



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EL AUTOCONCEPTO EN PERSONAS
CON TRANSPLANTE RENAL
(DONADOR Y RECEPTOR)

T E S I S

que para obtener el título de
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

Presenta:

MA. DEL ROSARIO MENDIETA AZNAR

Directora de Tesis:
Mtra. Mirta Flores G.

Cd. Universitaria, Febrero 1994

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Porque uno es el producto de su historia, sirva este trabajo como reconocimiento a todas aquellas personas que han estado conmigo, de una u otra forma, a lo largo del camino, y que han sido determinantes para que yo sea quien soy.

A mis hijos Gabriel, Pily y Alfredo porque a pesar de creer que uno es el educador, son ellos quienes me han mostrado el camino.

Al Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" por las facilidades prestadas para la realización de este estudio. Dr. Javier Bordes, Jefe de Trasplantes, Dr. Ricardo Correa, Jefe de Nefrología y en especial a la Dra. Mirella Márquez, Jefa de Medicina Psicológica, por su amistad y apoyo constante.

Agradezco el tiempo y la paciencia de Mirta por su guía siempre adecuada y constante, indispensables para la elaboración de este trabajo. De igual forma a Sofia por su disposición continua y ayuda desinteresada.

A la vida por haberme permitido realizar un sueño tan anhelado, y a ti Lalo, gracias...

INDICE

Página

INTRODUCCION	5
------------------------	---

CAPITULO I

TRASPLANTE RENAL

1.1 Insuficiencia Renal Crónica terminal	9
1.2 Tratamiento de la Insuficiencia Renal	12
Crónica terminal.	
1.3 Trasplante Renal	17
1.4 Aspectos psiquiátricos del Trasplante Renal	20
1.4.1 Donador	23
1.4.2 Receptor	27

CAPITULO II

AUTOCONCEPTO

2.1 Antecedentes	36
2.2 Identidad	39
2.3 Self-Sí mismo	44
2.4 Autoestima	59
2.5 Definiciones	64
2.6 Hacia una definición del Autoconcepto	75
2.6.1 Desarrollo del Autoconcepto	79
2.6.2 Elementos que componen el Autoconcepto	84
2.6.3 Características del Autoconcepto	90
2.6.4 Factores que influyen en el Autoconcepto	92
2.7 Estudios relacionados	93

CAPITULO III

METODO

3.1 Planteamiento del problema	100
3.2 Hipótesis	100
3.2.1 Variables	102
3.3 Sujetos	103
3.3.1 Escenario	104
3.4 Instrumento	104
3.5 Procedimiento	108

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1	Características de la muestra	109
4.1.1	Donadores	113
4.1.2	Receptores	113
4.2	Diferencias entre grupos	114
4.3	Diferencias antes y después del Trasplante Renal	116

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y DISCUSION

5.1	Discusión	119
5.2	Conclusiones	126
5.3	Limitaciones y sugerencias	129

BIBLIOGRAFIA	132
------------------------	-----

RESUMEN

Se realizó un estudio con el objeto de conocer el autoconcepto de las personas que son sometidas a una intervención quirúrgica que genera un cambio físico interno. El Autoconcepto es la evaluación que la persona hace de sí misma en términos de sus relaciones sociales, sus sentimientos, sus afectos, sus logros, en general de todo lo que le confiere, que le es propio. La Rosa (1986) lo ubica en 5 dimensiones: social, emocional, ocupacional, ético e iniciativa. El modelo que permite observar cambios internos como perder un órgano, y por otro lado obtener un órgano, es el trasplante renal de donador vivo relacionado, ya que involucra a un familiar como donador, y a un enfermo de IRCT permitiéndole prolongar la vida. La muestra constó de 20 sujetos, dividido en dos grupos: 10 donadores y 10 receptores. El diseño es de antes-después. El instrumento utilizado fue la escala de Autoconcepto de La Rosa (1986) Después del trasplante se realizaron dos evaluaciones, una al mes y la otra a los 3 meses. Se realizaron dos tipos de análisis estadístico de los resultados: 1) descriptivo, con el que se aprecian las características de la muestra y un perfil de autoconcepto de cada grupo, y 2) inferencial, en el que se utilizó la prueba U de Mann Whitney para las diferencias de grupos y la prueba de Análisis de Varianza de Friedman para las diferencias antes y después del trasplante. Los resultados muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas después del trasplante en el grupo de los donadores, en el factor 1 ($\chi^2=6.35$; $p=0.04$) y el factor 6 ($\chi^2=6.05$; $p=0.04$) mostrando incremento del autoconcepto. En el grupo de los receptores no hubo diferencias estadísticamente significativas. Se concluye que los donadores mejoran el autoconcepto después del trasplante renal, a pesar de la pérdida del órgano, debido a que experimentan una nueva dimensión de autorrealización y logro, por lo que se autoperciben admirados, aceptados y con mayor seguridad del afecto de su medio. En el caso de los receptores se considera que no hubo diferencias quizás porque a través de la enfermedad el IRCT el autoconcepto ha adquirido características constantes, o por la necesidad de mayor tiempo para que se lleve a cabo la rehabilitación total.

INTRODUCCION

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) provoca alteraciones físicas y emocionales severas. La intoxicación puede inclusive provocar la muerte, por tal motivo es necesario un tratamiento sustitutivo de la función renal que puede ser: diálisis, hemodiálisis y trasplante renal. La diálisis tanto ambulatoria (a través de una bolsa portátil) como la hemodiálisis (a través de una máquina) provocan dependencia, agresión y alteraciones psicológicas que reducen la calidad de vida y adaptación de los pacientes; el trasplante renal, por tanto, se convierte en la única opción para recuperar el nivel de funcionamiento previo al padecimiento, brindando la oportunidad de prolongar la vida no sólo en tiempo sino en calidad. Existen dos tipos de trasplante renal: de cadáver y de donador vivo, el último a su vez puede ser de donador relacionado, consanguíneo (padres, hermanos, hijos), o no relacionado (esposa(o) o amigos).

Se trata de un padecimiento multifactorial, que amerita la necesidad de disponer de un órgano para salvar la vida, involucra a un donador, esto es, una persona sana a la que se le extirpa un órgano y, se extiende a toda la familia; incluye una enorme inversión económica, en tiempo, recursos médicos, institucionales y familiares. Por un lado implica la posibilidad de salud y por otro la necesidad de "regalar", desprenderse de una parte de sí mismo a partir de un estado de salud. Tanto la recuperación de la salud para el receptor del órgano, como la pérdida del órgano para

el donador requerirán de un proceso de ajuste para su integración y adaptación a su vida habitual: laboral, escolar, familiar, social, etc.

Se considera que la persona al percibirse de otra forma, con cambios, "diferente de como era", hará consecuentemente reestructuraciones en su propia evaluación y, sobre todo, en las respuestas que su entorno le requiere a su nueva condición. Sin embargo en el caso de los donadores el cambio no es apreciable físicamente a excepción de la intervención quirúrgica, que implica tensión, ansiedad y temor, así como la recuperación inherente. Todos los cambios que implica la situación del trasplante renal inciden en las autoevaluaciones, autopercepciones, etc. y en consecuencia en el autoconcepto; entendiendo éste como la representación que el individuo tiene de sí mismo, incluyendo sus relaciones humanas, con su contenido afectivo, expresividad y tono emocional, estados de ánimo, sentimientos, desempeño, valores, creencias e ideales. (La Rosa, 1986)

Se resalta que existe poca información acerca de la importancia del autoconcepto en situaciones relativas a la salud corporal. La persona al enfrentarse al trasplante (donador y receptor) se ve obligada a aceptar una nueva imagen de sí mismo, tanto en forma consciente como inconsciente, y el conocer los cambios en esta valoración de sí mismo permite una intervención adecuada que redunde en mejores resultados del tratamiento

sustitutivo (trasplante), y, aunado a un sistema familiar y social coadyuva a una nueva autoaceptación y rehabilitación en todos sentidos.

El estudio muestra los cambios en el autoconcepto después de un trasplante renal, considerado como un modelo salud-enfermedad (donador y receptor), tomando en cuenta que la alteración del cuerpo es a nivel interno, y que requiere de una adaptación de la representación previa que el individuo tiene de sí mismo.

A lo largo de este estudio se podrá apreciar en la primera parte las diversas referencias relacionadas con el tema. En el primer capítulo se dará un esbozo general acerca del padecimiento de insuficiencia renal, las alteraciones que sufren estos pacientes y cómo se desenvuelve hasta llegar al Trasplante Renal. Se observa que la psicología no se ha aproximado a este tipo de fenómenos sino a través de la psiquiatría, debido a su aspecto médico predominante, dejando entrever de soslayo, la importancia de evaluar los aspectos psicosociales involucrados en el proceso. En el capítulo siguiente se aborda directamente la conceptualización teórica a la que pertenece este estudio, a modo de trazar un puente entre la psicología individual y la psicología social, entremezclada de manera intrincada en el fenómeno que se está estudiando. Se tratará de delimitar en forma más clara la diversidad de conceptos relacionados con el autoconcepto, con el fin de evitar las continuas ambigüedades a las que se enfrenta

inevitablemente la persona que se introduce en este tema.

Posteriormente, lo que se podría considerar la segunda parte, remite al método, planteamiento de hipótesis y procedimiento, para finalmente observar los resultados y conclusiones, que de manera inicial, ya que a partir de este estudio se abre una posibilidad de múltiples investigaciones, muestran un parámetro poco apreciado dentro de la vida del individuo. Se comprende desde esta perspectiva las consideraciones, evaluaciones, gratificaciones y sobre todo relaciones con parientes enfermos; y a su vez, la relación que establece dentro del seno familiar un enfermo con este padecimiento en especial. Es fundamental este conocimiento para las personas que dedican sus esfuerzos al área de la salud, ya que cada vez es más claro que no es posible abarcar una fisiología orgánica sin contemplar los aspectos emocionales involucrados en la organización corporal, y su relación con el entorno.

CAPITULO I

TRASPLANTE RENAL

1.1 Insuficiencia renal crónica terminal.

La Insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es un síndrome resultante de la destrucción progresiva e irreversible de nefronas. Esta puede ser consecutiva a diversas enfermedades que afectan el parénquima renal o a la obstrucción de las vías de eliminación (Schroeder, 1989; Petersdorf, 1983). La incidencia es de 200 casos por un millón de personas cada año, motivo por el cual es importante cada vez mayor conocimiento del padecimiento, paralelamente a los avances médicos para su tratamiento.

La función principal del riñón es excretar el exceso de agua y de soluto no metabolizado, regula el volumen y composición de los líquidos corporales, sirve también como receptor endócrino. Los componentes más importantes de la orina son agua, urea, sodio, cloro, potasio, fosfato y creatinina. Es un órgano de la economía con funciones muy importantes para la conservación de la vida. Cuando cesa su función existen repercusiones en todo el cuerpo y la posibilidad de muerte. Si los riñones son lentamente destruidos por enfermedad, puede seguir llevando una vida normal hasta que ocurra pérdida del 90% de la función. El término que generalmente se da al síndrome clínico que presentan los pacientes que padecen de una pérdida importante en la función renal es uremia.

Normalmente, durante el metabolismo de las células, se producen ácidos que deben ser eliminados por el pulmón y por el riñón para mantener el ph, o sea, la concentración de ácido sérico a los límites adecuados; si no es así, se produce un estado de acidosis, que si llega a ser severo, puede ser mortal.

La presión arterial es regulada por el riñón, mediante la eliminación y secreción de sustancias que la disminuyen o elevan, en condiciones de nefropatía, secreta una sustancia que produce incremento importante en la presión arterial, con las consiguientes repercusiones del aumento de presión en el corazón, cerebro y retina.

Existe una clasificación por estadios de acuerdo a la severidad de la enfermedad (Schroeder, 1989; Graybar, 1986; Wynngaarden y Smith, 1985 y Petersdorf, 1983). En un estadio relativamente temprano de la IRCT, hay un decremento de la reserva renal con pérdida hasta de un 60% de la masa nefronal, conservándose la función de manera suficiente para mantener al paciente asintomático. En el segundo estadio es el de insuficiencia renal, el desalojo de creatinina disminuye a un rango entre el 20% y el 5% de lo normal; se presentan las primeras manifestaciones con hipertensión y anemia, acompañadas de letargo y confusión debido a alteraciones del sistema nervioso central. Se observa debilidad y fatiga fácil, cefalea, anorexia, náuseas y vómito. Si la pérdida de función renal continúa, se convierte en insuficiencia renal crónica

terminal (IRCT); el desalojo de creatinina se reduce por debajo del 5% del normal y se observa aumento en la severidad de la anemia y de la hipertensión, acidosis, disminución del calcio y proteínas en suero, así como diversos desórdenes en los sistemas gastrointestinal, cardiovascular y nervioso.

En la IRCT la debilidad progresiva, la fatiga fácil y el letargo suelen ser notables. Las molestias comunes son sed, pérdida de peso, anorexia, irritabilidad gastrointestinal, diarrea, hipo y prurito. La hipertensión origina cefaleas, dificultades visuales y síntomas de insuficiencia cardíaca izquierda. El sistema nervioso central representa una de las regiones principalmente dañadas por toxicidad. Algunos autores como Carney (1986), Trompeter (1986), Jennekens y Jennekens-Schinkel (1980) consideran que los principales cambios neurológicos en pacientes urémicos son de dos clases: los concernientes a las funciones mentales superiores y nivel de conciencia por un lado, y, por el otro, los desajustes motores. Para los primeros están la disminución del estado de alerta, irritabilidad o apatía, incapacidad para mantener la atención y falta de concentración en la ejecución de tareas así como la incapacidad para llevar a cabo el trabajo cotidiano. Después se hace evidente la disminución en la memoria y aparecen episodios de desorientación y confusión que pueden conducir a una condición delirante. (Trompeter, 1986; Petersdorf, 1983). La anormalidad motora inicial es el temblor, Jennekens y Jennekens-Schinkel (1980) observaron que este temblor es irregular en

amplitud y con una frecuencia de 8 a 10 por segundo. En algunos pacientes se observaron también sacudidas mioclónicas, parestesias, asterixia o incapacidad para mantener una posición fija y sensaciones de ardor relacionadas con una neuropatía periférica, y, en un estadio avanzado de la enfermedad, son comunes las convulsiones tónico-clónicas.

Estos pacientes tienen mayor susceptibilidad a infecciones, éstas se hacen más severas agravando consecuentemente la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). El dilema principal al que se enfrentan es el miedo a la muerte y la incertidumbre acerca del tiempo y la calidad de vida futura, lo que produce alteraciones psicológicas como depresión, agresión, y sobre todo negación (Anderson, 1975). Todo este cuadro de los pacientes que sufren IRCT va agravando paulatinamente y se enfrentan a una muerte inminente si no se lleva a cabo un tratamiento oportuno.

1.2 Tratamiento de la IRCT.

Gracias al esfuerzo de médicos pioneros que han tenido el "coraje de fallar", estas muertes ahora son evitables, y, de hecho la vida de muchos es preservada, permitiéndoles continuar de manera positiva y activa dentro de su contexto social. (Abram, 1969) Las opciones de tratamiento para pacientes con IRCT son la terapia conservadora, la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante de donador vivo o de cadáver.

La terapia conservadora consiste en una dieta apropiada y medicamentos sintomáticos que tienen el objeto de controlar algunas manifestaciones de la enfermedad, y disminuir el sufrimiento del paciente. Sin embargo, habitualmente la enfermedad progresa y sólo termina con la muerte del paciente.

La hemodiálisis es una técnica, refinada en los años sesentas, que permite prolongar la vida de pacientes, emplea un proceso de difusión a través de una membrana semipermeable que desaloja sustancias indeseables de la sangre e incorpora componentes necesarios. Esto es posible por medio de un fluido constante de sangre de un lado de la membrana y de una solución dializada limpiadora del otro lado (Schroeder, 1989; Manley, 1986; Petersdorf, 1983). La mayoría de los pacientes necesitan 10 a 15 horas de diálisis a la semana, divididas en partes iguales entre varias sesiones, habitualmente dos o tres veces por semana, manteniendo este programa para toda la vida. Bajo este régimen la vida del enfermo se va deteriorando poco a poco debido a las largas sesiones y a que la función renal no queda sustituida plenamente; el costo es elevado, no existen en nuestro país los suficientes centros hospitalarios que practiquen estos procedimientos para las necesidades de población, así que sólo un número muy limitado tiene acceso a estas unidades. Asimismo, la dependencia a la máquina para sobrevivir plantea problemas psicológicos aunados a los laborales, económicos y familiares.

La diálisis peritoneal al igual que la hemodiálisis se utilizan hasta que la enfermedad ha llegado al punto crítico, no hay función

renal. Puede usarse para tratamiento temporal o prolongado. En el caso de la diálisis peritoneal crónica, ésta había sido muy poco exitosa hasta que en 1968 desarrollaron un catéter peritoneal permanente, el catéter Tenckhoff. Es un procedimiento pasivo que consiste en la introducción a través del catéter de un líquido de diálisis con una concentración normal de electrolitos. En este procedimiento existe un compartimiento que es la cavidad peritoneal donde se aloja el líquido de diálisis, permitiendo la depuración de moléculas pequeñas (urea, creatinina) adecuada para aliviar los síntomas de la uremia. El catéter sirve como ducto para infiltrar la solución dializadora y posteriormente drenarla, sacando así las sustancias tóxicas perjudiciales. Existen dos tipos de catéter: rígido y flexible. El primero por lo general se emplea cuando el paciente llega en estado de gravedad completamente intoxicado, se mantiene en hospitalización durante un tiempo que varía de 24 a 36 horas. El catéter flexible se utiliza para dos tipos de tratamiento: a) Diálisis peritoneal intermitente y b) Diálisis peritoneal continua ambulatoria.

a) La diálisis peritoneal intermitente se practica dentro del hospital, el paciente permanece internado 1 ó 2 días para realizar aproximadamente 36 cambios de solución dializadora, con un intervalo de 4 a 10 días. Sin embargo, el paciente sufre un deterioro físico considerable porque va acumulando en el transcurso de los días previos a su hospitalización, mucho más toxinas que si se dializara con mayor frecuencia, sufriendo alteraciones metabólicas importantes. A medida que el padecimiento avanza los

cambios tendrán que ser más frecuentes, con el subsecuente sufrimiento del paciente, terminando con la muerte.

b) En el caso de la diálisis peritoneal continua ambulatoria, el paciente se hace responsable directo de su tratamiento, pues es él mismo quien lo realiza, consecuentemente de correr el riesgo de infección del tunel del catéter, peritonitis y pérdida proteínica moderada. Consiste en realizarse de 3 a 4 cambios diarios, lo que le permite llevar una vida más normal, ya que no tiene que hospitalizarse con tanta frecuencia. Es importante mencionar que la diálisis no reemplaza totalmente la función renal y con frecuencia persisten algunas de las complicaciones producidas por la uremia como anemia, pericarditis, encefalopatía, acidosis y neuropatía periférica (Schroeder, 1989; Martino, 1987; Pettersdorf, 1983).

Las terapias sustitutivas han logrado salvar y prolongar la vida del paciente, sin embargo el éxito de las mismas no sólo reside en añadir tiempo a la longitud de vida sino la calida y valor de la vida que se prolonga. La hemodiálisis y la diálisis son tratamientos prometedores pero imponen muchas restricciones al paciente, además de que tanto la enfermedad renal crónica como el tratamiento resultan amenazantes para la vida. (Kemph, 1967) El cambio de "paciente renal" a "paciente en diálisis" impone nuevas y mayores restricciones, crisis y amenazas de pérdidas personales. El paciente en diálisis se da cuenta que lo que ayer resultaba ser normal para él, hoy ya no es normal; la pérdida importante de la salud, conlleva otras como: integridad corporal, autonomía, función

sexual, autoestima, estabilidad familiar, membresía a grupos, estilo de vida y seguridad económica amén de otras, relacionadas íntimamente con el concepto de autoimagen. Todas estas alteraciones repercuten en forma importante en el estado anímico, la depresión es prácticamente un fenómeno universal entre diálizandos, 53% de los pacientes se ven afectados; igualmente, se acompaña de un incremento de la agresión ante las frustraciones, que en ocasiones llega hasta el suicidio. La dependencia a medios externos para conservar la vida crea incertidumbre acerca del tiempo y la calidad de vida, la forma generalizada de reaccionar de estos pacientes es por medio de la negación, que se puede considerar un mecanismo adaptativo desde una perspectiva cognitivo-conductual. (Fricchione et al, 1992; Levenson, 1991; Surman, 1990; Abram, 1969; Beard, 1969; Levy, 1987; De-Nour, 1976; Kempf, 1967)

El paciente en diálisis siempre se encuentra entre las dicotomías enfermedad-salud, vivir-morir, autonomía-sumisión. Abram (1979) explica que el paciente recibe mensajes opuestos: el primer mensaje dice que el paciente es un enfermo que necesita permanecer dependiente a un riguroso tratamiento donde se le "conecta" a una máquina, debe seguir ciertas restricciones dietéticas y debe aceptar además los efectos colaterales de su enfermedad. El segundo mensaje es que en las horas que le restan del día este mismo paciente debe actuar en forma responsable e independiente como si estuviera completamente sano.

1.3 Trasplante Renal.

El trasplante renal, es un procedimiento actualmente justificado para el tratamiento de la IRCT. Las pruebas de tipificación hematológicas y la experiencia adquirida en el uso de inmunosupresores (principalmente la ciclosporina) ha mejorado la compatibilidad del donador y el receptor, mejorando también la protección de los trasplantes homólogos contra el rechazo por períodos prolongados. Se convierte en la única opción que se brinda al paciente con IRCT para recuperar el nivel de funcionamiento previo al padecimiento, dándole la oportunidad de prolongar la vida no sólo en tiempo sino en calidad.

Consiste en la colocación de un riñón de una persona que tenga función renal normal, dentro de la cavidad abdominal, en la fosa iliaca. Este riñón se encargará de realizar las funciones respectivas de modo que se mantenga la homeostásis orgánica.

Los diferentes tipos de trasplante son en relación a la procedencia del órgano, esto es: trasplante de cadáver o de donador vivo, que a su vez puede ser de algún familiar consanguíneo (padres, hermanos, hijos, primos) por lo que se considera trasplante de donador vivo relacionado; o de personas cercanas como cónyuges o amigos, considerándose trasplante de donador vivo no relacionado. El isotrasplante significa que tanto el donador como el receptor tienen una misma estructura histológica como los gemelos idénticos. El homotrasplante significa que el procedimiento

es llevado a cabo entre individuos de la misma especie, pero con diferente constitución genética, lo que genera problemas inmunológicos.

En general, se puede apreciar que a medida que se va avanzando en la escala zoológica, se va diferenciando un tipo de tejido especial conocido como sistema inmunológico. Este sistema tiene la función de reconocer y atacar sustancias extrañas al organismo, como modo natural de defensa contra infecciones. A toda sustancia o partícula que es capaz de despertar esta respuesta inmune, se le denomina antígeno. En el caso del trasplante renal, los antígenos se encuentran en las células del riñón trasplantado y reciben el nombre de antígenos de histocompatibilidad y son transmitidos en forma hereditaria. Cuando se trata de gemelos idénticos tienen la misma constitución antigénica y no produce respuesta inmune. Sin embargo, cuando no es así, los antígenos varían y sí provocan respuesta inmune que va dirigida a destruir las células del órgano trasplantado, apareciendo entonces un fenómeno conocido como rechazo del trasplante. Cuando el parentesco entre donador y receptor es mayor, como es el caso de los hermanos, los antígenos serán más compatibles que en aquellos casos en que no existe parentesco alguno con la posibilidad mayor de rechazo.

En México el tratamiento formal de trasplante inicia en la década de los 70's. A partir de 1986 en que se introdujo la ciclosporina (medicamento inmunosupresor) se incrementa de manera

significativa la supervivencia de los pacientes y la conservación del órgano. En una revisión de la experiencia en trasplante renal del Instituto Nacional de la Nutrición, el Dr. Bordes (1992) reporta que la mayoría de los casos (86.3%) fueron de donador vivo relacionado en virtud de la falta de donadores cadavéricos, lo que sorprende ya que muestra una conducta opuesta a los patrones referidos en Estados Unidos o Europa, se presume que puede deberse a aspectos socio-culturales o factores de desinformación, a pesar de que con más de 60 centros, México es uno de los países con mayor actividad en trasplantes en Latino América. (Dib-Kuri et al, 1992) La supervivencia de los pacientes en 1, 5 y 10 años ha sido de 86%, 68% y 50% respectivamente, siendo la tasa de mortalidad menor en pacientes de donador vivo relacionado. (Bordes et al, 1992)

Desafortunadamente los pacientes trasplantados no están libres de complicaciones y muchas de éstas provienen del estado inmunosuprimido que causa la medicación antirrechazo. Martino (1987) señala que las complicaciones más comunes son infecciones virales, bacterianas y parasitarias, hipertensión, enfermedad tromboembólica y otras. La introducción de la ciclosporina ha hecho posible reducir la dosis de otros inmunosupresores y disminuir los efectos secundarios. Sin embargo, algunas de las complicaciones potenciales de la ciclosporina son la nefrotoxicidad, la hepatotoxicidad y una creciente incidencia de linfomas. El riesgo de infecciones hace imprescindible en las primeras fases post-trasplante, un riguroso aislamiento, estrictas medidas de asepsia

y seguimiento médico continuo (diario). Por otro lado la administración de estos medicamentos da lugar a alteraciones de la apariencia física, el Síndrome de Cushing, que se manifiesta por la acumulación de grasa en distintas partes del cuerpo, la "cara de luna", y otras de tipo general; sin embargo en los casos en que éste es intenso, debido a la alteración física puede producir problemas emocionales y psicológicos particularmente en mujeres.

A pesar de los grandes avances médicos en las diferentes modalidades terapéuticas de la IRCT, es importante hacer énfasis en la calidad de vida de estos pacientes. Algunos autores como Julius y Cols. (1989) operativizan la calidad de vida en tres componentes principales: bienestar psicológico, social y físico. Lo que conlleva preguntas sobre qué repercusiones puede tener sobre el psiquismo la enfermedad crónica, o cómo se adaptan los pacientes después del tratamiento, ó bien si su estado psíquico afecta o interfiere en su rehabilitación, qué reacciones produce el trasplante y qué tipo de expectativas tiene el enfermo y su familia.

1.4 Aspectos psiquiátricos del trasplante renal.

Cabe hacer notar que en este inciso se menciona psiquiátricos y no psicológicos, debido a que los estudios de este tipo de fenómenos han estado limitados a los hospitales que realizan trasplantes, donde en virtud de los factores médicos-orgánicos involucrados la investigación se encuentra precidida por

psiquiatras, quienes manejan indistintamente psicología del trasplante y desórdenes psiquiátricos, englobando en aspectos psiquiátricos a todo tipo de alteraciones emocionales en relación a este padecimiento.

Los nuevos descubrimientos científicos que permiten la supervivencia a los pacientes de IRCT han provocado una serie de preocupaciones en relación a todos los aspectos éticos, sociales, emocionales que requieren para su adopción en la sociedad. Desde el punto de vista científico el trasplante renal significa un magnífico avance previniendo el progresivo desorden sistémico que parte de un sólo órgano, permitiendo así la recuperación física. La calidad de vida o la rehabilitación después de un trasplante exitoso, no puede compararse con ninguna forma de diálisis. Sin embargo, la psicología del trasplante renal ocurre dentro del contexto mismo de la enfermedad renal y diálisis y no se puede separar como una entidad en sí misma. En esencia los pacientes que son trasplantados han recibido algún tipo de diálisis, y, pueden volver a ella en caso de rechazo del órgano, por lo que estas formas de tratamiento y la enfermedad están íntimamente relacionadas.

Las alteraciones psiquiátricas que se presentan están en relación al medicamento inmunosupresor administrado, que por lo general remite a alteraciones del estado de ánimo, insomnio transitorio y, en casos muy poco frecuentes psicosis. El afecto

depresivo va acompañado de un retiro del apoyo social y decremento de la actividad física. La ansiedad anticipatoria puede presentarse ante la perspectiva de rechazo. Generalmente, como Abram (1971) menciona, el bienestar emocional del receptor de trasplante renal va paralelo al éxito de la función renal. Con resultados óptimos, hay una dramática disminución de la dependencia médica.

Cumbes (citado por Guzmán, 1991) define la rehabilitación como la condición nuevamente adquirida que los sitúa en el mismo nivel de funcionamiento que tenían los pacientes antes de el inicio de su enfermedad. Pero esto, no es posible para los pacientes de IRCT que han sido sometidos al impacto del diagnóstico y todo lo que esto involucra, asimismo el período de espera que incluye la selección y tiempo que requiere la disponibilidad de donador, la expectativa por el impacto quirúrgico y la vida futura, la continua amenaza de rechazo y el futuro régimen a seguir que implica un cambio en el estilo de vida.

A su vez, el tratamiento está inmerso en el contexto social y familiar del paciente al involucrar a un donador que, como se ha mencionado, en México es predominantemente de donador vivo. Trasciende a una persona sana que, al tener algún nexo afectivo con el paciente, acepta la condición de verse privado de un órgano. Partiendo de una perspectiva médica, cualquier tratamiento a que se somete una persona está orientado con el fin de recuperar la salud, el donador recibirá el beneficio de la salud de su pariente

enfermo. Esto hace que la IRCT sea un padecimiento multifactorial. De ahí que el interés por los aspectos psicosociales y psiquiátricos se deba considerar paralelamente a la evolución del tratamiento, pues existe un alto factor emocional involucrado.

1.4.1 Donador

El donador vivo relacionado actúa por altruismo, así como por algún interés propio, existe la duda de si se trata de alguna culpa no resuelta, masoquismo o presión familiar. Un donador relacionado potencial, requiere de investigación profunda para asegurarse de una motivación positiva. Obviamente son personas sanas sin evidencia de alteración renal mínima, lo que en muchos casos no es posible en virtud de factores hereditarios. En un estudio de 200 familias de pacientes con IRCT, 18 tenían otros miembros con alguna enfermedad renal; de las 182 familias que quedaban, 30 tenían algún otro miembro que había muerto de enfermedad renal o requerían terapia sustitutiva; además, de los donadores potenciales aproximadamente 20% se excluyeron a través de los exámenes médicos. (Guttmann, 1979)

A pesar de que el procedimiento de donación se presume relativamente seguro, existe una tasa de complicaciones del 28%. En la evaluación psiquiátrica antes y después de la donación 12 de 64 donadores fueron considerados severamente traumatizados por la donación y los eventos subsecuentes. El riesgo potencial de los donadores y su vida futura con un solo riñón todavía son

desconocidos. (Guttmann, 1979)

Por otro lado existe un buen número de estudios que sostienen que, la donación de riñón tiene resultados favorables tanto para el donador como para el receptor, amén de la histocompatibilidad. Cuando el donador es uno de los padres o hermano, se aprecia que aproximadamente 65% de los trasplantes sigue con función renal después de un año, mientras que el de cadáver sólo 40% (Murray et al. 1967) El hecho de estar involucrado emocionalmente con el paciente de IRCT y mejorar su condición e inclusive salvarle la vida, proporciona beneficios psicológicos y espirituales, Fellner (1968) y Marshall (1977) estudiaron a 12 donadores, describen la espontaneidad de sus participaciones y las referencias positivas en relación a la experiencia. Sadler y cols. (1969) entrevistaron a 18 donadores no relacionados y encontraron un incremento de la autoestima post-quirúrgico en todos los participantes, también Simmons y cols. (1981) describen incremento en la autoestima y un ajuste favorable a largo plazo, en una serie de estudios realizados a donadores relacionados. Cleveland (1975) propone que la donación representa una forma conveniente y socialmente aceptada para la expresión de necesidades humanitarias.

El resultado favorable post-trasplante y una respuesta social reconfortante puede ser reforzador para aquellas personas que decidieron donar un órgano. Aunque no siempre sucede de esa forma, el donador antes del trasplante es el centro de atención por su

generosidad ante la expectativa próxima de salud del familiar enfermo, después del trasplante dejan de serlo, ya que sobre el receptor recaen todos los cuidados debido al riesgo de rechazo del órgano y a su condición de enfermo. El donador se siente triste, que no ha recibido nada a cambio de lo que dió, Kempf (1967) menciona que a pesar del altruismo, la situación genera resentimientos inconscientes por presiones familiares; a pesar de mostrar un incremento en su autoestima después del trasplante hay incidencia de depresión, quizás por la pérdida.

Los donadores en virtud de no estar enfermos encuentran en sus relaciones afectivo-sociales la motivación para llevar a cabo la donación, inclusive si la respuesta del medio es positiva al igual que la recuperación de la salud del familiar afectado los cambios subjetivos experimentados se vuelven consistentes. Estos cambios van desde mayor confianza en sí mismos hasta una nueva forma de relacionarse, más sensibilidad, más comprensivos y apreciar más la vida. Sin embargo, si las relaciones familiares presentan disfunciones, éstas pueden incrementarse; la relación con el receptor se puede convertir en tiránica, de dominio creando alianzas e interdependencias alterando aun más la estructura familiar. Velasco (1982) argumenta que los cambios en la estructura familiar se dan desde antes del trasplante estrechando la relación entre el donador y el receptor, si ésta muestra patrones rígidos, el equilibrio familiar ya precario se ve afectado seriamente generando disatisfacción en todos los miembros de la familia.

Al cuestionarse el altruismo de los donadores, la opinión general es que no existe, o más bien que se trata de actos psicopatológicos encubiertos. Al respecto Fellner (1971) menciona que no se trata de un acto impulsivo o autopunitivo, ya que están en relación con una obligación moral y con la sensación de valía por salvar una vida, que realmente incrementa la autoestima. Descubren nuevos medios de fuerza personal, el aspecto que cobra mayor importancia es la pérdida de algún miembro de la familia, estar en conocimiento de que pueden haber serias consecuencias en el bienestar de otro implica una responsabilidad y sobre todo saber que tiene la capacidad de solucionar la crisis, ya que existen más posibilidades de éxito del trasplante si el donador es un familiar.

La selección del mejor candidato donador involucra aspectos médicos y psicológicos. La valoración médica está claramente establecida: pruebas de sangre, historia médica, exámenes físicos, valoración de la función renal incluyendo artereografía.

Pero antes de ésta, la dinámica familiar ha sido activada alrededor de la necesidad del receptor. La preselección del donador en la familia es tan complicada como la conducta humana, el problema de motivación es muy intrincado y complejo, por eso es importante la valoración psicológica. Eisendrath (1969) establece esta importancia porque más allá del aspecto médico, el donador debe estar en pleno conocimiento de los riesgos y posibilidades de éxito para los dos, debe estar completamente libre de coerción

externa para la decisión, y, asegurarse que en la historia previa no hay datos de alteración mental o inestabilidad emocional. En este sentido siempre que las preguntas sean alrededor de estabilidad emocional, grado de ambivalencia para asumir responsabilidades y decisiones, es indispensable una evaluación psicológica de rutina, además la evaluación psicológica le permite un espacio sin presiones para expresar abiertamente sus motivaciones, aunque realmente no existe una forma clara para conocer la mente del donador, mas que a través de su propia historia. Cleveland (1975) menciona que los donadores son personas que tienen una autoimagen más definida, que aceptan su mortalidad; presentan locus de control interno y se aprecian más ajustados. De cualquier modo siempre estarán expuestos a la ambivalencia ya que tienden a expresar la hostilidad, depresión y culpa a nivel de fantasía, aunque se muestren satisfechos.

1.4.2 Receptor

En la relación dar-recibir, la respuesta del receptor envuelve las consecuencias inherentes a la aceptación. Un buen número de investigadores proponen la idea que factores psicológicos pueden estar en juego en la aceptación o rechazo del órgano. (Abram, 1969; Basch, 1973; Muslin, 1971; Gardes, 1983) Sin embargo, cuando Levy y Radvila (1981) intentaron hacer la conexión entre aceptación psicológica o rechazo y aceptación fisiológica o rechazo, no encontraron diferencias significativas. Los receptores viven con la continua incertidumbre de que se presente el rechazo; mientras pasa

el tiempo y no se presenta el rechazo, el paciente se siente aliviado. Se puede considerar que hay mayor riesgo durante los primeros seis meses a un año, pero siempre existe la posibilidad de un rechazo no importa el tiempo que haya pasado.

Kemph (1967) fue el primero que reportó complicaciones psicológicas en pacientes sometidos a trasplante renal. Observó la rápida recuperación de la capacidad mental y personalidad, inmediatamente después del trasplante; los pacientes tienen una respuesta eufórica, sienten que regresan de la muerte "renacen", a su vez, presentan gran preocupación por el daño corporal, distorsiones y alteraciones sexuales. En los receptores de trasplante renal existe la fantasía de que pueden presentarse cambios en la personalidad resultado de la donación, que tomarán las características del donador.

En virtud de la generalización de las técnicas de trasplante, a partir de los 70's, las restricciones en cuanto a los pacientes que serán sometidos a trasplante renal están muy abiertas. Las restricciones están en función de una enfermedad mental severa como psicosis o retraso mental de moderado a profundo y padecimientos graves como SIDA, conducta adictiva severa y cáncer. (Surman y Purtilo, 1992) Beard (1969) sugiere que los candidatos a trasplante renal por lo menos presenten suficiente madurez emocional y mental que les permita tener conciencia de la gravedad de la enfermedad y de la importancia de la terapia y el tratamiento a seguir de por

vida. Asimismo, la suficiente estabilidad emocional, que les permita reaccionar en una forma razonable y predecible, también, la presencia de motivación para recuperarse, y, de esta forma asegurar la cooperación en su propio bienestar, contribuyendo positivamente a su recuperación. En este sentido uno de los puntos básicos es que el paciente que será trasplantado presente una buena adherencia terapéutica o comunmente referido como apego en el área médica.

La adherencia terapéutica se refiere al grado en que la conducta del paciente coincide con las instrucciones del médico en términos de asistencia a citas, toma de medicamentos y seguimiento de dietas. (Sackett, 1979) El paciente debe seguir un régimen post-operatorio estricto: dietas, horarios de medicamentos y citas continuas. La falta de adherencia terapéutica es reportada como la tercera causa de rechazo, antecedida por rechazo agudo e infecciones sistémicas. Kiley y cols.(1993) la relacionan con un 78% de falla del órgano durante el segundo año después del trasplante. No hay relación entre el nivel de inteligencia y mejor adherencia, pero sí es importante el grado de conocimiento y comprensión de las restricciones, para una mejor adherencia. Se ha observado que baja tolerancia a la frustración, alto nivel de agresión, falta de conciencia de enfermedad, ganancias por dependencia del papel de enfermo y depresión, conducen a una baja adherencia terapéutica. (Kaplan, De-Nour, 1972) Este aspecto está muy relacionado con el contexto familiar, social y cultural, ya que existen una serie de creencias y valores acerca de la salud y la

enfermedad, su origen o percepciones. Si la persona piensa que su enfermedad se debe a un designio divino, su reacción será de resignación y limitará su participación activa en el tratamiento, de igual forma, si la familia está organizada bajo un esquema en que el enfermo es adoptado como alguien incapaz de actuar, que requiera de toda la atención y protección, pueden promover ganancias secundarias que limitarán el buen pronóstico del paciente. La forma en que se perciba el paciente será un factor decisivo para su participación activa en relación al tratamiento. En este sentido, también intervendrá en la rehabilitación laboral del paciente, ya que el contexto cultural y las relaciones familiares intervienen en gran medida para permitir que el paciente se reincorpore a su trabajo o actividad previa, o continúe en su rol de enfermo por las ganancias secundarias.

Hablar de aspectos psicológicos en relación al trasplante renal es imprescindible, el conflicto de centra alrededor de problemas de imagen corporal, autorrepresentaciones, y la aceptación somática de un órgano extraño en el interior. Existe una relación simbólica del cuerpo y la psique, lo que no es de extrañar ante la evidencia de las enfermedades autoinmunes. La relación con el donador es parte de toda esta simbolización, sin duda alguna la adquisición de un riñón a través de otra persona tiene un significado psicológico para el receptor. La ambivalencia, hostilidad-dependencia y la relación premórbida entre el donador y el receptor es de obvia importancia, así como lo son para el

receptor de cadáver que dan lugar a fantasías y actitudes en función del donador desconocido. Hay reportes de casos anecdóticos de pacientes hombres que se preguntan si van a sentarse a orinar después de recibir el riñón de una mujer, pacientes que se sienten más inteligentes si el donador tenía un alto nivel de inteligencia, o más dóciles o temperamentales dependiendo de la personalidad del donador. En una ocasión un paciente miembro del Ku Kux Klan se convirtió en miembro activo de la Asociación Nacional en Defensa de las personas de color, después de haber recibido el riñón de un paciente negro. (Adam, 1972)

Muslin (1971) fue el primero en abordar esta forma de "internalización psicológica" menciona: "...la asimilación del nuevo órgano tiene su contraparte en la integración al ego del nuevo objeto y su cuidado (que al principio es periférico) o trasplante psicológico". Describe tres "estadios de internalización" o "pasaje psicológico" del trasplante de riñón. En un principio el nuevo órgano es experimentado como un cuerpo extraño. Mediante un proceso que compromete al aparato psíquico, el nuevo órgano se liga a una identificación para que se internalice, así, finalmente se vuelve parte de la representación de sí mismo. En el proceso, la representación mental del órgano trasplantado debe ser en primera instancia investida de energía psicológica, esto es, libido narcisista. (Jacobson, 1964)

Muslin (1971) organiza las reacciones psicológicas en dos categorías: reacciones al nuevo órgano y reacciones al donador. Los estadios de internalización del órgano tiene que ver con las reacciones al nuevo órgano y son:

1) Estadio del cuerpo extraño.

Existe gran preocupación por el órgano trasplantado, sentimientos de fragilidad y vulnerabilidad. Lo percibe como algo extraño que le cambia la configuración del cuerpo; o, algo frágil que está cargando, y por tanto, debe cuidar el área en que se ubica la operación. Puede también existir una reacción de aislamiento hacia el trasplante, por lo que no se dan cuenta de ningún cambio, no sienten nada.

2) Estadio de incorporación parcial.

El paciente está menos preocupado por la presencia del órgano trasplantado y pasa menos tiempo pensando y hablando de eso. Se consume menos energía en la involucración con el nuevo riñón.

3) Estadio de incorporación completa.

Ya no está preocupado ni atento de la presencia del órgano a menos que se le pregunte o por algún procedimiento médico. Psicológicamente puede indicar que la imagen del nuevo órgano está más completamente integrada con las imágenes internas del cuerpo y el yo del paciente.

Si existe rechazo o amenaza de infección en algún estadio, puede ocurrir regresión de todo el proceso.

A través de este proceso psicológico, el nuevo riñón se ve investido de muchos significados, se convierte en símbolo de importantes conflictos en el desarrollo y sirve como objeto de protección y displacer, así como lazo intermediario entre donador-trasplante-receptor. Todo lo cual genera una serie de reacciones individuales de identificación del objeto o con el objeto como: bebé-madre que lo cuida, dador de vida-bebé, pedazo del donador o actitudes del donador que dan cambios de personalidad.

En lo que concierne a las reacciones hacia el donador, establece la ambivalencia entre la exaltación y alegría ante el bienestar físico y la culpa y preocupación por la salud del donador. Para enfrentarse a esta ambivalencia se desarrollan defensas específicas como negación ante el "regalo" recibido, o medidas restitutivas que pueden ser: preocupación intensa por la vida del donador, repentinos sentimientos de estar identificado con la persona y/o sentimientos de justificación en defensa por haber tomado el riñón. En ocasiones la relación con el donador toma tintes de efecto "gemelo siamés", esto es, si el donador se enferma la preocupación no es sólo alrededor del donador, sino también del riñón trasplantado. En otras, pueden reaccionar con culpa y temor al castigo, sueños y fantasías de muerte, directamente relacionados con el donador involucrando de esta forma el riñón trasplantado.

Asimismo, Gardes y cols.(1983) hacen hincapié en el impacto psicológico y psicosocial del trasplante renal, refieren que se

trata de un proceso complejo, un trasplante psíquico, en el que no existe una relación directa en tiempo en relación al trasplante anatómico. El trasplante remite a la existencia misma de la enfermedad, pero sobre todo implica el fenómeno de apropiación del trasplante por la psique; fenómeno necesario para que el órgano pase de una representación de una parte del cuerpo, que primero es algo distinto de sí mismo y luego es algo propio.

El impacto traumático es en relación con la introducción de un cuerpo extraño dentro del propio cuerpo. Habitualmente el trasplante psicológico se efectúa con un tiempo de retardo en relación al trasplante anatómico. La internalización del órgano, su pasaje de una representación de un órgano extraño a una parte interna de su propio cuerpo se efectúa en tres tiempos. Lefebvre (1973) habla de inicialmente una fase de "acorporación", pues la incorporación del órgano se realiza con más tiempo en el plano mental que el corporal. Este proceso empieza desde que se manifiesta la necesidad del trasplante y todos los preparativos para que se lleve a cabo "acorporación anticipada", el órgano que va a llegar a la representación mental, va fusionando la representación del órgano y la del propio cuerpo. La integración psíquica resulta de un pseudo-trasplante anticipado; mágico, fusional, que, después de una suerte de separación entre el riñón trasplantado, el cuerpo y la persona del donador, el riñón trasplantado deviene a "un riñón" y posteriormente a "el propio riñón". Debido a esto, las perturbaciones moderadas de la personalidad y del funcionamiento psíquico, desde el anuncio de un

posible trasplante, puede necesitar una evaluación mental profunda y apoyo psicológico en el período pre y post-trasplante.

CAPITULO II

AUTOCONCEPTO

2.1 Antecedentes.

Se podría considerar que los inicios del autoconcepto se ubican en el momento en que el hombre se preguntó por sí mismo, a partir de la conciencia de lo racional, entendido éste como el orden del cosmos y la relación que guardan los fenómenos naturales con él. Nace la necesidad de saber la situación del hombre en este orden natural, se da cuenta que se puede llegar a explicar cómo están constituidas las cosas, cómo operan, y, que el mundo, puede ser comprendido por los hombres, es materia y no fantasía caprichosa de los dioses. Por lo tanto se tendrá que remitir irremisiblemente a los Griegos presocráticos, quienes empezaron a preguntarse por el Ser. Parménides (475 a.c.) fundador del racionalismo, estableció un criterio de verdad por la razón, de acuerdo al cual, una cosa es o no es, definiendo así su identidad; el cambio es una ilusión debida a la imperfección de los sentidos. La realidad debe ser aprehendida por la razón y la lógica.

Con los sofistas el centro de interés ya no es la naturaleza, es el hombre y sus necesidades. Maestros de la retórica, relativistas en todos los aspectos, es Protágoras (aprox. 490-420 a.c.) el más importante exponente; con sus ideas refleja el relativismo humanista y cultural. No hay verdad permanente ni código de valores divino, la medida de las cosas son los seres

humanos, sus necesidades y su búsqueda de la felicidad, "El hombre es la medida de todas las cosas, tanto de las que son lo que son, como de las que no son lo que no son". Sin embargo, no es sino hasta Platón (428-348 a.c.) en que se inicia el conocimiento formal del hombre por el hombre, estableciendo las bases de una tradición filosófica que ejercerá fuerte influencia en el desarrollo filosófico-cristiano de la Edad Media y el Renacimiento, que en algún sentido permanece hasta nuestros tiempos. (Leahey, 1980)

Más tarde, con el renacer cultural de Europa del XVII, el concepto de sí mismo se reflejaría en el pensamiento de Descartes, Hobbes y Locke. (Musitu y Román, 1982) Descartes (1637) con su frase "pienso, luego existo" coloca su sí mismo como base para poder hablar de sí mismo. Hobbes (1651) aportó un código ético basado en el interés del sí mismo. Allport (1954) consideró esta doctrina como un heraldo de la psicología social y de las doctrinas modernas de la autoestima. (Oñate, 1989) Junto con Locke (1632-1704) atribuía mayor énfasis a la experiencia sensorial, hasta el punto de considerarla propiamente el sí mismo; el autoconcepto serían siempre las sensaciones y percepciones actuales.

En el siglo XVIII Hume (1740) siguió el argumento de sentido basado en la identidad. En Condillac (1715-1780) el autoconcepto no fue solamente la suma de las percepciones sino que incluyó lo que las unía, distinguiendo al lenguaje como constructor y organizador de las sensaciones, y como principio de conexión de las ideas.

Posteriormente Kant (1781) introdujo la distinción del autoconcepto como sujeto y objeto. (Mueller, 1963) Pero sería en el siglo XIX W. James (1890) quien pondría las semillas que brotaron en el estudio posterior del sí mismo, identifica el sí mismo como el agente de la conciencia así como también una parte importante del contenido de la conciencia.

Curiosamente durante cincuenta años, entre 1915 y 1965, el sí mismo fue marginado de la psicología social. El rechazo de la conciencia por parte del conductismo, como un concepto legítimo de la psicología, se extendió también al sí mismo como agente y objeto de la conciencia. No obstante, en la psicología de la personalidad los estudios del sí mismo se centraron en las discrepancias entre el sí mismo ideal y el sí mismo real, y en los aspectos evolutivos del sí mismo. (Ofate, 1989)

No se ha establecido claramente una definición del autoconcepto, ya que implica una serie de elementos estrechamente interrelacionados, que a su vez, tratar de delimitarlos conlleva, consecuentemente, el uso indistinto de conceptos como autoestima, identidad, sí mismo, autoimagen, yo, etc. Alfredo Fierro (1983) hace notar que el análisis de los antecedentes y de la dinámica de las estructuras del autoconcepto dependerá críticamente de cómo se defina. De esta manera o se le asignan definiciones operacionales ligadas a un método de medición resultando difícil generalizar y encontrar equivalencias significativas, o se dan definiciones

globales. Por tanto, se dará una revisión general de las definiciones en relación con el autoconcepto, y, se abordarán algunas delimitaciones acerca de los términos que pudieran estar más ligados y que tienden a confundirse fácilmente, como son identidad, self o sí mismo y autoestima los cuales generalmente se consideran como lo mismo que el autoconcepto; inclusive algunos autores se refieren a estos dos últimos indistintamente. (Webb, 1955; Washburn, 1961; Sheriff, 1966; Korman, 1968; Ziller, 1969)) El delimitar claramente los alcances de estos términos hará posible llegar a una definición más clara del constructo denominado autoconcepto. (en Bar-On, 1985)

2.2 Identidad.

Quien introdujo el término identidad en la teoría psicoanalítica fue Victor Tausk en 1944, estudiando cómo el niño descubría los objetivos de sus diferentes self, afirmó que el hombre en su lucha por la supervivencia debe constantemente encontrarse y experimentarse a sí mismo. (Grinberg, 1978) Ackerman (1961) propone que la identidad psicológica no es algo estático, sino dinámico, que se modifica constantemente a través de la interacción del individuo con su medio ambiente, al igual que Erikson quien es el principal exponente de una teoría de la personalidad basada en la integración de diversos elementos los cuales a través del desarrollo conformarán la identidad de una persona. Erikson (1968) utiliza el término en relación con el concepto de identificación para distinguir entre la serie de

identificaciones parciales que se dan a lo largo del desarrollo del individuo y la personalidad total integrada a partir de estas identificaciones en el joven adulto, después de la adolescencia, momento medular para la integración de la identidad. Considera que la formación de la identidad es como la culminación de un proceso compuesto por las diversas identificaciones del individuo, menciona que el niño tiene ante sí una serie de modelos con quienes identificarse en varios aspectos, lo que le da una serie de expectativas respecto a lo que va a ser de grande. Añade que la identidad debe considerarse como un proceso ubicado en el núcleo del individuo y en el núcleo de la cultura comunal. (en Erikson, 1980)

Mediante este proceso de identificaciones, el sujeto se juzga a sí mismo a la luz de lo que percibe y de la manera en que los otros lo juzgan en comparación con ellos, además juzga la manera en que es juzgado. Es un proceso inconsciente y en ocasiones puede llegar a ser consciente y salir a la luz de la conducta, produciéndose una dolorosa toma de conciencia de identidad. La formación de la identidad se encuentra influida por algunos factores, los cuales se encuentran clasificados en influencias organizadas e influencias no organizadas. Las influencias organizadas son las estructuras sociales, que tienen determinantes significativos para la formación de la personalidad, ya que se trata de la familia, la religión, la escuela, etc., todo lo que implica la cultura en que se desarrolla un individuo, todo lo que es en relación con su contexto social. Las influencias no

organizadas no tienen ninguna intención de influir en la formación de la identidad, pero de alguna manera lo hacen, pues se ven inmersos en el contexto cultura, y son parte activa de los factores socializantes de toda sociedad, esto es, los amigos, grupos, asociaciones, etc. que, indicando lo bueno o lo malo, lo correcto o lo incorrecto determinan lo que se espera que se haga en un momento dado. Para Erikson todo individuo, pareja de personas relacionadas, o grupo, posee una representación psíquica única, a lo que le llama identidad.

Identidad e identificación tienen raíces comunes, la identificación como mecanismo tiene una utilidad limitada, los niños en las diferentes etapas de su desarrollo se identifican con aquellos aspectos parciales de la gente con quien ellos mismos se ven inmediatamente afectados, ya sea en la realidad o en la fantasía. La formación de la identidad comienza donde termina la utilidad de las identificaciones, surge de la asimilación mutua y selectiva de estas identificaciones de la infancia formando una nueva configuración, determinada a su vez por la identificación que la sociedad hace del individuo, reconociéndolo como alguien que debería llegar a ser de la manera que es, y, quien siendo como es, es aceptado. Así la identidad surge como una configuración en desarrollo que paulatinamente va integrando -producto de la síntesis y resíntesis del yo- factores constitucionales, libidinales, capacidades, identificaciones significativas, defensas afectivas, sublimaciones exitosas y roles consistentes, llegando a

un ajuste final en la adolescencia. Un óptimo sentido de la identidad se experimenta como un sentimiento de estar bien psicológicamente, sentirse cómodo con el propio cuerpo, un sentimiento de saber a dónde va uno y una seguridad interna del reconocimiento anticipado de aquellos significativos para uno. (Erikson, 1980)

El yo para Whittaker (1971) es un concepto altamente personalizado que el individuo construye gradualmente en el proceso de ser socializado dentro de determinada cultura. (en Mercado,1991) El yo salvaguarda la existencia coherente, filtrando y sintetizando todas las impresiones, recuerdos, etc., que tratan de penetrar en el pensamiento y exigen una acción al sujeto, que sería aniquilado si no estuviese clasificado por un sistema confiable de protección. Para Erikson (1968) el yo identidad es parcialmente consciente, es la rectificación verbal de lo que yo siento que soy, el centro de la percepción en un universo de experiencia de que se está vivo, por lo que el autoconcepto es lo que el individuo sabe de su propio yo, de ahí que se considere una forma conciente de la identidad. (en Erikson,1980)

Rappaport (1972) considera que la identidad personal aparece como rasgo central del concepto de sí mismo. La identidad se ve moldeada en un comienzo sobre las experiencias que influyen sobre el concepto del sí mismo, pero posteriormente, a medida que la sensación de identidad va haciéndose más fuerte, se produce una

especie de giro o inversión y la identidad comienza a moldear las experiencias que influyen sobre el concepto de sí mismo. (en Ochoa, 1987) De tal forma, que la identidad pueda comprendérsela por una parte, como el resultado de experiencias que influyen sobre diferentes facetas del sí mismo y por la otra, como una fuerza integradora que unifica estas facetas para constituir con ellas una totalidad unitaria.

Para Aranda y García (1987) el autoconcepto se basa en la identidad de la persona, alcanza su desarrollo gracias a la autoconciencia y a la autoaceptación. La identidad proporciona al individuo la noción de que sí es y permanece siendo en el tiempo y en el espacio. La autoconciencia es el acto por el cual la persona viene a ser un objeto de conocimiento para sí misma, por esto el individuo se puede describir a sí mismo con cierto grado de categoría y atributos, lo cual es importante por la adquisición de un rol social. La autoaceptación implica fe en la propia capacidad para enfrentarse a la vida, asumir la responsabilidad por la propia conducta, aceptar la crítica o los elogios de una manera objetiva, no negar, ni distorsionar, aceptar lo propio, considerándose uno mismo una persona de valor igual que otros, no esperando rechazos de los demás sintiéndose diferente o raro.

Es pues, que el basamento sobre el cual se harán las evaluaciones de uno mismo es definido como identidad, parte inherente del ser humano, ya que independientemente de que la

identidad esta completamente integrada o sea difusa o patológica, todos los individuos tienen una serie de identificaciones particulares e independientes, que conforman su personalidad integrándose en un continuo del tiempo y el espacio, permitiendo al individuo saberse uno siempre, a pesar de los cambios. La capacidad de autoobservarse, autoevaluarse, y formarse consecuentemente un concepto de sí mismo, va a desarrollarse paralelamente a la personalidad y a la identidad, sin embargo no puede considerarse que, la identidad sea el autoconcepto, ya que una va a determinar al otro. Las personas se considerarán, en relación a la identidad que hayan podido integrar.

2.3 Self - Sí mismo.

La teoría del sí mismo es fuertemente fenomenológica en su naturaleza, está basada en el principio general de que el hombre reacciona en términos de la manera en que percibe, es todo aquello de lo que la persona está conciente en el momento de la acción. Lo más sobresaliente puede ser el sí mismo, como es visto, percibido y experimentado por la misma persona; sin embargo, no es posible que el hombre sea consciente de su ser absoluto, verdadero o real, sino sólo de su propio concepto y percepción de sí mismo. En este sentido es que existen distorsiones del concepto de sí mismo reduciéndolo simplemente a lo que puede ser consciente, referido como autoconcepto, es pues importante dar una breve revisión a algunos teóricos del sí mismo.

El concepto de sí mismo, dentro de la orientación existencialista encuentra sus bases en el pensamiento de W. James, quien establece al sí mismo o yo empírico como "la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo: su cuerpo, rasgos, aptitudes, posesiones materiales, familia, amigos y enemigos, vocación, ocupaciones y más"; contiene tres aspectos básicos:

- a) los elementos constituyentes, materiales, sociales, espirituales y yo puro,
- b) los sentimientos del sí mismo, y
- c) las acciones destinadas a la búsqueda y a la preservación del sí mismo.

Si bien Freud nunca utilizó el término de self como tal, si introdujo en su tesis sobre el narcisismo (1914) un yo que abarca todo el individuo, convirtiéndolo en el self básico y total. El yo estructural es el instrumento que asegura tanto para el sí mismo como para la personalidad total, la percepción y la respuesta a lo percibido en el mundo de la realidad. Resalta la plasticidad del yo y la riqueza de recursos, los cuales, si bien proceden de áreas diversas, puedan ser puestos al servicio de sus intereses autónomos, y por otro lado, la unidad del sí mismo que permite a través de las actividades del yo, se establezcan lazos inter e intra sistémicos en las diversas instancias de la personalidad. De este modo presta las bases dentro del psicoanálisis para que se desarrolle toda una línea de pensamiento acerca de el funcionamiento de la personalidad total, de la cual derivan en gran

medida todos los conceptos acerca de la teoría del Self. (en Freud, 1973)

Se pueden considerar los primeros representantes de la corriente del sí mismo a Jung y Adler seguidores de Freud. Jung (1928) considera que el concepto de sí mismo desempeña un papel central, representando un contrapolo del yo; se relaciona con el hombre mundano, la posición social y familiar, la salud física y la estabilidad emocional. El sí mismo lo considera como el destello divino y el yo como el centro de la conciencia, el sí mismo es el centro de la totalidad psíquica alcanzada en la individualización. El consciente y el inconsciente no están necesariamente en mutua oposición, sino que se complementan para formar una totalidad que es el self. Establece el núcleo del sí mismo dentro de la personalidad, es la realización plena del propio ser, es una posibilidad evolutiva humana a la que conduce lo que denomina el proceso de individuación y sólo cuando éste se ha consumado, alcanza el ser humano su peculiaridad más honda. El yo es cognoscible, mientras el sí mismo sólo es posible vivenciarlo. (en Bar-On, 1985) Por su parte Adler (1956) cree que el sí mismo también es la personalidad integrada como un todo, es el estilo de vida de un individuo. Considera que el poder creativo de la personalidad y el sí mismo están en el mismo plano, son los que orientan al individuo para integrarse y adaptarse a su medio. Lo define como algo de lo que nos damos cuenta inmediatamente, es el núcleo del ser. (en Bar-On, 1985)

Como se ha mencionado en la corriente psicoanalítica existió la preocupación por definir dentro de la personalidad cognoscible, aspectos que pudieran dar la pauta de la forma en que el ser humano se percibe a sí mismo conformado tanto por aspectos conscientes e inconscientes, estos últimos desconocidos para el mismo sujeto, que sin embargo afectan su comportamiento. Symonds (1950) por ejemplo, diferencia al yo como "un grupo de procesos (percibir, pensar, recordar) responsables del desarrollo y la ejecución de un plan de acción destinado al logro de satisfacción, a modo de respuesta a impulsos internos", y al sí mismo, como las formas de reacción del individuo ante sí, con cuatro características: a) cómo se percibe a sí misma la persona, b) qué piensa de sí misma, c) cómo se evalúa, y d) cómo intenta mediante diversas acciones engrandecerse o defenderse; y, señala que estos aspectos pueden ser o no conscientes, de modo que la percepción de sí mismo puede llegar a ser opuesta o contradictoria. (en Hall y Lindzey, 1984)

El precursor en la separación conceptual que esta situación contradictoria daba lugar, ha sido Hartmann (1964) convirtiéndose en fundador de la corriente del yo, ya que diferencia entre el yo como sistema psíquico y el self como concepto referido a uno mismo, estableciendo la importancia de hacer una clara distinción entre yo, self y personalidad. En el self se encuentran el ello, yo y superyo, así como la representación que se tiene de sí mismo; haciendo del self un concepto integrante de la persona. Propone utilizar el término representación del self como opuesto al de

representación de objeto, ya que representación del self no es lo mismo que las catexis de las funciones yoicas. Menciona que es importante diferenciar clínica y teóricamente entre la catexis de la imagen del self por un lado y las funciones yoicas como pensamiento o acción que pueden estar dirigidas hacia los objetos por el otro. La función del yo es, por la diversidad de actos, considerada como adaptación, su campo de acción se limita a un radio limitado de condiciones ambientales; la forma en que se relaciona la realidad y su conocimiento es, en sí misma la esencia del yo. El término narcisismo involucra dos diferentes series de ideas que parecen fundidas en uno, mientras la referencia a sí mismo va dirigida a la propia persona en contraste con el objeto, la otra se refiere a subestructuras de la personalidad, que como sistema psíquico interactúan dinámicamente; lo opuesto a catexia de objeto no es la catexia del yo, sino la catexia de la propia persona, o sea, la catexia del sí mismo. El yo pues, sería una subestructura de la personalidad, en tanto que el self como imagen de sí mismo, estaría compuesto por otras subestructuras que comprenden al yo, ello y superyo, de suerte que cuando se habla de lo opuesto a la catexia de objeto se estaría hablando de la catexia de la propia persona, sin especificar si ésta está situada en el ello, yo o superyo, de donde se infiere que se pueden encontrar narcisismos de los tres sistemas psíquicos. Este yo abarca una serie de funciones y capacidades organizativas, directivas, de acción, de desarrollo, de adaptación y de defensa, igual que de conflicto (intra e inter sistémicos), pero con un mayor grado de

conciencia y preconciencia, es decir, que la maduración es la puesta en acción de la serie de potencialidades presentes desde el momento de nacimiento, que abarcan desde la imagen de un yo corporal, hasta funciones como la aprehensión, locomoción, lenguaje, inteligencia, memoria, acción, etc. en el continuo y temprano interactuar de los sujetos con el medio, las cuales van dejando un registro de huellas mnémicas que retroalimentarán en sentido positivo o negativo este desarrollo dinámico del yo, otorgándole, además una autoexperiencia que será el fundamento de un sentido de identidad y de conocimiento de sí (self) dinámico, cambiante y a la vez continuo, que podría ser considerado como el autoconcepto. (en Hartmann, 1969)

Murphy (1947) considera que uno de los valores más preciados por el hombre es el sí mismo, será el yo el encargado de la autoevaluación y defensa del sí mismo. El yo será no sólo aquello que reprime sino una serie de dispositivos exaltadores y protectores de un sentimiento central: la imagen que tenemos de nosotros y a la vez la imagen que queremos imponer de nosotros. Es esencial la existencia más o menos borrosa, más o menos precisa, de un sí mismo ideal al que se tiende, es esta imagen ideal del sí mismo lo que intervendrá de manera singular y en modalidades diversas en la formación de la personalidad. Considera que cuando cristaliza un sí mismo, éste será un preciado tesoro que deberá defenderse no sólo contra los ataques externos, sino contra una percepción demasiado clara de sus defectos. Es así que propone

mecanismos de defensa del sí mismo siendo éstos:

- 1) Autoestabilización autista, la tendencia a ver de nuestra personalidad lo que nos es grato y persistimos en ella, estabilizándonos en este aspecto y eludiendo todos los demás.
- 2) Autoidealización, tomar por lo que uno es en realidad el yo ideal al que se le aspira, es decir, pensar que la sensibilidad para los valores superiores aún cuando no se haya hecho constituyen ya una superioridad.
- 3) Disminuir las fuerzas del enemigo, esto es, rebajar el valor de la opinión ajena por su escasa sensibilidad, escasa inteligencia o considerar la opinión de los demás como calumniosa interesada o envidiosa, la identificación del grupo ayuda transfiriendo a nosotros los valores de los diversos grupos a que pertenecemos.
- 4) Restricción paulatina de posibilidades de humillación, que poco a poco se va aprendiendo a mantener apartado de toda situación que pone a prueba la imagen de sí mismo. Este es uno de los mecanismos más difundidos, de consecuencias casi fatales en el desarrollo de la personalidad, que conduce al angostamiento casi progresivo de intereses.

El afán por destacarse dice Murphy no es en el fondo más que un mecanismo de exaltación y defensa de la imagen de sí mismo. (en Aranda y García, 1987)

Por su parte Spitz (1960) y Winnicott (1969) especialistas dedicados al desarrollo del infante consideran que el self es producto de la concienciación, es decir, la toma de conciencia del

individuo de que es una entidad que siente y actúa separada y distinta de los objetos de su ambiente; se va desarrollando como una elaboración de experiencias emocionales y somáticas que tienden a que se realice la separación de un individuo. Es producto de integración más alto que el yo, por medio de procesos intrapsíquicos y las vicisitudes de las relaciones de objeto. (en Spitz, 1968) Winnicott (1960) nos habla que en este desarrollo se puede distorsionar el self creándose un self falso, que se constituye por aquellas reacciones que son motivadas por necesidades de adaptación a circunstancias ambientales, produciendo sentimientos de irrealdad. Siendo éste, modos en que la persona se organiza y no diferentes tipos de personalidad donde el falso self es sólo un recurso que se toma en estados de fragilidad. Comienza cuando el bebé no puede abandonar su relación con el objeto sustitutivo, porque la madre invasora o insuficiente no le ha proporcionado el sentimiento de confianza necesario. Sólo el verdadero self puede crear y ser sentido como real. (en Winnicott, 1975)

En lo que concierne a Edith Jacobson (1964), considera que el self refiere a la persona total del individuo, en el que se incluyen el cuerpo y sus partes, la organización psíquica y sus partes. Quedaría definido como la realidad subjetiva interna que se puede delimitar desde la realidad externa. Plantea que existen tres tipos de self: corporal, mental y psicofisiológico, cuyas representaciones están contenidas en el yo, que contiene a su vez,

las representaciones endopsíquicas de objetos conscientes, preconscientes e inconscientes.

Estas son:

- las características, potencialidades, funciones del cuerpo, así como también la imagen corporal, su anatomía y fisiología.
- la imagen del yo, de los sentimientos y pensamientos, deseos, impulsos y actitudes, conscientes y preconscientes, así como la conducta física y mental.
- el ideal del yo y el superyo, incluyendo ideales y valores, conscientes y preconscientes, como también una estimación del grado de autocrítica.
- la parte del ello que comunica con el yo.
- un concepto de la suma total de estos aspectos parciales, que constituye al self en una entidad organizada y diferenciada de su ambiente.

Para ella la expresión emocional de este concepto de entidad diferenciada, es la experiencia de la identidad personal. La formación de la identidad es un proceso que desarrolla la capacidad de presentar la organización psíquica total.

Resalta la importancia de la relación con los padres en tanto contribuyen al desarrollo psicosexual, maduración de sentimientos, pensamientos, actuación y sentido de realidad, así como promueven el establecimiento de relaciones personales y sociales.

Para Kernberg (1975) es la estructura intrapsíquica formada por múltiples representaciones de sí mismo, con sus

correspondientes disposiciones afectivas. Estas son estructuras cognitivo-afectivas que reflejan la manera en que un individuo se percibe a sí mismo, tanto en las interacciones reales con los demás, como en las interacciones fantaseadas con representaciones internas de otras personas significativas, esto es, representaciones objetales. El sí mismo está integrado mientras sus representaciones formadas dinámicamente organicen un todo, se caracteriza por la continuidad de la vivencia de sí mismo, tanto en el proceso longitudinal de la historia, tiempo, como transversalmente, a través de áreas de funcionamiento simultáneamente existentes en diferentes interacciones psicosociales. El no estar integrado da una sensación de irrealidad, extrañamiento y vacío, con perturbaciones de la vivencia de sí mismo y con la incapacidad de reconocerse como ser humano total. (en Kernberg, 1989)

Asimismo, Kohut (1978) afirma que el self es una estructura interna de la mente, catectizada con energía instintiva, es duradera, es un contenido del aparato psíquico, pero no es ninguna de sus instancias, es el núcleo de la personalidad y su cristalización depende de la interacción de factores heredados y ambientales. Explica la necesidad de formular una psicología del self por su experiencia al tratar a pacientes que presentaban una vulnerabilidad específica de su autoestima; en estos casos el análisis de los conflictos psíquicos no resultó suficiente para la disminución de la problemática, descubrió que éstos reactivaban

ciertas necesidades narcisistas por deficiencias en su self. La deficiencia en la relación entre el infante y sus objetos del self trae como consecuencia un self dañado. (en Chapper Dan, 1991)

Karen Horney (1939) menciona al respecto, que aún cuando las condiciones para el desarrollo son favorables, el niño desarrolla una "ansiedad básica". Busca controlar este miedo intolerable, para ganar seguridad dejando su sí mismo en otros. Crea una imagen de los que a él le gustaría ser, la idealización es una solución neurótica comprensiva para evitar la ansiedad, los sentimientos devaluatorios, etc. Propone que cada individuo, partiendo de su self real o actual, desea lograr una realización completa de todas sus necesidades para alcanzar el máximo de su desarrollo, y esto es un sentimiento universal; para alcanzar esta autorrealización, el hombre debe tener un self idealizado al cual podrá seguir de modelo. A veces se preocupa más por seguir a su self ideal que a su self real, lo que provoca que vea frustradas sus metas y adopte conductas neuróticas que lo alejen cada vez más de su self real. (en Horney, 1943)

Volviendo al campo fenomenológico, para Syngg y Combs (1949) fenomenólogos, el sí mismo incluye todas aquellas partes del campo fenoménico que el individuo experimenta como integrantes o características de sí mismo. (Hall y Lindzey, 1984)

Lundholm (1940) ha establecido una distinción entre el sí mismo subjetivo y el sí mismo objetivo: el primero son aquellos símbolos en función de los cuales el individuo tiene conciencia de sí, lo que pienso de mí; el segundo, son aquellos símbolos mediante los cuales el individuo es descrito por otras personas, lo que otros piensan de él. (Hall y Lindzey, 1984)

Por su parte Hall y Lindzey (1970) haciendo una revisión de la teoría del self, mencionan que el self contiene tres aspectos básicos: a) los elementos que lo constituyen, b) los sentimientos hacia sí mismo, y c) las acciones orientadas hacia su búsqueda y preservación. Concuerdan en que no existe actualmente un acuerdo general para el tratamiento del término y sobre su significado y empleo exacto, existiendo dos tendencias: definirlo como objeto, esto es, todas las actitudes y sentimientos de una persona hacia sí misma, o, como proceso, el grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación. Refieren que el principal exponente de la teoría del self es Rogers (1959) quien basa su teoría general de la personalidad en el concepto de sí mismo, siendo ésta de carácter fenomenológico. Describe el punto final del desarrollo de la personalidad como una congruencia básica entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual del sí mismo, si se logra, significa librarse de tensión y ansiedad internas y librarse de tensiones potenciales; representa el grado máximo de una adaptación orientada realísticamente, el establecimiento de un sistema de valores individualizado, parecido

en grado considerable al sistema de valores de cualquier otro miembro de la raza humana igualmente bien adaptado. Se le ha identificado estrechamente con la psicología humanista, que en los últimos tiempos se ha convertido en una "tercera fuerza" de la psicología, siendo las otras dos, el conductismo y el psicoanálisis. Sus ideas han producido una gran cantidad de técnicas para lograr la autocomprensión y la expansión de la conciencia. Este autor refiere que en el sí mismo una parte del campo fenoménico poco a poco se va diferenciando y se convierte en el sí mismo o autoconcepto que denota la gestalt conceptual organizada y coherente compuesta de percepciones características del "yo" y de "mi", así como las percepciones de las relaciones de estos yo y mi con otros y con diversos aspectos de la vida, junto con los valores vinculados a esas percepciones. Se trata de una gestalt que está preparada para la conciencia, es fluida y cambiante, es un proceso que en cualquier momento determinado se torna en una entidad específica; además del sí mismo ideal que representa lo que la persona desea ser. El sí mismo es una de los constructos centrales de la teoría rogeriana. Refiere que el sí mismo es algo de lo que el individuo se da cuenta inmediatamente, concibiéndolo como zona íntima de la vida individual. Como tal desempeña un papel primordial en la conciencia, en la personalidad y en el organismo, viene a ser como el núcleo del ser.

Rogers ha sido criticado porque su teoría se basa sobre un tipo genuino de fenomenología, la conducta, la cual es motivada por

factores inaccesibles para la conciencia, y cuanto la persona dice de sí resulta matizado y deformado por diversos tipos de defensas y engaños, no sólo porque intenta engañar, sino porque no sabe toda la verdad sobre sí mismo. Reconoce el dilema que la conducta defensiva plantea a la teoría del sí mismo. (Hall y Lindzey, 1984)

Las ideas racionales acerca de sí mismo descansan sobre premisas realistas de autoevaluó, las irracionales se basan en malinterpretaciones, pero el individuo no se da cuenta de ello. Así los motivos que gobiernan sus pensamientos, actos y actitudes, varían desde aquellos que puede percibir, hasta aquellos que no reconoce. Al respecto, en la terminología freudiana existen motivos inconscientes, los cuales constituyen la dimensión desconocida del self para la propia persona. (Bar-on, 1985)

Bar-on (1985) sintetiza el concepto de self como sigue:

- Es un contenido del sistema psíquico.
- Dentro del self se encuentran las instancias intrapsíquicas (yo, ello, superyo), pero sin ser ninguna de ellas; así como las endopsíquicas (consciente, preconsciente e inconsciente).
- Incluye a las representaciones de objeto y a la representación del self en el yo.
- Surge como resultado de la interacción de factores innatos y de las relaciones objetales.
- Se diferencia paulatinamente de los objetos y del medio ambiente.
- Abarca todo lo que es considerado como propio, bajo el concepto

de sentimiento de pertenencia.

- Contiene al concepto de entidad diferenciada, es la vivencia de lo que yo soy, es decir la identidad.
- Es la totalidad de la personalidad, sus potencialidades, sentimientos, pensamientos, deseos y actitudes, ideales, valores, autoimagen y percepción corporal.
- Tiene continuidad y es duradero.
- Es un concepto que define a la persona total, es decir a la persona como un todo.

Los teóricos del self han enfatizado frecuentemente la influencia que la identidad del self o el self como objeto, tiene sobre la conducta y viceversa. La teoría psicoanalítica se centra en la identidad del hombre, su definición, sus alteraciones y su evolución; mientras la fenomenología se centra en la conducta, la conducta del self, la cual es intrínsecamente recompensante. El hacer cosas que el individuo es capaz de hacer le proporciona satisfacción, las consecuencias internas refuerzan la conducta; la conducta es practicada y cominada, así, la capacidad para realizar la conducta, se convierte en parte de la identidad. El realizar conductas nuevas tiene consecuencias complejas, tanto positivas, como negativas. La interacción entre la identidad y la conducta del self y su integración en un autoconcepto total, involucra también la tercera parte del self, la satisfacción. La satisfacción observa a la identidad y a la conducta, dice "bien hecho" o "estoy orgullosos de ti", pero más importante es si considera que es bueno

o malo tener estos sentimientos y actuar sobre ellos. Esta tendencia evaluativa del self es un componente principal de la autopercepción, y provee los elementos para la autoestima.

2.4 Autoestima.

Es indispensable esclarecer dos términos, que si bien están íntimamente ligados, significan dos aspectos distintos: por un lado el autoconcepto, y por el otro la autoestima, que se refiere a los sentimientos de estima de sí mismo, tal como lo establecen Lawson y cols.(1979) y Wylie (1961, 1968, 1974, 1979), los cuales están relacionados con la satisfacción y el funcionamiento personal.(en Oñate, 1989) Musitu y Roman (1982) consideran que el autoconcepto es más general, incluye una identificación de las características del individuo, así como una evaluación de las mismas, mientras la autoestima hace más hincapié en el aspecto de la evaluación de las características.

Se entiende como sinónimo de autoconcepto, siendo la expresión de actitudes de aprobación o desaprobación con respecto a la capacidad, prosperidad y valor de sí mismo. Primitivamente la regulación de la autoestima se basa en la eliminación del displacer. Para Hamacheck (1981) el término es afín a la dimensión afectiva, e indica el grado de valor que se le concede al yo. El yo es aquel que conocemos de nosotros mismos, el concepto de sí mismo, lo que pensamos de nuestra persona, y la autoestimación, lo que sentimos hacia nosotros. Casi todos los autores coinciden en que el

autoconcepto es aprendido y la autoestima tiene referencias al sí mismo, como los conceptos, imágenes y juicios. En todos los aspectos la autoestimación, la independencia y la originalidad individual van juntas. La estrecha relación que existe entre la validación parental y éstas, se ve con claridad cuando uno observa cómo una persona disfuncional se aferra a sus padres, o busca figuras parentales sustitutas, relacionándose con su compañero sexual como si éste fuera de hecho un progenitor. (en Gynes, 1989)

Coopersmith (1967) considera que la autoestima es un self de convicciones y sentimientos, es la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una evaluativa actitud de aprobación que él siente hacia sí mismo. Dichas actitudes evaluativas parecerían indicar "el alcance al que el individuo cree ser capaz, significativo y digno". Si la autoestima es elevada, tienen expectativas de éxito, aceptan sus opiniones, dan crédito y confianza a sus relaciones mostrando mayor independencia social y creatividad, situación que conduce a condiciones más acertivas. Es una actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un equipo de cogniciones y sentimientos. Para este autor las personas desarrollan sus conceptos acerca de sí mismos de acuerdo a cuatro puntos básicos:

a) significación, que es la percepción que un individuo tiene del aprecio y aprobación que le manifiestan las personas importantes para él.

b) competencia, la que se refiere a la capacidad para ejecutar las tareas que considera importantes.

c) virtud, la que se considera como un logro de estándares morales y éticos.

d) poder, el grado de dominio en el que influye sobre su propia vida y la de los demás.

Así, los componentes del self para este autor, son los mismos que de las actitudes: un aspecto cognitivo que viene a ser el autoconcepto y un aspecto connotativo que se representa en la conducta que se dirige hacia uno mismo. Concluye que las madres con alta autoestima poseen adecuada estabilidad emocional, confían en sus actitudes y acciones, siendo personas más seguras de sí mismas en su papel de madres, favoreciendo el desarrollo de la autoestima de sus hijos; por el contrario, si es baja la autoestima de las madres, eran inestables emocionalmente e impedían la identificación de sus hijos con ellas mismas, ellos tendían a ser más destructivos y agresivos en sus juegos e interacción social. (en Gynes, 1989 y Gutiérrez, 1989)

Rosenberg (1973) habla de la actitud hacia un objeto, y por actitud entiende el designar hechos, opiniones, valores y orientaciones favorables respecto a sí mismo, la gente tiene actitudes hacia los objetos, y el sí mismo es uno de los objetos hacia el cual se tienen estas actitudes. Sin embargo, las actitudes hacia sí mismo difieren en cierta medida de las actitudes hacia los demás. En primer lugar se halla el elemento de la experiencia

inmediata, sólo podemos estar seguros de sentirnos enojados o felices, mientras que nunca podemos tener la seguridad de que otra persona que manifiesta estas emociones las siente realmente. Por otro lado, no todos los pensamientos se expresan, podemos avergonzarnos ante un pensamiento bajo que penetre en nuestra conciencia, mientras que estos datos son completamente inaccesibles para los demás. La percepción de sí mismo a menudo está distorsionada, a diferencia de cualquier otro objeto, nosotros mismos no podemos desaparecer, ya que nuestra atención hacia otros objetos puede variar, pero el sí mismo siempre está ahí.

Para Jacobson (1964) la normal vivencia de sí mismo deriva de su sí mismo integrado por parte del sujeto, mientras la autoestima o autoconsideración depende de la catectización libidinal narcisista de ese sí mismo integrado. El nivel o la intensidad de la autoestima indican la medida de la catectización narcisista del sí mismo. Agrega que la autoestima es una combinación de componentes afectivos difusos, expresado como oscilaciones del estado de ánimo, y en los niveles más avanzados de regulación, va a darse un predominio de componentes cognitivos diferenciados con repercusiones afectivas atenuadas, expresado a través de autoevaluaciones o autocríticas más precisas en las que predominan los componentes cognitivos. Janice de Saussure (1971) partiendo de Jacobson, define autoestima como la cualidad y cantidad de afecto y valor con que se carga el self, tal como se presenta consciente o inconscientemente en un momento dado. La autoestima en esencia,

se establece comparando su representación con la de un self ideal, fluctúa sin cesar, expresa las relaciones entre las representaciones de un self ideal y las de un self real, la regulación de esta estima, constituye un proceso permanente y activo. (en Magaña, 1988)

De alguna forma, en este sentido, se tendría que considerar el papel relevante del yo ideal o lo que la persona le gustaría o quisiera ser. La distinción entre el género de persona que se quisiera ser y el género de persona que pensamos debiéramos ser es muy sutil. Hargreaves (1977) considera al yo ideal en gran parte positivo, porque representa la internalización de lo que los padres (y otros) consideran ser bueno, objetivos por los que el hijo debe esforzarse. (en Oñate, 1989) De acuerdo a Freud (1923) el super yo es la introyección de las prohibiciones de los padres, después ya pertenecerán al individuo; esta instancia ayuda al individuo a regular la autoestima, por lo regular la conciencia juega un papel importante y se forma no sólo con la influencia de la gente sino que es gracias al mecanismo de introyección. Después durante la lactancia y posteriormente, pasan las figuras idealizadas a ser tan fantásticas que se vuelven inalcanzables, formando lo que será ideal del yo. El niño admira todo lo grande, fuerte, y las niñas lo tierno, sello de la cultura, proporcionando valores que permiten orientar los esfuerzos de la vida hacia metas. (en Ochoa, 1987 y Cruz, 1992) El yo ideal se lleva a veces a una altura que hace imposible su consecución. Si desaparece el ideal o es mucho más

alto que el yo efectivo, es probable que se experimenten problemas de adaptación. Al respecto Rogers (1959) comenta que la situación en que las experiencias simbolizadas que constituyen el sí mismo, reflejan fielmente las experiencias del organismo, esto es, que no existan incongruencias entre la realidad subjetiva y la externa, entre el sí mismo y el sí mismo ideal; la conducta tendrá una tonalidad emocional positiva hacia el sí mismo, y, la inconsistencia generará tensiones psicológicas y malestar físico, lo que se refleja en las discrepancias entre el autoconcepto que resulta de la conducta observada con la que el sujeto da de sí mismo. (en Rogers, 1976)

Una característica distintiva de las actitudes hacia el sí mismo, es que en toda persona existe una motivación positiva. Como regla general, la gente desea obtener una opinión favorable de sí misma. Una actitud positiva hacia el self en todos los aspectos de la vida, es uno de los más profundos determinantes de una adaptación exitosa a la vida. Otro aspecto fundamental, es que el propio self es muy importante para la persona, por lo que se le considera de valor supremo. (Rosenberg, 1973) Sin embargo, la motivación, la actitud, el afecto o valoración de la persona hacia sí misma, difícilmente se puede considerar como algo independiente de su concepto, es pues, en este sentido que los términos tienden a confundirse.

2.5 Definiciones.

En general, el concepto del yo ha sido definido por diversos autores (Bar-On, 1985; Horrocks, 1984; Jersild et al, 1978; Lifton, 1971) como una organización y reorganización afectivo-cognoscitiva de las experiencias pasadas del individuo, la experiencia del presente, y del pronóstico del futuro. Es en esencia una simbolización del organismo, una visión interior personal que se puede delimitar objetivamente de la realidad externa. Esta visión incluye todas las ideas y sentimientos que una persona tiene respecto de las propiedades de su cuerpo, las cualidades de su mente y sus características personales. Abarca las creencias, valores y convicciones del individuo, sus concepciones sobre el pasado y sus prospectos del futuro. (Magaña, 1988)

Para James (1910) es la suma total de cuanto un hombre puede llamar suyo: su cuerpo, sus rasgos y sus aptitudes, sus posesiones materiales, su familia, sus amigos y sus enemigos y muchas otras cosas más. Existe un yo conocedor y con el "me" o yo empírico forma una suma total, lo que el hombre puede llamar de él.

G. Mead (1934) explica que el autoconcepto surge de la interacción social como un desarrollo de la preocupación individual acerca de las reacciones de otros en relación al propio individuo. Con el fin de anticipar las reacciones de la gente, de manera que pueda comportarse adecuadamente, el individuo aprende a percibir el mundo como ellos lo hacen. (Oñate, 1989)

Para Rogers (1951) el concepto de sí mismo se puede definir como "la estructura del sí mismo", una configuración organizada de las percepciones del sí mismo que son admisibles a la consciencia. Se compone de elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades, los preceptos y conceptos de sí mismo en relación con los demás y con el medio; las cualidades de valor que se perciben como asociadas con las experiencias y con los objetos, y las metas e ideales que se perciben como poseyendo valor positivo o negativo. Considera como sus características:

- a) Es consciente. Sólo incluye las experiencias o percepciones conscientes, es decir, simbolizadas en la consciencia.
- b) Es una gestalt o configuración organizada y, en cuanto tal, se rige por las leyes de los campos perceptuales. Este carácter de totalidad organizada sirve para explicar las grandes fluctuaciones en los sentimientos o actitudes hacia sí mismo observadas en los pacientes. Un cambio en un aspecto insignificante puede alterar la configuración global. El "concepto de sí mismo" por tanto tiene carácter configuracional.
- c) Contiene percepciones de uno mismo, valores e ideales. Por lo tanto, lo que piensa o experimenta una persona no es para ella toda la realidad, es simplemente una hipótesis provisional acerca de la realidad, una hipótesis que puede ser o no cierta. (en La Rosa, 1986)

Kinch (1963) considera básicos tres postulados: el autoconcepto del individuo se basa en la percepción que él tiene de la manera como los otros le responden, actúa dirigiendo la

conducta, y, la manera como percibe el individuo las respuestas de otros para con él refleja las respuestas reales de aquellos.
(Oñate, 1989)

Fitts (1965) considera que el autoconcepto es la imagen que el individuo tiene de sí mismo. Afirma que la gente con un autoconcepto distorsionado, tiene más dificultades en la vida. El autoconcepto tiene gran influencia en muchas de las conductas del individuo y está relacionado con la personalidad general y estado de salud mental, aquellos que se ven a sí mismos como indeseables, sin valor o malos tienden a actuar de acuerdo a esa percepción; aquellos que tiene un alto concepto de sí mismos irreal, tienden a tomar la vida y a otras personas de maneras irreales. (en Cruz, 1992)

Johnson (1972) coincide con Deutsch y Krauss (1965) en que el autoconcepto consiste en las representaciones simbólicas que una persona se forma de sus distintas características físicas, biológicas, psicológicas, éticas y sociales, y, que además es la organización de las cualidades (los rasgos que el individuo podía expresar por medio de adjetivos, roles que el mismo adopta, ej. padre, profesor, etc.), que la persona se atribuye a sí misma. Es en ese complejo de elementos organizados en relaciones sistemáticas, en esa estructura consistente (estable) que posee las propiedades de una "buena gestalt" y se compone de elementos percibidos como "hermanados", donde los sucesos que coinciden con

la autoexpectativa son consonantes y se buscan, y los sucesos que son contrarios a la autoexpectativa son disonantes y se evitan o minimizan. (en Oñate, 1989)

Epstein (1973) propone que el autoconcepto es una teoría personal que todos los individuos hacen acerca de sí mismos, su funcionamiento y características; esta teoría es parte de una más amplia que engloba toda su experiencia significativa. Como todas las teorías, es una herramienta conceptual que permite llegar a una meta, ésta, está en función de: optimizar el balance placer/displacer, facilitar el mantenimiento de la autoestima, y por último, organizar la información de la experiencia diaria de manera que pueda ser utilizada con efectividad. Considera que desde esta perspectiva se pueden resolver problemas que otras teorías del autoconcepto no podían resolver y cuyas implicaciones son:

1. Reconociendo que los individuos tienen teorías implícitas acerca de ellos mismos como individuos funcionales, es posible asimilar los fenómenos del autoconcepto en un marco más amplio para todos los psicólogos, y no quedar limitado a un sentido fenomenológico, psicoanalítico, social, etc.
2. Resuelve el problema de cómo el self puede ser al mismo tiempo sujeto y objeto de conocimiento.
3. El concepto de crecimiento inherente, es de más fácil acceso, pues una característica de las teorías, por lo menos de las buenas, es de incrementarse en alcance al exponerse a nueva información.
4. La relación entre la emoción y el sistema del self identificado

como una estructura cognitiva, se puede elucidar en el momento en que se reconoce que una teoría del self es una teoría que está trabajando, cuya función más importante es hacer la vida más vivible, lo que significa emocionalmente satisfactoria.

5. Ayuda a reconocer que es un sistema conceptual organizado jerárquicamente para resolver problemas, lo que permite explicar su total desorganización cuando un postulado básico es invalidado; o, cuando por cualquier otra razón, la teoría es incapaz de llenar sus funciones.

6. La necesidad de la gente para defender desesperadamente ciertos conceptos o valores, no importa qué irreales sean, puede ser comprendida a través de la organización de la propia teoría para funcionar en el mundo.

Wells y Marwell (1973) citan a Ziller (1969) quien mantiene que la autoestima es un componente del self, y que la forma en que una persona actúa y realísticamente se percibe y estima, es comunmente denominada el sí mismo real o simplemente autoconcepto. Estos autores mencionan que: "El autoconcepto es generalmente descrito en términos de actitudes reflexivas, las cuales son usualmente consideradas como teniendo tres aspectos fundamentales: el cognitivo (el contenido psicológico de la actitud), el afectivo (una evaluación relacionada al contenido) y el conativo (respuestas comportamentales a la actitud). La autoestima es comunmente identificada con el segundo aspecto, lo cual es considerado como principalmente motivacional. (en La Rosa, 1989)

Burns (1977) ha establecido una conceptualización jerárquica en la que aparecen recogidos los distintos planos del Yo. (Fig.1) Este autor diferencia entre el nivel nomotético o global del concepto del Yo, abarcando tanto al Yo conocedor como al Yo conocido, y el nivel idiográfico o individualizado. Dentro del Yo idiográfico distingue también entre el Yo como conocedor o como Yo, y el Yo como conocido o Mi, que es el autoconcepto. Asimismo, en este último distingue una dimensión actitudinal - autoevaluación, autoestima, autoaceptación -, y otra estructural, la autoimagen. Establece diferencias igualmente entre el Yo como Yo soy y el Yo como me gustaría ser. (en Oñate, 1989)

Por su parte Tamayo (1982) citado por Gynes (1989) propone que el autoconcepto es un proceso psicológico cuyos contenidos y dinamismos son determinados socialmente, comprende el conjunto de percepciones, sentimientos, imágenes, autoatribuciones y juicios de valor referentes a sí mismo.

Byrne (1984) citado por La Rosa (1986) afirma que "En términos generales, el autoconcepto es nuestra percepción de nosotros mismos, en términos específicos, son nuestras actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

Horrocks (1984) citado por Magaña (1988) establece que el yo constituye la única realidad que el ser humano posee. La autoimagen

es central para la vida subjetiva del individuo y determina en gran medida su pensamiento, sentimientos y conducta. Opina que tal parece que existe una relación recíproca entre un autoconcepto claramente concebido y realista, y una buena adaptación, en virtud de que el autoconcepto proporciona una

Nivel nomotético
o global

Concepto del Yo

Nivel idiográfico
individual

Yo como conocedor

Yo como conocido
(autoconcepto)

YO

EL MI

Autoevaluación
Autoestima
Autoaceptación
(dimensión
actitudinal)

Autoimagen
Autorretrato
(dimensión
estructural)

AUTOCONCEPTO

Yo conocido
(como soy)

Otro Yo
(como pienso
que me ven)

Yo ideal
(como me
gustaría
ser)

Fig.1 Conceptualización jerárquica de los planos del Yo.

(Burns, 1977)

orientación consistente a la experiencia. De igual forma sugiere que la satisfacción y la felicidad se hayan estrechamente asociadas al autoconcepto y que son la consecuencia natural del funcionamiento armonioso de la personalidad. La percepción de sí mismo es transitoria debido a la influencia de estados de ánimo o experiencias recientes.

René L'Ecuyer (1985) citado por Chapper Dan (1991) afirma que el concepto de sí mismo consiste en una organización compleja que reúne algunos elementos fundamentales o características globales en torno a los cuales se agrupa un determinado grupo de aspectos más específicos. El concepto de sí mismo se articula en tres niveles sucesivos: estructuras, subestructuras y categorías. Las estructuras se dividen en: sí mismo material (el cual comprende al cuerpo y sus posiciones), sí mismo personal (referente a características como la imagen de sí mismo e identidad de sí mismo), sí mismo adaptativo (la relación entre el individuo y sus percepciones de sí mismo) determinando el valor de sí mismo.

Por otro lado, no se debe confundir el autoconcepto con la autoinformación o autorreferencia, al respecto Combs, Soper y Courson (1963) dicen que la autorreferencia raramente será idéntica al autoconcepto, aunque se aproxima al autoconcepto real del sujeto, es esencialmente una introspección y no más; mientras que el autoconcepto es lo que el individuo cree acerca de él, la

totalidad de sus experiencias con respecto a él mismo. (en Oñate, 1989)

Oñate (1989) en su estudio del autoconcepto y las implicaciones en la personalidad, expresa la importancia en distinguir el yo, del concepto del yo, o más propiamente autoconcepto. El yo como instancia cognitiva, como agente conocedor o como proceso de experiencia activa, es algo diferente del "mi", como algo conocido o como contenido de experiencia. El yo como conocido es lo que llamamos autoconcepto y abarca las ideas, evaluaciones, imágenes y creencias que el sujeto tiene y hace de sí mismo, incluyendo las imágenes que otros tienen de él y hasta la imagen de la persona que le gustaría ser.

Finalmente Jorge La Rosa (1986) en su tesis de doctorado "Escalas de Locus de control y autoconcepto. Construcción y validación", establece que el autoconcepto es lo que un individuo cree acerca de él. Es la percepción que tiene de sí mismo, incluyendo sus relaciones humanas con los sentimientos que experimenta en forma habitual, su forma de relación con su contenido afectivo, expresividad y tono emocional; representando la forma característica en que se relaciona con su entorno de acuerdo a sus valores, creencias, normas e ideales, así como la forma en que percibe sus capacidades para lograr sus metas.

2.6 Hacia una definición del Autoconcepto

Como se ha podido apreciar a través de toda esta revisión, este constructo trata de aspectos constitutivos de la persona, a la vez que se incorporan aspectos relacionales, inmersos en un contexto sociocultural determinado. Todos estos son determinantes para un buen desarrollo, sin embargo es necesario aclarar que independientemente de que este desarrollo óptimo se promueva o no, el autoconcepto se dá, lo que indica la involucración de aspectos estructurales individuales y sociales.

Durante el período de desarrollo del ser humano, en virtud de la indefensión a que se ve sometido cuando nace, convergen una serie de factores que son integradores de lo que más adelante se apreciará como una persona adulta, del mismo modo que la madurez del aparato motor, independientemente que se vaya logrando un óptimo desarrollo de todas las capacidades, ésta se va a dar, permitiendo, a menos que se enfrente a una incapacidad severa, la adaptación más o menos adecuada del ser en su entorno. De este modo, desde la perspectiva que se parta para la observación del ser humano, se establecerá el camino a seguir; que, en virtud de la complejidad humana se verá intersectado forzosamente por una serie de parámetros alternativos, a medida que se va especializando.

En el caso del autoconcepto su complejidad reside en que por un lado implica el conocimiento subjetivo como ser vivo cognoscente, capacidad única del ser humano; mas, por otro, la

capacidad perceptual, aunada a las funciones intelectuales, lo que implica inevitablemente la valoración de su entorno. Esto lo ubica en un punto intermedio de los parámetros psicológicos que con el fin de un esclarecimiento del fenómeno humano, se han dividido para su estudio: lo individual y lo social. Sin embargo cabría la pregunta ¿se pueden considerar como dos aspectos diferenciados, separados o independientes lo social y lo individual? Es esencial considerar que a la vez que el hombre se percibe a sí mismo, percibe a los demás, se valora a sí mismo y valora a los demás, y que el mismo desarrollo del individuo no sería posible si no es dentro de un grupo.

Considerando lo anterior, la definición objetiva, operacional del autoconcepto sería reducirlo a una instancia de la personalidad, o una estructura determinada, o, al contrario, permanecer en un espectro tan amplio de fenómenos que promueve la confusión o excesiva generalización. Por lo que el propósito de este inciso, es establecer los límites de la conceptualización con el fin de evitar ambigüedades, que, para el principiante en este campo significa sumergirse en un mar de confusiones.

Como se ha mencionado todos estos conceptos convergen en el desarrollo de una manera más o menos preponderante, influyéndose o siendo influidos, para así conformar un patrón específico para cada persona, sin embargo, en un principio se encuentran indiferenciados. Durante el desarrollo se va dando un grado de

especialización, lo que va permitiendo que se vayan desarrollando otras instancias, así, en un principio la parte motora es esencial como un modo de comunicación, quedando el cuerpo como base fundamental para todo contacto humano. Consecuentemente el desarrollo de las capacidades cognitivas, inherentes a las funciones del yo (Hartmann 1964) permite el nacimiento del yo psicológico, y la diferenciación del yo y no yo (Mahler, 1975) descrito desde el psicoanálisis a partir de las relaciones objetales. (en Hartmann, 1969 y Mahler, 1977) Levita (1965) comenta en este sentido la función psicoanalítica de cubrir el abismo cartesiano entre sujeto y objeto. (en Levita, 1977)

El ser humano a partir de las relaciones con su ambiente establecerá una serie de patrones que le definirán como ser único en el mundo, éstos se basan en identificaciones, asignaciones de roles, percepciones y evaluaciones. Estas últimas son en un modelo psicoanalítico del aparato psíquico, las más superficiales, o sea las más conscientes; ya que se llevan a cabo a partir de una estructura dada a través del desarrollo, como se ha mencionado. El yo claramente diferenciado por Hartmann (1964) considerado como una subestructura de la personalidad, tiene como función organizar y controlar la movilidad y la percepción del mundo externo e interno. Su diversidad de actos son adaptación, y, son adecuados dentro de un radio limitado de condiciones ambientales. Se considera como motor y estructura donde se realizan las evaluaciones del entorno, las autoevaluaciones y consecuentemente el autoconcepto, ya que

independientemente de que en el autoconcepto se revelen aspectos integradores inconscientes, las autopercepciones formadoras se van generando conscientemente. (en Hartmann, 1969) Que, por otro lado, en este sentido al igual que el yo, como lo menciona (Epstein, 1973) su función a la vez de organizadora y direccional de la conducta, es de defensa y adaptación, ejerciendo equilibrio entre la gratificación-frustración.

Es pues, que el autoconcepto parte tanto de la identidad como del sí mismo, que como se ha mencionado, son conceptos que remiten a aspectos diferentes de la personalidad total. Levita (1965) hace hincapié en que la identidad es el conglomerado de identificaciones y representantes psicológicos del rol ejercidos de forma individual siempre dentro de un sistema colectivo. El sí mismo lo define como la suma total de las reflexiones sobre sí mismo, la capacidad de darse cuenta de sí, aún cuando no sea en forma total, para lo cual define que "Sentimiento de sí mismo es un término colectivo para todos los sentimientos, sensaciones, etc., que guardan relación con el sí mismo. El sentimiento de identidad se refiere a los propios sentimientos sobre el lugar que ocupo entre otras personas, es un sector derivado del sentimiento de sí mismo." (en Levita, 1977) Por su parte Aisenson (1960) citado por Ochoa (1987) refiere del sí mismo la imposibilidad de conocerlo de modo objetivo, de él no se tiene concepto, sólo sentimiento. Por lo que se concibe su confusión con el autoconcepto, sin embargo siguiendo a Jacobson (1964) el self refiere a la persona total del individuo, con

representaciones endopsíquicas de objetos conscientes, preconcientes e inconscientes.

Por tal motivo, se considera al autoconcepto como una respuesta a partir de la propia identidad, moldeando las experiencias que influyen sobre el concepto de sí mismo. Esta respuesta se da en forma consciente, objetiva, coincida o no con la realidad del individuo o self; será el punto de partida con el cual establezca todo tipo de relaciones con su medio circundante, de acuerdo a sus características y elementos, permitiéndole establecer pautas predecibles de conducta, propias y de los demás, con lo que se logra la estabilidad existencial. Todas éstas matizadas por afectos, ideales y emociones dirigidas en busca de la satisfacción, componente indisoluble de todo actuar humano.

2.6.1 Desarrollo del autoconcepto.

En la evolución del autoconcepto se estudia la formación progresiva de la capacidad de introspección junto con la capacidad percibida objetivamente, teniendo presente las similitudes y las diferencias propias en relación con los otros. Existe la tendencia a confundir los términos en virtud de que estas capacidades se forman paralelamente a la identidad, al sí mismo, autoestima, esquema corporal, yo, etc., de acuerdo a las definiciones antes mencionadas.

Toda percepción se inicia al momento del nacimiento, conlleva

una asociación inmediata a un estado afectivo positivo o negativo ya sea por frustración o gratificación; toda percepción implica relación, en el caso del ser humano, debido a la necesidad inminente del "otro" para la supervivencia.

Según Allport (1943) citado por Oñate (1989) los aspectos de darse cuenta de sí mismo se van desarrollando gradualmente durante la infancia y distingue dos momentos:

a) Los tres primeros años de la vida en que se forman el sí mismo inicial y que abarca tres aspectos del darse cuenta de sí mismo.

1. sentido de sí mismo corporal.
2. sentido de una continua identidad del sí mismo.
3. estimación del sí mismo.

b) De 4 a 6 años: profundiza en las conquistas logradas y aparecen dos nuevos aspectos del sí mismo que se añaden a los anteriores.

4. extensión del sí mismo.
5. imagen del sí mismo.

Conviene señalar que de los siete que integran el sí mismo total, cinco afloran durante los 6 primeros años de vida y en todos ellos subyace la progresiva formación de un esquema corporal diferenciado, la formación de un autoconcepto concreto, adecuado o no, integrado e integrador de los diferentes aspectos y realidades infantiles y, sobre todo, el matiz positivo o negativo según las vivencias experimentadas.

Los conceptos que sobre uno mismo se desarrollan, para Hurlock

(1982) tienen una naturaleza jerárquica, siendo los básicos:

- El autoconcepto primario: es adquirido en primer lugar, basándose en las experiencias del niño en el hogar, está compuesto de muchos conceptos individuales, cada uno de los cuales se deriva de la experiencia con diferentes miembros de la familia, incluyendo tanto las autoimágenes físicas, como las psicológicas, aunque las primeras se desarrollan antes que las últimas.
- El autoconcepto secundario: el cual es adquirido cuando el niño tiene contactos fuera del hogar, se encuentra relacionado con el modo en que se ven ellos a través de los ojos de los demás. Se encuentra caracterizado por las creencias relativas del niño acerca de su propia importancia. (en Chávez y Flores, 1988)

El crecimiento es una sucesión de cambios tanto dentro del propio niño como de los educadores con respecto a él, es necesario que adquiera un cierto grado de conciencia de aquello que permanece estable a pesar de los cambios. Es preciso que adquiera conciencia del "quien soy yo", a lo que Martínez Muñiz (1980) refiere que el niño establece su identidad a partir de la confianza y solidez de sus objetos externos (fundamentalmente los padres) y de los internos, es decir, de las representaciones mentales conscientes e inconscientes que hagan referencia a sí mismo. Las actitudes respecto a él son de gran importancia. La formación del autoconcepto se da fundamentalmente por la socialización entre el mundo de los padres y los iguales, las respuestas de otros hacia el individuo serán importantes en cuanto a la determinación de cómo el

individuo se percibirá a sí mismo, esta percepción influirá en su autoconcepto, el cual a su vez guiará su conducta. (en Oñate, 1989)

Desde la perspectiva del desarrollo cognitivo, el autoconcepto emerge de una interacción compleja entre las capacidades del individuo, el ambiente social en que las autoevaluaciones ocurren, y el desarrollo cognitivo, que gobierna el tipo y la envergadura de información que las personas pueden incorporar en su propia autodefinición en algún punto del desarrollo.

Para entender el autoconcepto de una persona, Horrocks (1984) considera que es necesario revisar su historia personal y la secuencia de su desarrollo. Los cambios en el autoconcepto de un individuo pueden ocurrir en cualquier época durante su vida, pero esencialmente se dan al principio de cada fase del desarrollo. (en Magaña, 1988)

Existe un acuerdo general en que la familia es la que otorga, contribuye y moldea la identidad del individuo, el autoconcepto se desarrolla a partir de la interacción con el medio ambiente y la experiencia interpersonal, siendo la familia el primer mediador entre el niño y su mundo, sirviendo como modelo y guía para la comprensión del mismo. Es por tal motivo que se considera que el factor principal es aprendido, a través de la observación de las reacciones de los otros significativos. Existe una marcada relación entre el modo en que un individuo se ve a sí mismo y el modo en que

ve a los demás. La imagen corporal es determinante, también el yo moral o super yo que puede ser negativo o positivo; ocurre también en función de los demás y los valores que predominan en la sociedad y cultura en que vive, dando sentido a la autoestima y a su regulación, la conciencia moral y los ideales del yo.

Bar-on (1985) define las dos teorías generales sobre la formación del autoconcepto: a) la teoría del espejo, que establece que, lo significativo es la respuesta evaluativa de los otros, el refuerzo que otros dan a un individuo en el sentido de cómo es vista por ellos, y b) la teoría del modelo, que enfoca las condiciones bajo las cuales una persona adopta como propias las características de otra. Ambas enfatizan como hipótesis central la evaluación parental positivamente relacionada al autoconcepto del niño. De igual modo, cada persona tiene una imagen de su identidad familiar como su identidad personal, así, Ackerman (1961) expone que la identidad individual se basa en la identidad familiar, la que a su vez requiere del apoyo de la sociedad para su establecimiento. Para Cook (1979) un aspecto de la identidad madura, es la habilidad de percibirse a sí mismo correctamente; una percepción de sí mismo adecuada implicaría la capacidad de conocer y aceptar aquellos aspectos fuertes y vulnerables, de tal forma que coincida con la percepción de los otros. Implica la capacidad de aceptar responsabilidad de las acciones propias, reconocer sus capacidades para el cambio y juzgarse a sí mismo en forma realista. (en Oñate, 1989)

Los logros de los individuos en las diferentes áreas en las que se desarrolla, le permiten obtener mayor seguridad y confianza en sí mismo, el individuo se encuentra en un continuo de autorrealización hasta donde él ha desarrollado sus potencialidades. Asimismo, una actitud derivada de una relación personal familiar hacia otras personas, en el mundo externo y hacia sí mismo, ejercerá influencias favorables o no sobre las relaciones del individuo. Estas a su vez le ayudarán a ubicarse dentro de un grupo, sentir que pertenece a él y de que está satisfecho con ello, así mismo sentir que puede relacionarse con las personas en general.

2.6.2 Elementos que componen el autoconcepto.

Como se ha observado el autoconcepto no es una entidad psíquica determinada, no es una característica específica o algún aspecto definido de la conducta humana. Muestra aspectos fundamentales del ser humano, todos aquellos relacionados con la pregunta ¿quién soy yo?, pero a la vez todos aquellos determinados a lo largo del desarrollo y que deriva del encuentro con uno mismo y el entorno. Esto implica la existencia de factores o elementos constitutivos que a su vez podrían observarse independientemente, pero, al ser determinantes de la acción humana configuran lo que se denomina el autoconcepto.

Se referirán al igual que las diferentes concepciones del autoconcepto, lo que para diversos autores se pueden considerar elementos que componen el autoconcepto.

Epstein (1973) al hacer una revisión del término concluye que el autoconcepto se compone de dos elementos: la autoimagen y la autoestima. La primera es la imagen mental que el sujeto tiene de sus yo y del yo de la persona que le gustaría ser, es decir, es la noción interna de si una persona posee características y hasta qué grado las posee; manifestándose por las caracterizaciones o descripciones que hace de sí misma. Esta puede ser: física, psicológica, real e ideal. Cualidades y adecuación al sexo pertinente, rasgos de personalidad basándose en pensamientos, sentimientos y emociones, lo que el individuo cree que las personas que le importan piensan a su respecto, tanto física como psicológicamente, lo que el individuo quisiera ser en lo físico y en lo psicológico, sus esperanzas y aspiraciones. La segunda es una evaluación personal de los méritos o cualidades que un sujeto realiza acerca de su propio valor, con base en su autoimagen y en la conciencia de los valores de la sociedad.

Para Janes (1890) tiene elementos como el yo social, el yo espiritual, la autoaceptación y los sentimientos que la van unidos.

Rosenberg (1973) plantea que los componenetes del autoconcepto son:

- 1) El sí mismo existente.

Formado a su vez por cuatro áreas: Contenido, Estructura, Dimensiones y Extensiones. Se refiere a cómo el individuo se ve a sí mismo en función a su entorno, a sus características físicas,

inclinaciones, intenciones y lo que considera suyo.

Contenido - La identidad social lo ubica en relación con su raza, sexo, nombre, etc. que conforman una parte real de lo que el individuo siente que es, y que implica conductas, normas y valores. Esta a su vez contiene el Yo físico como objeto y no como imagen corporal.

Estructura - La estructura esta conformada por tres puntos principales: la centralidad psicológica, que organiza jerárquicamente la individualidad del sujeto de acuerdo a un sistema de valores, éstos pueden ser centrales o periféricos; el nivel específico y global, que nos muestran la inconsistencia entre los componentes y la variabilidad situacional; y, un interior y exterior, lo que remite a un aspecto social exterior, visible con todas sus características, y el mundo interior, privado, de emociones, actitudes, deseos y secretos.

Dimensiones - Existen ocho dimensiones que permiten tener una descripción, aunque incompleta del autoconcepto de un individuo: dirección: si se tiene una opinión favorable o desfavorable de sí mismo.

intensidad: en qué grado es favorable o desfavorable dicha opinión de sí mismo.

relevancia: si el sujeto está consciente de sus conductas o si está envuelto en tareas o propósitos ajenos.

consistencia: si los elementos de su autoimagen son contradictorios o no consigo mismo.

estabilidad: si las actitudes hacia el sí mismo varían

constantemente o si permanecen firmes y estables.

claridad: si tiene una imagen clara y nítida de sí mismo o ésta es vaga y confusa.

precisión: si dicha autoimagen es considerada correcta o falsa.

verificación: si los componentes de la imagen son factibles de confirmación objetiva.

Extensiones del YO - La experiencia subjetiva del mí o mío, esto es, la incorporación de elementos externos en el sí mismo, que varía de acuerdo a la edad; siendo a su vez algunas más centrales al sí mismo y otras más periféricas. Pocos objetos externos pueden ser más centrales que los que son resultado del propio esfuerzo.

2) El sí mismo deseado.

Este componente se puede definir como una fuerza motivadora que da pie para juzgar al sí mismo existente. Se distingue a su vez por tres partes que lo conforman: imagen ideal, imagen de compromiso e imagen moral. Estas se refieren a la idealización que desde niño se forma el individuo de lo que le gustaría ser, tanto en forma irreal como real, de compromiso con sus metas, definidas a su vez por las normas y valores determinados por la sociedad a que se refiera; que implica la conciencia o superyó, el rol que desempeñe y la idiosincracia que son parte del sistema de demandas sociales.

3) El sí mismo presentado.

Este componente es la imagen característica que el sujeto proyecta a los demás, siendo el principal instrumento a través del cual cumple sus metas para su satisfacción y la aprobación social. Así, el sujeto presenta una parte de su sí mismo a su familia, otra

parte a sus amigos, otra a su pareja, etc., pero a la vez presenta ciertas características en forma similar que permanecen más o menos estables.

Para Burns (1977) como se observó en la Tabla 1 los elementos del autoconcepto son: el Yo conocido, como soy; el otro Yo, o sea, como pienso que me ven los otros; y, el Yo ideal, esto es, como me gustaría ser.

El autoconcepto se basa en la identidad de la persona, pero alcanza su desarrollo gracias a dos fenómenos propios del ser humano: la autoconciencia y la autoaceptación. La autoconciencia es el acto por el cual la persona viene a ser un objeto de conocimiento para sí mismo, por eso el individuo se puede describir a sí mismo con cierto grado de categoría y atributos, lo cual es importante por la adquisición de un rol social. La autoaceptación implica reconocer la propia capacidad para enfrentarse a la vida, asumir la responsabilidad por la propia conducta, aceptar la crítica o los elogios de una manera objetiva. Considerarse una persona de valor igual que otros. A su vez estos elementos están distribuidos en tres áreas: el yo corporal, el yo moral y el yo social. (Aranda y García, 1987).

Elizabeth Hurlock (citado por Gutiérrez, 1989), habla de cuatro componentes del autoconcepto: autoimagen física, autoimagen psicológica, autoimagen real y autoimagen ideal. Refiriéndose de

esta forma a todo lo que integra a una persona, como su aspecto físico y capacidades, rasgos de personalidad, lo que piensan las personas significativas de los rasgos psicológicos y físicos del individuo y lo que quisiera ser tanto física como psicológicamente, que sirve como meta para alcanzar la autoimagen real, pudiendo inclinarse positiva o negativamente, es decir, si una persona fija metas inalcanzables podría frustrarse de no obtenerlas y devaluarse a sí misma.

Asimismo, para Jorge La Rosa (1986) los componentes del autoconcepto están determinados de acuerdo a cinco dimensiones: social, emocional, ocupacional, ética e iniciativa. Las dimensiones social y emocional a su vez están constituidas por diversas subescalas como son: sociabilidad afiliativa, sociabilidad expresiva y accesibilidad en lo social, mientras que estados de ánimo, sentimientos interindividuales o afectividad y salud emocional constituyen la dimensión emocional. Todas estas se refieren a la actividad del individuo, sus relaciones, sentimientos, emociones, grado de satisfacción, metas, valores personales y grado de motivación, reflejadas en sus interacciones que el individuo vive en el día-a-día como consecuencia de su propia apreciación y el éxito o fracaso experimentado de acuerdo a las expectativas en relación a aquella. Establece como parámetro importante, delimitar el contexto social de que se trate, ya que concibe el autoconcepto como una serie de premisas aprendidas a través de las relaciones con el entorno.

2.6.3 Características del autoconcepto.

Es importante considerar que, el autoconcepto es un constructo actualmente considerado como una de las más recientes y significativas interpretaciones de la personalidad humana, incluyendo tanto lo individual como lo social. Que, es como un índice que cada persona desarrolla en su constante interactuar con el medio, y, que puede brindar una pauta para detectar el grado de salud emocional de una persona en un momento dado. Por lo que las características con que se presenta deben estar claramente delimitadas, como se mencionan a continuación:

De acuerdo a la revisión realizada por Epstein (1973) de una variedad de posiciones con respecto a la naturaleza del autoconcepto, resume las características que se le han atribuido, en las que se incluye:

1. Es un subsistema de consistencia interna de conceptos jerárquicamente organizados, contenidos dentro de un sistema conceptual más amplio.
2. Contiene diferentes yo empíricos, como el yo corporal, el yo espiritual y el yo social.
3. Es una organización dinámica que cambia con la experiencia. Parece buscar cambios y exhibe una tendencia a asimilar una cantidad creciente de información, con lo cual se manifiesta como un principio de crecimiento. Se caracteriza más como integrativo que integrado.
4. Se desarrolla con la experiencia, particularmente con la

interacción social con los otros significativos.

5. Es esencial que la organización del autoconcepto se mantenga, para el funcionamiento del individuo. Cuando la organización del autoconcepto es amenazada, el individuo experimenta ansiedad y se defiende contra ésta. Si la defensa no es exitosa, las cantidades de estrés se elevan y es seguido finalmente, por una total desorganización.

6. Existe una necesidad básica de autoestima, que se relaciona con todos los aspectos del sistema del sí mismo, y, en comparación con otras necesidades casi todas están subordinadas.

7. El autoconcepto tiene por lo menos dos funciones básicas: Primero, organiza toda la información de la experiencia, particularmente la que involucra la interacción social, dentro de secuencias predecibles de acción y reacción. Segundo, el autoconcepto facilita los intentos de llenar necesidades mientras evita la desaprobación y la ansiedad.

Rosenberg (1973) menciona dentro de los componentes, que se caracteriza por ser global o específico, consistente y que puede ser positivo o negativo de acuerdo a sus dimensiones.

En virtud de estas características mencionadas, es pues el interés desarrollado alrededor del autoconcepto, así como la dificultad de aproximación a una definición que involucre todos estos aspectos sin caer en globalizaciones inespecíficas, o por otro lado reduciendo o limitando a componentes del autoconcepto

como en algunos casos se ha podido observar, ya que indistintamente se utilizan términos para designar un concepto que conlleva características multifacéticas.

2.6.4 Factores que influyen el autoconcepto.

Por ser considerado parte del aprendizaje y de ser sujeto del incremento de información durante el desarrollo, se ve expuesto este constructo a una serie de factores que pueden influir positiva o negativamente, éstos pueden ser:

a) de naturaleza interna:

- la concordancia armónica que se dé entre el sí mismo real y el sí mismo ideal.
- la fuerza y rigidez de la estructura moral.
- la estructuración de un locus de control interno o externo.
- la noción interna del estado físico general relacionado con la salud, la edad y la apariencia.
- los estados de ánimo.

b) de naturaleza externa:

- las gratificaciones provenientes de los sujetos con quien se relacione.
- la rigidez de patrones culturales.
- la posibilidad de realización de aspiraciones.
- experiencias positivas o negativas que sobrepasen la actividad cotidiana.
- la autoestima de los padres.

En virtud de que existe una necesidad básica de aprobación y afecto relacionada con todos los aspectos del sistema del sí mismo, bajo cuya satisfacción, todas las otras necesidades se ven subordinadas, el autoconcepto está vinculado estrechamente a la autoestima, por lo tanto se puede decir que los factores que alteren el autoconcepto afectarán de igual manera la autoestima. Es posiblemente debido a esta vinculación, que se tiende a confundir al autoconcepto con la autoestima erróneamente, ya que como se ha mencionado es el componente afectivo inherente al ser humano,

2.7 Estudios relacionados

En virtud de lo anteriormente expuesto, se ha podido observar que el campo de investigaciones del autoconcepto se ha delimitado dentro del campo social y educacional, de alguna forma, más en relación con los logros y motivaciones.

Sin embargo, en algunos casos estos estudios pueden brindar información para este estudio, por ejemplo: Newcomb (1950) y Sherwood (1965, 1967) consideran que el sí mismo y la ocurrencia de autoevaluaciones son el resultado de procesos sociales que involucran apreciaciones reflejadas provenientes de otras personas significantes, resaltando el desempeño de roles sociales. (en La Rosa, 1986) En este sentido, se podría ubicar esta consideración, para el caso en que una persona ve alterada su capacidad para desempeñar adecuadamente su rol por una enfermedad, por ende se verá afectado su autoconcepto. Así, de igual modo Bruchon-Schwitzer

(1979) establece que la percepción del cuerpo es un aspecto importante de la percepción de sí mismo, y que éstos se relacionan en diferentes aspectos, sobre todo en las zonas valoradas socialmente como más deseables, confirmando una correspondencia entre el cuerpo deseable socialmente y la propia imagen. Esto lo concluye a partir de su estudio con 377 estudiantes universitarios franceses de ambos sexos, para comprobar la hipótesis de que la percepción del cuerpo es un aspecto importante de la autopercepción, y ésta determinante en relaciones sociales que establecen los jóvenes.

En lo que se refiere específicamente al autoconcepto y problemas físicos, enfermedades crónicas o cirugía, como se ha mencionado, las investigaciones son escasas, a continuación referimos algunos hallazgos:

Bloom y cols. (1987) exponen que el cáncer de mama interfiere con las funciones intra e interpersonales, y que las diferencias en las molestias emocionales, están afectadas por la edad y el estado socioeconómico de las mujeres.

Daoud (1976) midió las actitudes hacia la imagen y el autoconcepto en 22 pacientes histerectomizadas, antes y después de la operación, encontrando un incremento en la catexia negativa del cuerpo, auto-catexia negativa y depresión después de la histerctomía. Esto indica un incremento en la disatisfacción con el cuerpo y el sí mismo posterior a la cirugía. Expone que la

comparación de las medidas sugiere una correlación entre el autoconcepto y la imagen corporal, sin hacer la correlación, refiere que todas las pacientes mostraban una sugestión extrema a los valores culturales y sociales. Concluye que se da una depreciación del cuerpo y el sí mismo preoperatorio y postoperatorio (al reconocer la pérdida) y, en términos de la reacción depresiva por esta depreciación.

En México, López y De la Rosa (1989) estudiaron 30 mujeres comparando entre dos tipos de histerectomía: 15 ginecológicas y 15 obstétricas. Para evaluar el autoconcepto se utilizó el diferencial semántico, por ser el más conveniente para medir el autoconcepto, constando de 15 conceptos agrupados en 3 áreas: biológica, psicológica y social. Los resultados mostraron que no hubo diferencias entre los dos tipos de histerectomía para las áreas biológica y psicológica, sin embargo en el área social la diferencia obtenida, se basaba en el apoyo recibido por el compañero y los familiares, mostrando que las pacientes con histerectomía ginecológica tienen mejor autoconcepto. Explican que si se toma en consideración que estas pacientes tienen más tiempo como parejas en comparación con el otro tipo de pacientes, se sienten por lo tanto más apoyadas por el compañero, lo que les brinda mayor confianza y una mejor autopercepción.

Bernstein (1991) estudió a pacientes parapléjicos y cuadrapléjicos, partiendo de la hipótesis de que actividades

aeróbicas promueven efectos psicológicos positivos, disminuyendo la ansiedad y la depresión. Comparó las respuestas de 19 enfermos que estaban recibiendo un tratamiento de ejercicios con 14 enfermos que estaban esperando incorporarse al programa. Se utilizó la escala de autoconcepto de Tennessee y otras pruebas, y concluye que a pesar de no haberse encontrado diferencias estadísticamente significativas, sugiere un patrón, debido a la diferencia de dos subescalas, que indican que el ejercicio mejora algunos aspectos del autoconcepto, especialmente en los cuádruplégicos. En la misma línea Siasoco (1991) correlacionó el autoconcepto con la depresión entre 16 hombres hemipléjicos del lado izquierdo debido a una embolia, encontrando que los pacientes mostraban relativamente poca depresión y alta autoestima. Aquellos que se autopercebían como enfermos tendían a mostrar mayor sintomatología depresiva que los que no se consideraban enfermos. Sentimientos de dependencia se asociaron con baja autoestima, estigmatización y concepto de sí mismos como enfermos.

El lupus eritematoso se considera una enfermedad autoinmune que en ocasiones ataca todo el sistema, en virtud de que es un padecimiento incurable el cual sólo se puede controlar, se considera como un padecimiento crónico. Si tomamos en cuenta que los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal al no contar con función renal y verse sometidos a tratamiento sustitutivo de ésta tendrán que continuar su vida bajo un control médico continuo, se puede pensar que se trata de un padecimiento crónico. Al

respecto es interesante mencionar el estudio de Guerrero (1991) que se refiere al autoconcepto y el ajuste psicosocial en mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES). Comparó 35 mujeres con LES, con 30 con artritis reumatoide (RA) y un grupo control de 30 mujeres sanas, encontrando que la autoestima de las pacientes con LES no fue significativamente diferente de las de RA, y éstas apenas fueron significativamente menos de las sanas. Las mujeres con LES mostraban una significativa alta incidencia de patrones de autoconcepto inusuales o extremos, y no había diferencias entre los grupos de enfermedades crónicas; sin embargo, ambos grupos aparecían significativamente más neuróticos que el control. Por otro lado la tardanza en llegar al diagnóstico en las pacientes con LES producía mayor alteración psicológica y problemas de relación con su entorno familiar. La correlación con la duración de la enfermedad sugiere incremento en la adaptación psicológica y social con el tiempo. Por lo que concluye que mientras más tiempo el individuo experimente una enfermedad, más positivamente evaluará su identidad básica, así como disminuye el desajuste con el tiempo a partir del momento del diagnóstico.

Estableciendo el aspecto crónico de un padecimiento en relación con el autoconcepto, Chávez y Flores (1988) en su tesis de licenciatura "Estudio preliminar en el autoconcepto entre ciegos de nacimiento y personas con ceguera adquirida" de la UNAM, nos brindan un bosquejo interesante acerca del autoconcepto de la invalidez. Retomando a Shakespeare (1979) en relación a la

psicología de la invalidez, refieren que los individuos que presentan una deficiencia o incapacidad física les afecta al autoconcepto, debido a las alteraciones de la imagen corporal, a cómo se perciben y como perciben a los demás. A su vez, si se trata de una invalidez adquirida, implica un reconocimiento más rápido alterando el autoconcepto de forma más notoria, que una congénita donde los cambios son paulatinos; y si la incapacidad es grave tendrá que estructurarse uno nuevo totalmente. Así, la persona modificará su conducta en términos de su estilo de vida, trabajo e intereses. La incapacidad afecta a las personas de manera distinta, algunos se deprimen, mientras que otros, el enfrentar la deficiencia constituye un factor motivante y de reto. En general en los adultos se producen diversas reacciones de tipo emocional al enfrentarse a la necesidad de vivir con alguna incapacidad.

El estudio se realizó con 50 ciegos de edades entre 17 y 35 años, 25 eran ciegos de nacimiento y 25 de ceguera adquirida. Se aplicó el Tennessee de Autoconcepto traducida al braille, mostrando que no había diferencias significativas; sin embargo, los ciegos que adquirieron ésta entre los 7 y los 17 años mostraban un mayor grado de defensa, representado por un autoconcepto ideal y falso. Los ciegos de nacimiento estaban más enfocados a su realidad (su limitación visual) son capaces de aceptarla, lo que les permite una mejor adaptación.

Como se observa, la enfermedad física implica además, alteraciones en las autopercepciones, así como en todo el entorno social, emocional, familiar y laboral del que la padece. En este sentido el autoconcepto se ve influido y puede ser afectado, de acuerdo al modo en que se experimente el padecimiento, si se cuenta con el apoyo familiar, si se presentan perspectivas de cualquier tipo de actividad y en función de los patrones socioculturales a los que pertenece.

CAPITULO III

METODO

3.1 Planteamiento del problema.

En virtud de que se desconoce evidencia que establezca en forma clara el proceso por medio del cual los cambios anatómicos son internalizados e integrados en la imagen de sí mismo, y, que son escasas las orientadas a los cambios que sufre el organismo internamente; se propone el estudio del Autoconcepto en un modelo de salud-enfermedad que brinda la oportunidad de comparar dos situaciones: donar un órgano y recibir un órgano.

El objetivo es conocer el Autoconcepto tanto de los receptores como de los donadores antes del trasplante renal y después de la intervención quirúrgica, y poder establecer los cambios del autoconcepto en un evento de esta naturaleza.

La Pregunta de investigación es: ¿ Cual es el Autoconcepto de los Receptores y Donadores antes y después del trasplante renal?

3.2 Hipótesis.

Para llevar a cabo el objetivo de este estudio, se establecen las siguientes hipótesis:

Hipótesis de trabajo:

- a) El donar (perder) un órgano influye en el autoconcepto.
- b) El recibir un órgano en el interior del cuerpo, influye en el autoconcepto.

Hipótesis nulas Ho:

- a) No existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de donadores antes y después del trasplante renal.
- b) No existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de receptores antes y después del trasplante renal.

Hipótesis alternas H1:

- a) Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de donadores antes y después del trasplante renal.
- b) Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de receptores antes y después del trasplante renal.

Tipo de estudio:

En virtud de que el fenómeno que se intenta determinar no ha sido previamente estudiado en esta población específica, y que se realizó a través del tiempo, se trata de un estudio prospectivo.

Diseño:

El diseño es antes y después (pretest-posttest).

A	DONADORES	PRE- TRASPLANTE -POST
B	RECEPTORES	PRE- TRASPLANTE -POST

Para el posttest se establecieron dos evaluaciones, una al mes de la intervención quirúrgica tomando en consideración que ya estén en mejores condiciones físicas para dicha evaluación, y la otra a los 3 meses. Este tiempo se estableció en forma arbitraria por no contar con parámetros anteriores, los cuales se podrán adecuar de acuerdo a la experiencia.

3.2.1 Variables.

VARIABLE DEPENDIENTE: Autoconcepto.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Trasplante Renal en donadores y receptores.

Definición conceptual de las variables.

Autoconcepto:

Es lo que un individuo cree acerca de él, la percepción que tiene de sí mismo; incluyendo sus relaciones humanas, con su contenido afectivo, expresividad y tono emocional, estados de ánimo, sentimientos experimentados en forma habitual, forma de relación, desempeño, realización personal, valores y creencias, normas e ideales. (La Rosa, 1986)

Trasplante Renal.

Es un procedimiento actualmente justificado para el tratamiento de la insuficiencia renal crónico terminal, colocando un riñón sano para prolongar la vida. Los riñones provienen de donadores vivos relacionados, no relacionados y de cadáver, con resultados superiores en el primer caso. (Schroeder, 1989; Graybar, 1986; Petersdorf, 1983)

Definición operacional de las variables.

Variable independiente: Trasplante renal. La operación se lleva a cabo introduciendo simultáneamente al donador y al receptor en salas contiguas del hospital, en este caso el Instituto Nacional de la Nutrición, donde se lleva a cabo el retiro del órgano donado por un lado, y la reconstrucción entre el tejido trasplantado y el receptor, por el otro.

Variable dependiente: Autoconcepto. Determinado por las respuestas obtenidas en la Escala de Autoconcepto de la Rosa (1986) aplicado tanto a los donadores como a los receptores.

3.3 Sujetos.

La muestra estuvo integrada por pacientes aceptados en el programa de trasplante renal de donador vivo relacionado, de acuerdo a los criterios establecidos en el programa del Instituto Nacional de la Nutrición, por lo que la elección de la muestra fue

no probabilística, intencional por cuota. Se estudiaron dos grupos:

a) donadores

b) receptores

Tomando en cuenta que el número de trasplantes que se realizan en dicho programa es alrededor de 20 por año, y que el tipo de estudio es longitudinal, se consideraron 10 sujetos para cada grupo. Los sujetos elegidos podían ser de cualquier sexo, mayores de 18 años y que supieran leer y escribir.

3.3.1 Escenario.

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" donde se realiza el programa de Trasplante Renal con donador vivo relacionado. En este mismo lugar se tomó la muestra aplicando el instrumento antes y después de trasplante. Así como algunas preguntas sobre sus datos sociodemográficos.

3.4 Instrumento.

Escala de Autoconcepto de La Rosa.

Escala desarrollada por Jorge La Rosa (1986) como tesis para obtener el título de doctor en psicología denominada "Escala de Locus de control y autoconcepto. Construcción y validación."

Para elaborar las escalas se llevaron a cabo 6 estudios piloto con el fin de construir un instrumento multidimensional de locus de control y de autoconcepto. Fue una muestra de 1,803 alumnos

universitarios de cuatro áreas: salud, físico-matemático, filosofía y ciencias humanas, y ciencias político-socio-administrativas. En relación al autoconcepto se encontraron dimensiones en la escala: social, emocional, ético, ocupacional e iniciativa.

Entre los resultados se refleja que las mujeres obtuvieron calificaciones significativamente más altas en sociabilidad afiliativa, sentimientos interindividuales y dimensión ética que los sujetos masculinos. Sin embargo los sujetos masculinos presentan puntajes más altos en salud emocional.

Es importante señalar que existe una variedad de factores que determinan el autoconcepto, lo cual se ha puesto de manifiesto por varios autores, tanto Fitts (1965), De la Rosa, Díaz-Loving (1986), Andrade y Pick (1986) (referidos por García y Ramos, 1991) concordaron en los resultados obtenidos de sus investigaciones para la construcción de instrumentos que midan el autoconcepto, que éste es multidimensional puesto que se da de acuerdo a los roles desempeñados por el individuo y que las principales dimensiones son: físico, ético-moral, personal, familiar y social.

En el caso de la escala con la que se trabajó (La Rosa, 1986), el autor observó que la dimensión física no se encontró durante el piloteo, debido a la técnica de diferencial semántico y por los pares de adjetivos bipolares utilizados.

El cuestionario está constituido de 54 pares de adjetivos referidos a las dimensiones, basado en la técnica de diferencial semántico, con siete intervalos entre los adjetivos bipolares. Con la

calificación total se obtiene el autoconcepto de acuerdo a las áreas determinadas por las dimensiones.

Las dimensiones fundamentales encontradas por el autor son: social, emocional, ocupacional, ética e iniciativa. La dimensión social se refiere a las relaciones humanas, en lo cotidiano, en la accesibilidad y las oportunidades que la vida proporciona en razón de ésta; está constituida por diversas subescalas: sociabilidad afiliativa, sociabilidad expresiva y accesibilidad. La dimensión emocional como consecuencia de un buen estado físico, logros alcanzados, relación afectuosa gratificante, conducta consistente con los valores personales, y el proceso de socialización determinado en su historia personal constituida por: estados de ánimo, sentimientos interindividuales o afectividad y salud emocional. La dimensión ocupacional explica las múltiples facetas relacionadas con la ocupación y cómo la misma puede ser fuente de satisfacción y realización personal. La dimensión ética está en razón a la actitud valorativa, en cuanto a la atribución a los otros individuos, a los objetos que lo circundan y a los ideales que persigue. La dimensión iniciativa por sí misma se explica, esto es, la decisión espontánea a la acción. La consistencia interna de la escala total fue $=.94$, lo que indica la cohesión del constructo global del autoconcepto.

La técnica utilizada es la del diferencial semántico, (Osgood, 1952) el cual es utilizado como instrumento de medida del significado connotativo, también llamado significado afectivo o

subjetivo, basado en la hipótesis de mediación que dice: "... un patrón de estimulación que no es el objeto, es signo de éste si produce en el organismo una reacción mediadora, que: a) es una parte o fracción del comportamiento total evocado por el objeto, y b) produce autoestimulaciones distintivas que mediatizan respuestas que no ocurrirían sin la asociación previa entre los patrones de estimulación del objeto y los del no objeto (signo). (en Díaz Guerrero y Salas, 1975) Las escalas (en la técnica de diferencial semántico cada par de adjetivos bipolares y sus respectivos intervalos constituyen una escala) están mezcladas en forma aleatoria tanto en lo que se refiere a las dimensiones del autoconcepto, como en lo concerniente a la direccionalidad de los adjetivos. El concepto evaluado es el "yo", las escalas bipolares están precedidas por la expresión "yo soy".

De lo anterior se puede concluir que los significados que diferentes personas tienen para los mismos signos o palabras, son distintos en la medida en que varíen: a) sus conductas hacia los objetos que representa, b) la frecuencia con que el objeto y el signo se asocian, y c) la frecuencia de la asociación de un signo con otros signos. Cada una de las palabras estímulo se califican por medio de una serie de escalas bipolares, constituidas por adjetivos antónimos, de 7 intervalos, cuyo valor máximo será 7. El sujeto califica el estímulo según la percepción que tiene de la relación entre la palabra o frase estímulo y uno de los polos de la escala. La calificación global de las diferentes dimensiones nos

proporciona el autoconcepto.

3.5 Procedimiento.

Ya que los pacientes habían sido evaluados por los diferentes departamentos que conforman el programa de Trasplante Renal, fueron enviados al Departamento de Medicina Psicológica del mismo Instituto, previo al internamiento, en donde en uno de los consultorios se lleva a cabo la entrevista y la aplicación del instrumento. Se le indicó al paciente respondiera la escala de autoconcepto que es autoadministrable, y se recabó la información sociodemográfica. Posteriormente si no existen complicaciones los pacientes son dados de alta aproximadamente a los 15 días, teniendo que asistir el receptor a consulta de nefrología y trasplante diariamente, y el donador al mes del trasplante, momento en que eran enviados al Departamento de Medicina Psicológica donde nuevamente se realizó tanto la entrevista como la aplicación del instrumento.

Para la aplicación del seguimiento a los 3 meses fue necesario localizar a los pacientes por teléfono para solicitarles su asistencia ya que las citas para los receptores han disminuido a una al mes, y en los donadores cada 6 meses. Se realizó la evaluación de la manera antes descrita y se agradeció su participación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Con los datos obtenidos en este estudio se realizaron dos tipos de análisis: 1) descriptivo y 2) inferencial.

4.1 Características de la muestra

1) El análisis descriptivo se realizó con los datos sociodemográficos recabados en la entrevista, de tal forma que se puedan apreciar las características generales de la muestra, y el perfil general del autoconcepto de cada uno de los grupos a lo largo del estudio, esto es en las tres evaluaciones realizadas.

La población total constó de 20 sujetos con la que se conformaron las 2 muestras, donadores y receptores, esto es 10 sujetos sanos, familiares de los receptores, con voluntad de donar un riñón, y, 10 sujetos enfermos de IRCT candidatos a trasplante renal de donador vivo relacionado, con las siguientes características:

El género predominante fue masculino ya que en el grupo de los donadores se aprecia un 70% (7) y en el de los receptores 60% (6). (Tabla 1)

TABLA No. 1

Distribución de frecuencias del género				
Género	Donadores % (F)		Receptores % (F)	
Femenino	30	(3)	40	(4)
Masculino	70	(7)	60	(6)
Total	100	(10)	100	(10)

La edad en el grupo de los donadores tuvo un rango de 20-44 años, cuya media es de 26.8 y la desviación std. de 7.85; para el grupo de los receptores el rango fue menor de 18-29 años con una media de 23.4 y una desviación std. de 9.83. Por tanto, se puede apreciar que el 75% de la población total son solteros, de los cuales en los donadores se presenta un 70% (7) y en los receptores 80% (8) de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA No. 2

Distribución de frecuencias del estado civil				
Edo. civil	Donadores % (F)		Receptores % (F)	
Soltero	70	(7)	80	(8)
Casado	30	(3)	20	(2)
Total	100	(10)	100	(10)

Para el nivel socio económico se utilizó la clasificación del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" en donde A significa que se les cobra sólo un (2%), B (10%) y C (20%) del

costo de la atención. En la población total se observa que el 45% (9) corresponden a la clasificación A y 35% (7) al B, por lo que se puede considerar que la mayoría pertenecían a un nivel de bajos recursos, ya que la clasificación llega a la letra J, donde el costo del servicio es del 100%. Los grupos se observan como sigue:

TABLA No. 3

Distribución de frecuencias del nivel socioeconómico				
Nivel	Donadores % (F)		Receptores % (F)	
1) A	50	(5)	40	(4)
2) B	20	(2)	50	(5)
3) C	30	(3)	10	(1)
Total	100	(10)	100	(10)

En lo que se refiere a la escolaridad, existe un rango que va desde 2 ó 3 años de primaria hasta estudiantes de licenciatura y profesionistas, siendo en la población total el 40% (8) de nivel escolar de secundaria; la clasificación por grupos se observa en la

TABLA No. 4

Distribución de frecuencias de escolaridad				
Escolaridad	Donadores % (F)		Receptores % (F)	
Primaria	30	(3)	10	(1)
Secundaria	30	(3)	50	(5)
Preparatoria	10	(1)	20	(2)
Licenciatura	30	(3)	20	(2)
Total	100	(10)	100	(10)

De igual forma la actividad laboral de la muestra es muy diversa, desde campesinos hasta estudiantes, profesionistas y amas de casa, sin descontar los subempleados que tienen cualquier tipo de trabajo eventual y los dedicados al comercio; en fin, la gama de actividades es muy amplia, sin embargo por tratarse en su mayoría de jóvenes y sobre todo en el caso de los receptores, que tuvieron que suspender sus estudios, y, las expectativas ante la recuperación es en todos los casos de continuar con sus estudios, se puede considerar que prevalecen los estudiantes 40% (8). Para la clasificación por grupos ver Tabla 5.

TABLA No. 5

Distribución de frecuencias de la actividad laboral			
Tipo de Trabajo	Donador % (F)		Receptor % (F)
Comercio	10	(1)	- -
Campo	10	(1)	- -
Profesionista	30	(3)	- -
Hogar	10	(1)	20 (2)
Otro	30	(3)	10 (1)
Estudiante	10	(1)	70 (7)
Total	100	(10)	100 (10)

A modo de reflejar en forma más clara la situación de las muestras en los tres momentos en que se realizaron las evaluaciones (antes del trasplante, 1 mes y 3 meses después del trasplante), se presenta un perfil general del autoconcepto para cada una.

4.1.1 Donadores

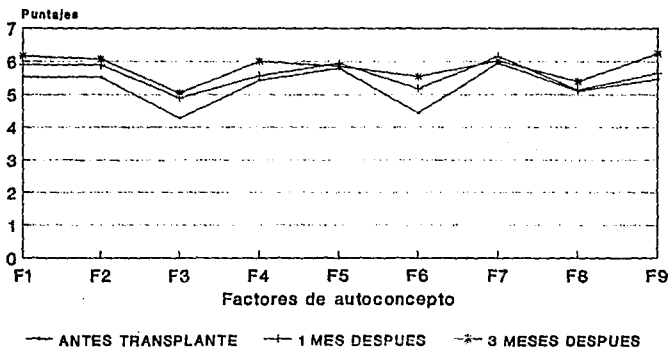
Se puede observar que el autoconcepto antes del trasplante en general es favorable ya que la mayoría de los factores tienen medias de 4 o más. Sin embargo, se puede observar que el factor más alto del autoconcepto es el ético 7 (5.96), siguiendo el ocupacional 5 (5.80) y el autoconcepto más bajo, pero arriba de la media lo presentan los factores sociabilidad expresiva 3 (4.28) y salud emocional 6 (4.45). Posteriormente se observa que este patrón se repite en la evaluación al mes después del trasplante, pero aumentando en todos los factores, indicando el incremento en el autoconcepto. En la última evaluación, a los 3 meses después del trasplante, se observa un incremento mayor con alguna variación en el factor ocupacional 5 (5.86) y ético 7 (6.03) que decrecientan ligeramente. (Ver Gráfica 1)

4.1.2 Receptores

El autoconcepto en los receptores en general es favorable ya que, al igual que los donadores, antes del trasplante, la mayoría de los factores tienen medias de 4 o más. Se observa que en este caso el factor más alto es accesibilidad 9 (5.77) seguido por sociabilidad afiliativa 1 (5.76), mientras que el autoconcepto más bajo se refleja en los factores sociabilidad expresiva 3 (4.25) e iniciativa 8 (4.58). Posteriormente, al mes después del trasplante, se puede observar que en general el autoconcepto se incrementa siguiendo prácticamente el mismo patrón, con algunas variaciones; el factor accesibilidad 9 (5.42) disminuye ligeramente,

Gráfica 1

Perfil de autoconcepto-Donadores



F1 Soc.Afil. F2 E.Animo F3 Soc.expr.
 F4 Sent.Inter. F5 Ocup. F6 S.Emocion.
 F7 Etico F8 Inic. F9 Accesibilidad

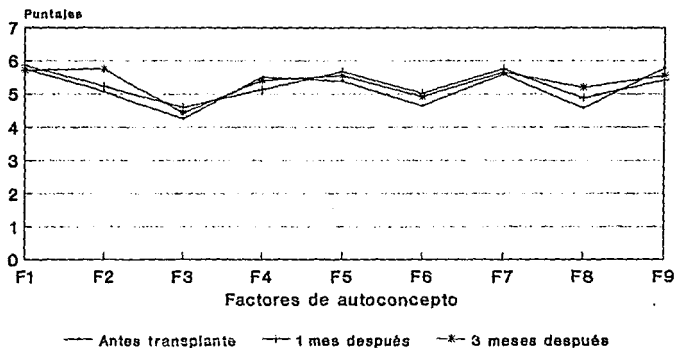
conservándose como el factor más alto la sociabilidad afiliativa 1 (5.86); el factor sociabilidad expresiva 3 continúa siendo el más bajo (4.60) al igual que el de iniciativa 8 (4.88), a pesar de haberse incrementado; el factor sentimientos interindividuales 4 (5.15) denota a su vez una ligera disminución. Para la evaluación a los 3 meses después del trasplante se observan oscilaciones en los diferentes factores, pero manteniéndose prácticamente igual, ya que las variaciones son muy ligeras. Se puede observar el incremento del factor estados de ánimo 2 (5.76) y un ligero decremento en la sociabilidad afiliativa 1 (5.71), aunque continúa siendo de los más altos; el factor 3 estados de ánimo (4.43) continúa siendo el más bajo, mostrando decremento, al igual que el factor 6 salud emocional (4.92), por lo que concierne al factor 8 iniciativa (5.20) muestra incremento. (Ver Gráfica 2)

4.2 Diferencias entre grupos

2) Análisis inferencial, en el que primeramente, se consideró interesante hacer la comparación entre los donadores y los receptores, para lo cual se utilizó la prueba U de Mann Whitney, la que se consideró pertinente, de acuerdo al nivel de medición y tamaño de la muestra. Esta muestra las diferencias entre cada uno de los factores del autoconcepto entre donadores y receptores, para cada medición. Posteriormente se utilizó la prueba de Análisis de Varianza de Friedman, ya que es la recomendada para este nivel de medición y tamaño de la muestra, para conocer las diferencias antes y después del trasplante, y así, poder aceptar o rechazar las

Gráfica 2

Perfil de autoconcepto-Receptores



F1 Soc.Afil. F2 E.Animo F3 Soc.expr.
 F4 Sent.Inter. F5 Ocup. F6 S.Emoción.
 F7 Etico F8 Inic. F9 Accesibilidad

hipótesis planteadas.

En primer lugar, al realizar el análisis de diferencias entre donadores y receptores para cada una de las mediciones (antes del trasplante, al mes y a los 3 meses después del trasplante), se encontró que no hubo diferencias significativas en ningún factor de ninguna de las mediciones, sin embargo, se observa un efecto marginal en el factor 9 de la segunda evaluación post-trasplante, que se refiere en el área social a la accesibilidad ($Z = -1.64$, 0.06), donde el grupo de los donadores muestra mayor autoconcepto. (Ver Tabla 8)

TABLA No. 6

Diferencias entre donadores y receptores antes del TR				
Factores	Donadores $\bar{X}$ rangos	Receptores $\bar{X}$ rangos	Z	Prob
1	9.15	11.85	-1.02	0.30
2	12.05	8.95	-1.17	0.24
3	10.50	10.50	0.00	1.00
4	10.15	10.85	-0.26	0.75
5	11.20	9.80	-0.53	0.59
6	9.45	11.55	-0.79	0.42
7	12.15	8.85	-1.25	0.20
8	12.50	8.40	-1.59	0.11
9	9.85	11.15	-0.49	0.81

TABLA No. 7

Diferencias entre donadores y receptores 1 mes post-TR				
Factores	Donadores x rangos	Receptores x rangos	Z	Prob.
1	9.55	11.45	-0.72	0.47
2	12.15	8.85	-1.25	0.21
3	10.40	10.80	-0.07	0.93
4	10.95	10.05	-0.34	0.73
5	10.05	10.95	-0.34	0.73
6	9.70	11.30	-0.60	0.54
7	11.05	9.95	-0.41	0.67
8	10.20	10.80	-0.22	0.81
9	11.15	9.85	-0.49	0.62

TABLA No. 8

Diferencias entre donadores y receptores 3 meses post-TR				
Factores	Donadores x rangos	Receptores x rangos	Z	Prob.
1	11.00	10.00	-0.38	0.70
2	10.95	10.05	-0.34	0.73
3	10.65	10.35	-0.11	0.90
4	12.00	9.00	-1.13	0.25
5	10.25	10.75	-0.18	0.84
6	11.50	9.50	-0.76	0.44
7	11.45	9.55	-0.72	0.47
8	9.90	11.10	-0.45	0.64
9	12.85	8.15	-1.84	0.06

4.3 Diferencias antes y después del Trasplante Renal

Para conocer si había diferencias entre cada una de las mediciones (antes del trasplante, al mes y a los 3 meses después del trasplante) para cada grupo, es decir, donadores y receptores,

se utilizó la prueba de Análisis de Varianza de Friedman, observándose los siguientes resultados:

TABLA No. 9

Diferencias antes y después del trasplante en donadores					
Factores	antes	1 mes	3 meses	χ^2	Prob.
1	1.65	1.70	2.65	6.35	0.04*
2	1.80	1.95	2.25	1.05	0.59
3	1.80	2.05	2.15	0.65	0.72
4	2.00	1.50	2.50	5.00	0.08
5	1.80	2.25	1.95	1.05	0.59
6	1.45	2.00	2.55	6.05	0.04*
7	2.15	1.59	1.90	0.35	0.83
8	2.00	1.75	2.25	1.25	0.53
9	2.00	1.75	2.25	1.25	0.53

Se encontró que en el caso de los donadores, hubo diferencias estadísticamente significativas en el factor 1 que se refiere, en el área social, a la sociabilidad afiliativa ($\chi^2 = 6.35$; $p=0.04$), observándose que se incrementa el autoconcepto a través del tiempo ($\bar{x}$ antes = 1.65; $\bar{x}$ 1 mes = 1.70; $\bar{x}$ 3 meses = 2.65). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor 6 del área emocional, lo que es salud emocional ($\chi^2 = 6.05$; $p=0.04$), donde igualmente se incrementa el autoconcepto a través del tiempo ($\bar{x}$ antes = 1.45; $\bar{x}$ 1 mes = 2.00; $\bar{x}$ 3 meses = 2.55). Se observa un efecto marginal en el factor 4 del área emocional, los sentimientos interindividuales ($\chi^2 = 5.00$; $p=0.08$), reflejando primero un decremento y posteriormente a los 3 meses un incremento en el autoconcepto ($\bar{x}$ antes = 2.00; $\bar{x}$ 1 mes = 1.50; $\bar{x}$ 3 meses =

2.50).

TABLA No. 10

Diferencias antes y después del trasplante en receptores					
Factor	antes	1 mes	3 meses	χ^2	Prob.
1	1.90	2.40	1.70	2.60	0.27
2	1.75	1.85	2.60	5.45	0.06
3	1.65	2.30	2.05	2.15	0.34
4	2.00	1.75	2.25	1.25	0.53
5	1.80	2.05	2.15	0.65	0.72
6	1.90	2.05	2.05	0.15	0.92
7	1.80	2.15	2.05	0.65	0.72
8	1.50	2.15	2.35	3.95	0.13
9	2.10	1.95	1.95	0.13	0.92

Por otro lado, en los receptores se observó que no hubo diferencias estadísticamente significativas, sólomente se aprecia un efecto marginal en el factor 2 que se refiere a estados de ánimo ($\chi^2 = 5.45$, $p=0.06$) mostrando un incremento en el autoconcepto a través del tiempo ($\bar{x}$ antes = 1.75; $\bar{x}$ 1 mes = 1.85; $\bar{x}$ 3 meses = 2.60).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y DISCUSION

5.1 Discusión

El objetivo de esta investigación era conocer cómo se afecta el autoconcepto después del trasplante renal. Se encontró, que para el caso de los donadores la hipótesis alterna se acepta, ya que sí existen diferencias estadísticamente significativas antes y después del trasplante; sin embargo, para el caso de los receptores se acepta la hipótesis nula que establece que no existen diferencias estadísticamente significativas ante el trasplante renal.

En relación con los datos observados, se podría considerar en lo que se refiere al perfil de autoconcepto de los donadores, que el área ética se encuentra con un alto puntaje, lo que indica un sentimiento de honestidad, lealtad, desinterés y altos valores morales, los cuales son necesarios para donar un órgano. Fellner y cols. (1971) mencionan que las intenciones de donar parecen estar más relacionadas con un deseo de satisfacer una obligación moral, que en relación con los sentimientos de culpa. Lo que por supuesto se justifica ante la situación de impacto en que se ven envueltos, esto es, la preocupación por la salud de un familiar cercano que les imprime un sentimiento de responsabilidad sobre todo por considerarse el único medio de salvarle la vida. Eisendrath y cols. (1969) refiere la consistencia en las respuestas de los donadores de no haber tenido alternativa, "si no lo hubiera dado, el enfermo

hubiera muerto, y no hubiera podido vivir conmigo". De igual forma y por estas mismas razones, el área ocupacional presenta altos puntajes, se consideran personas cumplidas, responsables, eficientes y capaces, ya que inclusive han tenido que pasar a través del proceso de valoración física, donde se ven sometidos a un sinnúmero de citas y pruebas que en algunos casos son dolorosas y tediosas en otros.

Como se observó anteriormente en los resultados el área más favorecida del autoconcepto es la social, los donadores se autoperciben con habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales, tanto con sus familiares, como con amigos, vecinos y semejantes. Se consideran educados, respetuosos, accesibles, esto es explicable ya que se aprecian como personas dignas de admiración y reconocimiento, debido al hecho de haber donado un riñón. Marshall y Fellner (1977) establecen claramente que los donadores descubren nuevos medios de fortaleza personal, a través de la donación, incluyendo el reforzamiento del medio y las atenciones familiares, lo que implica un beneficio positivo en la autoimagen que refleja un nuevo equilibrio, que, inclusive se muestran consistentes a través del tiempo. Al respecto es necesario comentar acerca de los estudios de Díaz Guerrero y cols. (1975) quienes mencionan el valor y la potencia que los mexicanos se dan a sí mismo, ligado a personas o símbolos que son buenos y poderosos. Los principales son la familia, la madre, el padre, hermanos mayores, etc. Son los que proveen al mexicano de seguridad emotiva superior

a la de otros países y culturas. Por lo que el mexicano, tiende a darle un lugar importantísimo a la familia y a las relaciones interpersonales. (en Díaz Guerrero, 1986) Lo que a su vez explica por sí mismo el incremento continuo a través de las diferentes evaluaciones y en general la tendencia a mejorar el autoconcepto después del trasplante. Retomando a Díaz Guerrero (1975) ejemplifica las formas de dimensión social en el siguiente texto: "Estos jóvenes son generalmente muy educados, de buena conducta, corteses, producen muy buena impresión en las personas, y su meta es ser respetables; son agradables, socialmente sensitivos, se comportan como debe ser en todas las ocasiones". (en La Rosa y Díaz Loving, 1988) En la cultura mexicana es "bien visto" hacer "lo que se debe", por lo tanto el donador "se ha comportado como debe de ser".

Han cumplido su meta de ser respetables, son reconocidos por haber donado un órgano, hecho que poca gente tiene como orgullo. De ahí que se muestre más accesible ya que es alguien aceptado y respetado.

En lo que respecta a los factores que se encontraron más bajos el área emocional se ve afectada en la primera evaluación, sin embargo cabe mencionar que después del trasplante, al mes ésta se ve incrementada, lo que puede mostrar que el evento estresante, la cirugía, afecta en el autoconcepto. Riether y Stoudemire (1987) refieren que los pacientes que son sometidos a cirugía presentan

dos temores predominantes, los que generan las bases de la ansiedad, agresión o depresión; éstos son la amenaza de muerte y el miedo al daño físico, así como la pérdida de alguna parte del cuerpo. La cirugía es un daño narcisista, que generalmente ocurre en un ambiente fuera del sistema de apoyo habitual, como es la familia, amigos, etc. Se presenta una regresión como una función adaptativa, la que facilita a los pacientes enfrentar la situación y permitir el cuidado por otras personas extrañas. En lo que respecta a los factores de iniciativa y sociabilidad expresiva, a pesar de ser bajos, como se pudo observar en los resultados, se incrementan a lo largo del tiempo, esto puede deberse a que se sienten con menos capacidad, apáticos, lentos, pasivos; que por un lado se explica por sí mismo ante la convalecencia, por el dolor y la disminución de la capacidad física habitual. Pero, por otro lado, puede significar un estado depresivo en consonancia con la pérdida; primero del estado de salud previo, aunado con la pérdida del órgano. Kemph (1967) menciona que a pesar de mostrar un incremento en su autoestima después del trasplante hay incidencia de depresión, quizás por la pérdida. La cual, también menciona, se va superando posteriormente. Tal como se puede apreciar, ya que a pesar de tener los más bajos puntajes, éstos muestran un incremento continuo a lo largo del estudio. De igual modo sucede con el factor de sociabilidad expresiva, percibiéndose introvertidos, inhibidos, reservados, lo que puede ser el reflejo no sólo de este rasgo depresivo, sino del resentimiento inconsciente, a pesar del altruismo, como lo refiere Kemph (1967). Consideran la donación

como la extensión de la vida de un pariente que puede estar emocionalmente cerca de él, pero al mismo tiempo desarrolla preocupaciones acerca de su futuro funcionamiento físico. (Abram, 1969)

Es importante señalar que los donadores muestran en general un incremento en el autoconcepto, coincidiendo con la opinión de diversos autores (Eisendrath et al, 1969; Fellner y Schwartz, 1971; Cleveland, 1975; Fellner y Marshall, 1977), el hecho de estar involucrado emocionalmente con el paciente de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y mejorar su condición e inclusive salvarle la vida, proporciona beneficios psicológicos y espirituales, por la satisfacción de salvar una vida, tener cambios en su entorno social y una mayor fuerza emocional. Lo que se confirma en este estudio al observarse los resultados, así se acepta la hipótesis alterna, debido al cambio en el autoconcepto después del trasplante renal.

Por lo que respecta a los receptores, los factores que se aprecian con puntajes más altos denotan una autopercepción positiva en las relaciones interpersonales, considerándose accesibles, amables, comprensivos; lo cual es explicable ya que se sienten satisfechos de haber sido capaces de despertar tales sentimientos en su familia por contar con ellos al extremo de recibir un órgano. El área ética se ve acentuada, se consideran leales, honestos y apegados a las normas morales, probablemente debido a que son merecedores de recibir prácticamente un "don" de vida, ya que ellos

mismos refieren la experiencia de renacer. Así como la alegría, optimismo y casi estado de exaltación reflejado en el factor estados de ánimo, que tiene que ver con la recuperación, como ha sido mencionado por varios autores (Kemph, 1967; Abram, 1978; Levy, 1987; Surman, 1989); existe una consecuencia por los logros obtenidos no sólo de la operación, sino de haber experimentado una relación afectuosa gratificante, así como la percepción de haber alcanzado sus objetivos vitales. Se perciben con habilidades para sus relaciones, lo que les facilita la obtención de la interacción con el medio, tratando de mantener siempre las amistades, y sobre todo las relaciones familiares, ahora mucho más importantes para ellos. Sin embargo, refleja cierta preocupación, ya que a pesar de estar entre los puntajes más altos, después del tercer mes post-trasplante disminuye, inclusive con un puntaje menor a la evaluación inicial; esto puede deberse a la sensación de tener que corresponder, sentirse en deuda con la persona que le ha donado, así como con la familiar y el resto del equipo que ha hecho posible su bienestar. Muslin (1971) refiere que en las reacciones del receptor existe ambivalencia entre la exaltación y alegría ante el bienestar físico y la culpa y preocupación por la salud del donador.

Asimismo, Velasco (1982) establece la necesidad de evaluar las relaciones entre donador y receptor, ya que después del trasplante el lazo emocional se incrementa de tal forma que puede ser un verdadero peligro para la adaptación psicológica de ambos.

De acuerdo a los resultados, aparece una autopercepción en lo que se refiere a la salud emocional, que podría ser indicador de ansiedad y nerviosismo, contradiciendo u oponiéndose con la alegría antes mencionada, reflejando la ambivalencia a que se ven expuestos estos pacientes. Esta no es solo en función del donador, sino en relación a la constante amenaza de un posible rechazo, lo que impide en cierta medida la sensación de cura.

Por otro lado aún cuando se ha incrementado el área social, la sociabilidad expresiva todavía se encuentra inhibida, ya que es la más baja dentro del grupo, al igual que la iniciativa, ya que su capacidad de acción todavía se encuentra limitada, a pesar de la mejoría física, quizá debido a los cuidados rigurosos post-trasplante. En general se aprecia un incremento en el autoconcepto, explicable ante la mejoría de su situación vital.

Sin embargo, no existe una autopercepción diferente, se observa que a los tres meses de haberse efectuado el trasplante el autoconcepto oscila dentro de un margen de un buen autoconcepto pero manteniéndose dentro de un rango similar en las tres mediciones, mejorando en algunos factores, en otros disminuyendo, mostrando una ligera mejoría, a pesar de encontrarse físicamente recuperados.

Gardes y cols. (1983) hacen hincapié en el impacto psicológico y psicosocial del trasplante renal, mencionando que se trata de un proceso complejo, dándose paralelamente un trasplante psíquico, en el que no existe una relación directa en tiempo en función con el

trasplante anatómico. Lo que puede implicar que psicológicamente a los tres meses del trasplante, estos pacientes todavía no se perciben mejor que antes del trasplante, a pesar de la recuperación de la salud física, ya que ésta depende en gran medida de la toma de medicamentos y cuidados continuos, lo que implica el fantasma permanente de la IRCT. Como se puede ver reflejado en el factor de iniciativa. De hecho estos pacientes, a los tres meses todavía no se pueden reincorporar a sus actividades, ya que las citas de seguimiento de acuerdo a su estado de salud, empezarán a ser cada mes, después de este tiempo.

5.2 Conclusiones

Como se ha podido apreciar el autoconcepto está íntimamente relacionado con la percepción de sí mismo, así como la percepción del medio circundante, en sus relaciones interindividuales y grupales, interrelacionado con la percepción, de acuerdo a la respuesta del medio que los demás tienen del individuo. No se puede olvidar que los sentimientos intraindividuales están determinados por estas respuestas y determinan a su vez las autopercepciones. En la relación cotidiana se realizan una serie de intercambios simbólicos subjetivos y concretos, conscientes e inconscientes que continuamente modifican las sensaciones y percepciones, sin embargo, existe todo un desarrollo mediante el cual el autoconcepto se ha integrado de acuerdo a la historia personal. Este permanece constante, es lo que permite dar una dirección estable a la acción, acorde con la realidad corporal, emocional y experiencial de cada

individuo, proporcionando un criterio selectivo a las consecuencias sociales y a las reflexiones del yo. Pero a la vez se ve afectado en este intercambio vivencial cotidiano, sobre todo ante eventos que requieren de una nueva adaptación.

En esta medida se considera el haber encontrado que mientras los donadores viven una experiencia, que en un momento dado se pudiera considerar de pérdida o deterioro, por el contrario, les permite conocer una nueva dimensión de autorrealización y logro, el cual denota los resultados en un autoconcepto más alto. Esto es significativo, ya que estas personas han pasado una experiencia física impactante, si se recuerda que parten de un estado de salud física, que en su mayoría nunca habían tenido que asistir a un médico. Aunado al plano emocional, de tensiones, dudas, expectativas y sobre todo temores dirigidos directamente a la seguridad física, la que se puede considerar como originaria. Todo lo cual, denota la importancia de las relaciones del ser humano con su entorno, la experiencia de aceptación, la seguridad del afecto y en esta medida de admiración, que le permite una mayor valoración de sí mismo, de sus capacidades y valores, redundando ésta en las relaciones, acciones y valoración de los demás.

Es importante mencionar que en la cultura mexicana, esta necesidad, como se ha expresado, es parte inherente del individuo, generando a la vez una pauta de conducta en base al respeto y al carácter inalterable e inalienable de estas relaciones. Dado el

caso, se supera todo, con tal de mantener estos valores constantes, generando una sensación de satisfacción inigualable.

Por otro lado, cabe considerar que los receptores denotan los esfuerzos adaptativos a su nueva condición, que como se ha mencionado es particularmente difícil, tanto antes como después del trasplante. Implica prácticamente una enfermedad crónica, a partir del diagnóstico de IRCT, quedando la amenaza perenne de volver en cualquier momento de la vida, nuevamente a la antigua condición. Esto significa un cambio drástico en el estilo de vida, pautas de conducta y sobre todo relacional, viendose continuamente limitados en los aspectos sociales de su vida, debido primero a la diálisis y después por los cuidados; que durante el tiempo de este estudio, permanecen muy estrechos. Quizá el tiempo de adaptación para una mejor percepción y autovaloración sea más prolongado para los receptores, pero, quizá a través del tiempo y ante la perspectiva futura, el autoconcepto ya haya adquirido características adaptativas para su nueva vida y permanezca dentro de ese rango en adelante. Por el momento la situación es que cuentan con toda una estructura familiar y social, que como se ha mencionado, no es sólo en función del donador, también es el responder siempre a las necesidades del miembro de la familia necesitado, que les permite mantener un adecuado autoconcepto, de tal modo que los pacientes se van recuperando satisfactoriamente haciendo uso de sus autovaloraciones y autopercepciones de un modo por demás adaptativo, aún cuando no denote una mejora notoria en el

autoconcepto, donde es importante recalcar el trabajo adaptativo realizado por el individuo.

La importancia de este estudio está en que reporta información acerca de la población mexicana en este tipo de pacientes, que, como se ha observado, se trata de un proceso complejo que integra tanto al donador como al receptor en una vivencia única. Se lleva a cabo desde el inicio dentro del seno familiar, desde el apoyo al familiar enfermo, la selección colectiva o espontánea del donador, hasta los cuidados post-trasplante. Es un fenómeno relacional, involucra en gran medida, el tipo de relaciones con su medio y sobre todo la respuesta familiar ante esta situación, entretejiendo nuevas modalidades entre el donador, el receptor y todo el entorno familiar y social. A pesar de la íntima relación entre el donador y el receptor, cada uno de ellos tiene una vivencia diferente del trasplante, pues parten de perspectivas diametralmente opuestas.

Lo que se observa claramente en los resultados obtenidos, los cuales permitirán una mayor comprensión del fenómeno, no sólo en términos médicos, sino psicosociales, para el óptimo resultado del Trasplante Renal de donador vivo relacionado en México.

5.3 Limitaciones y sugerencias

La principal limitación de esta investigación radica en lo reducido de las muestras, esto es debido a que el fenómeno estudiado, a pesar de que paulatinamente se está generalizando, no

es de fácil acceso. Como se mencionó toma mucho tiempo las diferentes evaluaciones médicas para llegar al trasplante, aunado con la accesibilidad del enfermo de contar con algún donador.

Otra limitación, de acuerdo a los resultados, está en que el tiempo post-trasplante quizá haya sido reducido, por lo que sería adecuado aumentarlo de manera que los pacientes ya se hayan reintegrado a su campo laboral y social de un modo más completo, en la medida de lo posible.

Por tratarse de una primera aproximación a este fenómeno, en lo que respecta al autoconcepto, el objetivo se redujo a conocer el autoconcepto de estos pacientes, por lo que no se consideraron otras variables que pudieran influir como son el tipo de parentesco, si son padres o hermanos, primos o hijos. De igual forma el sexo, la edad, el nivel educativo, etc. podría proporcionar mayor información.

Se sugiere para futuras investigaciones: ampliar la muestra, ampliar el tiempo de seguimiento post-trasplante, correlacionar otras variables y correlacionar con otro tipo de pacientes ya sea crónicos como diabetes o quirúrgicos como los que son sometidos a apendicectomía, mastectomía, amputaciones, etc.

A su vez, se puede considerar que el campo de la donación de órganos cada vez es más generalizado, por lo que sería interesante

ampliar las investigaciones en este sentido, en relación con la población en general, correlacionando deseo de donar y autoconcepto; con las personas que están inscritas en un programa de donación ó con las personas que ante la muerte de un familiar consideran la donación. En fin, se abre un espectro de estudios en relación con un tema tan actual.

BIBLIOGRAFIA

- Abram, H. (1968). The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life: I. American Journal of Psychiatry, 124. (10) 1351-1359.
- Abram, H., Wadlington, W. (1968). Selection of patients for artificial and transplanted organs. Annals of Internal Medicine, 69. (3) 615-620.
- Abram, H. (1969). The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life: II. American Journal of Psychiatry, 126. (2) 157-167.
- Abram, H. (1969). Repetitive Dialysis. Massachusetts General Hospital. Handbook of General Hospital Psychiatry. Second Ed. 342-379.
- Abram, H. (1971). Suicidal behavior in chronic dialysis patients. American Journal of Psychiatry, 127. (9) 1199-1205.
- Abram, H. (1972). The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life: III. American Journal of Psychiatry, 128. (12) 1535-1539.
- Ackerman, N. (1961). Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Paidós.
- Altschuler, J., Black, D., Trompeter, R., Fitzpatrick, M., y Peto, H. (1991). Adolescents in End-Stage renal failure: A pilot study of family factors in compliance and treatment considerations. Family Systems Medicine, 2. (3) 229-247.
- Anderson, K. (1975). The psychological aspects of chronic hemodialysis. Canadian Psychiatric Association Journal, 20. 385-391.
- Aranda, A. y García, F. (1987). Estudio correlacional entre autoconcepto y rendimiento escolar en alumnos de nivel licenciatura de la UPICSA. Tesis de Licenciatura. Inedita. UNAM. México.
- Bar-On, L. (1985). Autoestima, autoridad parental y conflicto familiar. Tesis doctoral. Inedita. UNAM. México.
- Basch, S. (1973). The intrapsychic integration of a new organ: a clinical study of kidney transplantation. Psychoanalytic Quarterly, 42. (3) 364-384.
- Beard, B.H. (1969). Fear of death and fear of life. The dilemma in chronic renal failure, hemodialysis and kidney transplantation. Arch. General Psychiatry, 21. 373-380.

Bernstein, S. (1991). The effect of functional electrical stimulation on self-concept, locus-of-control, anxiety and depression in spinal cord injured patients. Dissertation Abstracts International. 52. (11) 6076-B.

Blackwell, B. (1992). Compliance. Psychother Psychosom. 58. 161-169.

Bloom, J., Cook, M., Fotopoulos, S., Flamer, D., Gates, C., Holland, J., Muenz, L., Murawski, B., Penman, D., and Ross, R. (1987). Psychological response to mastectomy. A prospective comparison study. Cancer. 31. 189-196.

Bordes-Aznar, J., Peña, J.C., Herrera-Acosta, J., Tamayo, J., Elías-Dib, J., Gabilondo, F., Feria, G., Kasep, J., Chávez-Peón, F., Dib-Kuri, A., Mancilla, E. y Alberú, J. (1992). Twenty-four-year experience in kidney transplantation at one single institution in Mexico City. Transplantation Proceedings. 24. (5) 1794-1795.

Bruchon-Schweitzer, M. (1979). Dimensionality of body perception and personality. Perceptual and Motor Skills. 48. 840-842.

Carney, R. (1986). The Relationship between depression and aerobic capacity in hemodialysis patients. Psychosomatic Medicine. 48. (12) 143-147.

Ceballos, S. y Garduño, C. (1991). Trastornos afectivos de la personalidad en pacientes con trasplante renal. Tesis de Licenciatura. Inedita. UNAM. México.

Cleveland, S. (1975). Personality characteristics, body image and social attitudes of organ transplant donors versus nondonors. Psychosomatic Medicine. 37. (4) 313-319.

Chapper Dan, K. (1991). Posibles efectos del autoconcepto en relación con el desarrollo del SIDA. Tesina. Inedita. UNAM. México.

Chávez, G. y Flores, I. (1988). Estudio Preliminar en el autoconcepto entre ciegos de nacimiento y personas con ceguera adquirida. Tesis de Licenciatura. Inedita. UNAM. México.

Cruz, M. (1992). Estudio comparativo del autoconcepto en cuatro circunstancias reproductivas diferentes: embarazo normal, embarazo de alto riesgo, esterilidad y oclusión tubaria bilateral. Tesis de Licenciatura. Inedita. UNAM. México.

Daoud, F. (1976). Attitude toward body and self, bodily concern, and depression cycle through pre- and post-operative period of hysterectomy patients. Dissertation Abstracts International. 5238-B.

Díaz-Guerrero, R. (1986). Psicología del Mexicano. México: Trillas.

- Díaz-Guerrero, R. y Salas, M. (1975). El diferencial semántico del idioma español. México: Trillas.
- Dib-Kuri, A., Bordes-Aznar, J., Alberú, J., Dilliz, H. y Wolpert, E. (1992). Transplantation in Mexico. Transplantation Proceedings. 24. (5) 1796-1797.
- Eisendrath, R., Guttman, R., Murray, J. (1969). Psychologic considerations in the selection of kidney transplant donors. Surgery, Gynecology & Obstetrics. 129. 243-248.
- Epstein, S. (1973). The self-concept revisited. Or a theory of a theory. American Psychologist. 28. 404-416.
- Erikson, E. (1980). Identidad, juventud y crisis. Madrid: Taurus.
- Fellner, C., y Schwartz, S. (1971). Altruism in disrepute. Medical versus public attitudes toward the living organ donor. The New England Journal of Medicine. 284. (11) 582-585.
- Fierro, A. (1983). Personalidad. México: Trillas.
- Freud, S. (1973). Introducción al Narcisismo y otros ensayos. Madrid: Alianza Ed.
- Fricchione, G., Howanitz, E., Jandorf, L. Kroessler, D., Zervas, I. y Woznicki, R. (1992). Psychological adjustment to end-stage renal disease and the implications of denial. Psychosomatics. 33. (1) 85-91.
- García, A. y Ramos, H. (1991). El autoconcepto de la pareja estéril. Tesis de Licenciatura. Inedita. UNAM. México.
- Gardes, J., Escande, M., Girard, M. y Gayral, L. (1983). Defaut d'integration mentale de nature psychotique d'un greffon renal. Annales Medico-Psychologiques. 141. (2) 209-213.
- Graybar, G. (1987). Kidney Transplantation. Anesthesia and Organ Transplantation. Alabama: W.B. Saunders Co.
- Grinberg, L. (1978). Identidad y cambio. Buenos Aires: Paidós.
- Guerrero, P. (1991). Self-concept and psychosocial adjustment in women with systemic lupus erythematosus. Dissertation Abstracts International. 52. (8) 4467-B.
- Gutiérrez, E. (1989). Estudio del autoconcepto materno y la influencia del mismo en el autoconcepto de su hijo adolescente. Tesis de Licenciatura. Inedita. UNAM. México.

Guttmann, R.D. (1979). Medical Progress. Renal Transplantation (First of two parts). The New England Journal of Medicine. 301. (18) 975-982.

Guttmann, R.D. (1979). Medical Progress. Renal Transplantation (Second of two parts). The New England Journal of Medicine. 301. (19) 1038-1048.

Guzman, M. (1991). Funcionamiento intelectual de un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal antes y después del trasplante renal. Tesis de Licenciatura. Inedita. Universidad Anahuac. México.

Gynes, A. (1989). Autoconcepto y sistemas de apoyo emocional en deportistas mexicanos de alto rendimiento. Tesis de Licenciatura. Inedita. UNAM. México.

Hall, C., y Lindzey, G. (1984). La teoría del sí mismo y la personalidad. México: Paidós.

Hartmann, H. (1969). Ensayos sobre la psicología del yo. México: Fondo de Cultura Económica.

Haynes, R.B., Taylor, D.W. y Sackett, D.L. (Eds.) (1979). Compliance in health care. Blatimore: Johns Hopkins University Press.

Horney, K. (1943). El Nuevo Psicoanálisis. México: Fondo de Cultura Económica.

Jacobson, E. (1964). The self and the object world. New York: International University Press.

Jennekens, F. (1980). Neurological aspects of dialysis patients. The Kidney. 37. 724-738.

Julius, M. (1989). Independence in activities of daily living for end-stage renal disease patients: biomedical and demographic correlates. American Journal of Kidney Diseases. 13. (1) 61-69.

Kaplan De-Nour, A. y Czaczkes, J.W. (1972). Personality factors in chronic hemodialysis patients causing noncompliance with medical regimen. Psychosomatic Medicine. 34. (4) 333-344.

Kaplan De-Nour, A. y Czaczkes, J.W. (1976). The influence of patient's personality on adjustment to chronic dialysis. The Journal of Nervous and Mental Disease. 162. (5) 323-333.

Keegan, D., Shipley, C., Dineen, T., y Steiger, M. (1983). Adjustment to renal transplantation. Psychosomatics. 24. (9) 825-831.

Kemph, J. (1967). Psychotherapy with patients receiving kidney transplants. American Journal of Psychiatry. 124. (5) 77-83.

Kemph, J. (1969). Renal failure, artificial kidney and kidney transplant. American Journal of Psychiatry. 126. (2) 1270-1274.

Kernberg, O. (1989). La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. México: Paidós.

Khan, A., Herndon, C., y Ahmadian, S. (1971). Social and emocional adaptations of children with transplanted kidneys and chronic hemodialysis. American Journal of Psychiatry. 127. (9) 114-118.

Kiley, D., Lam, C., y Pollak, R. (1993). A study of treatment compliance following kidney transplantation. Transplantation. 55. (1) 51-56.

La Rosa, J. (1986). Escala de locus de control y autoconcepto. Construcción y validación. Tesis doctoral. Inedita. UNAM. México.

La Rosa, J. y Díaz-Loving, R. (1988). Diferencial semántico del autoconcepto en estudiantes. Revista de Psicología Social y Personalidad. 4. (1) 39-57.

Leahey, T. (1980). Historia de la Psicología. España: Debate.

Lefebvre, P. y Crombez, J.C. (1973). Unconscious fantasy in kidney transplants. Revue Française de Psychanalyse. 37. (1-2) 95-101.

Levenson, J. y Glocheski, S. (1991). Psychological Factors affecting end-stage renal disease. Psychosomatics. 32. (4) 382-389.

Levita, J. (1977). El Concepto de identidad. Argentina: Marymar.

Levy, N.B. (1981). Psychonephrology I. Psychological factors in hemodialysis and transplantation. New York: Plenum.

Levy, N.B. (1987). Chronic Renal disease, Dialysis and Transplantation. Principles of Medical Psychiatry. Orlando: Stoudemire A., Fogel, B.S. (Ed)

López, M. y De la Rosa, A. (1989). Autoconcepto en Mujeres Histerectomizadas. Tesis de Licenciatura. Inedita. UNAM. México.

Magana, M.R. (1988). Autoconcepto, adolescencia y familia. Tesina. Inedita. UNAM. México.

Mahler, M. (1977). El nacimiento psicológico del infante humano. Argentina: Marymar.

Manley, M. (1986). Assessment of compliance in hemodialysis adaptation. Journal of Psychosomatic Research. 30. (2) 153-161.

Marshall, J. and Fellner, C. (1977). Kidney donors revisited. American Journal of Psychiatry. 134. (5) 575-576.

Martino, A.N. (1987). Rehabilitation: How can more dialysis and transplant patients be fully rehabilitated? Transplantation Proceedings. 19. (2) Suppl 2 107-110.

Mendieta, M. (1993). La Evaluación psicológica del paciente con IRCT como candidato a trasplante renal de donador vivo relacionado. Trabajo presentado en el I Coloquio del Centro de Estudios de Posgrado de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Por publicarse. México.

Mercado, R. (1991). Autoconcepto y metas en niños maltratados que viven con familia y niños maltratados que viven en la calle. Tesis de Licenciatura. Inedita. UNAM. México.

Mueller, F.I. (1963). Historia de la Psicología. México: Fondo de Cultura Económica.

Murray, J.E., Barnes, B.A. y Atkinson, J. (1967). Fifth report of the human kidney transplant registry. Transplantation. 4. 752.

Musitu, G. y Roman, J.M. (1982). Autoconcepto: una introducción a esta variable intermedia. Revista de Psicología, Pedagogía y Filosofía. IV. (1) 51-69.

Muslin, H.L. (1971). Psychiatric aspects of renal failure. On acquiring a kidney. American Journal of Psychiatry. 127. (9) 1185-1188.

Ochoa, A. (1987). Factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto durante la adolescencia. Tesis de Maestría. Inedita. UNAM. México.

Oñate, M.P. (1989). El Autoconcepto, formación medida e implicaciones en la personalidad. Madrid: Narcea.

Petersdorf, R., Adams, R., Braunwald, E., Isselbacher, K., Martin, J. y Wilson, J. (1983). Harrison's Principles of Internal Medicine. EUA: McGraw-Hill Book Co.

Riether, A. y Stoudenire, A. (1987). Surgery and Trauma. Principles of Medical Psychiatry. E.U.A.: Grune & Stratton, Inc. 423-449.

Rogers, C. (1976). Una teoría de la personalidad. México: Paidós.

Rosenberg, M. (1973). La Autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós.

Sadler, H., Davison, L, y Carroll, C. (1969). The living unrelated kidney donor. Presented at the 122nd. annual meeting of the American Psychiatric Association, Miami, Florida.

Schroeder, S. (1989). Diagnóstico Clínico y Tratamiento. México: El Manual Moderno.

Siasoco, G. (1991). Correlates of self-concept and depression among left hemiplegic male patients disabled by stroke. Dissertation Abstracts International. 52. (11) 4092-A.

Simmons, G., Fulton, J., Fulton R. (1972). The prospective organ transplant donor: Problems and prospects of medical innovation. Omega. 3. 319-339.

Simmons, R., Kamstra-Hennen, L., Thompson, C. (1981). Psychosocial adjustment five to nine years posttransplant. Transplant Proceedings. 13. 40-43.

Simmons, R.G. (1982). Long-term reactions of renal recipients and donors. Psychonephrology II. New York: Levy NB (Ed) 275-287.

Spitz, R. (1968). El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica.

Strom, T., Tilney, N. (1991). Trasplante renal: aspectos clínicos. Manejo del paciente con insuficiencia renal. México. 2046-2075.

Surman, O. (1969). The surgical patient. Massachusetts General Hospital. Handbook of General Hospital Psychiatry. Second Ed. 64-85.

Surman, O.S. (1989). Psychiatric aspects of organ transplantation. American Journal of Psychiatry. 146 (8) 972-982.

Surman, O.S. (1990). Transplantation. Massachusetts General Hospital. Handbook of General Hospital Psychiatry. Third E. 401-430.

Surman, O., y Purtilo, R. (1992). Reevaluation of organ transplantation criteria. Allocation of scarce resources to borderline candidates. Psychosomatics. 33. (2) 202-212.

Trompeter, R., Polinsky, M., Andreoli, S. y Fennell, R. (1986). Neurologic complications of renal failure. American Journal of Kidney Diseases. 7. (4) 318-323.

Velasco, M. (1982). Changes in family structure after a renal transplant. Family Process. 21. (2) 195-202.

Winnicott, D.W. (1975). El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Barcelona: Ed. Laia.

Wolcott, D. (1990). Organ transplant psychiatry: Psychiatry's role in the second gift of life. Psychosomatics. 31. (1) 91-97.

Wyngaarden, S. (1985), Cecil Textbook of Medicine. Vol. I 17Th. Ed.: W.B. Saunders Co.