

**VARIABLES CLÍNICAS Y FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES CON  
TRASPLANTE RENAL**

Joel Alexander Romero Vargas

Id. 243694

Maria Natalia Salazar Fillippo

Id. 257401

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Bucaramanga

2018

**VARIABLES CLÍNICAS Y FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO  
INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL**

ii

Joel Alexander Romero Vargas

Id. 243694

Maria Natalia Salazar Fillippo

Id. 257401

Proyecto de grado presentado como requisito para optar al título de:

**PSICÓLOGO(A)**

Director del Proyecto

Paula Fernanda Pérez Rivero, Esp.

Co-director del Proyecto

Anderson Bermon Angarita, MSc.

Universidad Pontificia Bolivariana – Seccional Bucaramanga

Escuela de Ciencias Sociales

Bucaramanga

2018

Copyright © 2018 por Joel Alexander Romero Vargas y Maria Natalia Salazar Fillippo. Todos los derechos reservados.

## **Dedicatoria**

iv

*Con amor a mi familia y seres queridos, Alberto, Edilia, Andrés y Ana, quienes son el motor de vida y que con sus acciones y sacrificios contribuyen constantemente en mi formación como persona íntegra.*

Joel Romero

*A mis papás, quienes con su entrega y apoyo incondicional hicieron posible la culminación de esta gran etapa. A mi hermano por ser mi ejemplo a seguir, por enseñarme a ser persistente y creer en mí. A David por acompañarme en todo momento y a mi hija Isabella por ser mi mayor motivación y por quien puedo asegurar que de la mano de Dios todo es posible.*

Natalia Salazar

*A Dios y a la Virgen María por permitirnos  
culminar una etapa más en nuestras vidas y  
disponer en nuestros corazones  
la vocación de servir a las personas  
por medio de nuestra profesión.*

*A nuestros profesores por orientarnos en el  
proceso y contribuir a nuestra formación integral.*

*A nuestra apreciada directora de tesis, Paula Pérez,  
al Dr. Anderson Bermon y a la Jefe Ingrid Daza  
por sus enseñanzas, paciencia y constante apoyo.*

*A todas las personas del Departamento de  
Investigaciones y Nefrología de la FCV, por  
su servicio en el desarrollo de nuestra investigación  
y por hacer grata nuestra experiencia como  
practicantes en la institución.*

## Tabla de Contenidos

vi

Introducción .....	3
Capítulo 1 Delimitación del Problema.....	5
Capítulo 2 Antecedentes .....	8
Capítulo 3 Justificación.....	12
Capítulo 4 Objetivos .....	14
Capítulo 5 Marco Teórico.....	15
Capítulo 6 Metodología .....	22
Capítulo 7 Resultados y Discusión .....	30
Capítulo 8 Conclusiones y Recomendaciones .....	49
Lista de referencias .....	51
Anexos .....	62
Vita.....	93

## Lista de tablas

vii

Tabla 1. Tipo de prueba utilizada para cada variable .....	28
Tabla 2. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas .....	31
Tabla 3. Análisis descriptivo de las variables clínicas.....	33
Tabla 4. Análisis descriptivo de las variables psicosociales.....	35
Tabla 5. Análisis bivariado de las variables sociodemográficas.....	36
Tabla 6. Análisis bivariado de las variables clínicas .....	38
Tabla 7. Análisis bivariado de las variables psicosociales .....	39
Tabla 8. Variables psicosociales .....	40

**RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO**

**TITULO:** Variables clínicas y factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes con trasplante renal

**AUTOR(ES):** Joel Alexander Romero Vargas  
Maria Natalia Salazar Fillippo

**PROGRAMA:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR(A):** Paula Fernanda Pérez Rivero

**RESUMEN**

La supervivencia de un paciente sometido a trasplante renal se encuentra asociada con la adherencia al tratamiento inmunosupresor que, en caso de presentar una adherencia inadecuada, implicaría la pérdida del injerto que conllevaría a un deterioro considerable en la salud del paciente, un desgaste en sus cuidadores y un gran costo para el sistema de salud. Objetivo: describir la relación entre las variables clínicas, los factores psicosociales y la adherencia del tratamiento inmunosupresor en pacientes con trasplante renal de la Fundación Cardiovascular de Colombia. Método: estudio cuantitativo no experimental de cohorte abierta con muestreo tipo censo no probabilístico. Se empleó el Life Orientation Test-Reviewed (LOT-R) para medir optimismo disposicional, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para ansiedad y depresión, Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS) para apoyo social, y Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medication Scale (BAASIS) para adherencia. Resultados: Se evaluó un total de 112 pacientes 59% hombres y 41% mujeres mayores de 18 años, con trasplante renal de la Fundación Cardiovascular de Colombia. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los grupos de edad respecto a la adherencia a los medicamentos en donde pacientes con menos edad mostraron ser menos adherentes ( $p=0.016$ ). En cuanto a los factores clínicos se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo de trasplante en relación con la adherencia al tratamiento, siendo menos adherentes aquellos que manifestaron más tiempo de haber sido trasplantados ( $p<0.01$ ). Por último, dentro de los factores psicosociales estudiados, se encontró una diferencia significativa con la variable de ansiedad, siendo más adherentes los pacientes que presentaron ausencia de ansiedad ( $p < 0.01$ ). Conclusión: Se concluyó que la edad, el tiempo de trasplante y la ansiedad son considerados factores de riesgo que inciden en que el paciente sea adherente o no al tratamiento inmunosupresor.

**PALABRAS  
CLAVE:**

Trasplante renal, adherencia, depresión, ansiedad, optimismo disposicional, apoyo social

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**



**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Clinical variables and psychosocial factors associated with adherence to immunosuppressive therapy in renal transplant patients

**AUTHOR(S):** Joel Alexander Romero Vargas  
Maria Natalia Salazar Fillippo

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Paula Fernanda Pérez Rivero

**ABSTRACT**

The survival of a patient undergoing kidney transplantation is associated with adherence to immunosuppressive therapy. Objective: describe the relationship between clinical variables, psychosocial factors and the adherence to immunosuppressive therapy in patients with renal transplantation from Fundación Cardiovascular de Colombia. Method: quantitative non-experimental open-cohort study with non-probabilistic census-type sampling. The Life Orientation Test-Reviewed (LOT-R) was used to measure dispositional optimism, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for anxiety and depression, the Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS) for social support, and the Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medication Scale (BAASIS) for adherence. Results: A total of 112 patients were evaluated (59% men and 41% women) older than 18 years, with a kidney transplant from Fundación Cardiovascular de Colombia. Another statistically significant difference was found, where patients with less age were less adherent ( $p:0.016$ ). Regarding the clinical factors, a statistically significant difference was also found in the time post-transplant in relation to adherence, in which those patients who indicated more time of being transplanted were less adherent ( $p < 0.01$ ). Finally, within the psychosocial factors studied, a significant difference was found with the anxiety variable, in which those with absence of anxiety showed to be less adherent ( $p < 0.01$ ). Conclusion: It was concluded that age, post-transplant time and anxiety are considered risk factors that affect the patient's adherence to immunosuppressive therapy.

**KEYWORDS:**

Renal transplant, adherence, depression, anxiety, dispositional optimism, social support

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud OMS (2014; 2015) define la enfermedad renal crónica (ERC) como un padecimiento degenerativo de los riñones que afecta cerca del 10% de la población mundial y que requiere una terapia de reemplazo de la función renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal). En el caso particular del trasplante renal, la supervivencia de los pacientes y el éxito del tratamiento dependen en gran medida de la adherencia a los medicamentos inmunosupresores. Según Daza (2015) la adherencia al medicamento puede estar influenciada por factores socioeconómicos, culturales, clínicos, psicosociales y por aspectos relativos al sistema de salud. Dentro de los factores psicosociales, se consideran la depresión y la ansiedad como factores de riesgo, mientras que el optimismo disposicional y un adecuado apoyo social son considerados como factores protectores asociados a la adherencia.

Por lo tanto, el presente estudio se interesó en conocer la relación entre las variables clínicas, los factores psicosociales y la adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes de la Fundación Cardiovascular de Colombia que han sido sometidos a un trasplante renal. Inicialmente, se presenta la delimitación del problema, los antecedentes encontrados en la literatura y la justificación que profundiza en el valor teórico, práctico y por ende, en la relevancia social de la investigación. Seguido a esto, se encuentran los objetivos planteados para el desarrollo del estudio, la contextualización del tema en el marco teórico donde se abordan los conceptos clave seguido por la metodología empleada. Finalmente, se evidencian los resultados de la investigación junto

a la discusión, dando pie a las conclusiones y recomendaciones encontradas por los autores del estudio.

## Capítulo 1

### Delimitación del Problema

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública global por su carácter epidémico, elevada morbilidad y costo, que a su vez genera un alto impacto económico en los presupuestos de salud a nivel mundial (Flores et al., 2009). En Colombia la ERC ha tenido un aumento significativo, en el 2011 más de 788.000 personas la padecían y en el 2015 incrementó a 962.271 personas aproximadamente (Lopera, 2016).

Cuando la enfermedad se encuentra en estadios avanzados y se ha recurrido a algún tipo de terapia de reemplazo (en este caso un trasplante renal), la adherencia a los medicamentos inmunosupresores es uno de los factores influyentes para el éxito en el tratamiento que requiere el injerto, sin embargo, la no adherencia a estos medicamentos y la falta de seguimiento de programas saludables implica que este no será exitoso (Ramis, García, Forcé, Basilio y Julve, 2012). Lo anterior equivale a un deterioro de la salud del paciente, un desgaste por parte de sus cuidadores y al mismo tiempo un alto costo para las Entidades Prestadoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios (Daza, 2015).

A pesar de que diversos estudios han demostrado que existen variables clínicas, socioeconómicas y psicológicas que influyen de manera significativa en la adherencia a los medicamentos y en la salud física y mental del paciente, la relación entre estas variables no es clara (Costa, Cantarell, Parramon y Serón, 2014). De acuerdo a lo anterior, Rudnicki citado por Rojas et al. (2017) considera que “los factores emocionales

son tan importantes que pueden agravar o causar mayores dificultades en el proceso de la enfermedad, que pueden ir desde la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento hasta poder desarrollar otros síntomas y enfermedades” (p. 2).

Asimismo, el apoyo social es considerado como un recurso esencial, debido a que, según Perdomo (2014), ayuda a las personas a enfrentar los desafíos que le impone una dificultad, gracias al soporte instrumental o emocional que les pueden proporcionar las personas de su círculo social. De igual manera Martínez, García y Maya (2001) afirman que el apoyo social facilita atenuar los síntomas depresivos en una situación de conflicto.

De este modo, un adecuado apoyo social influye en el autocuidado y opera como un factor protector frente al desajuste psicosocial, o en este caso, frente al control de la enfermedad; protege contra el estrés generado por la misma y capacita al paciente y a su cuidador para reevaluar la situación, adaptarse mejor a ella y ayudarlo a desarrollar respuestas de afrontamiento (Jiménez, Murgui y Musitu, 2005; Vega y González, 2009; Rad et al., 2013; Alarcón et al., 2017).

De esta manera se hace evidente el problema y el porqué de la necesidad de estudiar la relación entre estas variables. Teniendo presente que la institución provee un modelo de tratamiento integral que tiene en cuenta diversas áreas de intervención, es necesario poner un foco de atención en el paciente con trasplante renal y la adherencia al tratamiento desde la investigación e incentivar la necesidad de introducir un nuevo modelo de atención desde el área de la psicología (debido a que lo carece), ya que esto permitiría una mejora en el bienestar y la sobrevivencia del paciente renal de la FCV.

A partir de lo anterior surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre las variables clínicas (tipo y tiempo de trasplante, comorbilidades y cantidad de comprimidos), los factores psicosociales (depresión, ansiedad, optimismo disposicional y apoyo social) y la adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes con trasplante renal?

## **Capítulo 2**

### **Antecedentes**

En primer lugar, se tiene que, la ansiedad y la depresión son considerados factores de riesgo en relación a la adherencia, ya que en el 2008 fue presentado a la revista *Psicología y Salud* una investigación titulada “Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal” realizada en Venezuela por García y Calvanese.

La investigación tuvo como objetivo analizar la calidad de vida percibida en 60 pacientes en terapia de diálisis y trasplante renal debido a que en su país se encontraba poca información confiable al respecto. Contaron con un estudio de campo basado un diseño transversal y descriptivo-correlacional, en donde establecieron como criterios de inclusión que la muestra contara con edades entre los 18 y 55 años, que tuvieran tres o más meses en tratamiento dialítico o con el injerto, que no contaran con enfermedades mentales o que no padecieran ningún tipo de diabetes con limitaciones funcionales.

Para recolectar los datos, se utilizó una adaptación y validación hecha por los propios investigadores del Instrumento de Calidad de Vida para Enfermedad Renal (KDQ) creado por Hays, Kallich Mapes, Coons y Carter en 1994 para pacientes con insuficiencia renal crónica, al mismo tiempo implementaron el Inventario de Depresión de Beck y Steer de 1987 y el Inventario de Ansiedad de Beck (1988) para medir depresión y ansiedad respectivamente. Como resultado descubrieron diferencias intergrupales, que los pacientes con trasplante presentaron mejores índices de calidad de vida, mayor bienestar subjetivo y menos trastornos psicológicos que los pacientes en

diálisis y que existe una correlación positiva entre calidad de vida y depresión-ansiedad, y que éstas últimas, tienen impacto en la adherencia terapéutica y concluyeron que estas variables son padecimientos más comunes en población que presenta enfermedad renal crónica.

Igualmente, en un estudio publicado por la Revista de Psicología, elaborado por Rojas, Ruíz y Gonzáles en México y titulado “Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal” se interesaron en calcular la relación entre la depresión y la ansiedad en la adherencia al tratamiento en pacientes con ERC. Este estudio contó con un diseño cuantitativo no experimental de corte transversal con alcance correlacional, en donde participaron 31 pacientes con IRC teniendo en cuenta que cumplieran con edad igual o superior a los 18 años, que participara voluntariamente, que estuvieran en buena condición física y psicológica para responder las pruebas y que tuviesen un trasplante renal. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Depresión de Beck-II (BDII) de autoinforme para la evaluación de síntomas depresivos, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) que evalúa síntomas de ansiedad y la Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con enfermedades crónica. Los resultados arrojaron que más de la mitad de la muestra presentaron alta adherencia (67%), síntomas depresivos (48%) y ansiosos (35%), a su vez, se encontró una relación entre la depresión con menor adherencia.

Finalmente pudieron concluir que la depresión afecta negativamente en la adherencia al tratamiento, mientras que no se halló una incidencia entre ansiedad y adherencia a pesar de que los niveles en la población fueron moderados y graves, al



mismo tiempo que resaltaron la necesidad de apoyo psicológico a los pacientes con IRC para superar con éxito el duelo que produce el grave deterioro de la salud.

Asimismo, Pérez et al. (2012) estimaron que la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes renales es de 55,91% para depresión y de 46,72% para ansiedad. Es decir que, las personas con depresión en condiciones médicas desfavorables tienen 3 veces más probabilidades de no cumplir con el tratamiento médico a comparación de aquellas sin depresión (DiMatteo, Lepper y Croghan, 2000). De acuerdo a Ruíz (2013), el padecimiento de la enfermedad se acompaña de estrés y ansiedad, lo que puede afectar la adherencia al tratamiento; pues las personas han perdido el interés sobre su salud y consideran que, al estar enfermas, el tratamiento médico no cambiará su condición. En el caso de De Pasquale et al. (2014), se exploraron las características de la personalidad en pacientes que fueron sometidos a trasplante renal y se concluyó que este procedimiento puede suponer un riesgo potencial para el equilibrio psicológico del paciente.

Por otra parte, en cuanto a los factores protectores, Costa, Cantarell, Parramon y Serón (2014) hallaron que el optimismo disposicional (OD) es una variable que se encuentra relacionada con la aceptación de la enfermedad, la disminución de la sintomatología ansiosa-depresiva y un mejor afrontamiento del dolor, lo que se refleja en una mayor funcionalidad general del paciente. De acuerdo a Morales et al. (2011) en su estudio sobre OD en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad, se encontró que aquellos pacientes con un rasgo de personalidad pesimista presentaron un mayor riesgo de ser ingresados que los optimistas, identificando el optimismo disposicional como un índice de buen pronóstico y recuperación. Asimismo,

Kamran y Schaw (2017) evidenciaron que la forma en que los receptores percibieron su estado de salud determinaba su orientación de vida y grado de optimismo, es decir que, una mejor percepción del estado de salud lleva a una actitud más optimista después de un trasplante.

Por último, como otro factor protector, se ha demostrado el impacto que tiene el apoyo social sobre la salud y la enfermedad, dando lugar a síntomas orgánicos, psíquicos y psicosomáticos cuando se trata de un inadecuado apoyo social (Ahumada et al., 2005). De este modo, un adecuado apoyo social es considerado un factor protector sobre la adherencia al tratamiento (Ponce et al., 2009), ya que influye en la recuperación de la funcionalidad, la autonomía, la autoeficacia y la autoestima del paciente (Rodríguez y Fonseca, 2015).

### **Capítulo 3**

#### **Justificación**

La presente investigación estuvo dirigida a evaluar factores psicológicos y sociales en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que han requerido trasplante renal. De acuerdo con el registro de Cuenta de Alto Costo (2017) en el año 2015 se han reportado 979.409 pacientes con ERC en Colombia, teniendo una prevalencia de 2 personas por cada 100 habitantes. De igual forma, se ha identificado un incremento en el número de pacientes trasplantados entre el 2013 y el 2015 del 59,2%.

Por otra parte, como ya se ha mencionado, la evidencia ha demostrado que la adherencia al tratamiento inmunosupresor es clave para el éxito del tratamiento (Ramis et al., 2012; Mena, Barragán y Gómez, 2014; Alba, 2017); ésta se ha definido como un fenómeno complejo en el cual intervienen variables económicas, sociales, culturales psicológicas y médicas (Rojas et al., 2017; Costa et al., 2014; Vega y González, 2009). Además, Cukor, Newville y Jindal (2008) mencionan que la falta de adherencia a los medicamentos inmunosupresores es responsable del rechazo agudo del riñón y por ende, de la pérdida del injerto.

No obstante, los estudios que evalúen los factores psicosociales asociados con la adherencia de los pacientes al tratamiento inmunosupresor son escasos (Huertas et al., 2014; García, López y Ojeda, 2014) y presentan variedad de metodologías haciendo difícil la interpretación de los resultados. Por tanto, se consideró importante obtener datos que permitieran esclarecer la relación entre estas variables.

Por otro parte, respecto a la relevancia social, esta investigación permitió explorar las condiciones psicosociales en las que se encontraba la población de pacientes trasplantados. Lo anterior facilitará desde el área de la psicología, el fortalecimiento en el bienestar y la sobrevivencia del paciente con enfermedad renal de la institución.

En cuanto a la utilidad metodológica, el estudio permitió la creación de un Plan Psicoeducativo de Atención para la Detección de Síntomas Depresivos (DEPSIC), cuyo propósito es ofrecer información y educar al personal médico y asistencial de la unidad de trasplante de la FCV sobre el trastorno depresivo, y el cual consta de una definición conceptual y sus características, técnicas para la detección de los síntomas, cómo actuar ante un declive o quebranto emocional del paciente y rutas adecuadas de atención.

Asimismo, se espera que el trabajo desarrollado en la institución favorezca la construcción de estudios posteriores, teniendo en cuenta que será considerado como un antecedente metodológico con el cual se podrán implementar a futuro nuevas medidas que contribuyan a una adecuada adherencia en pacientes que se encuentran en tratamiento inmunosupresor.

## **Capítulo 4**

### **Objetivos**

#### **Objetivo general**

Describir la relación entre las variables clínicas, los factores psicosociales y la adherencia del tratamiento inmunosupresor en pacientes con trasplante renal de la Fundación Cardiovascular de Colombia

#### **Objetivos específicos**

- Evaluar el nivel de adherencia y no adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes con trasplante renal
- Caracterizar la población estudio en cuanto a variables sociodemográficas, clínicas, psicológicas y sociales relacionadas con el trasplante renal
- Establecer la prevalencia de la adherencia y no adherencia al tratamiento inmunosupresor en la población objeto de estudio

## Capítulo 5

### Marco Teórico

Las funciones principales de los riñones en estado saludable son la purificación y la eliminación del exceso de líquido en la sangre y la liberación de hormonas esenciales para el organismo. De acuerdo con la National Kidney Foundation (2006) si los riñones comienzan a presentar dificultades en su funcionamiento después de un periodo determinado, es posible que la persona pueda estar desarrollando insuficiencia renal o enfermedad renal crónica (ERC).

El registro de la Cuenta de Alto Costo (CAC) de 2016 (2017) menciona que la ERC es un daño o alteración funcional o estructural del riñón en la cual se manifiestan por más de tres meses marcadores de daño renal como lo son anomalías en la orina, anomalías en la composición de la sangre o una Tasa de Filtración Glomerular (TFG) inferior a los 60 mililitros por minuto/1,73m<sup>2</sup>. En consecuencia, los riñones pierden la capacidad de eliminar desechos, purificar y conservar electrolitos en la sangre y concentrar la orina. Así pues, la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) definen la ERC como la pérdida progresiva de la función renal, en la cual la persona puede necesitar diálisis y hasta un trasplante de riñón en etapa avanzada.

En cuanto a su prevalencia, la ERC es considerada como una de las enfermedades que más afecta a la población a nivel mundial con un 10% de casos reportados (OMS y OPS, 2015). Por su parte, en Colombia, la CAC (2017) registró en 2016 al menos 1.312.180 pacientes con ERC lo que equivale a 2.7 personas por cada 100 habitantes.

Asimismo, por departamentos, la CAC señaló que Bogotá D.C., Antioquia y Valle del Cauca son los departamentos con mayor prevalencia de ERC del país, en donde el Valle del Cauca contó 5 pacientes con ERC por cada 100 habitantes. Por otro lado, Santander reportó una prevalencia de 2.2, mientras que su capital, Bucaramanga, registró una prevalencia de 3.5 pacientes por cada 100 habitantes.

Por otro lado, cuando los valores de la función renal señalan próximos a ser insuficientes, es el momento en el que el paciente debe ser examinado por nefrología con el propósito de establecer un tratamiento de reemplazo renal (TRR) adecuado para la sustitución del funcionamiento de los riñones, de las cuales se destacan las modalidades: hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal (TR) (Balseiro, 2014). De acuerdo con la National Kidney Foundation (2006), la hemodiálisis hace referencia al proceso de limpieza de la sangre que se realiza por medio de un aparato llamado dializador, que contiene un filtro especial que va conectado desde catéteres hasta los vasos sanguíneos del paciente. Este procedimiento se realiza por lo general tres veces a la semana con un tiempo mínimo de dos horas por sesión. Asimismo, para Macía y Coronel (2016), la modalidad de diálisis comprende:

Todas aquellas técnicas de diálisis que utilizan el peritoneo como membrana de diálisis y su capacidad para permitir, tras un periodo de equilibrio, la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución de diálisis. La estructura anatómico-funcional de la membrana peritoneal, las características fisicoquímicas de la solución de diálisis y

el catéter, constituyen los tres elementos básicos de ésta técnica de diálisis (Mecía y Coronel, 2016, 1).

Sin embargo, en caso en el que el paciente necesite un nuevo órgano para un funcionamiento renal adecuado, se procede a un TR, esto se entiende como “un procedimiento quirúrgico que consiste en la implantación de un riñón de un donante vivo o cadavérico como alternativa de terapia de reemplazo renal en los estadios IV y V” (Daza, 2015, p. 14).

A pesar de que el TR es un procedimiento precario por la disponibilidad de riñones en relación a la demanda de los pacientes que lo requieren, se han obtenido cifras en relación a la cantidad de trasplantes renales realizados a nivel mundial, en donde la European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (2017), reporta que en el año 2016 se realizaron 20.638 procedimientos de trasplante renal entre los 505.9 millones de habitantes de los 28 países que conforman la Unión Europea, mientras que en 531.1 millones de habitantes de 14 países de Latinoamérica se registraron 11.626 procedimientos de trasplante renal. De igual manera, la CAC (2017) informó que, durante el año de 2016, en Colombia se realizaron 6.261 procedimientos de trasplante, en donde el Departamento de Antioquia y la ciudad de Bogotá obtuvieron el mayor número de pacientes a nivel nacional con 1.722 y 1.444 procedimientos, mientras que Santander contó con una cifra de 247.

Un procedimiento exitoso de TR implica al beneficiario una mejoría en relación a la calidad de vida al no depender de aparatos dialíticos y tratamientos estrictos, a la vez de que aumenta la esperanza de vida y fortalece las relaciones sociales del paciente.



Teniendo en cuenta la posibilidad de que el sistema inmunológico del paciente rechace el trasplante, el tratamiento inmunosupresor tiene la función de combatir ese riesgo (Cassaretto y Paredes, 2006); volviéndose indispensable de por vida y el cual implica en el paciente un compromiso implícito al mismo (Mena, Barragán y Gómez, 2014, p. 163). Por otro lado, a causa de la escasa disponibilidad de injertos renales en relación a la cantidad de pacientes en listas de espera, es de gran importancia que estos procedimientos quirúrgicos perduren un buen tiempo teniendo en cuenta que el triunfo de este procedimiento, además de deberse a la intervención quirúrgica, también se debe de manera importante a la adherencia a la medicación inmunosupresora como se ha mencionado anteriormente (Daza, 2015).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (citado por Mena, Barragán y Gómez, 2014) la adherencia se define como el grado al cual la conducta del paciente (la toma de medicamentos, seguir la dieta recomendada y/o implementar cambios en el estilo de vida) corresponde con las recomendaciones del profesional de la salud. Por el contrario, la no adherencia hace referencia al grado en el cual la conducta del paciente no corresponde con las recomendaciones del médico; lo que hace referencia al “no tomar (voluntaria o involuntariamente) la medicación prescrita o, incluso, tomar medicación de más o de menos, tomarla sin apego a los horarios o durante los tiempos indicados” (Mena, Barragán y Gómez, 2014, p. 163). Sin embargo, la no adherencia puede relacionarse con la dificultad que presenta el paciente frente al estilo de vida requerido luego del trasplante y no solo por falta de recursos en salud, pues aún teniendo acceso a la atención médica, el paciente puede llegar a suspender el tratamiento (Durán et al., 2012).

No solo las variables clínicas sino también algunos factores psicosociales han sido relacionados a la adherencia que tiene el paciente con trasplante renal al tratamiento inmunosupresor (Sánchez, 2016). El patrón mental y emocional constituye una característica crítica de los pacientes y el impacto emocional del trasplante puede llegar a ser un evento traumático que interrumpe el sentido de continuidad e integridad personal, provocando fuertes emociones y suponiendo un riesgo potencial para el equilibrio psicológico del paciente (De Pasquale et al., 2014).

Los pacientes sometidos a un trasplante renal enfrentan retos en el proceso de adaptación para asegurar la vitalidad, como la toma de medicamentos, los controles médicos y el riesgo de infecciones, desencadenando en ellos una alta complejidad y variabilidad emocional (Moreno, 2016). En otras palabras, el padecimiento de esta enfermedad produce pérdidas y limitaciones en donde las variables psicológicas inciden en la salud física y mental del paciente. Para Huertas et al. (2014) “la depresión y la ansiedad son dos de las psicopatologías más frecuentes en pacientes renales, lo que aumenta la no adherencia y el incumplimiento de las restricciones dietéticas y los intentos suicidas indirectos” (p. 738). Asimismo, en el estudio realizado por Huertas et al. los resultados indicaron una relación positiva entre los niveles de depresión y los niveles de ansiedad. De esta manera, en cuanto el paciente empieza a ser consciente de la gravedad de su enfermedad, llega a un punto en el cual pensamientos de desánimo y desesperanza invaden su mente, considerando que su vida no tiene sentido y que se vuelve en una carga para su familia o cuidadores (Rojas, Ruíz y Gonzáles, 2017).

De esta forma, la depresión es definida como un trastorno mental frecuente,

caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Además, se considera la principal causa de problemas de salud a nivel mundial ya que, según estimaciones, más de 300 millones de personas viven con este trastorno (OMS, 2017).

Por otro lado, numerosos estudios han evidenciado que la presencia de apoyo social es un factor vital para prevenir o actuar, siendo un mecanismo amortiguador, frente al efecto negativo de acontecimientos vitales estresantes como lo son las enfermedades crónicas (Ahumada, 2005). Se puede decir que el apoyo social influye significativamente en la adherencia a los medicamentos, ya que según Borja (2013), en su investigación sobre apoyo social y adherencia a tratamientos farmacológicos, concluyó que “el apoyo social puede verse como potencializador positivo de la adherencia a los tratamientos y el autocuidado” (p. 93). Asimismo, Contreras (2010) afirma que un buen apoyo familiar es un factor que genera una adecuada adherencia a tratamientos farmacológicos.

Como otro factor protector se encuentra el optimismo disposicional (OD), una variable poco conocida pero que influye significativamente en la salud de los pacientes. El OD según Costa, Cantarell, Parramon y Serón (2014), es descrito como “una expectativa o creencia generalizada de que en el futuro ocurrirán acontecimientos positivos” (p. 606). Por otra parte, Pedrosa, Celis, Suárez, y García (2015) definen el OD como una “tendencia personal a evaluar de forma positiva la ocurrencia de eventos futuros (posibles o no), siendo una característica estable temporal y situacional, lo que genera una tendencia a persistir en la tarea cuando ésta se dirige hacia una meta” (p. 128).

De igual manera, el estudio realizado por Costa et al. (2014) reveló que el OD se encuentra estrechamente relacionado con las estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos como medio facilitador a la aceptación de la gravedad de la enfermedad, al mismo tiempo que se relaciona con una disminución de nivel de dolor percibido y sintomatología ansioso-depresiva, junto con una mayor funcionalidad del paciente.

Finalmente, el tener en cuenta los criterios psicosociales de cada paciente permite intervenir prematuramente en ellos, logrando una menor morbilidad postrasplante, un menor rechazo de órganos, una mejor supervivencia del trasplante, una mejor calidad de vida para los pacientes y, en general, una reducción global de los costos (Maldonado et al., 2012). Por esto, es importante identificar el ajuste psicosocial de los pacientes, su funcionamiento cognitivo y estado emocional antes del trasplante (Fidel et al., 2015).

## **Capítulo 6**

### **Metodología**

#### **Diseño**

Se diseñó un estudio cuantitativo no experimental de cohorte abierta; entendido como aquel que se desarrolla sin la manipulación deliberada de las variables, observando situaciones ya existentes y no provocadas intencionalmente en la investigación. Se utilizó un muestreo tipo censo no probabilístico; considerando unas características o criterios específicos de la investigación para la elección de la muestra (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### **Participantes**

En el presente proyecto participaron un total de 112 pacientes de la Fundación Cardiovascular de Colombia con enfermedad renal crónica sometidos a trasplante renal. Cabe destacar que los datos de contacto de los pacientes fueron obtenidos posterior a la autorización del Comité Técnico Científico y el Comité de Ética de la Fundación Cardiovascular de Colombia. Como criterios de inclusión se establecieron: pacientes con trasplante renal mayores de 18 años con injerto renal funcional, que contaran con más de 4 semanas postrasplante y que aceptaran participar en el estudio. Por otro lado, se consideraron como criterios de exclusión aquellos pacientes que llevaran menos de 4 semanas postrasplante, que hubieran perdido el injerto renal o que presentaran alguna dificultad a nivel cognitivo.

## **Instrumentos**

- **Consentimiento Informado:** Fue construido para la investigación siguiendo los lineamientos de la Ley 1090 del 2016 para investigación con humanos. En este documento se explicaron los objetivos y alcances de la investigación, así como los posibles daños o malestar derivados de la misma. Se señalaron los posibles beneficios y se transmitieron los derechos de los participantes y datos de contacto (Ver anexo 1).

Se empleó la herramienta “formularios” de Google Docs para la aplicación de las siguientes escalas (Ver anexo 2):

- **Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS):** instrumento con un alfa de cronbach de 0,85 que cuenta con 14 reactivos y dos subescalas que evalúan ansiedad y depresión en ambiente hospitalario (Ver anexo 3). Cuando el individuo obtiene entre 0-7 puntos indica ausencia de ansiedad-depresión, entre 8-10 puntos se requiere consideración y entre 11-21 puntos indica una presencia relevante de ansiedad-depresión (De las Cuevas, C., García, A. y González, A., 2012). En el estudio de Moreno et al. (2016) sobre los trastornos emocionales en el paciente renal trasplantado se planteó como objetivo describir la ansiedad y la depresión de pacientes trasplantados del Hospital de San José por medio de la presente escala.
- **Life Orientation Test-Reviewed (LOT-R),** estructurado con 4 ítems distractores o de relleno (2, 5, 6 y 8), 3 ítems en dirección optimista (1, 4, 10) y 3 ítems en dirección pesimista (3, 7 y 9) que evalúan la variable de optimismo disposicional

- (Ver anexo 4). Para la calificación se deben invertir los códigos (0=4) (1=3) (2=2) (3=1) (4=0) y omitir los ítems distractores. Para obtener el puntaje general se suman los ítems 1, 3, 4, 7, 9 y 10 (Ferrando, Chico y Tous, 2002). Para la interpretación de los resultados se tienen en cuenta las dimensiones: pesimismo/optimismo, teniendo en cuenta que a mayor puntaje mayor predisposición al pesimismo/optimismo respectivamente. Por lo tanto, en caso de obtener un mismo puntaje en ambas dimensiones, será categorizado como neutro. Este instrumento ha sido utilizado en la investigación de Cantarero, López, Torollo y Crespo (2014), en la cual se analizó la relación del OD con la calidad de vida percibida en pacientes en terapia de hemodiálisis. De igual manera, en el estudio de Costa et al. (2014) se investigó la relación del OD y las estrategias de afrontamiento en pacientes con trasplante renal.
- Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS), cuestionario validado en Colombia con un alfa de Cronbach general de 0,94 (Londoño et al. 2012). Es una herramienta multidimensional de 20 ítems que permite medir el apoyo psicosocial tanto en su dimensión estructural como funcional, con énfasis en el apoyo funcional percibido (Londoño et al. 2012) (Ver anexo 5). De los 20 ítems: ocho, miden apoyo emocional (3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19); cuatro, apoyo instrumental (2, 5, 12 y 15); cuatro, interacción social positiva (7, 11, 14 y 18); y tres, apoyo afectivo (6, 10 y 20). El índice global se obtiene sumando los 19 ítems, por lo tanto, el apoyo social será insuficiente con un índice inferior a 57 puntos, teniendo en cuenta que una puntuación de menos de 24 puntos indica un apoyo emocional

insuficiente, menos de 12 puntos indica apoyo instrumental insuficiente, y, por último, una puntuación inferior de 9 puntos indica un insuficiente apoyo afectivo y apoyo interacción social (Márcia et al. 2016). En el estudio de Márcia et al. (2016) se ha empleado la presente escala con el objetivo de evaluar el apoyo social instrumental y emocional de los enfermos renales crónicos en hemodiálisis.

- **Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medication Scale (BAASIS)**, escala que evalúa la adherencia inmunosupresora en los receptores renales en las últimas 4 semanas (Ver anexo 6). Contiene 4 ítems orientados a los componentes de la adherencia. El primer ítem mide la no adherencia en la omisión de dosis simples; el segundo, la omisión de dosis consecutivas; el tercero, la no adherencia en el tiempo; y el cuarto, la reducción en las dosis. La escala se interpreta según las respuestas con puntos de 0 a 5 donde 0 = nunca, 1 = una vez por mes, 2 = dos veces a la semana, 3 = cada semana, 4 = más de una vez por semana y 5 = todos los días. Por lo tanto, los pacientes con una sola respuesta diferente a “nunca”, son considerados no adherentes (Alba, 2017).

## **Procedimiento**

Para iniciar la presente investigación se requirió del aval por parte del Comité de Trabajos de Grado de la UPB, Comité Técnico Científico y Comité de Ética de la FCV. La muestra fue obtenida a partir de la base de datos de la Unidad de Trasplante, medio por el cual se extrajeron los números telefónicos de cada paciente con la colaboración de la jefe de enfermería. Estos fueron contactados con el propósito de invitarlos a participar del estudio en la medida en que se les asignaba una cita para la aplicación del instrumento



de acuerdo a su disponibilidad, sin embargo, algunos pacientes fueron captados al asistir a control médico. Posteriormente, se procedió con el diligenciamiento del consentimiento informado, iniciando con una entrevista estructurada abarcando datos sociodemográficos del paciente y finalizando con la aplicación de las escalas: Life Orientation Test-Reviewed (LOT-R), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS) y la escala de adherencia: Basel Assessment of Adherence Immunosuppression on Scale (BAASIS) para medir las variables anteriormente mencionadas.

Una vez recolectados los datos de los pacientes, se exportaron a Excel para la correspondiente validación y análisis de datos. Para esto, se realizó un análisis descriptivo, caracterizando la población estudio en cuanto a variables sociodemográficas, clínicas, psicológicas y sociales relacionadas con el trasplante renal; describiendo las variables categóricas por medio de porcentajes y las numéricas con medidas de tendencia central y dispersión. Además, se determinó la prevalencia de la no adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados renales en porcentajes. Luego de esto, se aplicaron análisis bivariados y multivariados según la naturaleza de los datos, tipo chi-cuadrado, Fisher, K-Wallis, U de Mann-Whitney o ANOVA, según correspondiera. Por último, se calculó el riesgo relativo para determinar la magnitud de la asociación entre las variables clínicas y los factores psicosociales (como variables independientes) y la no adherencia (como variable dependiente) medida a través del Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medication Scale (BAASIS).

## **Análisis de resultados**

Los análisis se desarrollaron teniendo en cuenta la adherencia como variable dependiente (medida con la escala BAASIS y en la cual con una sola respuesta diferente a “nunca”, el paciente era considerado como no adherente), y las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel de educación, tipo de población, departamento de residencia, régimen, presencia de tutela, condición de estar laborando actualmente, tipo de contratación y distancia en tiempo), clínicas (tipo de donante, tiempo de trasplante, comorbilidades y cantidad de comprimidos) y psicosociales (depresión, ansiedad, apoyo social y optimismo disposicional) como variables independientes.

En cuanto a la escala HADS para medir la depresión y la ansiedad en los pacientes con trasplante renal se utilizaron los puntos de corte descritos en la literatura (ausencia < 8, requiere consideración entre 8 y 10 y presencia relevante  $\geq 11$ ), realizando un análisis de Kruskal Wallis considerando la naturaleza ordinal de esta variable.

Para realizar el análisis de la escala MOS para medir el apoyo social se tuvo en cuenta un análisis inicial con prueba exacta de Fisher teniendo en cuenta los puntos de corte de la literatura (adecuado mayor o igual a 57 e inadecuado menor de 57), luego se realizó una regresión logística tomando el valor cuantitativo del MOS, encontrando un coeficiente de cambio significativo del MOS para adherencia. A pesar de que la regresión no es un modelo ideal para evaluar esta naturaleza de variables, pues la investigación cuenta con una variable dependiente de carácter cualitativa y dicotómica (adherencia), se observó una progresión estadística.

Con el fin de aplicar una prueba estadística adecuada según la naturaleza ordinal de las variables, se realizaron múltiples puntos de corte para la variable de apoyo social (MOS) y análisis de prueba exacta de Fisher para determinar el puntaje en el cual existía diferencia estadística significativa, pues el haber tomado cuartiles no garantizaba la significancia de la puntuación para su asociación con la no adherencia (Díaz, 2011), además que el propósito no se enfocaba en la distribución del comportamiento del MOS en la muestra. De esta manera, se encontró significancia respecto al punto de corte de 73 del MOS, replicándose el mismo procedimiento para las diferentes dimensiones de la escala. A continuación, se describe el tipo de prueba para el análisis de cada variable (Tabla 1).

Tabla 1. *Tipo de prueba utilizada para cada variable*

Variables sociodemográficas	Prueba bivariada
<b>Sociodemográficas</b>	
<i>Edad</i>	U de Mann Whitney
<i>Género</i>	Chi <sup>2</sup>
<i>Departamento de residencia</i>	Fisher
<i>Régimen</i>	Fisher
<i>Tutela</i>	Chi <sup>2</sup>
<i>Estado civil</i>	Fisher
<i>Nivel educativo</i>	Fisher
<i>Tipo de población</i>	Fisher
<i>Se encuentra laborando actualmente</i>	Chi <sup>2</sup>
<i>Tipo de contratación</i>	Fisher
<i>Distancia en tiempo</i>	Chi <sup>2</sup>
<b>Clínicas</b>	
<i>Tipo de donante</i>	Fisher
<i>Tiempo desde trasplante</i>	U de Mann Whitney
<i>Comorbilidades</i>	Fisher
<i>Cantidad de comprimidos</i>	U de Mann Whitney
<b>Psicológicas</b>	
<i>HADS ansiedad</i>	Kruskal Wallis
<i>HADS depresión</i>	Kruskal Wallis
<i>MOS</i>	Fisher/Kruskal Wallis
<i>LOT-R</i>	Fisher

Tabla 1. Tipo de prueba utilizada para cada variable  
 Tabla elaborada por los autores.

## Capítulo 7

### Resultados y Discusión

#### Resultados descriptivos

En cuanto a las variables sociodemográficas, se obtuvo información de un total de 112 pacientes de los cuales 66 pacientes eran de sexo masculino, mientras que los otros 46 eran de sexo femenino, lo que equivale al 59% y 41% respectivamente. De acuerdo con la edad, se encontró que 16 (14%) pacientes contaban con menos de 30 años, 33 (29%) pacientes se encontraban entre los 30-39, 26 (23%) entre los 40-49, 15 (13%) entre 50-59 y 22 (20%) contaban con igual o más de 60 años.

Al mismo tiempo, se evidenció que 80 (71%) sujetos residían en el departamento de Santander, otros 20 (18%) vivían en el departamento de Norte de Santander mientras que los 12 (11%) restantes residían en otros departamentos (como Cesar, Sucre, Arauca, Atlántico, Boyacá, La Guajira y Tolima). Por otro lado, se encontró que 97 (87%) pacientes vivían en zonas urbanas.

Por otra parte, se obtuvo que 75 pacientes equivalentes al 67% tenían régimen de salud subsidiado, 27 (24%) régimen contributivo y solo 10 pacientes (9%) contaban con un régimen especial, de los cuales 62 (55%) sujetos interpusieron tutela a su aseguradora para que atendieran su caso.

Al momento de la recolección de datos, 48 pacientes (43%) se encontraban laborando y 12 pacientes contaban con pensión (25 pacientes con edad para pensionarse según normatividad nacional) (Tabla 2).

Tabla 2. *Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas*

VARIABLES	112	%
No adherentes	61	54.5%
Edad		
<30 años	16	14%
30- 39 años	33	29%
40- 49 años	26	23%
50- 59 años	15	13%
igual o más de 60 años	22	20%
Sexo		
Femenino	46	41%
Masculino	66	59%
Departamento Residencia		
Santander	80	71%
Norte de Santander	20	18%
Otros	12	11%
Régimen		
Subsidiado	75	67%
Contributivo	27	24%
Régimen Especial (Ecopetrol, Policía, Docentes)	10	9%
Tutela		
Si	62	55%
Estado civil		
Casado o unión libre	65	58%
Soltero o viudo (a)	47	42%
Nivel educativo		
Primaria incompleta o analfabeta	10	9%
Primaria	41	37%
Secundaria	46	41%
Universitario y posgrado	15	13%
Tipo de población		
Urbano	97	87%
Rural	15	13%
Se encuentra laborando actualmente	48	43%
Distancia en tiempo hasta la FCV		
Menos de una hora	64	57%
Más de una hora	47	42%

Tabla elaborada por los autores.

Por otra parte, en cuanto a las variables clínicas, 103 (92%) pacientes contaban con injerto renal de tipo cadavérico mientras que tan solo 9 (8%) sujetos poseían injerto renal de donante vivo. El 50% de los pacientes tenían 3 años con 10 meses de haber sido trasplantados con un mínimo de 32 días y un máximo de 20 años. Además, se evidenció un promedio de 4 años con 4 meses y una desviación estándar de 3,9, dado al bajo número de pacientes (10 pacientes (9% del total de la muestra)) con un tiempo de trasplante mayor a los 10 años. 81 pacientes (72%) no presentaron comorbilidades adicionales a la patología renal (ya sea moderada o grave) y la comorbilidad más frecuente fue de 19 pacientes (17%) con diabetes mellitus, seguido por 13 pacientes (12%) con enfermedad cardiovascular obstructiva (infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica). Se encuentra que la mitad de los pacientes toman entre 4 y 7 medicamentos al día, siendo lo menos tomado un medicamento y el mayor valor de 13 medicamentos al día (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis descriptivo de las variables clínicas

VARIABLES	112	%
Tipo de donante		
<i>Cadavérico</i>	103	92%
<i>Vivo</i>	9	8%
Tiempo desde el trasplante (días)		
<i>Min</i>	32	
25%	287	
<i>Mediana</i>	1401	
75%	2339	
<i>Max</i>	7520	
Comorbilidades		
<i>Diabetes</i>	15	13%
<i>Enfermedad vascular periférica</i>	5	4%
<i>Infarto de miocardio</i>	5	4%
<i>Diabetes con lesión orgánica (renal, oftálmica o periférica)</i>	4	4%
<i>Enfermedad ulcerosa</i>	4	4%
<i>Enfermedad cerebro vascular</i>	3	3%
<i>Falla cardíaca congestiva</i>	3	3%
<i>Enfermedad pulmonar crónica</i>	2	2%
<i>Linfomas malignos</i>	1	1%
<i>Hemiplejia</i>	1	1%
Cantidad de comprimidos que toma al día		
<i>Min</i>	1	
25%	4	
<i>Mediana</i>	6	
75%	7	
<i>Max</i>	13	

Tabla elaborada por los autores.



Respecto a las variables psicológicas, 8 pacientes (7%) obtuvieron un valor de “presencia relevante” a la prueba de HADS para ansiedad, 18 (16%) con categoría de “requiere consideración” y 86 pacientes (77%) con “ausencia” de ansiedad. Ningún paciente presentó “presencia relevante” de depresión con la prueba de HADS, 6 pacientes (5%) fueron clasificados como “requiere consideración” y 106 (95%) tuvieron “ausencia” de depresión.

Por otro lado, 10 pacientes (9%) del total de la muestra presentaron una categoría de “inadecuado apoyo social” para la escala del MOS. Se encontraron 98 (88%) pacientes considerados con “apoyo emocional adecuado” y 14 (13%) pacientes con “insuficiente apoyo emocional”. Se observó un total de 105 (94%) pacientes con “adecuado apoyo instrumental” y 7(6%) con “insuficiente apoyo instrumental”. Se obtuvo 109 (97%) pacientes como “adecuado” y 3 (3%) con “insuficiente apoyo de interacción social”. 110 (98%) y 2 (2%) de los pacientes presentaron “adecuado” e “insuficiente apoyo afectivo” respectivamente.

En cuanto a la prueba LOT-R de optimismo disposicional fue categorizado como “pesimista” un paciente (1%), 5 pacientes (4%) fueron considerados como “neutros” y 106 pacientes (95%) fueron categorizados como “optimistas” (Tabla 4).

Tabla 4. *Análisis descriptivo de las variables psicosociales*

Escala	112	%
HADS Ansiedad		
<i>Ausencia</i>	86	77%
<i>Requiere consideración</i>	18	16%
<i>Presencia relevante</i>	8	7%
HADS Depresión		
<i>Ausencia</i>	106	95%
<i>Requiere consideración</i>	6	5%
<i>Presencia relevante</i>	0	0%
MOS		
<i>Adecuado</i>	103	92%
<i>Insuficiente</i>	9	8%
Apoyo emocional		
<i>Adecuado</i>	98	88%
<i>Insuficiente</i>	14	13%
Apoyo instrumental		
<i>Adecuado</i>	105	94%
<i>Insuficiente</i>	7	6%
Apoyo interacción social		
<i>Adecuado</i>	109	97%
<i>Insuficiente</i>	3	3%
Apoyo afectivo		
<i>Adecuado</i>	110	98%
<i>Insuficiente</i>	2	2%
LOT-R		
<i>Optimista</i>	106	95%
<i>Neutro</i>	5	4%
<i>Pesimista</i>	1	1%

Tabla elaborada por los autores.

## Resultados bivariados

Se realizó un análisis bivariado teniendo en cuenta la adherencia como variable dependiente (medida con la escala BAASIS y en la cual con una sola respuesta diferente a “nunca”, el paciente es considerado no adherente), y las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel de educación, tipo de población, departamento de residencia, régimen, presencia de tutela, condición de estar laborando actualmente, tipo de contratación y distancia en tiempo), clínicas (tipo de donante, tiempo de trasplante, comorbilidades y cantidad de comprimidos) y psicosociales (depresión, ansiedad, apoyo social y optimismo disposicional) como variables independientes.

En total se encontró que de los 112 pacientes evaluados, 51 fueron adherentes (45.5%) y 61 no adherentes (54.5%), lo cual se puede calcular al sumar el número de pacientes por categorías, por ejemplo: estado civil tiene 35 casados, 23 solteros y 3 viudos en la columna “no adherentes” ( $35+23+3 = 61$ ). En cuanto al análisis bivariado de las variables sociodemográficas solo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la edad para la condición de ser adherente a los medicamentos, en donde los pacientes de menor edad tendieron a ser menos adherentes teniendo en cuenta la distribución establecida para la variable (Tabla 2). Las otras variables sociodemográficas no presentaron diferencia significativa (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis bivariado de las variables sociodemográficas

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	No adherente	Adherente	p
Edad	40 <sup>a</sup> (20-75) <sup>b</sup>	46 <sup>a</sup> (22-73) <sup>b</sup>	0.016
Género (masculino)	36 (60%)	30 (58.8%)	0.900
Estado civil			0.402
<i>Casado o unión libre</i>	35 (53.9%)	30 (46.2%)	
<i>Soltero</i>	23 (52.2%)	21 (47.7%)	
<i>Viudo (a)</i>	3 (100%)	0	
Nivel Educativo			0.455
<i>Analfabeta</i>	0	1 (100%)	
<i>Primaria</i>	14 (50.0%)	14 (50.0%)	
<i>Primaria Incompleta</i>	3 (33.3%)	6 (66.7%)	
<i>Secundaria completa</i>	18 (64.3%)	10 (35.7%)	
<i>Secundaria Incompleta</i>	5 (38.4%)	8 (61.6%)	
<i>Técnico</i>	12 (66.7%)	6 (33.3%)	
<i>Universitario</i>	7 (58.3%)	5 (41.7%)	
<i>Posgrado</i>	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
Tipo Población			0.176
<i>Rural (Campo, vereda o corregimiento)</i>	6 (40.0%)	9 (60.%)	
<i>Urbana (Ciudad o cabecera municipal)</i>	55 (56.8%)	42 (43.3%)	
Departamento Residencia			0.954
<i>Santander</i>	44 (55%)	36 (45%)	
<i>Norte de Santander</i>	11 (55%)	9 (45%)	
<i>Otros</i>	6 (50%)	6 (50%)	
Régimen			0.605
<i>Contributivo</i>	16 (59.2%)	11 (40.8%)	
<i>Régimen Especial (Ecopetrol, Policía, Docentes)</i>	4 (40.0%)	6 (60.0%)	
<i>Subsidiado</i>	41 (54.6%)	34 (45.3%)	
Solicitud de Tutela	38 (62.33%)	24 (47.06%)	0.106
Se encuentra laborando actualmente	31 (64.5%)	17 (35.4%)	0.063
Tipo de contratación			0.144
<i>Ninguna (No labora)</i>	29 (46.7%)	33 (53.2%)	
<i>Propio (sin contrato)</i>	23 (58.9%)	16 (41%)	
<i>Salariado</i>	7 (77.7%)	2 (22.2%)	
<i>Prestación de servicios</i>	2 (100%)	0	
Distancia en tiempo			0.569
<i>Menos de una hora</i>	37 (56.9%)	28 (43.1%)	
<i>Más de una hora</i>	24 (40%)	23 (45.1%)	

<sup>a</sup> mediana, <sup>b</sup> rango. Edad (p=0.016)

Respecto a las variables clínicas se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo transcurrido desde el trasplante y la adherencia, siendo más adherentes las personas con menos tiempo de trasplante ( $p < 0.01$ ). No se encontró asociación entre tipo de donante, comorbilidades y número de comprimidos consumidos al día con la adherencia (Tabla 6).

Tabla 6. *Análisis bivariado de las variables clínicas*

VARIABLES CLÍNICAS	No adherente	Adherente	<i>p</i>
Tipo de donante			0.51
<i>Vivo</i>	6 (9.8%)	3 (5.8%)	
<i>Cadavérico</i>	55 (90.1%)	48 (94.1%)	<0.01
Tiempo desde trasplante (años)	4.5 <sup>a</sup> (0.2-20.6) <sup>b</sup>	1.4 <sup>a</sup> (0.1-12.8) <sup>b</sup>	
Comorbilidades			
<i>Diabetes</i>	7 (11.5%)	12 (23.5%)	0.13
<i>Enfermedad vascular periférica</i>	5 (8.2%)	2 (4%)	0.45
<i>Infarto de miocardio</i>	1 (1.6%)	4 (7.8%)	0.18
<i>Diabetes con lesión orgánica (renal, oftálmica o periférica)</i>	2 (3.3%)	2 (3.9%)	1
<i>Enfermedad ulcerosa</i>	2 (3.3%)	2 (3.9%)	1
<i>Enfermedad cerebro vascular</i>	2 (3.3%)	1 (1.9%)	1
<i>Falla cardiaca congestiva</i>	1 (1.6%)	2 (3.9%)	0.59
<i>Enfermedad pulmonar crónica</i>	2 (3.3%)	0	0.50
<i>Linfomas malignos</i>	1 (1.6%)	0	1
<i>Hemiplejia</i>	1 (1.6%)	0	1
Cantidad de Comprimidos (número de tabletas al día)	5 (1-13)	6 (2-10)	0.45

<sup>a</sup> mediana, <sup>b</sup> rango. Tiempo de trasplante ( $p < 0.01$ )

En cuanto a las variables psicológicas, se encontró una asociación estadísticamente significativa en el HADS ansiedad siendo menos adherentes las personas pertenecientes al grupo de “requiere consideración” y “presencia relevante”. En el MOS presentaban mayor adherencia los pacientes con un puntaje total mayor de 72. En

cuanto a las dimensiones del MOS se encontraron diferencias en todas menos en la dimensión afectiva. No se encontró asociación entre el HADS depresión y LOT-R para adherencia al tratamiento médico (Tabla 7).

Tabla 7. *Análisis bivariado de las variables psicosociales*

Variables psicológicas	No adherente	Adherente	<i>p</i>
HADS ansiedad			0.007
<i>Ausencia</i>	41 (47.7%)	45 (52.3%)	
<i>Requiere consideración</i>	13 (72.2%)	5 (27.8%)	
<i>Presencia relevante</i>	7 (87.5%)	1 (12.5%)	
HADS depresión			0.146
<i>Ausencia</i>	56 (52.8%)	50 (47.2%)	
<i>Requiere consideración</i>	5 (83.3%)	1 (16.7%)	
<i>Presencia relevante</i>	-	-	-
MOS			
<i>Total</i>			0.018
= $<72$	17 (77.3%)	5 (22.7%)	
> $>72$	44 (48.9%)	46 (51.1%)	
<i>Emocional</i>			0.042
= $<28$	19 (73.1%)	7 (26.9%)	
> $>28$	42 (48.8%)	44 (51.2%)	
<i>Instrumental</i>			0.016
= $<14$	14 (82.4%)	3 (17.7%)	
> $>14$	47 (49.5%)	48 (50.5%)	
<i>Interacción social</i>			0.042
= $<16$	19 (73.1%)	7 (26.9%)	
> $>16$	42 (48.8%)	44 (51.2%)	
<i>Afectivo</i>	-	-	
LOT-R ( <i>Optimismo</i> )	15 (7-15)	15 (7-15)	0.128
LOT-R ( <i>Pesimismo</i> )	7 (3-14)	7 (3-14)	0.233

Tabla elaborada por los autores. HADS ansiedad ( $p=0.007$ ), MOS ( $p=0.018$ )

Al análisis bivariado de variables psicológicas, discriminando estas en variables por los rangos descritos en la literatura, y adherencia a medicamentos se encontró que existe diferencia significativa en la escala HADS para ansiedad ( $p=0.007$ ), las otras variables, HADS para depresión, MOS y LOT-R no presentaron significancia (Tabla 8).

Tabla 8. *Variables psicosociales*

VARIABLES PSICOSOCIALES	No adherente	Adherente	<i>p</i>
HADS Ansiedad			
<i>Ausencia</i>	41 (47.6%)	45 (52.3%)	0.007
<i>Requiere consideración</i>	13 (72.2%)	5 (27.7%)	
<i>Presencia relevante</i>	7 (87.5%)	1 (12.5%)	
HADS Depresión			
<i>Ausencia</i>	56 (52.8%)	50 (47.1%)	0.1462
<i>Requiere consideración</i>	5 (83.3%)	1 (16.6%)	
<i>Presencia relevante</i>	0	0	
MOS			0.7139
<i>Adecuado</i>	55 (53.4%)	48 (46.6%)	
<i>Insuficiente</i>	6 (66.6%)	3 (33.3%)	
LOT-R			0.5592
<i>Optimista</i>	57 (53.7%)	49 (46.2%)	
<i>Neutro</i>	4 (80%)	1 (20%)	
<i>Pesimista</i>	0	1 (100%)	

Tabla elaborada por los autores. HADS ansiedad ( $p=0.007$ )

## **Discusión**

Este estudio tuvo como objetivo general describir la relación entre las variables clínicas, los factores psicosociales y la adherencia del tratamiento inmunosupresor en pacientes con trasplante renal de la Fundación Cardiovascular de Colombia. Como objetivos específicos se plantearon: evaluar el nivel de adherencia al tratamiento inmunosupresor, caracterizar la población en cuanto variables sociodemográficas, clínicas, psicológicas y sociales en relación con el trasplante renal y establecer la prevalencia de la adherencia en la muestra estudiada. Lo anterior se pudo cumplir por medio de una revisión bibliográfica, la búsqueda y aplicación de los instrumentos, la metodología y el análisis de resultados.

En cuanto al nivel de adherencia al tratamiento inmunosupresor, se evidenció que un poco más de la mitad de los pacientes no señalaron ser adherentes. En relación con las características de la población, se encontró que la edad tiene una asociación significativa a la adherencia, en donde los pacientes con menor edad mostraron ser menos adherentes que los pacientes de mayor edad. Estos resultados se asemejan a lo investigado por Griva, Davenport, Harrison y Newman (2012) quienes examinaron la no adherencia a los medicamentos inmunosupresores en 218 pacientes con trasplante renal (TR), encontrando que la falta de adherencia fue mayor en los pacientes más jóvenes. Asimismo, Chisholm et al. (2012) al evaluar los factores relacionados a la adherencia al medicamento inmunosupresor en una muestra de 512 pacientes de TR, descubrieron que existe una significancia entre la edad y la adherencia, en donde los pacientes con mayor edad marcaron ser más adherentes que los pacientes con menor edad. Además, se concuerda



con la investigación de Gremigni et al. (2007), cuyos resultados indicaron que la edad es un predictor de la adherencia, señalando que los pacientes más jóvenes son menos propensos a adherirse que los mayores. De igual manera, Zhu et al. (2017) concluyeron que los pacientes con edades más jóvenes corren el riesgo de ser menos adherentes.

Con relación al tiempo de trasplante, los resultados de este estudio indicaron que los pacientes con mayor tiempo de haber sido trasplantados presentaron ser menos adherentes frente aquellos que tienen un menor tiempo. Lo anterior se asemeja a la investigación de Fernández, López, Miranda y Matesanz (1998), quienes evaluaron la adhesión al tratamiento en 1.353 pacientes trasplandados, encontrando que existe mayor incumplimiento al tratamiento en los receptores que tienen más de cinco años de haber transcurrido el trasplante del injerto. Dos décadas después de la investigación mencionada, parece que esta variable sigue influyendo en la adherencia ya que, según Zhu et al. (2017), concuerda que a más tiempo después del trasplante aumenta el riesgo de no ser constante en la toma de la medicación.

De igual forma, Abedini, Goransson, Cockburn, Kilany y Holdaas (2018) indicaron en su investigación que la adherencia tiende a disminuir conforme al aumento de tiempo después del trasplante, cuyo promedio osciló entre los cuatro años después de haber recibido el injerto. Además, Chisholm, Lance y Mulloy (2005) en su estudio concluyeron que el tiempo transcurrido desde el trasplante es un factor que se relaciona estrechamente con la adherencia al tratamiento inmunosupresor.

De igual forma, Chisholm, Kwong, Mulloy y Spivey (2008), señalaron que el tiempo postrasplante es un factor predictor significativo de la adherencia. Por su parte,

Jindal et al. (2009) concordaron que los pacientes que poseen más tiempo con trasplante presentan mayor asociación a ser no adherentes al tratamiento. En efecto, este fenómeno pareciera influir en pacientes con otros tipos de enfermedades crónicas, ya que en un estudio realizado por Germani et al. (2011) sobre los comportamientos no adherentes de 218 pacientes con diferentes tipos de trasplantes, se descubrió que el riesgo de insuficiencia o falta de adherencia a los regímenes médicos tiende a aumentar con el tiempo transcurrido desde el trasplante; a su vez, afirman que este comportamiento parece deberse a la psicología del paciente y su estado emocional.

Por otra parte, en cuanto a la ansiedad, se observó que a menor sintomatología los pacientes tienden a ser más adherentes. Esto tiene concordancia con Cukor, Cohen, Peterson y Kimmel (2007), que afirman que la ansiedad no solo influye en la adherencia, sino que también afecta la calidad de vida de los pacientes. De igual forma, Cárdenas (2008) en su estudio, manifestó que la ansiedad es uno de los trastornos psicológicos más comunes que no sólo se presenta en población adulta, sino que también en pacientes pediátricos y que está estrechamente relacionada a la adherencia al tratamiento.

Mientras tanto, Krauskopf (2017) en su trabajo sobre la evaluación psiquiátrica realizada en pacientes de varios tipos de trasplante, descubrieron que la ansiedad influye en los pacientes con injerto renal antes, durante y después del procedimiento quirúrgico, lo que afecta la adherencia y el bienestar tanto del paciente como el de su familia. Dicho lo anterior, se podría decir que la ansiedad actúa como un factor de riesgo en cuanto a la adherencia al tratamiento inmunosupresor. De acuerdo a esto, Ruiz (2013) asegura que los pacientes que presentan ansiedad, como se encuentran en un estado de salud

deteriorado, creen que la medicación no va a tener efecto en ellos y, por tanto, pierden el interés en el cumplimiento de la toma de su medicamento.

Respecto a la variable de depresión, estudios en donde utilizaron el Inventario de Depresión de Beck para medir depresión (Griva et al., 2012; Huertas et al., 2014; Rojas et al., 2017; García y Calvanese, 2008), demostraron que este factor se encuentra presente tanto en pacientes con insuficiencia renal crónica como en aquellos que poseen un injerto de órgano sólido, además de estar relacionado y que influye de manera negativa en la adhesión al tratamiento médico. Asimismo, Páez, Jofré, Azpiroz y De Bortoli (2009) mencionaron que la depresión en pacientes con ERC se encuentra estrechamente relacionada con la no adherencia, lo que genera un deterioro significativo en la salud y aumento potencial de mortalidad a causa de la pérdida del injerto.

Sin embargo, los resultados de este estudio indicaron que no hubo significancia entre depresión y adherencia al tratamiento. De esta manera, los datos se mostraron por distribución, en donde la poca presencia de depresión no estuvo significativamente relacionada con la adherencia, aunque en porcentaje muestra una diferencia; si bien hubo una tendencia descriptiva, no se pudo confirmar por técnica estadística. Lo anterior se asemeja a los resultados descritos en la investigación de Weng, Chandwani, Kurtyka, Zacker, Chisholm y Demissie (2013), quienes al evaluar depresión con la escala HADS y cruzarla por modelos multivariados, no encontraron significancia respecto a la adherencia al tratamiento. De igual manera, Russell et al. (2013) en su trabajo confirman que no se halló significancia entre estas dos variables.

No obstante, para intentar explicar la diferenciación de los resultados obtenidos respecto a los mencionados en literatura, se tuvieron que tener en cuenta las investigaciones que evaluaron los síntomas depresivos con el Inventario de Depresión de Beck y que obtuvieron significancia estadística, por lo que se podría decir que este instrumento presenta poca discriminación de síntomas solapados en el contexto hospitalario, puntuando una depresión sobre diagnosticada, mientras que la Escala HADS es más sensible para medir depresión hospitalaria, lo que permite una mejor discriminación de los síntomas.

Por otro lado, en diversos estudios se ha evidenciado cómo la variable de apoyo social favorece el tratamiento del paciente renal y su adherencia a la medicación, conllevando a mejores resultados a nivel clínico. De acuerdo a la investigación realizada por Garay et al. (2016), y teniendo en cuenta las dimensiones de la escala aplicada para medir apoyo social (MOS), se encontró que hubo una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al apoyo emocional que reciben los pacientes con ERC a diferencia del apoyo afectivo, que no fue significativo. Estos resultados se asemejan a los hallados en el presente estudio, teniendo en cuenta que el MOS en general y sus dimensiones tuvieron una diferencia estadísticamente significativa a excepción de la dimensión afectiva, lo que evidencia que los pacientes recurren en mayor medida a personas que puedan brindar apoyo de tipo informativo (consejos y asesoramiento), que a aquellas que les brindan afecto.

Asimismo, en el estudio llevado a cabo por Carrillo, Pelcastre, Salinas, Arenas y López (2017) en pacientes renales (con o sin terapia de reemplazo renal), se halló un

apoyo social total adecuado, con mayor frecuencia en la dimensión emocional. Lo anterior también se asemeja a los resultados encontrados por Huahuachampi y Pérez (2016) donde se observó que existe relación estadísticamente significativa entre el apoyo social (en todas sus dimensiones) y la adherencia terapéutica en personas con ERC sometidos a hemodiálisis, dado a que mientras mayor sea el apoyo mejor será la adherencia.

En cuanto respecta a la variable de optimismo disposicional, Costa et al. (2014) aseguran de que esta variable actúa como elemento determinante y que, además se encuentra positivamente relacionado al tipo de estrategia de afrontamiento y adaptación frente a enfermedades crónicas que, en función de manera conjunta, ayuda a tener una buena adherencia al tratamiento. Sin embargo, a pesar de que más de la mitad de la muestra mostró ser optimista (resultados descriptivos), no se pudo demostrar una diferencia significativa con la adherencia. Este comportamiento se ha visto reflejado en la investigación de Whittaker (2013) en pacientes con cardiopatías, en donde no se observó ninguna relación entre el optimismo y la adherencia a la medicación. Pareciera que la falta de relación entre el OD y la adherencia se debiera a que el OD se asocia más a las estrategias de afrontamiento que emplea el paciente para hacer frente a la situación, siendo estas últimas, factores que posiblemente influyan en la adherencia (Martínez, Reyes, García y Gonzáles, 2006; Morales et al., 2011; Costa et al., 2014; Luque, López, Torollo y Crespo, 2014; Avvenuti, Baiardini y Giardini, 2016).

Entre tanto, se observó que existen factores tanto clínicos como psicosociales que influyen significativamente en la adherencia al tratamiento. A pesar de que en este

estudio los resultados arrojados respecto a la depresión discreparon en cuanto a lo que comúnmente se encuentra en la literatura, se podría suponer que esto se debió a que en la mayoría de estudios se usaron escalas distintas a las empleadas en esta investigación para la evaluación de la depresión, lo que pudo haber influido en cuanto la detección de los síntomas por parte del instrumento. Sin embargo, se halló concordancia con las otras variables estudiadas respecto a resultados de investigaciones encontradas en la literatura en las áreas de la medicina, psicología y psiquiatría.

Por último, de acuerdo con lo que concluyen De Pasquale et al. (2016) la adherencia al tratamiento prescrita es fundamental para la supervivencia del injerto renal, es por esto que, para un buen manejo del tratamiento, es necesario comprender las experiencias personales de los pacientes, sus creencias sobre la enfermedad, la percepción del estado de salud y el estado de ánimo, con el propósito de identificar posibles obstáculos que puedan hacer que los pacientes no cumplan con el tratamiento. De esta manera, se consideró que el estudio de las variables que inciden en el comportamiento de no adherirse al régimen de tratamiento podría proporcionar sugerencias para el apoyo psicológico y el tratamiento psiquiátrico.

### **Limitaciones**

Por otra parte, cabe mencionar que, al momento de la evaluación, se observó conveniente la adecuación de un espacio adaptado para la aplicación del instrumento debido a que se discutieron temas muy personales del paciente; un lugar silencioso y privado en donde el paciente se sienta cómodo al expresarse. Se contempla que la falta de un espacio idóneo pudo haber limitado el estudio en el momento de realizar algunas

aplicaciones del instrumento, puesto que se ejecutaron en una sala de espera que, al ser un espacio público, pudo haber impactado la disposición del paciente para suministrar la información.

Como otras limitaciones del estudio a nivel metodológico, se encontró que los pacientes evaluados pertenecían a la Unidad de Trasplante de una sola institución (FCV), por lo que no es posible generalizar los resultados y así, se sugiere que sean puestos en contexto. Sin embargo, estos proporcionan una visión general sobre la depresión, la ansiedad, el optimismo disposicional y el apoyo social percibido en los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a trasplante renal; información útil para el establecimiento de una ruta de atención al paciente.

Finalmente, se concluyó que la adherencia puede estar influenciada por otras variables que no se consideraron en el presente estudio, y que posiblemente pudieron ser de gran importancia en el momento de realizar los análisis; por ejemplo, las estrategias de afrontamiento y rasgos de la personalidad. Debido a la complejidad de la adherencia, las escalas empleadas no permitieron profundizar en aspectos como el estado de ánimo del paciente, sus redes de apoyo, etc.; lo que se presenta como una limitación y recomendación para futuras investigaciones. Por esto, se sugiere tener en cuenta una evaluación cualitativa que permita la aportación de otro tipo de información, ya que en este estudio cuantitativo los datos fueron muy limitados y concretos.

## Capítulo 8

### Conclusiones y Recomendaciones

En el presente estudio se logró dar cumplimiento a los objetivos tanto general como específicos, así como dar respuesta a la pregunta de investigación. Por tanto, se podría decir que la adherencia al tratamiento inmunosupresor es de gran importancia para la supervivencia del injerto renal, sin embargo, existen factores sociodemográficos como la edad; factores clínicos como el tiempo transcurrido desde el trasplante; y factores psicosociales como la ansiedad, que son considerados como factores de riesgo que inciden en que el paciente no sea adherente al tratamiento.

De esta manera, dentro de las variables sociodemográficas, se encontró relación entre la edad y la adherencia al tratamiento en donde los pacientes con menos edad fueron menos adherentes. En lo que respecta a las variables clínicas, se evidenció una relación entre el tiempo transcurrido desde el trasplante y la adherencia, siendo más adherentes las personas con menos tiempo de haber sido trasplantadas. También, se demostró que hay una asociación entre la ansiedad y la adherencia, siendo menos adherentes las personas pertenecientes al grupo de “requiere consideración” y “presencia relevante” de la escala HADS.

Por otra parte, a pesar de que no se evidenció una presencia significativa de la depresión en la muestra evaluada, se encontró conveniente la elaboración del DEPSIC, dado a que estudios previos han señalado que la depresión es uno de los síntomas más comunes en pacientes con ERC. Además, se ha evidenciado que las enfermedades



crónicas como la ERC tienen mayor riesgo suicida; lo que indica una atención permanente por parte de los profesionales de la salud ante síntomas depresivos que pueden llevar al paciente a atentar contra su vida. De esta manera, se consideró que el DEPSIC podría actuar como un protocolo para la detección temprana y atención a la depresión, ya que los pacientes de la Unidad de Trasplante pueden llegar a presentar esta sintomatología.

Dado a que son pocas las investigaciones en el área de la psicología clínica y de la salud dirigidas a abordar la influencia de factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes con trasplante renal, se recomienda una mayor participación investigativa en esta área como también, desarrollar estudios en los cuales se evalúen estrategias de afrontamiento en la misma población.

### Lista de referencias

- Abedini, S., Goransson, L., Cockburn, E., Kilany, S., y Holdaas, H. (2018).  
Immunosuppression Adherence in Stable Kidney Transplant Patients Converted From  
Immediate- to Prolonged-Release Tacrolimus in Clinical Practice: A Norwegian  
Study. *Transplantation Direct*, 4(2), 1-7. doi: 10.1097/TXD.0000000000000755
- Ahumada, R., Castillo, L., Muñoz, B. y Moruno, M. (2005). Validación del cuestionario  
MOS de apoyo social en atención primaria. *Medicina de Familia*, 6(1), 10-18.
- Alarcón, C., Hernández, L., Argüelles, V. y Campos, Y. (2017). Apoyo social y su  
asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes. *Revista de  
Psicología*, 23(1), 111-121.
- Alba, M. (2017). *Adherencia al Tratamiento de Medicamentos Inmunosupresores y su  
Asociación con el Rechazo al Injerto en Pacientes con Trasplante Renal realizado en  
Bogotá en Colombiana de Trasplantes en el año 2013* (Tesis de maestría).  
Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Avvenuti, G., Baiardini, I., y Giardini, A. (2016). Optimism's Explicative Role for  
Chronic Diseases. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-9.
- Cantarero, I., López, M., Torollo, I. y Crespo, R. (2014). Evaluación del optimismo  
disposicional en pacientes en hemodiálisis y su relación con las complicaciones.  
*Enfermería Nefrológica*, 17(4), 261-268.

- Cárdenas, A. (2011). La ansiedad como factor de riesgo en la adherencia al tratamiento dialítico en pacientes pediátricos con falla renal crónica estadio V. Una mirada desde las diferentes terapias de reemplazo renal. *Revista Vanguardia Psicológica*, 2(1), 102-126.
- Carrillo, M., Pelcastre, B., Salinas, G., Durán, L. y López, M. (2017). Empoderamiento y apoyo social en pacientes con enfermedad renal crónica: estudio de caso en Michoacán, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, 1-8.
- Chisholm, M., Lance, C. y Mulloy, L. (2005). Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. *American Society of Health-System Pharmacists*, 62, 1775-1781.
- Chisholm, M., Pinsky, B., Parker, G., Johnson, P., Arcona, S., Buzinec, P., ... Cooper, M. (2012). Factors related to immunosuppressant medication adherence in renal transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 26(5), 706-713.
- Chisholm, M., Kwong, W., Mulloy, L y Spivey, C. (2008). Nonmodifiable characteristics associated with nonadherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. *American Society of Health-System Pharmacists*, 65, 1242-1247.
- Costa, G., Cantarell, M., Parramon, G. y Serón, D. (2014). Optimismo disposicional y estrategias de afrontamiento en pacientes con trasplante renal. *Nefrología*, 34(5), 605-610.

Cuenta de Alto Costo. (2017). Situación del trasplante renal en Colombia 2015.

Recuperado de

[https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion\\_del\\_Trasplante\\_Renal\\_en\\_Colombia\\_2015.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion_del_Trasplante_Renal_en_Colombia_2015.pdf)

Cuenta de Alto Costo. (2017). Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus en Colombia 2016. Recuperado de

[https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion\\_ERC\\_HA\\_DM\\_Colombia\\_2016.pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion_ERC_HA_DM_Colombia_2016.pdf)

Cukor, D., Cohen, S., Peterson R. y Kimmel, P. (2007). Psychosocial Aspects of Chronic Disease: ESRD as a Paradigmatic Illness. *Journal of the American Society of Nephrology*, 18, 3042-3055.

Cukor, D., Newville, H., y Jindal, R. (2008). Depression and immunosuppressive medication adherence in kidney transplant patients. *General Hospital Psychiatry*, 30, 386-389.

Daza, I. (2015). *Evaluación de los factores relacionados a la no adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes en pos trasplante renal en la Fundación Cardiovascular de Colombia* (Tesis de grado). Universidad de Santander UDES, Bucaramanga, Colombia.

De las Cuevas, C., García, A. y González, A. (2012). Hospital Anxiety and Depression Scale y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 126-130.

- De Pasquale, C., Veroux, M., Fornaro, M., Sinagra, N., Basile, G., Gozzo, C., ... Pistorio, M. (2016). Psychological perspective of medication adherence in transplantation. *World J Transplant*, 6(4), 736-742.
- De Pasquale, C., Veroux, M., Indelicato, L., Sinagra, N., Giaquinta, A., Fornaro, M., ... Pistorio, M. (2014). Psychopathological aspects of kidney transplantation: Efficacy of a multidisciplinary team. *World J Transplant*, 4(4), 267-275.
- Díaz, J. (2011). *Guía Práctica del Curso de Bioestadística Aplicada a las Ciencias de la Salud*. Madrid, España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- DiMatteo, R., Lepper, H. y Croghan, T. (2000). Depression is a risk for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med*, 160, 2101-2107.
- Durán, M., Lope, T., Del Pino, M., Chicharro, M., y Matilla, E. (2012). Adherencia al tratamiento inmunosupresor en el paciente adulto con trasplante renal. *Enfermería Nefrológica*, 15(4), 300-305.
- Fernández, M., López, J., Miranda, B. y Matesanz, R. (1998). Adhesión al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. Estudio multicéntrico español. *Nefrología*, 18(4), 316-325.
- Ferrando, P., Chico, E., y Tous, J. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-680.

- Flores, J., Alvo, M., Borja, H., Morales, J., Vega, J., Zúñiga, C., Müller, H., y Münzenmayer, J. (2009). Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. *Revista médica de Chile*, 137(1), 137-177.
- Garay, J., Moysén, A., Balcazar, P., Gurrola, G., Estrada, E. y Villaveces, M. (2016). Apoyo social en pacientes con insuficiencia crónica. En *Psiquiatria.com. XVII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*. Interpsiquis.
- García, H. y Calvanese, N. (2008). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Psicología y Salud*, 18(1), 5-15.
- García, J., López, E., y Ojeda, 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.
- Germani, G., Lazzaro, S., Gnoato, F., Senzolo, m., Borella, V., Rupolo, G., Cillo, U., Rigotti, P., ... Burra, P. (2011). Nonadherent Behaviors After Solid Organ Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 43, 318–323.
- Gremigni, P., Bacchi, F., Turrini, C., Cappelli, G., Albertazzi, A., y Bitti, P. (2007). Psychological factors associated with medication adherence following renal transplantation. *Clinical Transplantation*, 21(6), 710-715.
- Griva, K., Davenport, A., Harrison, M. y Newman, P. (2012). Non-adherence to Immunosuppressive Medications in Kidney Transplantation: Intent Vs. Forgetfulness

and Clinical Markers of Medication Intake. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(1), 85-93.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F, México: McGraw-Hill.

Hiricare, T., Rodríguez, A., García, M., Buset, N., Rodríguez, F., Parodis y Rodríguez, J. (2012). Progresión de la enfermedad renal crónica: prevalencia de ansiedad y depresión en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Nefrología*, 32(3), 397-399.

Huahuachampi, M. y Pérez, H. (2016). *Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

Huertas, M., Pérez, R., Albalate, M., Sequera, P., Ortega, M., Puerta, M., Corchete, E. y Alcáza, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología*, 34(6), 737-742.

Jiménez, T., Murgui, S. y Musitu, G. (2005). Familia, apoyo social y conducta delictiva en la adolescencia: efectos directos y mediadores. *Anuario de Psicología*, 36(2), 181-195.

Jindal, R., Neff, R., Abbott, K., Hurst, F., Elster, E., Falta, E., ... Cukor, D. (2009). Association Between Depression and Nonadherence in Recipients of Kidney Transplants: Analysis of the United States Renal Data System. *Transplantation Proceedings*, 41, 3662-3666.

- Kamran, F. y Schaw, C. (2017). Perceived health status and life orientation (optimism) after renal transplantation. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 32(1), 77-95.
- Krauskopf, V. (2017). Evaluación Psiquiátrica en Trasplantes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 849-854.
- Londoño, N., Rogers, H., Castilla, J., Posada, S., Ochoa, N., Jaramillo, M. y Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del Cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Lopera, M. (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(30), 212-233.
- Luque, I., López, M., Torollo, I. y Crespo, R. (2014). Evaluación del optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su relación con las complicaciones. *Enfermería Nefrológica*, 17(4), 261-268.
- Maldonado, J., Dubois, H., Evonne, D., Sher, Y., Lolak, S., Jameson, D. y Witten, D. The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation (SIPAT): A new tool for the psychosocial evaluation of pre-transplant candidates. *Psychosomatics*, 53(2), 123-132.
- Márcia, S., Braido, N., Ottaviana, A., Gesualdo, G., Zazzetta, M. y Orlandi, F. (2016). Apoyo social de los adultos y ancianos con insuficiencia renal crónica en diálisis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, 1-7.



- Martínez, M., García, M. y Maya, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13(4), 605-610.
- Martínez, A., Reyes, G., García, A. y Gonzáles, M. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Mena, A., Barragán, A. y Gómez, L. (2014). Factores sociodemográficos y psicosociales asociados a la adherencia a la medicación postrasplante renal en pacientes adultos. *Evidencia Médica e Investigaciones en Salud*, 7(4), 162-168.
- Morales, A., Arenas, M., Reig, A., Álvarez, F., Malek, T., Moledous, A., Gil, M. y Cotilla, E. (2011). Optimismo disposicional en pacientes en hemodiálisis y su influencia en el curso de la enfermedad. *Revista Nefrología*, 31(2), 199-205.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2014). Crece el número de enfermos renales entre los mayores de 60 años con diabetes e hipertensión. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9379%3A204-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9379%3A204-kidney-disease-rising-among-seniors-diabetes-hypertension&Itemid=1926&lang=es)
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2015). La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10542%3](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3)

A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es

Perdomo, A. (2014). *Relaciones entre resiliencia, apoyo social, estrés, ansiedad y depresión sobre la calidad de vida de cuidadores informales de personas con Alzheimer* (tesis de grado). Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia.

Páez, A., Jofré, M., Azpiroz, C., y De Bortoli, M. (2009). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Universitas Psychologica*, 8(1), 117-124.

Ponce, J., Velázquez, A., Márquez, E., López, L. y Bellido, M. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería*, 18(4), 224-228.

Ramis, T., García, Montserrat., Forcé, E., Basilio, A. y Julve, M. (2012). No adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados renales entre pacientes no dializados y pacientes sometidos previamente a diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 15(1), 183.

Rodríguez, T. y 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.

Rojas, Y., Ruíz, A., y Gonzáles, R. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-13.

- Ruiz, M. (2013). La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. *Enfermería Nefrológica*, 16(4), 258-270.
- Russell, C., Ashbaugh, C., Peace, L., Cetingok, M., Hamburger, K., Owens, S., ... Wakefield, M., (2013). Time-in-a-bottle (TIAB): a longitudinal, correlational study of patterns, potential predictors, and outcomes of immunosuppressive medication adherence in adult kidney transplant recipients. *Clinical Transplantation*, 27, 580-590.
- Sánchez, M. (2016). *Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014* (Tesis de especialización). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Vega, O. y González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16, 1-11.
- Weng, F., Chandwani, S., Kurtyka, K., Zacker, C., Chisholm, M., y Demissie, K. (2013). Prevalence and correlates of medication non-adherence among kidney transplant recipients more than 6 months post-transplant: a cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 14, 1-10.
- Whittaker, K. (2013). *The Effect of Dispositional Optimism on Health Outcomes in Patient with Heart Failure* (tesis doctoral). Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland, United States of America.

Zhu, Y., Zhou, Y., Zhang, L., Zhang, J. y Lin, J. (2017). Efficacy of interventions for adherence to the immunosuppressive therapy in kidney transplant recipients: a meta-analysis and systematic review. *Journal of Investigative Medicine*, 0, 1-8.

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

ID: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

La Fundación Cardiovascular de Colombia y el Programa de Trasplante Renal, se encuentran llevando a cabo el proyecto “EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DE LA FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA”, el cual es un estudio que tiene como objetivo general “Evaluar el nivel de adherencia y no adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes trasplantados renales de la Fundación Cardiovascular de Colombia en relación a los factores psicosociales”.

Dado que la Fundación Cardiovascular de Colombia es una institución especializada en el manejo de pacientes trasplantados, se desea conocer el nivel de cumplimiento al tratamiento farmacológico inmunosupresor y las barreras, problemas y factores asociados que presentan los pacientes trasplantados renales cuando no pueden cumplir el tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta que la no adherencia o la falta de cumplimiento a los medicamentos inmunosupresores es una de las principales causas de envejecimiento del injerto renal y rechazo que puede llevar a la pérdida del mismo. Para el estudio se requerirá realizar preguntas de tipo personal, familiar, clínica y social, por lo que solicitamos su consentimiento para poder registrar la información suministrada por los pacientes y estudiar cómo podemos ayudar en la creación de estrategias e intervenciones que busquen optimizar la adherencia a los medicamentos inmunosupresores.

Al inicio del estudio usted será evaluado por una enfermera profesional o practicantes de psicología, con el fin de llenar un formulario dirigido con información concerniente a sus datos personales, antecedentes médico y familiares. La información suministrada será completamente privada y confidencial, no se compartirá ni con las EPS ni con las áreas administrativas de la Fundación Cardiovascular de Colombia; será manejada solo por el área de investigación, se analizará de manera poblacional (nunca individual) y por razones de ley y ética siempre se respetará la confidencialidad de sus datos. Se pedirá información referente a su tratamiento, horarios de tomas, antecedentes, redes de apoyo, inconvenientes con las entidades aseguradoras, personales, síntomas de enfermedad, consumo de licor y sustancias psicoactivas. Este estudio no contempla toma de muestras, no requiere pruebas de laboratorio ni intervención alguna, por lo que no generará ningún tipo de lesión ni daño físico o mental.

Toda la información obtenida en este estudio será únicamente para evaluar la condición de los pacientes trasplantados renales de la FCV, y los resultados no serán publicados de manera personalizada o individualizada, las publicaciones corresponderán sólo a datos poblacionales.

Su participación en esta actividad es totalmente voluntaria y la institución no tomará ninguna represalia o discriminación si usted decide no participar, o aún si accede a participar puede sentirse libre de pedir que sus datos no sean tenidos en cuenta y que sean eliminados en cualquier momento.

Este estudio no ofrece ninguna retribución económica, por lo que usted no recibirá ninguna remuneración, pero su participación no representará ningún gasto para usted.

En caso de cualquier duda puede dirigirse a la Enfermera de Programa Lic. Ingrid Daza Vanegas, al Coordinador Médico del Programa de Trasplante Renal: Dr. Juan Sebastian Gelvez ó al presidente del Comité de Ética en Investigaciones, el Dr. Evaristo José Vega Fernández al celular 316-2332808 y se le entregará una copia de este consentimiento informado.

#### **DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE**

Declaro que he leído, comprendido, se me ha explicado tanto el objetivo como las dudas respecto al presente estudio y estoy dispuesto a participar en la investigación "EVALUACIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA Y NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES DE LA FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA" que tiene como objetivo general "Evaluar el nivel de adherencia y no adherencia al tratamiento inmunosupresor de los pacientes trasplantados renales de la Fundación Cardiovascular de Colombia en relación a los factores psicosociales". Dadas las condiciones del presente consentimiento informado, autorizo al personal de la FCV designado en el estudio para realizarme la entrevista, guardar y analizar los datos obtenidos.

Adaptado de Daza, 2015.

#### ***PARTICIPANTE***

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Cédula N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

#### ***TESTIGOS***

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Cédula N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Cédula N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

#### ***INVESTIGADORES***

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Cédula N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Cédula N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Cédula N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

**Anexo 2. Instrumento de recolección de datos**

# INSTRUMENTO RECOLECCIÓN DE DATOS

\*Obligatorio

## 1. DATOS DEMOGRAFICOS

**Nombre completo del paciente \***

Nombres y apellidos

Tu respuesta

**Número de cédula de ciudadanía o extranjera \***

Tu respuesta

**Fecha Nacimiento**

mm /dd /aaaa

Fecha

dd/mm/aaaa

**Sexo \***

Seleccionar

Masculino

Femenino

### Anexo 3. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

#### Cuestionario HADS

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta, en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que aquellas en las que se piensa mucho.

#### A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a: \*

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

#### D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre: \*

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada



**A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: \***

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

**D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: \***

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

**A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones: \***

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

**D.3. Me siento alegre: \***

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

**A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: \***

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

**D.4. Me siento lento/a y torpe: \***

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

**A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago: \***

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

**D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal: \***

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuido como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

**A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: \***

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. Nunca

**D.6. Espero las cosas con ilusión: \***

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

**A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: \***

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

**D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: \***

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

## Anexo 4. Life Orientation Test – Revised (LOT-R)

### Escala LOT-R

★

Responda a criterio personal

	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Indiferente	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1. En tiempos difíciles suelo esperar lo mejor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me resulta fácil relajarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Disfruto un montón de mis amistades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Para mí es importante estar siempre ocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. No me disgusto fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo 5. Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS)

### Escala MOS

Las siguientes preguntas hacen referencia al apoyo o ayuda que usted recibe

**1. Aproximadamente, ¿Cuántos familiares o amigos cercanos tiene? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo) \***

Escriba el número de familiares y amigos

Elegir ▾

**La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda. ¿Con que frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? \***

Marque una de las opciones de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien con quien puede contar cuando necesita hablar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien que le muestre amor y afecto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien con quien pasar un buen rato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alguien que le abrace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien con quien pueda relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien cuyo consejo realmente desee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien con quien divertirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien que comprenda sus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo 6. Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medication Scale (BAASIS)

### 2. ESCALA BAASIS

---

En relación a las ULTIMAS 4 SEMANAS y los medicamentos relacionados en la tabla favor responder

1. ¿Usted recuerda no haber tomado sus medicamentos inmunosupresores (de los nombrados en la tabla de medicamentos) alguna vez en las ultimas 4 semanas? \*

Responder si o no

Si

No

1.1. Si la respuesta a la pregunta anterior es "Si", con que frecuencia esto aconteció? \*

No haber tomado sus medicamentos inmunosupresores (de los nombrados en la tabla de medicamentos) alguna vez en las ultimas 4 semanas

Nunca

Una Vez al mes

Cada dos semanas

Una vez a la semana

Mas de una vez a la semana

Todos los días



2. ¿Usted dejó de tomar dosis consecutivas de sus medicamentos inmunosupresores en las últimas 4 semanas? \*

Sí

No

2.1. Si la respuesta a la pregunta anterior es "Sí", con qué frecuencia esto aconteció? \*

Dejar de tomar dosis consecutivas de sus medicamentos inmunosupresores en las últimas 4 semanas

Nunca

Una vez al mes

Cada dos semanas

Una vez a la semana

Más de una vez a la semana

Todos los días

3. ¿Usted dejó de tomar sus medicamentos inmunosupresores con más de 2 horas de diferencias en relación al horario prescrito en las últimas 4 semanas? \*

Sí

No

**3.1. Si la respuesta a la pregunta anterior es "Si", con que frecuencia esto aconteció? \***

Dejar de tomar sus medicamentos inmunosupresores con mas de 2 horas de diferencias en relación al horario prescrito en las últimas 4 semanas

- Nunca
- Una Vez al mes
- Cada dos semanas
- Una vez a la semana
- Mas de una vez a la semana
- Todos los días

**4. ¿Usted tomó una dosis menor que la prescrita por su médico en las últimas 4 semanas? \***

- Si
- No

**4.1. Si la respuesta a la pregunta anterior es "Si", con que frecuencia esto aconteció? \***

Tomar una dosis menor que la prescrita por su médico en las últimas 4 semanas

- Nunca
- Una Vez al mes
- Cada dos semanas
- Una vez a la semana
- Mas de una vez a la semana
- Todos los días

## Anexo 7. Correos electrónicos sobre el uso libre del LOT-R

Cordial saludo.

Mi nombre es Joel Romero, soy estudiante de últimos semestres de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga.

Actualmente estoy realizando una investigación con el propósito de identificar si el optimismo disposicional se encuentra asociado a la adherencia y no adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes con trasplante renal de una institución médica colombiana.

Buscando encontré su investigación Optimismo disposicional y estrategias de afrontamiento en pacientes con trasplante renal del año 2014 en dónde utilizó el test LOT-R para medir optimismo disposicional y quisiera saber qué fue necesario para que usted usara el instrumento en su investigación puesto que a mi también me gustaría emplearla en mi investigación, pero tengo la duda si hay que pedir permiso a los autores o solo darles el crédito como autores del instrumento.

Agradezco de antemano su respuesta.

Atentamente:

Joel Romero

Estudiante de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana.

Bucaramanga, Santander, Colombia.



Gema Costa-Requena to you

Sep 4, 2017

Hola Joel,

Para utilizar el LOT-R no hace falta los derechos de los autores, sólo nombrarlos al autor original y del autor que hizo la validación para su país por cuestiones culturales.

Yo también intenté hacer estas correlaciones entre adherencia al tratamiento inmunosupresor y optimismo, y creo recordar no salían significativas, pero es interesante la cuestión que plantea. Le animo a seguir adelante, para cualquier cosa que le pueda ayudar intentaré hacerlo.

Gracias por su interés en nuestro trabajo.

Saludos,

Gema Costa-Requena.



José Eduardo Rondón Bernard <bernard85@gmail.com>

2 sept. ★ ↶ ▾

para mí ▾

Estimado Joel Romero, gusto en saludarle.  
Referente a su inquietud le indico que para emplear dicho instrumento solo tiene que citar a sus autores en su investigación como cualquier referencia que usted use para su estudio, es decir, no hay mayor problema para su uso.  
Saludos desde Venezuela.

...

El sep 2, 2017 1:11 AM, "Joel Romero Contact" <joelromero\_contact@gmail.com> escribió:

Cordial saludo Sr. José Eduardo Rondón Bernard.

Mí nombre es Joel Romero, soy estudiante de últimos semestres de psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga.

Actualmente encuentro realizando una investigación con el propósito de identificar si el optimismo disposicional se encuentra asociado a la adherencia y no adherencia al tratamiento inmunosupresor de pacientes con trasplante renal de una institución médica colombiana. Buscando encontré su investigación **Análisis psicométrico del Life Orientation Test (LOT-R) en población diabética venezolana del año 2016** en dónde utilizó el test *LOT-R* para medir optimismo disposicional y quisiera saber qué fue necesario para que usted usara el instrumento en su investigación puesto que a mi también me gustaría utilizarla en mi investigación, pero tengo la duda si hay que pedir permiso a los autores o solo darles el crédito como autores del instrumento.

Agradezco de antemano su respuesta.

*Atentamente:*

*Joel Romero*

*Estudiante de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana.  
Bucaramanga, Santander, Colombia.*

---

## Anexo 8. Plan Psicoeducativo de Atención para la Detección de Síntomas Depresivos (DEPSIC)



**PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS**

<p><b>FECHA DE ELABORACIÓN</b></p> <hr style="border: 1px solid #e64a19;"/> <p>25 de mayo de 2018</p> <p><b>REVISORES</b></p> <hr style="border: 1px solid #e64a19;"/> <p><b>PAULA FERNANDA PÉREZ RIVERO</b> PSICÓLOGA CLÍNICA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA paula.perez@upb.edu.co</p>	<p><b>ELABORADO POR</b></p> <hr style="border: 1px solid #e64a19;"/> <p><b>MARIA NATALIA SALAZAR FILLIPPO</b> PRACTICANTE DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA maria.salazar.2013@upb.edu.co</p> <p><b>JOEL ALEXANDER ROMERO VARGAS</b> PRACTICANTE DE PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA joelromero.2013@upb.edu.co</p>
---	---

El presente plan psicoeducativo está dirigido al personal médico de la Unidad de Trasplante de la Fundación Cardiovascular de Colombia con el propósito de orientar en la detección de síntomas depresivos en pacientes con trasplante renal y en el proceso de atención primaria.

Su empleo en la práctica clínica ayuda al profesional en la toma de decisiones, proporcionándole para ello, información precisa sobre la detección de síntomas del trastorno depresivo, basada en la evidencia científica y en criterios exclusivamente profesionales.

**DEPSIC****PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS**

## ÍNDICE

---

Información sobre el trastorno depresivo	3
Estadísticas	4
Sintomatología	8
Atención al paciente	8
Recomendaciones	9
Primeros auxilios	10
Referencias y Bibliografía recomendada	13

**DEPSIC****PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS****INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO DEPRESIVO**

---

La depresión es un trastorno que se caracteriza principalmente por un sentimiento de intensa tristeza con una duración considerable como para afectar en la funcionalidad del sujeto, que, en ocasiones, va acompañada por una disminución del interés o del placer por las actividades que realiza cotidianamente o son de su agrado. Se desconoce la causa exacta, pero puede estar influenciada por la herencia, una alteración en función neuroendocrina, cambios en las cantidades de neurotransmisores, efectos secundarios de ciertos medicamentos y factores psicosociales tales como la pérdida de un ser querido, pérdida del entorno familiar, estrés, ansiedad, problemas laborales o económicos, entre otros. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. Este trastorno es más propenso de desarrollarse en mujeres, jóvenes y ancianos.

---

**DEPSIC****PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS**

Solo un profesional capacitado puede diagnosticar a alguien con depresión. Sin embargo, si nota cambios en el estado de ánimo de la persona, en su comportamiento, en sus niveles de energía, hábitos o personalidad, debe considerar la depresión como un posible desencadenante. Es importante aprender sobre la depresión para poder reconocer estos síntomas y ayudar a quien pueda estar desarrollando un episodio depresivo. Tómese el tiempo para buscar información sobre la depresión, sus causas y síntomas, cómo se puede tratar y qué servicios están disponibles dentro de la institución.

Es importante que no ignore los síntomas que ha notado en el paciente o que suponga que desaparecerán. Debe ser consciente de que cada persona es diferente y no todas las personas que experimentan depresión mostrarán los signos o síntomas típicos de la depresión. Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Dentro de las circunstancias personales o sociales que incrementan el riesgo de la depresión se ha destacado la pobreza, las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales, la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco y las circunstancias laborales, ya que los desempleados, discapacitados y personas en baja laboral por enfermedad presentan depresiones con mayor frecuencia. El estado civil y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión.





## DEPSIC

### PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

#### CLASIFICACIÓN

La depresión se puede clasificar dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como **leves, moderados o graves**. Las personas con episodios **depresivos leves** tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave, el individuo es incapaz de mantener todas estas actividades.

#### ESTADÍSTICAS

---

Según la OMS, la depresión afecta aproximadamente 322.000.000 de personas, lo que equivale al 4.4% de la población mundial. En Latinoamérica, Brasil ocupa el primer lugar con una prevalencia de 8.8%, seguido de Cuba (8.8) y Paraguay (8.2), mientras que Uruguay y Chile cuentan con el 8%. Asimismo, Perú reporta un 4.8%, mientras que Argentina, Costa Rica, República Dominicana y Colombia cuentan con 4.7 estimándose para

**DEPSIC****PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS**

este último que podría desarrollarse hasta los 19 puntos (El Tiempo, 2017). Se calcula que al año mueren 800.000 personas a causa de la depresión (OMS, 2017).

En Colombia, de acuerdo con el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) en el Boletín de salud mental de la depresión del Ministerio de Salud (2017), han aumentado las atenciones por depresión desde el año 2009 y diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.884 atenciones en 2018, mientras que los casos de depresión grave son menos frecuentes y representan el 6% y 13% de las atenciones por depresión. Por otro lado, se evidenció que la mayor proporción de personas atendidas por depresión moderada o grave correspondió a mujeres siendo equivalentes a un 70.4% para el año 2018, mientras que el 29.6% correspondió a hombres. La edad que más presentó prevalencia con depresión grave estuvo entre los 50 y 84 años. En cuanto la distribución territorial, se obtuvo en el 2018 un total de 36.236 personas tratadas con depresión en todo el país. Asimismo, se encontró que los departamentos de Antioquia (18.280), Valle del Cauca (2.848) y Bogotá (8.199), mientras que Santander obtuvo 1.784 pacientes atendidos por depresión.



## DEPSIC

### PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

#### SINTOMATOLOGÍA

---

El paciente presenta cinco o más de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas:

- Un estado de ánimo inusualmente triste o irritable que no desaparece;
- Pérdida de disfrute e interés en actividades que solían ser placenteras;
- Falta de energía y cansancio;
- Sentirse inútil o sentirse culpable cuando en realidad no tienen la culpa;
- Pensar mucho en la muerte o desear estar muertos;
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones;
- Moverse más despacio o, a veces, agitarse y no poder establecerse;
- Tener dificultades para dormir o, a veces, dormir demasiado;
- Pérdida de interés en los alimentos o, a veces, comer demasiado. \*Los cambios en los hábitos alimentarios pueden conducir a la pérdida de peso o al aumento de peso.

#### Síntomas Afectivos o emocionales

- |   |   |
|---|---|
| • Llanto  | • <del>Autodevaluación</del> o autoestima baja              |
| • Angustia manifestada en miedos y temores infundados | • Sentimientos de desamparo y soledad                       |
| • Apatía  | • Enojo con los demás, expresada con reclamos, quejas, etc. |



## DEPSIC

### PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

- Frustración, incompetencia y pesimismo
- Infelicidad
- Irritabilidad por cualquier motivo
- Melancolía

#### Síntomas Cognitivos

- Decremento de la eficiencia y concentración
- Dificultad para tomar decisiones
- Evitación de responsabilidades
- Exaltación de la autocrítica

#### Síntomas Conductuales

- Descuido de la presentación personal
- Aislamiento emocional o interpersonal: cree que nadie lo quiere, que no lo pueden ayudar y que las cosas nunca mejoraran
- Deficiente rendimiento

- Preocupación, inquietud y nerviosismo
- Sentimiento avasallador de culpa
- Sentimiento de inutilidad
- Temor y sobrevaloración al rechazo
- Tristeza

- Ideas de culpa y ~~autodenigración~~
- Indecisión
- Opiniones y creencias negativas de sí mismo
- Pesimismo profundo acerca del futuro

- Dependencia de tareas
- Actitudes autodestructivas y antisociales
- Habla lenta o reducida
- Productividad disminuida

**DEPSIC****PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS****Síntomas Fisiológicos**

- Cefaleas
- Debilidad general o fatiga crónica
- Disfunción del aparato cardiocirculatorio: palpitaciones, taquicardia
- Disfunción del aparato digestivo: dispepsia, náuseas, vómitos, constipación
- Disminución del lívido sexual
- Retardo psicomotor o aletargamiento
- Disminución de la energía en actividades cotidianas: vestirse, trabajar, quehaceres del hogar
- Trastornos alimenticios: pérdida o aumento del apetito
- Trastornos del sueño: dificultad para conciliar el sueño o somnolencia excesiva
- Variaciones importantes en el peso corporal: pérdida o aumento

## **ATENCIÓN AL PACIENTE**

---

La atención primaria es fundamental en la detección y abordaje de los trastornos depresivos leves según las directrices del Plan Director de Salud Mental y Adicciones del Departamento de Salud (2006).

### **¿Cómo debo acercarme a alguien que puede estar experimentando un episodio depresivo?**

Si considera que uno de los pacientes puede estar presentando una crisis emocional y necesita ayuda, es importante brindarle a la persona las oportunidades apropiadas para hablar. Puede ser útil dejar que la persona elija el momento para hacerlo, sin embargo, si la persona no inicia una conversación sobre cómo se siente, debe acudir a ella. Es esencial elegir un momento adecuado en el que tanto usted como la persona estén disponibles para hablar, así como un espacio donde ambos se sientan cómodos. Hágale saber al paciente que está preocupado por él/ella y que está dispuesto a ayudar. Si la persona dice sentirse triste o deprimida, debe preguntarle por cuánto tiempo se ha estado sintiendo de esa manera. No asuma que la persona no sabe nada acerca de la depresión, ya que ellos, o alguien más cercano a ellos, pueden haber experimentado depresión antes. En este punto, debe preguntarle a la persona si desea información sobre la depresión. Si ellos quieren algo de información, es importante que les proporcione recursos que sean precisos y apropiados para su situación. Debe respetar cómo la persona interpreta sus síntomas. Si la persona no se siente cómoda hablando con usted, motívela a conversar con otro profesional.

**DEPSIC****PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS****RECOMENDACIONES**

---

Es importante tener en cuenta:

- Solicitar ayuda profesional preferiblemente al psicólogo o psiquiatra
- Hablar de sus sentimientos con alguien de confianza, ya que ayuda a sentirse mejor
- Seguir haciendo las actividades que le gustaban cuando se encontraba bien
- No aislarse
- Mantener contacto frecuente con familiares y amigos
- Evitar las situaciones de alto nivel de estrés
- Hacer ejercicio de manera regular, o en caso de no poder, realizar paseos cortos
- Mantener una alimentación adecuada
- Dormir bien (alrededor 6 a 8 horas)
- No consumir alcohol, tabaco o drogas ilícitas

**Nota:** Si el paciente presenta pensamientos recurrentes de acabar con su vida, se debe acudir de manera inmediata por ayuda profesional.

**DEPSIC****PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS****PRIMEROS AUXILIOS**

---

Trate al paciente con respeto y dignidad; la situación y las necesidades de cada persona son únicas. Es importante respetar la autonomía de la persona mientras se considera la medida en que puede tomar decisiones por sí mismo y si corre el riesgo de hacerse daño a sí mismo o a los demás. Igualmente, debe respetar la privacidad y confidencialidad del paciente, a menos que le preocupe que la persona corra algún riesgo. Es más importante para usted ser genuinamente cuidadoso que decir todas las "cosas correctas". La persona realmente necesita comprensión consistente para superar su crisis emocional, por lo que debe ser empático, compasivo y paciente. Las personas con depresión a menudo se sienten abrumadas por temores irracionales. También debe ofrecerle a la persona amabilidad y atención, incluso si no es recíproca. Debe ser constante y predecible en sus interacciones con la persona. No tenga miedo de alentar a la persona a hablar sobre sus sentimientos, síntomas y lo que está pasando en su vida. Hágale saber a la persona que está disponible para hablar cuando esté listo; no presione a la persona para que hable de inmediato. Puede ayudar a alguien con depresión escuchándolos sin expresar juicio.



**DEPSIC****PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS**

Es importante escuchar atentamente a la persona, incluso si lo que le dice no es cierto o está mal orientado. Aunque es posible que la persona no se esté comunicando bien y pueda estar hablando más despacio y con menos claridad de lo normal, debe ser paciente y no interrumpir. Si la persona es repetitiva, trate de no impacientarse, sino de tratar de ser lo más comprensivo posible. Dele a la persona la esperanza de recuperación. Ofrezca apoyo emocional y la esperanza de un futuro más positivo en cualquier forma que la persona acepte.

En ocasiones, las personas se sienten tristes, pero es importante poder reconocer cuándo la depresión se ha convertido en algo más que una experiencia temporal para alguien y cuándo alentar a esa persona a buscar ayuda profesional. La ayuda profesional está garantizada cuando la depresión dura semanas y afecta el funcionamiento de una persona en la vida diaria. Debe preguntarle a la persona si necesita ayuda para controlar cómo se siente. Y, si siente que necesita ayuda, analice las opciones que tiene para buscarla y animela a usarlas. La depresión a menudo no es reconocida por los profesionales de la salud; puede llevar algún tiempo obtener un diagnóstico y encontrar un proveedor de atención médica con quien la persona pueda establecer una buena relación. Debe alentar a la persona a que no abandone la búsqueda de ayuda profesional adecuada.

**DEPSIC****PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS**

**La persona puede no querer buscar ayuda profesional.** Debería averiguar si hay razones específicas por las que no lo desea. Por ejemplo, la persona puede estar preocupada por las finanzas, o por no tener un médico que le guste, o puede estar preocupado de que sea enviado al hospital. Estas razones pueden estar basadas en creencias erróneas, o puede ayudar a la persona a superar su preocupación por buscar ayuda. Si la persona aún no quiere ayuda después de haber explorado sus motivos con ellos, hágale saber que, si cambia de opinión en el futuro sobre la búsqueda de ayuda, lo pueden contactar a usted. Debe respetar el derecho de la persona a no buscar ayuda en todo momento a menos que crea que corre el riesgo de lastimarse a sí mismo o a los demás.

**¿Qué pasa si la persona es suicida o se ha lesionado?** Existen pautas de primeros auxilios separadas sobre cómo ayudar a alguien que tiene tendencias suicidas o que se lesionó a sí mismo.

Si el paciente piensa hacerse daño a sí misma o ya lo ha hecho, no lo deje solo. Es vital llevarlo a urgencias para que lo atiendan y para que le ordenen un tratamiento médico y de psicoterapia adecuado. Entretanto, retire de su alcance medicamentos, objetos afilados o armas de fuego.

---


**DEPSIC**
**PLAN PSICOEDUCATIVO DE ATENCIÓN  
PARA LA DETECCIÓN DE SÍNTOMAS  
DEPRESIVOS**
**REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA**


---

- BBC. (10 de febrero de 2015). ¿Cuántas horas necesitamos dormir según nuestra edad? Recuperado de [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150209\\_salud\\_horas\\_de\\_sueno\\_dormir\\_ll](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/02/150209_salud_horas_de_sueno_dormir_ll)
- El Tiempo. (23 de febrero de 2017). La depresión es un mal que crece en el mundo. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/vida/salud/cifras-de-la-depresion-en-el-mundo-61338>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. (2006). *Plan Director de Salut Mental y Adicciones de Catalunya*. Barcelona, España: Direcció General de Planificació i Avaluació
- Manual MSD. (sf). Trastornos depresivos. Recuperado de [https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#v1028038\\_es](https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos#v1028038_es)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de salud mental Depresión. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Semana. (11 de mayo de 2001). El tratamiento de la depresión. Recuperado de <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/el-tratamiento-depresion/47800-3>
- Vargas, G., Vásquez, C., Soto, G. y Ramírez, L. (2015). *Atención con calidad a las personas que presentan conducta suicida. Manual para profesionales de la salud*. Medellín, Colombia: Alcaldía de Medellín Secretaría de Salud.

## Vita

**Joel Alexander Romero Vargas:** aspirante al título de Psicólogo de la Universidad Pontificia Bolivariana, es un joven entusiasta y proactivo apasionado por la psicología. Posee experiencia en reclutamiento, creación de perfiles laborales, selección masiva de personal, aplicación e interpretación de pruebas psicotécnicas, entrevista de trabajo, talleres y seminarios, todo relacionado al área de la psicología organizacional. Actualmente, se enfoca en la psicología clínica investigativa con el propósito de indagar las incidencias que puedan tener variables psicológicas de los pacientes con diagnósticos crónicos. Sus temas de interés son la incidencia de la depresión en el área de la psicología clínica (especialmente en pacientes renales) y, por otro lado, el impacto de la psicología del consumidor y de la publicidad en el márketing de la cultura colombiana y asiática.

**Maria Natalia Salazar Fillippo:** aspirante al título de Psicóloga de la Universidad Pontificia Bolivariana, interesada en el campo de la neuropsicología y la psicología clínica y de la salud. Posee experiencia en la implementación de estrategias y aplicación de pruebas proyectivas y neuropsicológicas en población infantil con diagnóstico o en riesgo de desarrollar secuelas de lesiones neurológicas que conlleven a una discapacidad motora, cognitiva y/o emocional con el propósito de contribuir en su progreso cognitivo y conductual. Actualmente, se encuentra investigando acerca de variables psicológicas que puedan estar afectando la salud del paciente con enfermedad renal crónica. Se considera con un alto grado de sensibilidad, con facilidad de adaptación y capacidad de trabajo en equipo. Gran habilidad para la observación, escucha, expresión oral y escrita en español e inglés.