GUÍA DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

# Guía de atención psicológica a pacientes y familiares en el proceso de donación y trasplante de órganos

# Guide for Psychological Care of Patients and Families in the Organ Donation and Transplantation Process

Teresa Rodríguez Rodríguez[1] Marianela Fonseca Fernández[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

**Cómo citar este artículo:**
Rodríguez-Rodríguez T, Fonseca-Fernández M. Guía de atención psicológica a pacientes y familiares en el proceso de donación y trasplante de órganos. **Medisur** [revista en Internet]. 2015 [citado 2025 Jul 14]; 13(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3029

## Resumen

Los trasplantes de órganos son expresión del desarrollo científico y tecnológico alcanzado por las ciencias hasta la actualidad, y en especial en el campo de las ciencias médicas. Para que se produzca un trasplante debe haber una donación (donante) y una recepción (receptor) y en el acto de la donación se refleja toda la subjetividad de los seres humanos, marcada por la cultura, el entorno, la educación, las creencias, los dilemas éticos y las actitudes éticas. Esto explica por qué el psicólogo es un integrante imprescindible dentro del equipo multidisciplinario. En esta guía se definen los pasos, técnicas psicológicas para el diagnóstico y la intervención psicológica, aspectos éticos y otros elementos de interés para garantizar la calidad de la asistencia psicológica, en el contexto de la donación y trasplante de órganos. Para ello, se consultó la literatura científica existente sobre el tema, incluyendo directrices de la Organización Mundial de la Salud, y se conformó el documento a partir de las mejores referencias que resultaron de la revisión. La guía constituye una herramienta para orientar el trabajo de los psicólogos que forman parte de los equipos multidisciplinarios de trasplante y rescate de órganos, ajustada a pautas de la Organización Mundial de la Salud y experiencias de Cuba y otros países.

**Palabras clave:** atención al paciente, atención a la salud mental, donantes de tejido, trasplante de órganos

## Abstract

Organ transplants are an expression of the scientific and technological development reached by sciences up to the present, especially in the field of medicine. For a transplant to occur there must be a donation (donor) and reception (recipient) and the act of donating reflects all the subjectivity of human beings, marked by the culture, environment, education, beliefs, ethical dilemmas and attitudes. This explains why the psychologist is an essential part of the multidisciplinary team. This guide define the steps, psychological techniques for diagnosis and psychological intervention, ethical aspects and other elements of interest to ensure the quality of psychological care in the context of organ donation and transplantation. To achieve this objective, we consulted the existing scientific literature on the subject, including guidelines of the World Health Organization, and the document was created by using the best references found in the review. The guide is a tool to guide the work of the psychologists who are part of the multidisciplinary teams involved in the acquisition and transplant of organs and it is consistent with the guidelines of the World Health Organization and experiences of Cuba and other countries.

**Key words:** patient care, mental health assistance, tissue donors, organ transplantation

**Aprobado: 2015-07-07 14:44:15**

**Correspondencia:** Teresa Rodríguez Rodríguez. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima teresa.rodriguez@gal.sld.cu

## INTRODUCCIÓN

Los trasplantes de órganos son expresión del desarrollo científico y tecnológico alcanzado por las ciencias hasta la actualidad, y en especial en el campo de las ciencias médicas. Tiene como soporte las técnicas de conservación de vísceras, además del desarrollo de medicamentos inmunosupresores que permiten una prolongada sobrevivencia del órgano trasplantado, y por tanto, del enfermo. Es un hito médico en la sociedad contemporánea; asimismo, ha planteado numerosas reflexiones en el orden ético, legal, humano, político, económico y social.[1]

Constituye una tarea difícil, por lo que requiere la interacción entre profesionales de la salud que la complementen, para intentar minimizar el costo emocional de familiares y pacientes.[2] En ese contexto, es fundamental la presencia del psicólogo en los equipos multidisciplinarios de trasplante y rescate de órganos.

En esta guía se definen los pasos, técnicas psicológicas para el diagnóstico y la intervención psicológica, aspectos éticos y otros elementos de interés para garantizar la calidad de la asistencia psicológica, en el contexto de la donación y trasplante de órganos

## DESARROLLO

Para que se produzca un trasplante debe haber una donación (donante) y una recepción (receptor). En el acto de la donación se refleja toda la subjetividad de los seres humanos, marcadas por la cultura, el entorno, la educación, las creencias, los dilemas éticos, las actitudes éticas individualizadas, las características del entorno social y las políticas de salud. Esto explica por qué el psicólogo es un integrante imprescindible en el equipo multidisciplinario.

Los criterios médicos para realizar el rescate de órganos y el trasplante, están bien definidos por la literatura médica. También existen protocolos que abordan aspectos psicológicos de interés para definir pautas de atención a las personas involucradas en el proceso.[3,2]

La solicitud de donación de órganos supone una tarea difícil para los profesionales sanitarios en general y para el personal de las Unidades de Cuidados Intensivos, en particular, quienes, en muchos casos, tienen que acometer la tarea de solicitarlo a los familiares del fallecido. Estos primeros momentos tras la muerte de la persona, caracterizados naturalmente por el fuerte impacto emocional, son clave para conseguir que la familia acceda a la donación, habida cuenta de la urgencia que todo el proceso de la donación y el trasplante conlleva.

En este sentido, el conocimiento y manejo de los factores psicológicos en el proceso de solicitud de órganos (cómo manejar los estados emocionales y la comunicación ante la muerte de un familiar), son fundamentales para reducir las probabilidades de una negativa familiar ante la donación. Es así que el papel de los psicólogos en este ámbito se revela como una parte fundamental en el proceso de la donación y el trasplante de órganos.[2,4]

Dentro de las acciones de intervención psicológica, no puede quedar al margen la familia del donante, ni la del receptor, en tanto el acto en sí, y todo lo que deriva de él, entraña un fuerte argumento humano, una alta sensibilidad, un gran sufrimiento y desprendimiento que pone a prueba los recursos de protección psicológica de los implicados directamente en los actos de donar y recibir; sobre todo si se tiene en cuenta que en el caso del donante se está en medio de una reacción de dolor y duelo ante la pérdida,[5] lo que obligan a pautar el intervencionismo psicológico con:

1. Los pacientes candidatos o susceptibles a recibir trasplante y su familia
2. Con la familia del donante
3. Con el paciente sometido a trasplante
4. Con donantes vivos

El psicólogo del equipo de rescate y donación de órganos tiene una labor importante, en tanto expone, después de la evaluación del paciente, criterios psicológicos que apostan por la realización o no del trasplante en los candidatos; modula la comunicación del equipo multidisciplinario al tomar decisiones; pone a disposición de los pacientes sometidos a trasplante y candidatos a trasplantes, mecanismos y herramientas que le permiten mejorar el estilo de vida, el afrontamiento a la contingencia y la adherencia al tratamiento, lo cual redunda en mejoría de la calidad de vida.[2]

Por demás, el psicólogo constituye un apoyo importante para los familiares en etapa de duelo y ante situaciones de alta carga emotiva que desborda los mecanismos personales de regulación emocional. Junto al especialista

médico, participa en el manejo de la información en el momento de solicitar la donación.

Para realizar la intervención psicológica en cualquiera de los casos antes señalados, el psicólogo que forme parte de la comisión de rescate y donación de órganos, debe trabajar de manera estrecha con el equipo médico encargado de estos procederes, y debe dominar conceptos básicos que le permitan comprender la situación de salud de cada paciente y sus implicaciones, así como estructurar los mensajes comunicativos en cada fase del proceso, considerando siempre los principios rectores postulados por la OMS:[1,2,5,6]

1. Principio a la autonomía de los demás, a la vida, a la dignidad y a la integridad corporal de las personas.
2. Beneficencia y no malevolencia: siempre beneficiar y no perjudicar.
3. Justicia: imparcialidad en el uso de los recursos públicos y del poder político y no discriminación de los grupos con iguales oportunidades entre ellos.

**Conceptos básicos**[3]

- Muerte encefálica: cese irreversible de todas las funciones intrínsecamente neurológicas del cerebro, cerebelo y del tronco del encéfalo. Implica: pérdida de la respiración espontánea; alteraciones del control vasomotor y cardiaco; pérdida del control de la temperatura; pérdida del control del balance hidroelectrolítico; alteraciones de las secreciones hormonales.
- Posible donante: todo paciente con escala de coma de Glasgow ≤ 8 y en el cual no existan contraindicaciones para trasplante.
- Donante potencial: todo paciente con diagnóstico de muerte encefálica (ME), es un posible donante hasta tanto se defina por el equipo médico si reúne las características clínicas esenciales que le permitan convertirse en donante real.
- Donante real: todo paciente con ME en el cual se logra la extracción de órganos.
- Donante efectivo: persona fallecida o viva a la cual se le extrae un órgano sólido o parte del mismo, con el propósito de trasplantarlo.
- Muerte cardiaca: muerte debido al cese irreversible de la función circulatoria y respiratoria. Un individuo que es declarado muerto bajo estos conceptos puede donar órganos y tejidos para trasplante (donante a corazón parado).
- Órganos óptimos: son aquellos órganos procedentes de pacientes donantes ideales.

**Atención psicológica a los candidatos a trasplante**

Cuando las personas conocen que la alternativa de tratamiento que puede mejorar la calidad de vida es un trasplante del órgano enfermo, puede desarrollar diversas reacciones psicológicas, que van desde la inadecuación de las expectativas en cuanto a rapidez del procedimiento, hasta cambios en el estilo de vida luego del trasplante, ansiedad, depresión, miedos, alteraciones de las necesidades, del sueño, del apetito, de los hábitos higiénicos y hasta de las necesidades sexuales.[2,7,8]

Además, estas personas pueden ser portadoras de rasgos personológicos y padecimientos psicológicos que conspiren contra la favorable evolución del trasplante. Estos son:

1. Síndrome depresivo ansioso con elementos obsesivos.
2. Antecedentes de ingresos psiquiátricos, labilidad afectiva y pusilanimidad e incontinencia afectiva.
3. Enfermedades psíquicas severas, tales como: la psicosis o trastornos de personalidad disocial, o de alcoholismo.
4. Retraso mental de moderado a severo. Familiares encargados de su cuidado que sean portadores de retraso mental, esquizofrenia, o alcoholismo.
5. Escaso o nulo apoyo social. El paciente necesita de cuidados extremos en la fase posterior al trasplante, que son proporcionados por personas muy dedicadas a él.[2,4,9]

**Atención psicológica en pacientes candidatos a trasplante**

Primer momento: Definición, por el equipo médico, de las posibilidades reales para que el paciente sea sometido a trasplante (riñón, corazón, hígado, córnea, pulmón, médula ósea). A partir de este criterio se inicia el proceso de

atención psicológica. La selección de receptores es un momento de alta responsabilidad, ya que los errores que se cometan inciden directamente en la vida de un ser humano

Segundo momento: adecuación de expectativas del paciente a las posibilidades reales, al tiempo de espera. Se debe explicar, de manera comprensible, el por qué de un trasplante, el grado de participación que se requiere del paciente en este proceso (responsabilidad individual), las modificaciones del estilo de vida, la importancia de la familia y su acompañamiento. El psicólogo, junto al médico de asistencia, enfatizará en otras alternativas de tratamiento, según necesidades individuales.

Tercer momento: Cuando se concreta que es posible el trasplante, comienza el proceso de evaluación psicológica. Esta supone la evaluación de estados emocionales, procesos cognitivos y conductuales, antecedentes patológicos personales psíquicos, apoyo social, rasgos de personalidad, factores de riesgo de suicidio, patrones de conductas de adicción, descartar psicopatologías potenciales graves, soporte y apoyo familiar, actitud del paciente hacia el trasplante, factores que disminuyen adherencia al tratamiento posterior, factores que aumentan el rechazo a la calidad de vida tras el trasplante, mecanismo natural de negación; este último, propio de las etapas de duelo psicológico durante el proceso de enfermedad y enfrentamiento a una nueva situación de vida.

A partir del método clínico, el psicólogo puede aplicar los instrumentos de evaluación psicológica necesarios y que se ajusten a necesidades del paciente. No puede faltar la entrevista clínico-psicológica, que explora todas las aéreas psicológicas de interés. Después se emite el diagnóstico psicológico y se define el esquema de actuación (intervención) para cada paciente, acorde a necesidades de atención individualizada. Los resultados se informan al jefe del equipo médico.

Cuarto momento: Se corresponde con el periodo de espera. Se desarrolla aquí la intervención psicológica con el paciente y su familia. Se realiza la preparación para el trasplante y la adecuación de expectativas en cuanto a su concreción, teniendo en cuenta las demoras que muchas veces se producen debido a lo difícil que se torna obtener el órgano, lo cual acarrea alteraciones emocionales y desajustes en el comportamiento.[2] Cada persona experimenta el cuadro interno de la enfermedad de manera particular, lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de brindar el tratamiento psicológico. Con frecuencia, pueden presentarse durante la espera: depresión, ansiedad, irritabilidad, conductas hostiles, falta de cooperación y dependencia excesiva; no obstante, también se puede presentar una conducta de negación de la gravedad de la enfermedad, al momento de ingresar a la lista de espera para evitar el estrés de dicho proceso. Esto puede generar: incumplimiento de los regímenes médicos, amenazas de abandono de la lista de espera y negación a aceptar la posibilidad de complicaciones potenciales o de malos resultados; abatimiento, disgusto, rabia, pérdida del optimismo y la esperanza; expresiones de insatisfacción hacia sus cuidadores y apoyos sociales; contradicciones importantes: temen a su muerte y desean que llegue el momento del trasplante, sin embargo, surge la contradicción de que, al desear su solución, están deseando la muerte de otra persona; aflicción, sentimientos de culpa; se cuestionan sus valores humanos por “esperar” la muerte de otro para evitar la suya.[10,11]

Si el paciente es portador de algún hábito tóxico, este debe ser tratado, ya que puede acarrear desfavorables consecuencias para su evolución, incluso, contribuir al fracaso terapéutico.

Quinto momento: Finalmente, se debe hacer la psicoprofilaxis quirúrgica cuando se acerque el momento del trasplante. Dotar al paciente de las técnicas elementales para el control de las emociones, reforzar la necesidad del autocuidado personal y lograr la participación del paciente en el proceso.[12,13]

Como criterios psicológicos de exclusión para el proceso de trasplante, se plantean los siguientes:[2]

- Retrasos mentales
- Psicosis
- Adicción a las drogas
- Conductas no cooperativas
- Falta de adaptación a los tratamientos e inadecuada contención familiar
- Conductas disociales y transgresoras (trastornos de personalidad)

## Atención psicológica al paciente después del trasplante

Después del trasplante de órganos pueden presentarse diversas reacciones psicológicas,

tanto a nivel emocional, como cognitivo y conductual. Por eso se hace necesario pautar el intervencionismo psicológico desde la individualidad de cada paciente.[2,9,14-16]

Fase I: Atención psicológica en el posoperatorio inmediato. Comprende la vigilancia de las reacciones emocionales del paciente (ansiedad, estrés, depresión), el afrontamiento al proceso, alteraciones menos comunes y/o más específicas, como son el insomnio, el delirio, trastornos en la sexualidad, en la representación del cuerpo, fantasías (de robo, castigo, asesinato, etc.), el fenómeno huésped, la culpa paranoide, intentos de suicidio y pensamientos automáticos enfocados mayormente a los factores negativos.

Debe garantizarse el establecimiento de canales y métodos de comunicación claros, generadores de vínculos de confianza, que propicien en el paciente el sentimiento de ser sostenido y contenido durante el proceso posterior; el nivel de comprensión del proceso por parte del paciente, atendiendo las diferentes series de significaciones que lo atraviesan, como son la social, la corporal, la evolutiva, la familiar, la laboral, la prospectiva y la clínico psiquiátrica. Puede existir un proceso de duelo anticipado relacionado a la pérdida, y es importante que el psicólogo pueda diferenciar un duelo natural de una psicopatología depresiva para poder implementar la estrategia clínica adecuada.

El psicólogo debe brindar tratamiento con las herramientas psicoterapéuticas que se ajusten al momento posquirúrgico, y preparar al paciente para asumir la nueva etapa que le corresponde vivir.[4]

Fase II: Continuidad de atención psicológica al paciente en el posoperatorio mediato. Se evalúan los estados emocionales: aceptación del órgano donado, percepción acerca de su nuevo status, sentimientos de culpa, respuesta sexual, sentimientos contradictorios, miedos y temores ante su futuro.

Puede surgir la necesidad de conocer a la familia del donante, lo cual no solo puede implicar un simple acto de agradecimiento, sino constituir una relación patológica y dañina a largo plazo para la propia persona.

Algunos pacientes perciben con ambigüedad el injerto de un órgano extraño dentro de su propio organismo, planteándose en la literatura, incluso, la existencia de un trasplante psicológico donde la persona pasa un periodo durante el cual debe acomodar a su integridad psicológica esta nueva parte de sí misma y aceptarla como suya, sin transgredir los límites de los sentimientos y vivencias del donante. Puede implicar dificultades en su identidad personal.

En esta etapa el paciente debe conocer la responsabilidad que tiene con su tratamiento (autocuidado personal).

Fase III: Postrasplante tardío. Es definido como el período comprendido desde el primer mes posterior al trasplante en adelante. Aquí resulta importante que el sujeto asimile que tiene el órgano de otra persona y que su respuesta cognitiva y emocional se movilice para afrontar nuevas situaciones en el ámbito físico, funcional y psicosocial. Aparecen con frecuencia:[2,17-19]

- Angustia, estrés e irritabilidad ante la expectativa de los resultados de la cirugía y el posterior manejo del impacto de los efectos secundarios del tratamiento, que pueden ser desagradables para él y para quienes lo rodean.
- Trastornos del estado de ánimo: pudiendo provocar el rechazo del órgano.
- Trastornos sexuales: las causas pueden ser tanto físicas (la medicación inmunosupresora), como psicológicas (evitan las relaciones sexuales por temor a dañar el órgano trasplantado, o por falsas expectativas, ideas irracionales, subvaloración, etcétera).
- Fantasías sobre el donante: conllevan sentimientos de culpa porque piensan que otra persona ha muerto para que ellos puedan vivir.
- Insatisfacción con la imagen corporal: perciben el órgano como un cuerpo extraño que incorpora en el receptor rasgos del donante.
- Dificultades para reconocer la posibilidad de nuevas adversidades, como nuevas cirugías u hospitalizaciones; también, deben asumir un cambio en los roles con el fin de cumplir obligaciones de diversos tipos, entre ellas las económicas, lo que genera una tensión adicional en las relaciones familiares.
- A medida que va transcurriendo esta etapa, se presentan otras dificultades referidas a la independencia y reajuste al nuevo estilo de vida del paciente, y al manejo inadecuado de otras personas que lo siguen evaluando como enfermo y dependiente.

En esta fase el paciente debe modificar sus

conductas con respecto a la dieta o a la actividad física, con el fin de cuidarse a sí mismo y, obviamente, al órgano trasplantado. Además, deberá enfrentarse a la terapia inmunosupresora y sus efectos secundarios (alteraciones metabólicas, procesos infecciosos y cambios en la apariencia física, que son ocasionados por el aumento de peso, el acné y las heridas).

La reinserción laboral juega un papel primordial para el individuo en edad activa y no menos importante es la reinserción a nivel social, volver a pertenecer a un grupo social, sortear la discriminación de la cual puedan ser posibles víctimas.

Debe brindarse tratamiento psicológico (personalizado, acorde a las características del paciente). El terapeuta elige aquellas técnicas que sean más factibles en cada caso. Pueden ser creados grupos terapéuticos para el tratamiento de estos pacientes.

**Atención psicológica a los familiares**

Tanto los familiares del donante como los del receptor, deben ser considerados en los diferentes momentos del proceso. En el caso del receptor, la familia debe prepararse como agente de apoyo social; las redes de apoyo familiar o social juegan un papel fundamental en la recuperación de la funcionalidad, la autonomía, la autoeficacia y la autoestima del paciente.[20]

Los familiares de los donantes atraviesan una situación de crisis y conflictos de gran magnitud en el momento de la toma de decisiones para aprobar o no la donación de un órgano del ser querido. Se debe tomar en cuenta que la decisión se toma en el momento de las entrevistas, pero acompañará a ese grupo familiar de por vida. De allí la importancia de la evaluación del estado psíquico de los familiares entrevistados. En la escena de la donación, se genera una enorme angustia en los familiares, la cual puede manifestarse a partir de características individuales de los miembros de la familia y de interacciones entre sus miembros.[21]

Se produce una interrelación compleja entre familia, equipos profesionales y otras instituciones intervinientes matizadas por fuertes estados emotivos, propios del momento que se vive. En ocasiones también afecta a los miembros del equipo, por los roles que deben desempeñar y por la connotación puramente humana de la situación que se afronta, las vivencias ante el dolor, el sufrimiento de otros, entre otras.

Por ello, es importante definir:

- Que es necesario lograr la empatía con la familia; explicar detalladamente cuándo se hace o se solicita la donación del órgano; explicar su importancia de manera sencilla, sin caer en tecnicismos, ni en discursos prolongados; respetar el dolor; permitir que se ventilen las emociones; guardar silencio cuando es oportuno; mantener una escucha activa; cuidar la expresión extraverbal; evitar que la familia del donante perciba que la donación es a “toda costa” , es decir, evitar la manipulación de los sentimientos y emociones; y permitir que el consentimiento sea valorado por los familiares entre sí, al asumir la pérdida.[21]
- Que se asumirá una actitud respetuosa y comprensiva, aun ante la negativa de la donación del órgano.
- Que es importante ubicar a los familiares en un espacio confortable, alejado del entorno de otros familiares y/o pacientes, con iluminación tenue, ventilación, vistas agradables, música relajante y sobre todo sin televisor, con aporte de bebidas refrescantes y temperatura adecuada. El personal sanitario y no sanitario juega un importante papel en este apartado, ya que cualquier alteración puede desembocar en una expresión y/o respuesta no esperada.[22]

Planificación de la entrevista familiar:

- Una planificación y una solicitud inicial incorrecta pueden condicionar una negativa familiar a la donación. Unas horas antes de realizar la entrevista familiar de solicitud de donación, debe darse una información adecuada del pronóstico vital del paciente por parte del médico responsable, quien además, debe informar acerca de todos aquellos datos que interesen y preocupen a la familia del paciente, fundamentalmente de tipo clínico.
- Antes de realizar las entrevistas, es obligatorio conocer el grado y parentesco de los familiares del donante que están en el hospital, así como la información médica que han recibido. Siempre que sea posible, debe identificarse previamente el líder de la familia y las características de las interacciones entre sus

miembros.
- No debe haber premura para realizar la solicitud de consentimiento a la donación. Debe esperarse el tiempo que sea necesario.
- Deben estar presentes los familiares de primer grado del donante.
- Es recomendable en algunos casos hacer énfasis en la importancia social y sanitaria de acceder a la donación para pacientes en lista de espera para trasplante.
- Es aconsejable realizar las entrevistas durante el día para intentar favorecer el descanso nocturno familiar y de los equipos trasplantadores (si finalmente la donación se lleva a cabo).
- A cada pregunta concreta de la familia se le dará una respuesta adecuada y correcta y en los términos solicitados, con especial atención a las etapas de la enfermedad, al desenlace y a conceptos básicos de interés.
- Deben seguirse los pasos para el manejo de las malas noticias.[21,23]

El psicólogo debe procurar, junto al jefe del equipo:

- Que la entrevista se haga solo cuando se haya realizado el diagnóstico medicolegal y la certificación de la muerte en el donante.
- El médico de asistencia debe informar del fallecimiento a la familia del donante. Es mejor utilizar el término *muerte* que *muerte encefálica*, para evitar confusión en la familia.
- Es aconsejable que cuando el médico informe del fallecimiento esté presente el coordinador hospitalario de trasplantes, porque ocasionalmente la familia, de forma espontánea, concede la donación.
- Es necesario que la familia del donante haya asumido la muerte de este.[1,2]

**Consentimiento del donante vivo**[6,24-26]

El proceso de consentimiento para cualquier donante vivo potencial, debe incluir los siguientes aspectos:

- La seguridad de que el donante potencial está dispuesto a hacer la donación, sin incentivos ni coacción, y que entiende que en cualquier momento puede revocar su decisión.
- El donante vivo tendrá la certeza de que va a recibir una cuidadosa evaluación médica y psicológica.
- La evaluación psicosocial la hará el psicólogo con experiencia en trasplantes, a fin de determinar la capacidad para tomar decisiones, detectar cualquier enfermedad psíquica o alteraciones que conspiren posteriormente con su estabilidad, y evaluar toda posibilidad de exigencia.
- Debe explicársele acerca de todo el proceso de donación, paso a paso, posibles consecuencias, afrontamiento a la situación y se deben aclarar todas las dudas que genere esta decisión.
- El donante debe ser orientado para la realización del autocuidado personal, una vez realizada la donación.

**Técnicas psicoterapéuticas a emplear en el tratamiento de pacientes receptores, y sus familiares y familiares del donante**[8,27,28]

Las técnicas psicológicas utilizadas se ajustan a la problemática individual de cada familia y de cada paciente.

- Técnicas de desactivación fisiológica (de relajación, respiración, visualización o imagenería: en pacientes que han recibido trasplante, candidatos y familiares.
- Técnicas psicoterapéuticas basadas en el efecto directo de la palabra (psicoterapia de apoyo, racional y de modificación de conductas, y sugestiva): en pacientes que han recibido trasplante y/o candidatos.
- Técnicas cognitivas: solución de problemas (contrarrestar ideas irracionales, jerarquía de tareas u otras: en pacientes que han recibido trasplante y/o candidatos.
- Musicoterapia: pacientes que han recibido trasplante y/o candidatos, familiares y donantes vivos.
- Técnicas de reforzamiento de conductas: en pacientes que han recibido trasplante y/o candidatos.
- Técnicas informativas y técnicas reflexivo-vivenciales: en pacientes que han recibido trasplante y/o candidatos y en familiares.
- Dinámicas grupales y psicoterapia de grupo: en pacientes que han recibido trasplante y/o candidatos, y en familiares.
- Hipnosis: en pacientes que han recibido trasplante.

- Apoyo emocional, ventilación de emociones: en la familia del posible donante, en pacientes que han recibido trasplante y/o candidatos.

## CONCLUSIONES

La atención psicológica en todo el proceso de rescate y trasplante de órganos, es de suma importancia en tanto respalda el trabajo médico asistencial y contribuye de manera relevante a que todas las acciones que se desarrollan en dicho proceso, se ejecuten con el menor costo emocional posible, tanto para el paciente como para la familia. La intervención psicológica ayuda a mejorar la calidad de vida y asistencial de los pacientes candidatos a trasplantes o que han recibido trasplante y donantes vivos, al aportar herramientas para el mejor afrontamiento a las diferentes etapas del proceso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Rodríguez K. Aspectos bioéticos de la relación profesional de la salud-paciente en el trasplante. Revista de la Facultad de Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia [revista en Internet]. 2010 [ cited 16 Ago 2014 ] ; 6 (17): [aprox. 10p]. Available from: http://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/425/424.

2. Hernández Meléndez E. Atención psicológica en el trasplante de órganos. Trasplante de corazón. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

3. Nodal Arruebarrena JR, Marrero Rodríguez JN, Quintero Menéndez Y, Reyes Pérez AM, Jova Dueñas J. Guía de práctica clínica para el tratamiento del donante potencial de órganos. Medisur [revista en Internet]. 2009 [ cited 25 Ene 2015 ] ; 7 (1): [aprox. 16p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/697/5319.

4. Berrío Acosta GM, Burgos Camacho VA. Papel del psicólogo en los equipos interdisciplinarios de trasplantes de órganos. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología [revista en Internet]. 2011 [ cited 16 Ago 2014 ] ; 11 (2): [aprox. 33p]. Available from: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen11_numero2/articulo_1.pdf.

5. Burdiles P, Rojas O. Algunas reflexiones éticas sobre los trasplantes de órganos sólidos. Rev Méd Clín Condes. 2010 ; 21 (2): 315-28.

6. Organización Mundial de la Salud. Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos [Internet]. Ginebra: OMS; 2007. [ cited 16 Ago 2014 ] Available from: http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22sp.pdf.

7. Gonzáles Y, Herrera LF, Romero JL, Nieves Z. Características del estado emocional en pacientes con enfermedad renal crónica. Revista Psicologia Cientifica [revista en Internet]. 2011 [ cited 25 Ene 2015 ] ; 13 (20): [aprox. 22p]. Available from: http://www.psicologiacientifica.com/enfermedad-renal-cronica-pacientes-estado-emocional/.

8. Mena Nájera A, Barragán Fuentes AG, Gómez de Regil L. Intervenciones psicológicas en pacientes con trasplante renal. Evid Med Invest Salud. 2014 ; 7 (2): 70-75.

9. Kemde de Castro E, Moreno Jiménez B. Funcionamiento familiar en situación de trasplante de órganos pediátrico. Interamerican Journal of Psychology [revista en Internet]. 2005 [ cited 25 Ene 2015 ] ; 39 (3): [aprox. 14p]. Available from: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28439308.

10. Alarcón A, Millán, R. Intervención psiquiátrica previa al trasplante renal. Rev Colomb Psiquiatr. 2009 ; 38 (33): 654-68.

11. Pérez San Gregorio MA, Martín Rodríguez A, Galán Rodríguez A. Symptoms of anxiety and depression in different stages of organ transplant. Int J Clin Health Psychol. 2007 ; 7 (3): 633-9.

12. Mucci M. Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria. Buenos Aires: Paidós; 2004.

13. Rodríguez T. Estrategia de atención psicológica a pacientes con infarto agudo de miocardio en fase hospitalaria [Tesis]. Santa Clara: Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara; 2008. [ cited 25 Ene 2015 ] Available from: http://tesis.repo.sld.cu/117/.

14. Pérez San Gregorio MA, Martín Rodríguez A, Galán Rodríguez A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. Int J Clin Heal Psychol. 2005 ; 5 (1): 99-114.

15. Ascencio L. Evaluación psicológica para protocolo de trasplante de células hematopoyéticas en adolescentes. Psicología y Salud. 2011 ; 21 (2): 253-63.

16. Baines LS, Joseph JT, Jindal RM. Emotional issues after kidney transplant on: a prospectve psychotherapeutic study. Clin Transplant. 2002 ; 16 (6): 455-60.

17. Pérez MA, Martín A. Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. Rev de Psicol Gral y Aplic. 2002 ; 55 (3): 439-53.

18. Corona R, Rojas E, Alvarado S, Calderón E, Ochoa S. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes en aislamiento por trasplante de médula ósea. Gamo. 2008 ; 7 (2): 40-4.

19. Rojas O, Krauskopf V, Umaña JA, Erazo R. Intervención psiquiátrica en programa de trasplantes. Rev Med Clin Condes. 2010 ; 21 (2): 286-92.

20. Herzog C. Educación al paciente y la familia en un programa de trasplante, experiencia en CLC. Rev Med Clin Condes. 2010 ; 21 (2): 293-9.

21. Borroto Díaz G, Almeida Hernández J, Lorenzo Clemente A, Alfonso Sat F, Guerrero Díaz C. Percepción de la calidad de vida por enfermos sometidos a tratamientos de hemodiálisis o trasplante renal. Estudio comparativo. Rev Cubana Med [revista en Internet]. 2007 [ cited 19 Abr 2015 ] ; 46 (3): [aprox. 20p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol46_3_07/med04307.html.

22. Dragustinovis Álvarez T. Aplicación de una guía clínica de entrevista familiar de solicitud de consentimiento a la donación de órganos para trasplante y resultados. estudio prospectivo de 52 entrevistas familiares en el hospital de Sant Pau [Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2013. [ cited 25 Ene 2015 ] Available from: http://masteralianza.ont.es/download/tesinas_master_2013/Thelma Dragustinovis Alvarez.pdf.

23. Irving MJ, Tong A, Jan S, Cass A, Rose J, Chadban S, et al. Factors that influence the decision to be and organ donor: a systematic review of the qualitative literature. Nephrol Dial Transplant. 2012 ; 27 (6): 2526-33.

24. Rowley AA, Hong BA, Martin S, Jones L, Vijayan A, Shenoy S, et al. Psychiatric disorders: are they an absolute contraindication to living donation?. Prog Transplant. 2009 ; 19 (2): 128-31.

25. Rodríguez JR, Pavlakis M, Danovitch GM, Johnson SR, Karp SJ, Khwaja K, et al. Evaluating living kidney donors: relationship types, psychosocial criteria, and consent processes at US transplant programs. Am J Transplant. 2007 ; 7 (10): 2326-32.

26. Matesanz R, Miranda B, Felipe C, Naya MT. Evolución de la donación y de la actividad trasplantadora en España. In: López Navidad A, Kulisevsky J, Caballero F. El donante de órganos y tejidos. Evaluación y manejo. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1997. p. 42-57.

27. Ghetti C. Active music engagement with emotional-approach coping to improve well-being in liver and kidney transplant recipients. J Music Ther. 2011 ; 48 (4): 463-85.

28. Gross CR, Kreitzer MJ, Reilly-Spong M, Winbush NY, Schomaker EK, Thomas W. Mindfulness Meditation Training to Reduce Symptom Distress in Transplant Patients: Rationale, Design and Experience with a Recycled Waitlist. Clin Trials. 2009 ; 6 (1): 76-89.