multitud de patologías pueden derivar en la necesidad de trasplante, algunas de ellas con una prevalencia e incidencia relevantes en la población (Martín & Errasti, 2006; Niederwieser et al., 2022). Así pues, no cabe duda de que el trasplante se ha consolidado como una opción terapéutica, en ocasiones la única, que salva y mejora la vida de multitud de pacientes.

1.1. Trasplante renal en España

La enfermedad renal crónica hace referencia a un número heterogéneo de desórdenes que resultan en daño renal mantenido. La enfermedad se clasifica en cinco órdenes de gravedad. En el nivel más elevado se encuentra la insuficiencia prácticamente

total o enfermedad renal terminal, que hace necesario, en muchos casos, la realización de un TRS como la diálisis o el trasplante (Shafi & Coresh, 2016).

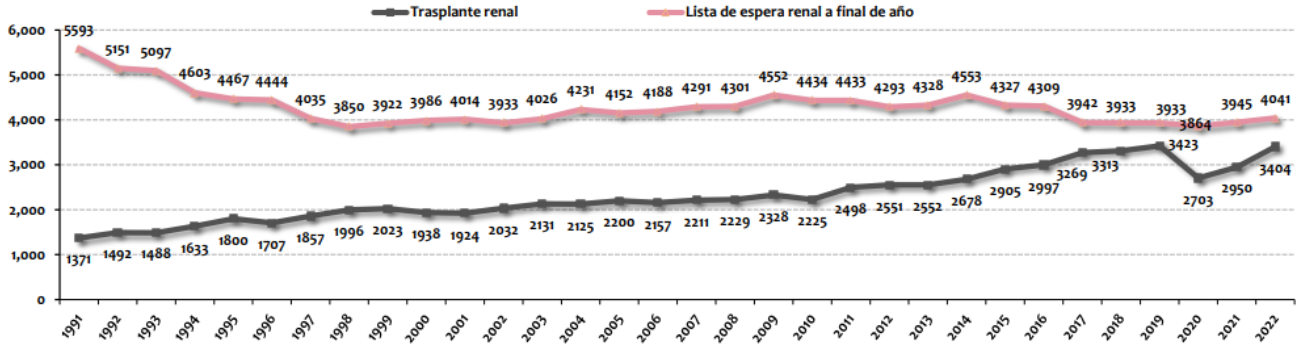
Los datos españoles al respecto de estos tratamientos, pueden ser consultados en las memorias del Registro Español de Enfermos Renales. La última de ellas, del año 2022, indica que existen de 140-150 pacientes por millón de población que necesitan TRS, con una mayor incidencia a partir de los 65 años. En cuanto a prevalencia de enfermedad renal crónica tratada en España, ésta se sitúa en 1410 por millón de población, con constantes incrementos anuales desde, al menos, el año 2009 (ONT, 2022).

Aunque la hemodiálisis continúa siendo la modalidad de inicio más utilizada entre los distintos TRS, el trasplante se ha consolidado como la opción terapéutica más prevalente (Sociedad Española de Nefrología, 2022). Además de permitir la supervivencia y mejorar la calidad de vida del enfermo, también incentiva la sostenibilidad del sistema público de salud, ya que el gasto por paciente es mucho menor en comparación con la diálisis (ONT, 2018).

Por esta y otras razones de nivel técnico y logístico, el trasplante renal es el mayoritario a nivel mundial. En España, se realizan más de 3000 al año (ONT, s.f.). Sin embargo, a pesar del elevado número de donaciones, la necesidad de órganos es superior a la oferta. Existe un gran número de pacientes en lista de espera, y no se observa una disminución a pesar del alto volumen de trasplantes realizados (Figura 1).

Figura 1.

Número de trasplantes y de pacientes en lista de espera renal durante el periodo 1991-2022



Nota. Tomado de "*Registro Español de Enfermos Renales*", por Organización Nacional de Trasplantes 2022, https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/11/Memoria_REER_2022.pdf

Por todo ello, uno de los objetivos del Ministerio de Sanidad es aumentar la disponibilidad de órganos para trasplante (ONT, 2018), algo que preocupa también a nivel global (Third WHO Global Consultation on Organ Donation and Transplantation, 2011). La escasez, implica que se intenten maximizar los beneficios en cada trasplante, seleccionando los receptores en función de criterios objetivos (Kälble et al., 2010), dirigidos a evaluar su idoneidad desde el punto de vista médico y técnico (Tabla 1).

Tabla 1.

Indicaciones y contraindicaciones generales para la inclusión de pacientes en lista de espera de trasplante renal

INDICACIONES	***CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS***	***CONTRAINDICACIONES RELATIVAS***
- Glomerulonefritis - Pielonefritis - Enfermedades hereditarias - Metabolopatías - Uropatía obstructiva - Nefropatía tóxica - Enfermedades sistémicas (LES) - Síndrome hemolítico urémico - Tumores - Congénitas - Nefropatía aguda irreversible - Trauma	- Cáncer reciente o metastásico - Infección activa aguda o crónica - Alto riesgo de no sobrevivir a la cirugía - Expectativa de vida <2 años - Enfermedad psiquiátrica grave, crónica o no controlada	- Edad >75 años (¿biológica?) - Cáncer previo no controlado - Malformación grave del tracto urinario - Drogadicción o alcoholismo - Incumplimiento terapéutico reiterado - Nefropatía activa clínica o serológica - Riesgo de recurrencia grave - Hepatitis B con replicación viral - Comorbilidad severa extrarrenal - Coagulopatía severa - Retraso mental severa - Infección VIH complicada

Nota. Tomado de "*Trasplante renal*" por P. Martín y P. Errasti, 2006, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 29*(2), 79-91. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-62720060004000008&lng=es&tlng=es.

Además, algunas guías empiezan a indicar la necesidad de que también se tengan en cuenta otros aspectos éticos, sociales e, incluso, políticos (Kälble et al., 2010), lo que destaca el carácter interdisciplinario del trasplante.

Por la citada escasez de órganos, la complejidad del procedimiento, y la mayor mortalidad relacionada con el propio procedimiento, el trasplante del órgano debe ofrecerse a pacientes en los que el injerto tenga posibilidad de supervivencia a largo plazo.

Una esperanza de vida breve y la existencia de enfermedades que dificulten el cumplimiento terapéutico, no son riesgos aceptables para el éxito a largo plazo (Kälble et

al., 2010). En algunos de estos casos, las evaluaciones psicológicas juegan un papel importante en la toma de decisiones.

1.2. Psicología y trasplante

Las implicaciones psicológicas del padecimiento de enfermedades graves, incapacitantes y crónicas han sido ampliamente estudiadas (Conversano, 2019; Conversano & Di Giuseppe, 2021; Stanton et al., 2007; Turner, 2000). Sin embargo, a pesar de mejorarse la calidad de vida en algunas de ellas gracias al trasplante (Seiler et al., 2016; Schulz & Kroencke, 2015), el proceso no está exento de ciertas peculiaridades desde el punto de vista psicológico. Aunque existen particularidades específicas según el órgano trasplantado, (Amonoo et al., 2019; García-Flores et al., 2014; Montolio, 2015; Sánchez, 2015), determinados trastornos psicológicos pueden aparecer simplemente ante la posibilidad de trasplante y/o posteriormente al mismo (Medved et al., 2019; Schulz & Kroencke, 2015). Así pues, la importancia de la psicología en el trasplante ha seguido un camino paralelo a su desarrollo como terapia médica, teniendo un papel relevante tanto en el periodo pre- como postrasplante.

La revisión de Pérez-San Gregorio et al. (2005), realiza una descripción detallada de algunos de estos trastornos y las variables psicosociales que les afectan. En la Tabla 2 se resumen algunas de ellas.

Tabla 2.

Repercusiones psicológicas del trasplante y variables psicosociales que influyen en las mismas

Repercusiones psicológicas del trasplante de órganos	Variables psicosociales que influyen en las complicaciones psicológicas asociadas al trasplante
Delirium	Apoyo familiar
Trastornos sexuales	Trastornos psicológicos en los familiares
Trastornos del estado de ánimo	Hospitalización
Trastornos de ansiedad	Expectativas pre- y postrasplante
Fantasías sobre el donante	Estrategias de afrontamiento.
Insatisfacción de la imagen corporal	Duración de la enfermedad.
Otros trastornos (adaptativos, somatomorfos, conducta alimentaria, etc.)	Etiología del trasplante.
	Procedencia del órgano implantado.
	Otras variables (antecedentes psiquiátricos, edad, etc.)

Nota. Adaptado de "*Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos*", por M.A. Pérez-San Gregorio, A.M. Rodríguez, y A. Galán-Rodríguez, 2005, *International Journal of Clinical and Health Psychology*,*5*(1), 99-114.

Estas complicaciones, fueron revisadas más recientemente por Schulz y Kroencke (2015), que añaden además en su artículo, referencias a posibles intervenciones psicológicas en las diferentes fases del proceso (enfermedad y periodos pre- y postrasplante). Según los autores, la fase pretrasplante se caracteriza por cambios emocionales, cognitivos y sociales previos debidos a la adaptación a la vida con la enfermedad y al deterioro de la salud. Una vez existe posibilidad de trasplante, pueden aparecer miedos ante la operación, estrés agudo, incerteza, desesperación, etc. Finalmente, tras el trasplante puede existir preocupación por las complicaciones de salud posteriores o la recaída, así como los cambios que puedan darse en las relaciones sociales y hábitos de vida. Ello genera ansiedad y tensión emocional. Además, hay que tener en cuenta posibles efectos secundarios de la medicación. Toda esa información, junto a posibles intervenciones, la resumen los autores en la Tabla 3.

Tabla 3.

Generalidades de la evolución de una enfermedad crónica antes y después del trasplante.

Reacciones psicológicas del paciente e intervenciones

CURSO DE LA ENFERMEDAD	REACCIONES PSICOLÓGICAS DEL PACIENTE Y ATENCIÓN DE DEMANDAS	INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS
Primeros síntomas **Diagnóstico** **Vida con enfermedad crónica** - Síntomas persistentes - Visitas frecuentes al médico y estancias hospitalarias - Tratamiento médico	-Adaptación a las crisis -Atribución de significado (teoría de la enfermedad subjetiva) -Intentos de mantener la autonomía personal -Aceptación de cambios en la vida laboral y los roles familiares -Desarrollo de nuevas metas vitales -Adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento y recursos activadores (ej.: apoyo social)	-Intervención de crisis -Terapia de apoyo para facilitar la aceptación y afrontamiento de la enfermedad -Facilitar la adherencia y el conocimiento/comprensión de la enfermedad (educación en la enfermedad) -Facilitar la formación en la percepción de los nuevos roles y metas vitales -Consejo familiar -Mediar contacto con grupos de apoyo a pacientes y medidas de tratamiento dirigidas (ej.: terapia de detoxificación)
Etapa preoperatoria - Evaluación de trasplante - Lista de espera - Crisis médicas - Hospitalización	-Conflictos de decisión -Incertidumbre -Impotencia, desesperanza -Miedo preoperatorio -Temor a la muerte -Reacción de estrés agudo (shock)	-Evaluación psicosocial -Facilitar la toma de decisiones y la adherencia -Facilitar el enfrentamiento a la incertidumbre y reducir el estrés -Facilitar el procesamiento del miedo, dolor, abatimiento y agresión
Etapa perioperatoria - Complicaciones - Rechazo agudo	-Delirio postoperatorio (síndrome agudo orgánico cerebral) -Integración del órgano -Experiencias traumáticas -Miedo al rechazo del órgano -Enfrentamiento a complicaciones	-Facilitar el procesamiento de los síntomas de delirio/psicóticos -Facilitar la integración del órgano y el procesamiento de las fantasías sobre el donante -Facilitar el procesamiento de las reacciones traumáticas, miedo, y dolor -Apoyo/ánimo en caso de crisis somáticas
Etapa postoperatoria - Convalecencia - Nuevos tratamientos médicos - Fármacos inmunosupresores - Efectos secundarios, comorbilidades asociadas - Rehospitalización - Rechazo crónico - Retrasplante	-Miedo al fallo/pérdida del órgano -Miedo a infecciones y otras comorbilidades (ej.: cáncer) -Afrontar problemas médicos -Problemas de reajuste y adherencia -En caso de rechazo del órgano: -Desesperanza, abatimiento -Sentimientos de culpa -Mayor temor al retrasplante y al fallo del órgano	-Facilitar el procesamiento del miedo y la estabilización emocional -Facilitar la adherencia y el reajuste -Intervención de las crisis -Terapia de apoyo -Intervenciones cognitivo-conductuales -Consejo familiar -Mediar contacto con grupos de apoyo al paciente

Nota. Traducido de "*Psychosocial challenges before and after organ transplantation*", por K.H. Schulz, S. Kroencke, 2015, *International Transplant Research and Risk Management, 7, 45-58*.

Obviamente, la respuesta psicológica a la enfermedad dependerá de cada individuo y de la naturaleza de la enfermedad. Por esta razón, es relevante evaluar a cada paciente con el objetivo de prever posibles complicaciones que puedan afectar al éxito del trasplante. De hecho, existen evidencias de que los factores psicológicos pretrasplante tienen repercusión en el éxito de la etapa postrasplante (Faeder et al., 2015), aunque también aparecen estudios donde esa relación no acontece (Seiler et al., 2019).

1.3 Estudios Pretrasplante

Por lo anteriormente descrito, la evaluación psicológica y psicosocial de los pacientes candidatos a recibir un trasplante es de gran importancia. El principal objetivo es el diagnóstico de psicopatologías con posible impacto negativo en el pronóstico postrasplante y la calidad de vida del paciente (García-Flores et al., 2014; Schulz & Kroencke, 2015; Krauskopf, 2017).

Por otro lado, también se realizan evaluaciones psicológicas del potencial donante si se prevé que el trasplante pueda realizarse gracias a un donante vivo.

1.3.1 Evaluación Pretrasplante del Donante Vivo

En estos casos, la legislación es absolutamente clara (Artículo 9 de la Ley 30/1979 y Real Decreto 2070/1999 del 30 de diciembre), e indica los requisitos legales a cumplir para poder donar. La Ley refiere que el donante “se encuentre en el ejercicio de plenas facultades mentales. Las personas afectadas por una deficiencia psíquica o enfermedad mental, o que por cualquier otra causa no puedan prestar consentimiento válidamente, no podrán ser donantes”. Además, la donación requiere de ausencia de condicionantes económicos, psicológicos o sociales. También debe aportarse al potencial donante, la información sobre posibles consecuencias de orden somático, psíquico y psicológico de

su decisión, así como de las posibles repercusiones sobre su vida personal, familiar y profesional (Frutos et al., 2022).

Estas directrices y procedimientos se detallan en varias guías de recomendaciones (*British Transplantation Society & The Renal Association*, 2018; *European Renal Best Practice Transplantation Guideline Development Group* (EBPG), 2013; *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* (KDIGO). *Living kidney donor work group*, 2017; Matesanz et al., 2010). La guía española en su versión de 2010 (Matesanz, 2010), indica que, para estas donaciones, debe ser un profesional con experiencia el que realice la evaluación psicológica y psicosocial al donante. Debe prestarse especial atención a evaluar la capacidad para consentir, explorar los conocimientos del donante acerca del trasplante, calidad de vida con un único riñón, beneficios para el receptor, expectativas, riesgos y probabilidad de fracaso, así como determinarse la ausencia de coerción o presión.

Con posterioridad, se publicaron recomendaciones para facilitar la toma de decisiones ante incertidumbres derivadas de los resultados de los exhaustivos estudios clínicos predonación que se realizan (Frutos et al., 2022). Atendiendo a la parte psicológica, aparece un protocolo de evaluación, y recomendaciones sobre los componentes de la entrevista (Tabla 4).

Tabla 4.

Componentes de la entrevista de evaluación psicológica en donante vivo de riñón

EXPLORAR EN EL DONANTE

- Información que dispone acerca de la donación y el trasplante
- Relación con el receptor
- Comprensión de posibles riesgos y complicaciones del procedimiento
- Comprobar que es competente y libre de tomar la decisión de forma voluntaria
- Explorar posibles conductas de riesgo (tatuajes, promiscuidad, adicciones, …)
- Motivación que le lleva a tomar la decisión
- Expectativas postintervención
- Entrevista sociodemográfica
- Apoyo social y familiar
- Estado de pareja e hijos
- Nivel académico
- Actividad laboral y situación económica
- Antecedentes clínicos (enfermedades, trastornos psicológicos, intervenciones, …)
- Creencias religiosas
- Hábitos saludables
- Consumo de tabaco, alcohol, droga u otras sustancias
- Valoración cognitiva
- Comprobación de capacidades cognitivas que confirmen madurez y capacidad volitiva
- Valoración emocional
- Valorar posible afectación emocional que pueda influir en el proceso:
  - Desórdenes emocionales (ansiedad, depresión, etc)
  - Impulsividad
  - Estresores habituales
  - Explorar posible ideación suicida (previa o actual)
  - Existencia o no de abuso sexual (previo o mantenido)
- Valoración de estrategias de afrontamiento
- Comprobar estrategias de afrontamiento del donante, si son o no adaptativas y pueden ayudarle en la postintervención ante posibles complicaciones

Nota. Tomado de "*Recomendaciones para el trasplante renal de donante vivo*", por M.A. Frutos, 2022, *Nefrología, 42*(S2), 1–128. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.10.002

Para la valoración psicométrica, se recomienda usar pruebas objetivas, tales como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon - IV (MCMI - IV), por su capacidad de identificar síndromes clínicos graves y patrones clínicos de la personalidad y sus patologías graves (Frutos et al., 2022). Con toda la información disponible, algunas de las principales contraindicaciones psicológicas y psicosociales sugeridas para el donante

vivo que se indican son: trastornos clínicos o de personalidad graves o en fase aguda, situaciones de estrés, vulnerabilidad o indefensión personal, trastornos adictivos graves, problemas psiquiátricos graves o de uso de sustancias, presencia de estresores financieros importantes, evidencia de coerción, capacidad limitada para comprender riesgos/beneficios y ambivalencia acerca de proceder a la donación (Frutos et al., 2022) .

Tanto en las recomendaciones de 2010 (Matesanz et al., 2010) como en las de 2022 (Frutos et al., 2022), se indica que la evaluación se haga por especialista en psicología o psiquiatría con experiencia clínica, sugiriendo la incorporación de psicólogos en los equipos de trasplante. Esto ya viene siendo una realidad desde hace años en algunos hospitales (García-Llana et al., 2010), dejando patente la importancia de la psicología, y sus profesionales, en el procedimiento.

1.3.2 Evaluación Pretrasplante del Receptor

Los potenciales receptores son siempre evaluados psicológicamente antes de entrar en lista de espera. La existencia de abuso de sustancias y/o determinados trastornos psicológicos (ej.: síndrome depresivo-ansioso con elementos obsesivos), antecedentes de ingresos psiquiátricos, enfermedades psiquiátricas graves, retraso mental moderado-grave o el tener una escaso o nulo apoyo social, constituyen inicialmente una contraindicación para el trasplante (Rodríguez & Fonseca, 2015), aunque la candidatura puede ser reevaluada después de intervención exitosa (Messias & Skotzko, 2000).

Diferentes artículos y guías informan sobre la evaluación psicológica y psiquiátrica de estos pacientes (Chadban et al., 2020; Fidel et al., 2015; Rodríguez & Fonseca, 2015; Schulz & Kroencke, 2015). Con el fin de disminuir la heterogeneidad existente, profesionales catalanes del ámbito, redactaron un protocolo unificado de evaluación (Fidel et al., 2015). En él, se indican que los objetivos de la evaluación

pretrasplante son: determinar la capacidad del potencial receptor para comprender el proceso y dar su consentimiento informado; evaluar la capacidad de adherencia al tratamiento y de colaborar con el equipo de trasplante; diagnosticar aspectos psicopatológicos comórbidos que puedan influir en el proceso pre y postrasplante; detectar el consumo de sustancias y alteraciones derivadas de ello, y evaluar la capacidad de abstinencia a largo plazo; evaluar habilidades de afrontamiento del trasplante e intervenir ante limitaciones en el paciente; identificar comportamientos de salud que puedan afectar negativamente en el periodo postrasplante; explorar el apoyo social y condiciones socioeconómicas; y establecer medidas objetivas del nivel de funcionamiento basal para objetivar datos para su estandarización (Fidel et al., 2015). En el citado protocolo, se indican dos partes diferenciadas. Primero, una entrevista semiestructurada para recoger antecedentes psicopatológicos y médicos, datos sociodemográficos y de estilo de vida, consumo de sustancias y una batería de cuestionarios. Posteriormente, se usarían cuestionarios elegidos por los autores en base a su fiabilidad, validación y sencillez (Fidel et al., 2015) (Tabla 5).

Tabla 5.

Instrumentos psicométricos a emplear en la evaluación pretrasplante de candidatos a receptor de órganos

ASPECTOS A EVALUAR	PROCEDIMIENTOS	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
Estado cognitivo	-Realizar una valoración cognitiva básica	Mini Examen Cognoscitivo (MEC)
Comprensión del proceso médico-quirúrgico	-Realizar una valoración de la comprensión básica de la información recibida sobre el proceso médico-quirúrgico	
Psicopatología previa y actual	-Valorar antecedentes de trastornos psiquiátricos personales y familiares (hasta la 2ª generación) -Valorar situaciones críticas del último año -Identificar trastornos clínicos actuales	*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders* (SCID), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS)
Personalidad y afrontamiento	-Evaluar personalidad normal: énfasis en rasgos que puedan afectar a la adherencia y el autocuidado. Estilo de afrontamiento predominante. Peso sobre aspectos de optimismo y fortaleza	*Temperament and Character Inventory-Revised-67* (TCI-R-67), *Life Orientation Test-Revised* (LOT-R)
Trastornos por uso de sustancias	-Valorar el patrón de consumo, según las diferentes sustancias	*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), *Drugs Abuse Screening Test* (DAST-I), *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FNTD), *High Risk Alcoholism Relapse Scale* (HRARS). Cribado toxicológico
Adherencia a las pautas/expectativas sobre el proceso médico-quirúrgico	-Valorar otros procesos de enfermedad y sus respuestas -Valorar tipos de expectativas frente a los procedimientos médicos. Valorar adherencia a tratamientos	*Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ)
Hábitos y calidad de vida	-Valorar el uso del tiempo libre, la capacidad proactiva y la autopercepción sobre las capacidades físicas y psíquicas para afrontar el proceso de trasplante -Valorar la calidad de vida	*Health Survey Short Form 36* (SF-36)
Recursos personales, de soporte social y materiales	-Conocer la autopercepción sobre los recursos disponibles: humanos y materiales	*Functional Social Support Questionaire* (DUKE)

Nota. Tomado de "*Protocolo unificado para la evaluación psiquiátrica y psicológica de candidatos a trasplante de órganos y tejidos, PSI-CAT*", por S.G. Fidel, 2015, *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.), 8*(3), 130-136.

1.4 Psicología Postrasplante

Como ya se ha comentado, los trastornos psicológicos en trasplantados afectan a su calidad de vida (Jana et al., 2014) e implican un riesgo asociado a menor supervivencia del injerto y mayor mortalidad (Dew et al., 2015), relacionado también con la falta de adherencia a los tratamientos postrasplante, especialmente con la inmunosupresión (Faeder et al., 2015, Gandolfini et al., 2022; Gorevski et al., 2013). Los pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis ya presentan una prevalencia elevada de depresión y ansiedad (Courtillié et al., 2023; Feroze et al., 2012). Sin embargo, aunque el trasplante mejora los resultados (Dziubek et al., 2021; Rebollo et al., 2000), estos trastornos siguen teniendo una prevalencia mucho mayor en el periodo postrasplante que en la población general (Schulz & Kroencke, 2015; Veater & East, 2016; Zimbrean, 2022). Sus porcentajes varían según el estudio y el momento de evaluación, pero se sitúan entre el 5-86% para la depresión y el 3-33% para los trastornos ansiedad en trasplante renal (Dobbels et al., 2008; Pérez-San Gregorio et al., 2005b). Además, durante el primer año postrasplante se observa un aumento de la incidencia de este tipo de trastornos (Krauskopf, 2017) en comparación con otros periodos.

Según Pérez-San Gregorio et al. (2005b), el curso psicológico de los trasplantados renales varía con el tiempo. Para explicar sus resultados, los autores propusieron tres etapas en las que se ven inmersos los pacientes tras la intervención. Una fase de alerta (0-12 meses), donde existen retos físicos y emocionales por miedo a rechazar el órgano, por seguir pautas médicas estrictas, y por la necesidad de adaptarse a una nueva situación sociolaboral y familiar. Una segunda etapa de adaptación (12-24 meses), donde ya habría una percepción de la mejoría física, y una adaptación a la medicación y la situación sociolaboral. Finalmente, la fase de agotamiento (>24 meses), que se caracterizaría por

mayores complicaciones psicológicas por temor al fallo del injerto, cambios físicos, cansancio de la situación y la decepción por percibir que, a pesar de todo, la vida que se lleva no es completamente normal.

El estudio de diferentes variables psicológicas (pensamientos depresivos y ansiosos, autoconcepto físico y autoestima y auto comportamiento físicos), en esas etapas, determinó que, tanto en el periodo inicial postrasplante (0-12 meses) como en el tardío (>24 meses), los pacientes presentaban un peor estatus psicológico, con mayores pensamientos depresivos y ansiosos (Pérez-San Gregorio et al., 2005b). Estos resultados han sido parcialmente corroborados en otros estudios, aunque empleando intervalos temporales diferentes (Czyzewski et al., 2018).

Un alto nivel de ansiedad postrasplante, en pacientes con elevados niveles de depresión y ansiedad previos, influye negativamente en la salud y calidad de vida del paciente a largo plazo (Pérez-San Gregorio et al., 2006). Además, la depresión se ha identificado como factor de riesgo asociado a mortalidad, falta de adherencia al tratamiento y una consecuente pérdida de función del injerto en trasplantados (Akman et al., 2004; Gorevski et al., 2013; Novak et al., 2010; Veater & East, 2016; Zimbrean, 2022).

1.5 Intervenciones

La no adherencia al tratamiento repercute de forma negativa y directa en la salud del paciente. Por ello, es necesario detectar las causas que la produzcan para tratarlas con precocidad. Revisiones como la de Gandolfini et al. (2022) indican que uno de los factores de riesgo de la no adherencia reside en el propio paciente, sus capacidades cognitivas y en su estilo de vida. Así pues, intervenciones psicosociales y psicológicas podrían ayudar a mejorar la adherencia. En ese mismo trabajo, se hace referencia a diferentes ensayos

clínicos, donde intervenciones psicoeducativas, cognitivo conductuales y educacionales tienen un efecto positivo en la adherencia e, incluso, en la supervivencia del injerto.

Por su parte, la revisión de Sambucini et al. (2022) también detalla multitud de trabajos realizados como ensayos clínicos para evaluar intervenciones dirigidas a disminuir la ansiedad y depresión de trasplantados, mejorar la adherencia, calidad de vida, etc. Entre las distintas estrategias, se han utilizado psicoterapias integrativas sistémicas, mindfulness, desarrollo de habilidades de afrontamiento, etc. Se revela que las intervenciones psicosociales tras el trasplante son efectivas a nivel psicológico en los pacientes.

De Pasquale et al. (2020) también realizaron una revisión sistemática analizando sesenta y dos estudios, donde algunos de ellos demuestran la relación entre depresión y no adherencia al tratamiento (De Pasquale et al., 2016; Paterson et al., 2018). Todos estos resultados resaltan que, intervenciones dirigidas a enfrentar factores de riesgo conductuales o una combinación de cambios conductuales, educacionales y emocionales son efectivos para mejorar la adherencia, tal y como sugieren Low et al. en su revisión de 2015. En el caso de trasplantados hematológicos, también se han realizado terapias cognitivo-conductuales telefónicamente que han resultado en una reducción del estrés postraumático y los síntomas de angustia y depresión (Applebaum et al., 2012; Du Hamel et al., 2010).

2. Justificación

Como se ha descrito previamente, el papel de la psicología es de gran relevancia en el proceso del trasplante de órganos. Los pacientes candidatos a trasplante son evaluados psicológicamente antes de su inclusión en lista de espera, y también suelen producirse alteraciones emocionales y desajustes en el comportamiento en pacientes ya

incluidos en lista. Síntomas de ansiedad, depresión, irritabilidad, conductas hostiles, falta de cooperación y dependencia excesiva pueden aparecer, haciéndose necesaria la intervención psicológica con el paciente y su familia.

En el periodo postrasplante, pueden presentarse también diversas reacciones psicológicas tanto a nivel emocional, como cognitivo y conductual. En el postoperatorio inmediato nos podemos encontrar con reacciones emocionales como ansiedad, depresión, estrés, así como alteraciones menos comunes y/o más específicas ya descritas en la introducción. También se presentan dificultades referidas a la independencia y reajuste al nuevo estilo de vida del paciente, y al manejo inadecuado de otras personas que lo siguen evaluando como enfermo y dependiente.

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de incapacidad y son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan. La ansiedad patológica dificulta la funcionalidad de la persona allá donde se desenvuelve, limitándole su autonomía y dejándole atrapado y amenazado por la misma ansiedad (Applebaum et al., 2012).

Queda patente la importancia de desarrollar y plantear estrategias para identificar y tratar los estados de ansiedad y depresión en la etapa postrasplante por todo lo descrito, y teniendo en cuenta que:

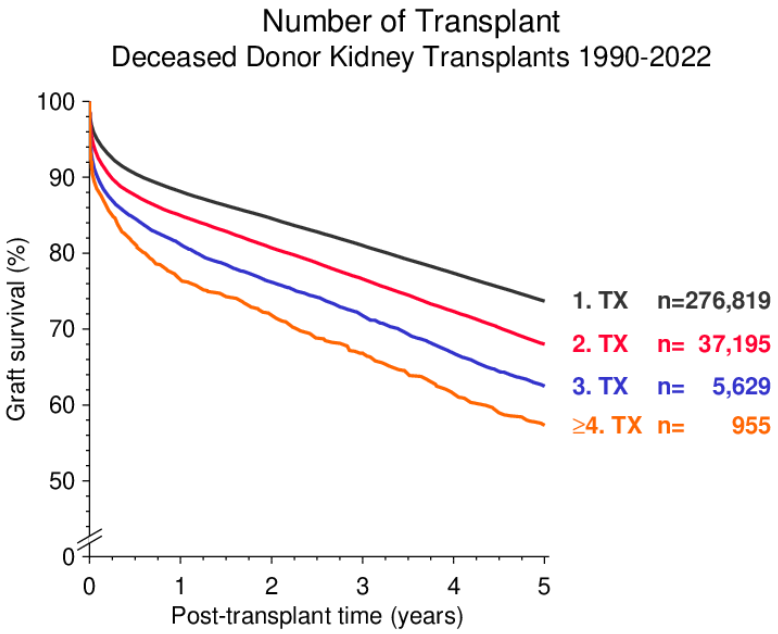
1) El estado psicológico del paciente puede repercutir en el éxito postrasplante y en la adherencia al tratamiento, y con ello, en la supervivencia del injerto (Dew et al., 2015; Gorevski et al., 2013; Jana et al., 2014).

2) El primer año postrasplante es fundamental para la supervivencia del injerto, ya que durante ese periodo se produce el mayor número de pérdidas (Figura 2), en buena

parte por falta de adherencia a los tratamientos, lo que puede suponer hasta un 60% más de riesgo de rechazo (Low et al., 2015).

Figura 2.

Supervivencia del riñón trasplantado a lo largo del tiempo tras el trasplante



Nota. Tomado de "*Collaborative Trasplant Study*", por Heidelberg University Institute of Inmunology 2021, https://www.ctstransplant.org/public/graphics/archive.shtml. (referencia K-1101-0224)

3) La depresión y ansiedad son factores de riesgo en el éxito postrasplante, y factores como la personalidad y los trastornos psicológicos han sido relacionados con la adherencia (Gorevski et al., 2013).

Teniendo en cuenta que las terapias cognitivo-conductuales (TCC) han demostrado empíricamente la eficacia de sus técnicas de intervención en el ámbito clínico (Quemada et al., 2023), y según las guías de *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), la TCC de formato grupal podría ser un tratamiento efectivo en pacientes con depresión leve (*National Collaborative Centre for Mental Health*, 2009) y

trastornos de ansiedad (NICE, 2019), se plantea la necesidad de crear grupos terapéuticos para el tratamiento de estos pacientes mediante la utilización de técnicas psicológicas de desactivación fisiológicas (relajación, respiración) y técnicas cognitivas (solución de problemas, contrarrestar ideas irracionales etc.) incidiendo sobre los síntomas más frecuentes encontrados en las diferentes fases del proceso (ansiedad y/o depresión) (Rodríguez & Fonseca, 2015).

3. Objetivos e hipótesis

Se desarrollará una propuesta de prevención e intervención grupal para el afrontamiento de la ansiedad psicofisiológica y la depresión, dirigido a pacientes adultos trasplantados renales que presenten síntomas ansiosos-depresivos de carácter leve-moderado. Para ello, se impartirán sesiones grupales con los siguientes objetivos generales y específicos:

Objetivo general:

- Aumentar la capacidad de afrontamiento de los pacientes ante la ansiedad y depresión e incrementar el bienestar de las personas incluidas en el programa.

Objetivos específicos:

- Facilitar conocimientos sobre la ansiedad y/o la depresión.
- Puesta en práctica de diferentes técnicas de desactivación psicofisiológicas y cognitivas por parte de las personas derivadas al grupo.
- Mejorar la capacidad de resolución de problemas.
- Mejorar la adherencia del paciente a las indicaciones, controles y tratamiento médico.
- Disminuir los niveles de ansiedad y/o depresión dotando a los pacientes de herramientas para gestionar sus emociones.

- Potenciar la calidad de vida del paciente en los distintos ámbitos de existencia.
- Se espera que los pacientes intervenidos disminuyan sus niveles de ansiedad y depresión, y aumenten sus niveles de calidad de vida.

4. Intervención

4.1 Participantes

La intervención estará dirigida a trasplantados renales adultos interesados en asistir a sesiones grupales y cumplan con los siguientes criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Adultos que consientan participar y cumplan estos perfiles:
    - Sesiones individuales:
        - Estar en lista de espera para trasplante renal.
        - Con interconsulta tramitada a psicología pendiente de una evaluación tras presentarse sintomatología ansioso-depresiva tras la exploración en la consulta del Nefrólogo.
    - Sesiones grupales:
        - Con trasplante renal reciente (2-3 meses).
        - Que hayan recibido el alta hospitalaria.
        - Que tengan capacidad para desplazarse a las sesiones grupales.
        - Que presenten o hayan presentado sintomatología ansioso-depresiva leve-moderada.

4.2 Desarrollo del programa

La intervención que se llevará a cabo será un Tratamiento Cognitivo-Conductual Grupal, con una sesión individual inicial. La TCC se caracteriza por considerar a la cognición o pensamiento como causa principal de la conducta y de las emociones y por tanto, de los trastornos psicológicos. Para este tipo de terapias existe una serie de esquemas, distorsiones y contenidos cognitivos disfuncionales o patológicos (modelo del déficit), que causan sufrimiento en el ser humano y son susceptibles de ser modificados. Esta concepción de los trastornos aproxima esta forma de psicoterapia al modelo médico y a la idea de enfermedad mental, y se enmarca en una filosofía que considera que todo aquello que genere malestar o produzca dolor ha de ser erradicado a través de los medios disponibles (Almendro et al., 2022). Entre sus principales características se encontrarían:

- Explicación psicológica interna de los trastornos mentales, en términos del procesamiento de la información (modelo mecanicista).
- Consideración de los problemas psicológicos desde una perspectiva del déficit o disfunción, asociando determinados patrones de funcionamiento cognitivo a trastornos mentales específicos (modelo nosológico-nomotético).
- Aplicación de técnicas específicas para cada trastorno, dirigidas a reparar la disfunción subyacente.
- El criterio de eficacia es la reducción de los síntomas que definen un cuadro clínico.

Entre los principales éxitos atribuibles a las terapias cognitivo-conductuales se encuentra la demostración empírica de la eficacia de sus técnicas de intervención en el ámbito clínico (Almendro et al., 2022).

El programa de Intervención estará formado por cinco componentes principales:

- Psicoeducación sobre diversos aspectos de la angustia (p.ej., estrés).
- Reestructuración Cognitiva (p.ej., sesgos cognitivos).
- Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento.
- Entrenamiento en Resolución de Problemas.
- Prevención de Recaídas.

Como técnicas adicionales se añadirán:

- Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.
- Entrenamiento en Respiración Diafragmática o Abdominal.
- Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum.

La intervención se basará en la implementación de sesiones individuales en las etapas iniciales del proceso (pretrasplante) que consistirán en guiar y acompañar desde una perspectiva psicoeducativa al paciente y sus familiares en la comprensión y dudas acerca de su nueva situación tras la intervención quirúrgica, fomentando un vínculo de confianza con ellos, que permita avanzar hacia las siguientes fases del proceso. Estas sesiones individuales se acompañarán de sesiones grupales en las etapas posteriores del proceso (postrasplante). En ellas se trabajarán técnicas de desactivación fisiológica (p.ej., Relajación Muscular Progresiva de Jacobson y Respiración Diafragmática o Abdominal) y técnicas cognitivas del control de estrés (p.ej., Reestructuración Cognitiva, resolución de problemas...).

4.3 Contenidos y Actividades

El Programa constará de una sesión de una hora de duración por paciente en situación de lista de espera (fase pretrasplante) y familiar, y 12 sesiones grupales de dos horas de duración una vez por semana formadas por un grupo entre seis y ocho pacientes

que se encuentren en fase postrasplante. Todo ello tendrá una duración de tres meses. La sesión individual se dedicará a informar de los objetivos de la intervención y la administración del consentimiento informado, además, se corresponderá con la fase psicoeducativa (pre-intervención); el resto de las sesiones grupales se dedicarán a la aplicación de las técnicas de intervención propuestas y de evaluación y en la última sesión, se realizará la evaluación postintervención.

La propuesta será llevada a cabo por el especialista en Psicología Clínica o Psicólogo General Sanitario del Hospital que guiará la intervención y seguirá el progreso de los pacientes.

Las sesiones grupales tendrán una metodología teórico-práctica. Cada sesión tendrá la siguiente estructura:

- Puesta en común de las experiencias ocurridas durante la semana.
- Psicoeducación sobre ansiedad y depresión (parte teórica, 2ª sesión).
- Estrategias educativas y cognitivas relacionadas con la adherencia al tratamiento (3ª a 5ª sesión).
- Introducción y descripción de la técnica a realizar en cada sesión.
- Entrenamiento práctico de la técnica.
- Comentar y cumplimentar el registro de valoración de la sesión.

El entrenamiento en la técnica de Relajación (Relajación Muscular Progresiva de Jacobson) se hará de forma gradual en tres grandes bloques: cabeza, tren superior (cuello a cintura) y tren inferior (cintura a pies).

Respecto a la parte psicoeducativa se tratarán los siguientes temas: estrés, ansiedad, fuentes de ansiedad y depresión.

A lo largo de las sesiones se entregará material de apoyo, según el tema tratado. Al final de la sesión se cumplimentará el registro de valoración de la sesión y se asignará una tarea a realizar en el domicilio, que consistirá en la práctica de las técnicas de relajación y ejercicios propuestos y en la cumplimentación de una serie de registros (ver Tabla 7) (Quemada et al., 2023).

Se realizará un seguimiento al terminar las sesiones, así como a los 3, 6 y 12 meses de finalizar la terapia.

4.3.1 Temporalización de las sesiones.

4.3.1.1 Estructura de las Sesiones.

Fase inicial (pretrasplante). Sesión individual

Se entregará al paciente una hoja de información sobre la intervención, se comprobará su buen entendimiento y se aclararán las dudas que le puedan surgir. Se le entregará el consentimiento informado para que lo firme en caso de aceptar participar.

Una vez aceptada su participación, se informará al paciente y familiar acerca de qué es la ansiedad y/o depresión, el papel de los pensamientos y creencias en la percepción y significado de sus síntomas, así como en su comportamiento que pueden afectar al curso y adherencia terapéutica (Psicoeducación). Se aclararán las dudas sobre los conceptos que se han introducido a lo largo de la sesión.

Fase posterior (postrasplante): Intervención/tratamiento - sesiones grupales

Sesión 1

Presentación de los profesionales y pacientes. Se iniciará la sesión con una breve presentación del Psicólogo Clínico que dirigirá las sesiones. Se invitará a cada integrante a expresar las expectativas que tiene sobre el grupo. Se explicarán, nuevamente, de forma clara los objetivos del programa. Se informará a las personas que componen el grupo del

encuadre que regirá el grupo, el material que necesitan traer y las fechas y el lugar de encuentro. Se establecerán las normas del grupo conforme al Protocolo adaptado de intervención grupal psicoeducativo para pacientes con depresión leve/moderado en Atención Primaria incluido en uno de los anexos de Quemada et al., (2023).

A continuación, se aplicarán los siguientes instrumentos específicos: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS) de Zigmond y Snaith (1983), la escala de adherencia (Simplified Medication Adherence Questionnaire, SMAQ) de Knobel et al (2002) y el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (*Short Form-36 Health Survey*, SF-36) (Aróstegui, 2008).

- Tarea para casa: se pedirá que cumplimenten el autorregistro de ansiedad.

Sesión 2

Se llevará a cabo una Psicoeducación amplia sobre ansiedad, incluyendo qué es la ansiedad, sus síntomas y posibles causas. Se expondrá la relación entre ansiedad, pensamientos, activación fisiológica y conducta. Además, se ofrecerá información sobre el papel que juegan las emociones en la ansiedad. Comenzará el Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson que consiste en la tensión y relajación de distintos grupos musculares. Se basa en que los pensamientos y comportamientos asociados al estrés provocan tensiones musculares. Esta técnica permitirá aminorar los síntomas fisiológicos relacionados con la ansiedad, como la tensión muscular.

- Tarea para casa: rellenarán el autorregistro de ansiedad en diferentes momentos del día, poniendo en práctica la técnica de relajación descrita.

Sesión 3

Se repasará la sesión anterior y se observarán los autorregistros. Comenzará la sesión con el Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson. A continuación, procederemos a realizar el Entrenamiento en Respiración Diafragmática o Abdominal. Se enseñará a los pacientes a respirar con el diafragma (abdomen) en lugar de con el pecho. Para ello, se controlará la respiración relajando los músculos abdominales, contrayendo el diafragma y relajando los músculos intercostales. Esta respiración reducirá las pulsaciones y se sentirán más tranquilos. Se pedirá a los pacientes que practiquen la respiración junto con el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson en dos momentos del día. Se utilizarán estrategias educativas basadas en información oral y escrita sobre los factores que pueden afectar a la adherencia terapéutica (escaso conocimiento de la enfermedad, desconfianza en la elección del tratamiento, incomprensión u olvido de las instrucciones recibidas, factores psicológicos relacionados con el paciente, etc.) (Ortega-Cerdá et al., 2018).

- Tarea para casa: practicarán las técnicas de relajación y rellenarán el autorregistro de ansiedad.

Sesiones 4 y 5

Tendrá lugar la identificación y modificación de pensamientos negativos por medio de la Reestructuración Cognitiva. Se concede un papel causal a las cogniciones sobre las emociones y la conducta. Para trabajar las creencias y prejuicios relacionados con el incumplimiento terapéutico se emplearán estrategias cognitivas. Los trastornos emocionales se consideran resultado de déficits o sesgos cognitivos, que conducen a interpretaciones de la realidad un tanto desajustadas. La implicación terapéutica es que, al modificar las cogniciones disfuncionales, el malestar emocional puede ser aliviado

(Cano-Vindel, 2002). A continuación, se utilizará el Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum (técnica basada en la importancia del lenguaje como regulador interno y de la conducta) sobre autoverbalizaciones positivas, como por ejemplo "relájate" o "puedo conseguirlo".

- Tarea para casa: seguir practicando las técnicas de relajación, rellenar el autorregistro de ansiedad y realizar el autorregistro pensamiento-emoción-conducta, registrando pensamientos inmediatos, duración, nivel de ansiedad y tipo de preocupación y practiquen las autoverbalizaciones positivas.

Sesiones 6 y 7

Se realizará el Entrenamiento en habilidades de Afrontamiento orientado a hacer frente a situaciones estresantes y lograr un manejo adecuado. Para ello, aplicaremos el Entrenamiento en manejo de ansiedad de Suinn y Richardson (1971), utilizando la imaginación, bien para activar la ansiedad, bien para mejorar la relajación. En el primer caso, se les pide a los pacientes que recuerden un acontecimiento en el que experimentaron moderados o elevados niveles de ansiedad. Por medio de la imaginación los pacientes recuerdan el acontecimiento, volviendo a experimentar ansiedad. En términos de la relajación, los pacientes identifican un acontecimiento que conlleva estar relajados (Cano-Vindel, 2002).

- Tarea para casa: se seguirá con las técnicas de relajación y autorregistros de ansiedad y pensamiento-emoción-conducta, practicando autoverbalizaciones positivas.

Sesiones 8 y 9

Se abordará el Entrenamiento en resolución de problemas. Trabajaremos dos componentes básicos (Sanz & Muñoz, 2022):

- Orientación hacia el problema: dónde se observarán las reacciones afectivas, cognitivas y conductuales de los pacientes hacia los problemas. Para las recciones disfuncionales se utilizará la Reestructuración Cognitiva.
- Habilidades de Solución de problemas: consistirá en la definición y formulación del problema de forma específica, y el establecimiento de metas claras y realistas, la generación de soluciones alternativas a través del *brainstorming*, la toma de decisiones, la aplicación de la solución y la comprobación de su utilidad.
- Tarea para casa: además de continuar con las actividades descritas en las sesiones anteriores, realizarán un autorregistro de reacción a los problemas, consultando a otras personas.

Fase de cierre

Sesiones 10 y 11

Tendrá lugar la Prevención de Recaídas. Se revisarán los conocimientos y habilidades aprendidas enfatizando en la necesidad de seguir practicando dichas habilidades.

Sesión 12

Tras finalizar el programa de intervención, se realizará una sesión de evaluación postintervención con el fin de comprobar si el tratamiento ha sido efectivo cumpliéndose con los objetivos propuestos. Se aplicará nuevamente las mismas pruebas psicométricas utilizadas en la fase de evaluación.

A continuación, se muestra una tabla resumen del tratamiento y las sesiones.

Tabla 6.

Tratamiento y desarrollo de las sesiones dirigidas a pacientes adultos postrasplantados renales

SESIÓN	CONTENIDO	TAREAS PARA CASA
	INDIVIDUAL	
1ª	Consentimiento informado. Aclaración de dudas Psicoeducación.	
	GRUPAL	
1ª	Presentación. Objetivos del programa. Evaluación. Administración de pruebas: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria HADS, la escala de adherencia SMAQ y el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36.	Autorregistro de ansiedad
2ª	Resolver dudas de la sesión anterior y observación del autorregistro. Psicoeducación (concepto de ansiedad, papel de los pensamientos y preocupaciones en las emociones y conducta. Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson.	Practicar relajación. Autorregistro de ansiedad
3ª	Resolver dudas de la sesión anterior y observación del autorregistro. Entrenamiento en Respiración Diafragmática o Abdominal. Entrenamiento en relajación muscular progresiva, y Respiración diafragmática/abdominal. Estrategias educativas para mejorar la adherencia terapéutica.	Practicar relajación y respiración. Autorregistro de ansiedad

4ª - 5ª	Reestructuración cognitiva y entrenamiento en autoinstrucciones. Repaso de la sesión anterior y observar autorregistros. Estrategias cognitivas para mejorar la adherencia terapéutica. Entrenamiento en Autoinstrucciones de Meichenbaum sobre autoverbalizaciones positivas.	Practicar relajación y respiración. Registrar pensamientos inmediatos y practicar autoverbalizaciones positivas. Autorregistro de ansiedad. Autorregistro de pensamiento-emoción-conducta
6ª – 7ª	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Repaso de dudas de las sesiones anteriores y observación de autorregistros. Entrenamiento en manejo de la Ansiedad de Suinn y Richardson.	Practicar relajación y respiración. Autorregistro de ansiedad. Autorregistro de pensamiento-emoción-conducta. Practicar autoverbalizaciones positivas
8ª – 9ª	Entrenamiento en Resolución de Problemas. Resolver dudas de la sesión anterior y observar autorregistros. Orientación hacia el problema. Habilidades de solución de problemas.	Autorregistro de las reacciones a los problemas. Consultar a otras personas. Autorregistro de ansiedad.
10ª – 11ª	Prevención de recaídas. Se realizará un repaso general de los conocimientos y habilidades aprendidas. Se enfatizará en la necesidad de seguir practicando dichas habilidades.	

	Diferencia entre “contratiempo” y “recaída”, junto con un plan de acción en el caso de darse una de ellas.	
12ª	Evaluación Postintervención. Evaluación para comprobar la efectividad del tratamiento según objetivos propuestos. Aplicación de la misma prueba utilizadas en la evaluación.	

Nota. HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*; SF-36: *Short Form-36 Health Survey*; SMAQ: Simplified Medication Adherence Questionnaire.

Temporalización.

La propuesta de intervención se desarrollará durante un periodo comprendido de tres meses, pudiéndose repetir dicho programa con integrantes nuevos.

Se llevará a cabo una sesión individual con cada uno de los participantes del programa y 12 sesiones grupales. Los pacientes serán distribuidos en un grupo de intervención de ocho personas cada uno.

Cada sesión individual tendrá una duración de una hora y las sesiones grupales una duración de dos horas con una periodicidad de una vez por semana.

La temporalización seguiría la siguiente planificación:

Tabla 7.

Temporalización de las sesiones dirigidas a pacientes adultos postrasplantados renales

	Mes 1				Mes 2					Mes 3				Mes 4		
Sem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Lu	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14
Ma	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15
Mi	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16
Ju	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17
Vi	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18
Sá	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19
Do	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20

Nota. Do: domingo; Ju: jueves; Lu: lunes; Ma: martes; Mi: miércoles; Sá: Sábado; Sem: semana; Vi: Viernes

Sesiones individuales *Sesiones grupales*

4.3.2 Recursos.

Los recursos utilizados para la consecución del programa se dividirán en tres apartados:

- Recursos humanos: un especialista en Psicología Clínica o Psicólogo General Sanitario del Hospital que será el coordinador del programa.

- Recursos materiales: a continuación, se enumerarán todas aquellas herramientas necesarias para llevar a cabo la intervención:
    - Sillas: mínimo nueve sillas para cada uno de los participantes del grupo, más la del psicólogo.
    - Mesa.
    - Ordenador.
    - Apoyo audiovisual: se utilizará un proyector como material de apoyo visual a las explicaciones dadas por el psicólogo (Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva de Jacobson y Entrenamiento en Respiración Abdominal o Diafragmática).
    - Material de oficina: se hará entrega de un bolígrafo a cada uno de los miembros del grupo para la cumplimentación del instrumento de evaluación que se entregará al comienzo del programa: escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), la escala de adherencia (SMAQ) y el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (SF-36).
    - Fotocopias: se administrarán los instrumentos de evaluación anteriormente mencionados, así como una hoja explicativa de los pasos necesarios a realizar para efectuar correctamente cada uno de los ejercicios de relajación propuestos e información sobre los factores relacionados con la falta de adherencia.
    - Colchonetas: se hará uso de colchonetas que se repartirán a cada uno los componentes del grupo para ejecutar los ejercicios de relajación en la posición de tumbados. Practicaremos los ejercicios en sus diferentes modalidades, sentados, de pie y tumbados sobre el suelo, para su mejor

generalización a la vida cotidiana. Se necesitarán un mínimo de ocho colchonetas.

- Recursos de Infraestructura: la intervención se llevará a cabo en una de las salas acondicionada para ese fin y facilitada por el propio hospital.

4.4 Evaluación del programa

Se realizará una evaluación de los pacientes para evaluar su progreso en la reducción de la ansiedad y/o depresión. Esto se realizará a través de la recopilación de datos en sesiones pre y postintervención, así como en los seguimientos a los tres, seis y 12 meses de finalizar la terapia, realizada por el Psicólogo Clínico utilizando las siguientes escalas validadas:

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS, Herrero et al., 2003; Zigmond y Snaith, 1983). Evalúa sintomatología ansioso-depresiva en pacientes con enfermedades físicas. Ante todo, evalúa síntomas cognitivos y conductuales, separándolos de los síntomas más somáticos de la ansiedad y la depresión como el insomnio o la fatiga, por ejemplo. De esta manera pretende aislar la sintomatología que puede estar causada por la enfermedad física. Resulta una herramienta de gran utilidad para la detección de problemas ansiosos-depresivos en la población con enfermedades crónicas o de larga duración (por ejemplo, pacientes oncológicos o con fibromialgia).

Es una prueba relativamente corta (14 ítems), cuyo tiempo de aplicación ronda los 10 minutos y que ha demostrado ser útil tanto para el diagnóstico (junto con la entrevista), como para medir la gravedad de los trastornos. Es un cuestionario autoadministrado que cuenta con dos subescalas de siete ítems: una para los síntomas de ansiedad y otra para los de depresión. El paciente debe informar de cómo se ha sentido la última semana. Los ítems se cumplimentan con una escala tipo Likert que oscila entre 0 y 3, e informa de la

frecuencia e intensidad de los síntomas. Para obtener la puntuación global se suman los valores otorgados a todos los ítems, lo que resultará una puntuación entre 0 y 21 puntos para cada subescala. Originariamente se propuso que una puntuación de 11 puntos en adelante indica la presencia de sintomatología relevante en la subescala correspondiente y un probable caso de ansiedad o depresión. No obstante, cabe destacar que los puntos de corte varían en función del sexo y la población, siendo diferentes en población oncológica o en población con VIH, por ejemplo (Sanz y Álvarez, 2022).

Escala de adherencia (SMAQ, Ortega-Suárez et al., 2011) es un instrumento breve y sencillo, basado en preguntas al propio paciente sobre su hábito en la toma de medicación, validado para la medida de adherencia en pacientes en tratamiento con antirretrovirales. En el ámbito de la nefrología, este instrumento ha sido empleado en la evaluación del cumplimiento del tratamiento con captores de fósforo en pacientes en hemodiálisis, si bien no ha sido formalmente validado para este tipo de pacientes. El cuestionario SMAQ fue desarrollado, como una modificación del cuestionario Morisky-Green, para medir la adherencia a tratamientos antirretrovirales en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Consta de seis preguntas que evalúan diferentes facetas relacionadas con el cumplimiento del tratamiento: olvidos, rutina, efectos adversos y cuantificación de omisiones. Un paciente se clasifica como no cumplidor si contesta cualquier respuesta en el sentido de no adherencia, y en cuanto a las preguntas de cuantificación, si refiere haber perdido más de dos dosis en la última semana o refiere no haber tomado más de dos días completos la medicación en los últimos tres meses. Fue validado en una muestra de pacientes españoles en tratamiento con nelfinavir no potenciado entre 1998 y 1999 (Ortega-Suárez et al., 2011).

El cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud (SF-36) es un instrumento genérico de medición de la Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que consta de 36, preguntas diseñado por Ware et al. a principios de los noventa (Ware & Sherbourne 1992; Ware et al. 1993). El SF-36 proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a pacientes como a población sana. El cuestionario cubre 8 dimensiones, que representan los conceptos de salud empleados con mayor frecuencia cuando se mide CVRS, así como aspectos relacionados con la enfermedad y su tratamiento. Las dimensiones evaluadas son funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente. Adicionalmente, el SF-36 incluye una pregunta de transición sobre el cambio en el estado de salud general con respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las 8 dimensiones principales. Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones resumen, física y mental, mediante la suma ponderada de las puntuaciones de las ocho dimensiones principales. Los pesos incorporados en el cálculo de las puntuaciones resumen se obtienen a partir de una población de referencia (Ware et al. 1994). El SF-36 está dirigido a personas de 14 o más años y preferentemente debe ser autoadministrado, aunque también es aceptable la administración mediante entrevista personal o telefónica.

Durante el desarrollo de las sesiones, se indicará a los pacientes que cumplimenten una serie de autorregistros que realizarán como tareas para casa. Entre ellos se encuentran: autorregistro de ansiedad; antes y después de la realización de las técnicas de relajación

anotarán el nivel de ansiedad (ver tabla) y autorregistro pensamiento-emoción-conducta (ver tabla).

Tabla 7.

Autorregistro de ansiedad

Fecha	Hora	Ejercicio	Ansiedad inicial (0-10)	Ansiedad final (0-10)

Tabla 8.

Autorregistro pensamiento-emoción-conducta

Fecha/hora	Situación ¿Dónde estoy? ¿qué hago?	Pensamiento	Emoción Intensidad de la emoción (0-100)	Conducta ¿qué haces después?	¿Cómo me siento después?

Respecto a la satisfacción con el desarrollo de las actividades en las sesiones grupales se administrará un cuestionario al final de la sesión que los pacientes deben cumplimentar. Este cuestionario contiene 10 ítems relativos a los objetivos genéricos que se trabajan en las sesiones, así como cuestiones sobre el espacio, recursos y el ambiente grupal. Se valorará la satisfacción general (aspectos positivos y/o negativos o mejorables, con puntuaciones del 1 al 5 en función del acuerdo-desacuerdo con cada afirmación (cuestionario adaptado de García, 2020).

Tabla 9.

Cuestionario de satisfacción para usuarios de sesiones grupales

	PUNTUACIÓN					OBSERVACIONES
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	
Me he sentido motivado/a y/o interesado por las actividades planteadas	1	2	3	4	5	
La organización de la sesión ha sido adecuada	1	2	3	4	5	
El ambiente del grupo es agradable	1	2	3	4	5	
Me he sentido frustrado o nervioso durante la sesión	1	2	3	4	5	
He aprendido algo nuevo en la sesión	1	2	3	4	5	
Estoy satisfecho con la sesión	1	2	3	4	5	
He participado en las actividades propuestas en la sesión	1	2	3	4	5	
Volvería a realizar la sesión	1	2	3	4	5	
La sala y el material son adecuados	1	2	3	4	5	
La duración de la sesión ha sido adecuada	1	2	3	4	5	

Lo mejor de la sesión ha sido:

Lo que menos me ha gustado:

Comentarios:

Nota. 1: Totalmente en desacuerdo; 2: En desacuerdo; 3: Ni en acuerdo ni en desacuerdo; 4: De acuerdo; 5: Totalmente de acuerdo

5. Conclusiones

- Se ha desarrollado un programa de intervención dirigido a disminuir y prevenir la sintomatología de ansiedad y depresión en trasplantados renales adultos. Se espera mejorar los resultados de supervivencia del injerto postrasplante al evitar factores de riesgo como la falta de adherencia al tratamiento por dichas causas.

- Ante la falta de órganos y las crecientes listas de espera para recibir un trasplante renal, es interesante desarrollar intervenciones dirigidas a mejorar la etapa postrasplante. El tipo de intervenciones desarrollado en este trabajo contribuye a concienciar y valorar el papel del psicólogo y la psicología en la salud mental y su incidencia directa en la salud de los pacientes.

- Ante la escasez de programas de intervención específicos dirigidos a este colectivo, es necesaria más investigación y experiencia para establecer pautas que faciliten el diseño de intervenciones de ese tipo.

- El programa diseñado puede servir como plan inicial sobre el que ir realizando modificaciones con la experiencia adquirida, creando programas posteriores más específicos, eficaces y eficientes

6. Referencias

Akman B, Özdemir FN, Sezer S, Miçozkadioğlu H & Haberal M. (2004). Depression levels before and after renal transplantation. *Transplantation Proceedings*, 36(1), 111-113

Almendro, M.T., Rodrigo, I., Gómez, A., Erdocia, A., & Díaz de Neira, M. (2022). *Manual Cede de Preparación PIR. Psicoterapias*. Ed. Cede.

Amonoo, H.L., Massey, C.N., Freedman, M.E., El-Jawahri, A., Vitagliano, H.L., Pirl, W.F., & Huffman, J.C. (2019). Psychological Considerations in Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Psychosomatics*, 60, 331-342.

Applebaum, A.J., DuHamel, K.N., Winkel, G., Rini, C., Greene, P.B., Mosher, C.E., & Redd, W.H. (2012). Therapeutic Alliance in Telephone-Administered Cognitive-Behavioral Therapy for Hematopoietic Stem Cell Transplant Survivors Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80(5), 811–816. doi:10.1037/a0027956

Aróstegui, I. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36). Estadística Española, 50(167), 147-192

British Transplantation Society & The Renal Association (2018). *UK Guidelines for Living Donor Kidney. Transplantation*. https://bts.org.uk/wp-content/uploads/2018/07/FINAL_LDKT-guidelines_June-2018.pdf

Cano-Vindel, A. (2002). *Técnicas cognitivas en el control del estrés*. En E. G. Fernández-Abascal & M. P. Jiménez Sánchez (Eds.), Control del Estrés (pp. 247-271). Madrid: UNED Ediciones.

Chadban, S.J., Curie, A., Axelrod, D.A., Foster, B.J., Kasiske, B.L., Kher, V., Kumar, D., Oberbauer, R., Pascual, J., Pilmore, H.L., Rodriguez, J., Segev, D.L., Sheerin, N.S.,

Tinckam, K.J., Wong, G., Balk, E.M., Gordon, C.E., Earley, A., Rofeberg, V., & Knoll, G.A. (2020). Kidney Disease: Improving Global Outcomes [KDIGO] Kidney Transplant Candidate Work Group. KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Management of Candidates for Kidney Transplantation. *Transplantation*, 104(4), S1–S103.

Conversano, C. (2019). Common Psychological Factors in Chronic Diseases. *Frontiers of Psychology*, 10, 2727. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02727

Conversano, C., & Di Giuseppe, M. (2021). Psychological Factors as Determinants of Chronic Conditions: Clinical and Psychodynamic Advances. *Frontiers of Psychology*, 12, 635708. doi: 10.3389/fpsyg.2021.635708

Courtillié, E., Fromage, B., Augusto, J.F., Saulnier, P., Subra, J.F., & Bonnaud-Antignac, A. (2023). Waiting for a kidney transplant, a source of unavoidable but reversible anxiety: a prospective pilot study investigating a psychological intervention. *Journal of Nephrology*, 36, 841–849. https://doi.org/10.1007/s40620-022-01535-2

Czyżewski, L., Frelik, P., Wyzgał, J., & Szarpak, L. (2018). Evaluation of Quality of Life and Severity of Depression, Anxiety, and Stress in Patients After Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 1733-1737.

De Pasquale, C., Pistorio, M.L., Veroux, M., Indelicato, L., Biffa, G., Bennardi, N., Zoncheddu, P., Martinelli, V., Giaquinta, A., & Veroux, P. (2020). Psychological and Psychopathological Aspects of Kidney Transplantation: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 106. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00106

De Pasquale, C., Veroux, M., Fornaro, M., Sinagra, N., Basile, G., Gozzo, C., Santini, R., Costa, A., & Pistorio, M.L. (2016) Psychological perspective of medication adherence in transplantation. *World Journal of Transplantation*, 6(4), 736–42. doi: 10.5500/wjt.v6.i4.736

Dew, M.A., Rosenberger, E.M., Myaskovsky, L., Di Martini, A.F., De Vito, Dabbs, A.J., Posluszny, D.M., Steel, J., Switzer, G.E., Shellmer, D.A., & Greenhouse, J.B. (2015). Depression and Anxiety as Risk Factors for Morbidity and Mortality after Organ Transplantation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Transplantation*, 100(5), 988–1003. doi:10.1097/TP.0000000000000901

Dobbels, F., Skeans, M.A., Snyder, J.J., Tuomari, A.V., Maclean, J.R., & Kasiske, B.L. (2008). Depressive Disorder in Renal Transplantation: An Analysis of Medicare Claims. *American Journal of Kidney Diseases*, 51(5), 819-828.

DuHamel, K.N., Mosher, C.E., Winkel, G., Labay, L.E., Rini, C., Meschian, Y.M., Austin, J., Greene, P.B., Lawsin, C.R., Rusiewicz, A., Grosskreutz, C.L., Isola, L., Moskowitz, C.H., Papadopoulos, E.B., Rowley, S., Scigliano, E., Burkhalter, J.E., Hurley, K.E., Bollinger, A.R., & Redd, W.H. (2010). Randomized Clinical Trial of Telephone-Administered Cognitive-Behavioral Therapy to Reduce Post-Traumatic Stress Disorder and Distress Symptoms After Hematopoietic Stem-Cell Transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 28(23), 3754-3761.

Dziubek, W., Pawlaczyk, W., Rogowski, L., Stefanska, M., Golebiowski, T., Mazanowska, O., Krajewska, M., Kuszta,l M., & Kowalska, J. (2021). Kidney Disease and after Kidney Transplantation—A Comparative Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 10517. https://doi.org/10.3390/ijerph181910517

European Renal Best Practice Transplantation Guideline Development Group. (2013). ERBP Guideline on the Management and evaluation of the kidney donor and recipient. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 28(2), 7–71

Faeder, S., Moschenross, D, Rosenberger, E, Dew, M.A., & Di Martini, A. (2015). Psychiatric Aspects of Organ Transplantation and Donation. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(5), 357–364. doi:10.1097/YCO.0000000000000185

Feroze, U., Martin, D., Kalantar-Zadeh, K., Kim, J.C., Reina-Patton, A., & Kopple, J.D. (2012). Anxiety and Depression in Maintenance Dialysis Patients: Preliminary Data of a Cross-sectional Study and Brief Literature Review. *Journal of Renal Nutrition*, 22(1), 207-210.

Fidel, S.G., Alcántara, A., Castan, E., Costa, G., Diez, C., Lligona, A., Lopez, A., Martínez, M., Rangil, T., & Peri, J.M. (2015). Protocolo unificado para la evaluación psiquiátrica y psicológica de candidatos a trasplante de órganos y tejidos, PSI-CAT *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barc.)*, 8(3), 130-136.

Frutos, M.A., Crespo, M., Valentín, M.O., Alonso-Melgar, A., Alonso, J., Fernández, C., García-Erauzkin, G., González, E., González-Rinne, A.M., Guirado, Ll., Gutiérrez-Dalmau, A., Huguet, J., López del Moral, J.L., Musquera, M., Paredes, D., Redondo, D., Revuelta, I., Van-der Hofstadt, C.J., Alcaraz, A., … & Pascual, J. (2022). Recomendaciones para el trasplante renal de donante vivo. *Nefrología*, 42(S2), 1–128. https://doi.org/10.1016/j.nefro.2021.10.002

Gandolfini, I., Palmisano, A., Fiaccadori, E., Cravedi, P., & Maggiore, U. (2022). Detecting, preventing and treating non-adherence to immunosuppression after kidney

transplantation. *Clinical Kidney Journal*, 15(7), 1253–1274 https:/doi.org/10.1093/ckj/sfac017

García-Flores, J.A., López-Chávez, E., & Ojeda-Cervantes, M. (2014). Evaluación psicológica y social del paciente receptor de trasplante renal. Abordaje psicosocial del postrasplante renal. *Revista Mexicana de Trasplantes*, 3(3), 95-101.

García-Llana, H., Barbero, J., Olea, T., Jiménez C., Del Peso, G., Miguel J.L., Sánchez, R., Celadilla, O., Trocoli,, F., Argüello, M.T., & Selgas, R. (2010) Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y proceso. *Nefrología*, 30(3), 297-303. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Apr.10407

García, M.C. (2020). *Propuesta de Intervención psicopedagógica en Deterioro Cognitivo Leve basada en el modelo biopsicosocial* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Valladolid]. UVaDOC. http://uvadoc.uva.es/handle/10324/43201

Global Observatory on Donation and Transplantation (s.f). http://www.transplant-observatory.org/

Gorevski, E., Succop, P., Sachdeva, J., Cavanaugh, T.M., Volek, P., Heaton, P., Chisholm-Burns, M., & Martin-Boone, J.E. (2013). Is there an association between immunosuppressant therapy medication adherence and depression, quality of life, and personality traits in the kidney and liver transplant population?. *Patient Preference and Adherence*, 7, 301–307

Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., & Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish

population. *General hospital psychiatry*, *25*(4), 277–283. https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00043-4

Jana, A.K., Sircar, D., Waikhom, R., Praharaj, S.K., Pandey, R., Ray Chaudhury. A., & Dasgupta, S. (2014). Depression and anxiety as potential correlates of post-transplantation renal function and quality of life. *Indian Journal of Nephrology*, 24(5), 286–290. doi: 10.4103/0971-4065.132996: 10.4103/0971-4065.132996

Kälble, T., Alcaraz, A., Budde, D., Humke, U., Karam, G., Lucan, M., Nicita, G., & Süsal, C. (2010). *Guía clínica sobre el trasplante renal* [Internet]. Arnhem: European Association of Urology. https://www.researchgate.net/profile/Caner-Suesal/publication/267399461_Guia_clinica_sobre_el_trasplante_renal/links/5469f1e00cf2f5eb1806e872/Guia-clinica-sobre-el-trasplante-renal.pdf

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Living kidney donor work group (2017). KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors. *Transplantation*, 2(S2):1–28. https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/07/2017-KDIGO-LD-GL.pdf.

Knobel, H., Alonso, J., Casado, J.L., Collazos, J., González, J., Ruiz, I., Kindelan, J.M., Carmona, A., Juega, J., Ocampo. A. (2002). Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS,* 16(4), 605-13. doi: 10.1097/00002030-200203080-00012.

Krauskopf, V. (2017). Evaluación psiquiátrica en trasplantes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 849-854

Low, J.C., Williams, A., Manías, E., & Crawford, K. (2015). Interventions to improve medication adherence in adult kidney transplant recipients: a systematic review. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 30, 752–761. doi: 10.1093/ndt/gfu204

Martín, P., & Errasti, P. (2006). Trasplante renal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(2), 79-91. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-62720060004000008&lng=es&tlng=es.

Matesanz, R., Martínez-Castelao, A., & Arias, M. (2010). Recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) y de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) sobre trasplante renal donante vivo (2010). *Nefrología*, 30(2), 116 pp. https://revistanefrologia.com/es-recomendaciones-sociedad-espanola-nefrologia-s-e-n--articulo-X0211699510051451

Medved, V., Medved, S., & Hanžek, S (2019). Transplantation psychiatry: an overview. *Psychiatria Danubina*, 31(1), 18-25. https://doi.org/10.24869/psyd.2019.18

Messias, E., & Skotzko, C.E. (2000). Psychiatric assessment in transplantation. *Revista Saúde Pública*, 34(4), 415-420.

Montolio, A. (2015). *Calidad de vida y trasplante hepático*. [Tesis doctoral. Universidad de Valencia]. https://www.educacion.gob.es/teseo/mostrarRef.do?ref=1200546

National Collaborating Centre for Mental Health (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. London: The British Psychological Society. Informe No.: 90.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*. https://www.nice.org.uk/guidance/cg113

Niederwieser, D., Baldomero,H., Bazuaye, N., Bupp, C., Chaudhri, N.,Corbacioglu, S., Elhadd ad, A., Frutos, C., Galeano, S., Hamad, N., Hamidieh, A.A., Hashmi, S.,Ho, A., Horowitz, M.M., Iida, M., Jaimovich, G, Karduss, A., Kodera, Y., Kröger, N., Péffault de Latour, R., Wook, J. … & Saber, W. (2022). One and a half million hematopoietic stem cell transplants: continuous and differential improvement in worldwide access with the use of non-identical family donors. *Haematologica*, 107(5), 1045-1053. https://doi.org/10.3324/haematol.2021.279189.

Nordham, K.D., & Ninokawa, S. (2022). The history of organ transplantation, *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 35(1), 124–128. https://doi.org/10.1080/08998280.2021.1985889

Novak, M., Molnar, M.Z., Szeifert, L., Kovacs, A. Z., Vamos, E.P., Zoller, R., Keszei, A., & Mucsi, I. (2010). Depressive Symptoms and Mortality in Patients After Kidney Transplantation: A Prospective Prevalent Cohort Study. *Psychosomatic Medicine,* 72(6), 527-534. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181dbbb7d

Organización Nacional de Trasplantes (2018). *Plan Estratégico de órganos 2018-2022*. https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/PLAN-ESTRATEGICO-DONACION-Y-TRASPLANTE-DE-ORGANOS-2018-2022.pdf

Organización Nacional de Trasplantes (2022). *Registro Español de Enfermos Renales*. https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/11/Memoria_REER_2022.pdf

Organización Nacional de Trasplantes (2023, 19 de enero). *Balance de actividad de donación y trasplante de la ONT*. https://www.ont.es/2023/02/10/balanceont20230117-3/

Organización Nacional de Trasplantes (s.f.). https://www.ont.es/informacion-al-ciudadano-3/tipos-de-trasplante-3-2/

Ortega-Suárez, F.J., Sánchez-Plumed, J., Pérez-Valentín, M.A., Pereira-Palomo, P., Muñoz-Cepeda, M.A., & Lorenzo-Aguiar, D. (2011). Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrología (Madrid)*, *31*(6), 690-696. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952011000600011&lng=es&tlng=es.

Ortega, J.J., Sánchez, D., Rodríguez, O.A., & Ortega, J.M. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(3), 226-232.

Paterson, T.S.E., O'Rourke, N., Shapiro, R.J., & Thornton W.L. (2018). Medication adherence in renal transplant recipients: a latent variable model of psychosocialand neurocognitive predictors. *PLoS One*, 13(9), e0204219. doi: 10.1371/journal.pone.0204219

Pérez-San Gregorio, M.A., Martín-Rodríguez, A., Galán-Rodríguez, A., & Pérez-Bernal, J. (2005b). Psychologic Stages in Renal Transplant. *Transplantation Proceedings*, 37, 1449–1452. doi:10.1016/j.transproceed.2005.02.044

Pérez-San Gregorio, M.A., Rodríguez, A.M., & Galán-Rodríguez, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1), 99-114

Pérez-San-Gregorio, M.A., Martín-Rodríguez, A., Díaz-Domínguez, & R., Pérez-Bernal, J. (2006). The Influence of Posttransplant Anxiety on the Long-Term Health of Patients *Transplantation Proceedings*, 38, 2406–2408. doi:10.1016/j.transproceed.2006.08.069

Quemada, C., Vargas, J., Garcia-Herrera, J.M., & Huizing, E. (Coord). (2023). *Grupo de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria*. https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/grupos-de-afrontamiento-de-la-ansiedad-en-atencion-primaria

Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J.M., Badía, X., Alvarez-Ude, F., Díaz-Corte, C., Naves, M., Navascúes, R.A., Ureña, A., & Alvarez-Grande, J. (2000). Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: variables that influence it. *Clinical Transplantation*, 14(3), 199-207. https://doi.org/10.1034/j.1399-0012.2000.140304.x

Rodríguez, T., & Fonseca, M. (2015). Guía de atención psicológica a pacientes y familiares en el proceso de donación y trasplante de órganos. *MediSur*, 13(4), 560-568. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000400014&lng=es&tlng=es.

Sambucini, D., Ciacchella, C., Pellicano, G.R., Zingaretti, G., Pierro, L., Aceto, P., & Lai, C. (2022). Psychosocial treatment on psychological symptoms, adherence, and physiological function on transplanted patients: A systematic review and metanalysis *Journal of Psychosomatic Research*, 154, 110717 https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.110717

Sánchez, R. (2015). *Evaluación de factores psiquiátricos y psicosociales en una cohorte de receptores de trasplante cardíaco: estudio de seguimiento a 12 meses*. [Tesis Doctoral. Universitat Autónoma de Barcelona]. http://hdl.handle.net/10803/322086

Sanz, L.J., & Álvarez, C. (2022). *Manual Cede de Preparación PIR. Evaluación en Psicología Clínica*. Ed. Cede.

Sanz, L.J., & Muñoz J.J. (2022). *Manual Cede de Preparación PIR. Tratamientos psicológicos Adultos*. Ed. Cede.

Schulz, K.H., & Kroencke, S. (2015). Psychosocial challenges before and after organ transplantation. *Transplant Research and Risk Management*, 7, 45-58.

Seiler, A., Klaghofer, R., Ture, M., Komossa,,K., Martin-Soelch, C., & Jenewein, J. (2016). A systematic review of health-related quality of life and psychological outcome safter lung transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 35(2), 195-202.

Shafi, T., & Coresh, J. (2019). Chronic Kidney Disease: Definition, Epidemiology, Cost, and Outcomes, En: J. Himmelfarb & T.A. Ikizler (eds.), *Chronic Kidney Disease, Dialysis, and Transplantation* (4th ed., pp. 2-22.e3). Elsevier. ISBN 9780323529785. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-52978-5.00001-X.

Sociedad Española de Nefrología (2022). *La enfermedad renal crónica en España*. https://www.seden.org/files/courses/Informe_390a.pdf

Stanton, A.L., Revenson, T.A., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085615

Third WHO Global Consultation on Organ Donation and Transplantation (2011). Report of the Madrid Consultation: Part 1: European and universal challenges in organ donation and transplantation, searching for global solutions. *Transplantation*, 91(11), S39–S66. https://doi.org/10.1097/01.tp.0000399133.59371.98

Turner, J. (2000). Culture and Medicine Emotional dimensions of chronic disease. *The Western Journal of Medicine*, 172, 124-128.

Veater, N.L., & East, L. (2016). Exploring Depression Amongst Kidney Transplant Recipients: A Literature Review. *Journal of Renal Care*, 42(3), 172-184 https://doi.org/10.1111/jorc.12162

Ware, J.E. (2000). SF-36 Health Survey update. *Spine,* 25(24), 3130-3139.

Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care,* 30(6), 473-483.

Ware, J.E., Kosinski, M.A., & Keller, S.K. (1994). Physical and Mental Health. *Summary Scales: A User´s Manual*. The Health Institute, New England Medical Center: Boston, MA.

Zigmond, A.S, & Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Zimbrean, P.C. (2022). Depression in transplantation. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 27(6), 535-545. doi: 10.1097/MOT.0000000000001024.