

01964
5



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE PERCEPCIONES EN
LAS ÁREAS DE INTERACCIÓN MÉDICA, PERSONAL,
SOCIAL Y FAMILIAR
EN PACIENTES CON TRANSPLANTE RENAL**

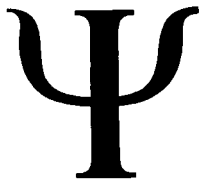
T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL
CON ÉNFASIS EN SALUD**

**PRESENTA:
ALINKA GRANADOS MONTIEL**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ PÉRES-MITRE

**COMITE DE TESIS: DRA. LUCY MARIA REDIL MARTINEZ
DR. JULIO GRANADOS ARRIOLA
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
MTRO. SAMUEL JURADO CÁRDENAS**



MEXICO

MARZO DEL 2003



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

**A MI FAMILIA CON TODO
MI AMOR Y ADMIRACIÓN
AGUI.**

**QUIERO AGRADECER PROFUNDAMENTE A
TODAS LAS PERSONAS QUE HICIERON POSIBLE
LA REALIZACIÓN DE ÉSTA TESIS CON SUS
APORTACIONES, POR EL TIEMPO INVERTIDO Y
POR EL TRABAJO DESEMPEÑADO.**

PARA RECORDARME.

El día vendrá cuando mi cuerpo descanse sobre una sábana meticulosamente arreglada entre las cuatro esquinas de un colchón localizado en el hospital muy ocupado entre el vivir y el morir. En cierto momento un doctor determinará que mi cerebro ha dejado de funcionar y entonces todos los intentos y propósitos serán en vano, pues mi vida ha terminado.

Cuando esto ocurra, no intenten colocar vida artificial en mi cuerpo con el uso de máquinas y no llamen a esto mi lecho de muerte, llámenlo mejor mi lecho de vida y permitan que mi cuerpo ayude a otros en su intento por continuar viviendo.

Den mis ojos a el hombre que nunca ha visto un amanecer, una cara de un niño o la mirada de una mujer enamorada.

Den mi corazón a la persona que su propio corazón sólo le causa días dolorosos sin final.

Den mi sangre a un joven que ha sufrido un accidente en su coche y esto le permitirá ver a sus nietos jugar.

Den mis riñones a aquellos que dependen de máquinas para existir semana a semana.

Tomen mis huesos, mis músculos, cada nervio de mi cuerpo y encuentren la manera de poder hacer caminar a un niño impedido.

Explore cada rincón de mi cerebro, tomen mis células si es necesario y déjenlas crecer de tal suerte que algún día un niño mudo pueda gritar al golpe de un bate o una niña sorda escuche el sonido de la lluvia en su ventana.

Quemen lo que queda de mí y esparzan las cenizas al viento para ayudar a las flores a crecer.

Si tienen que enterrar algo, que sean mis faltas, mis debilidades y todos mis prejuicios en contra de mi hermano el hombre.

Den mis pecados al diablo
Den mi alma al Señor

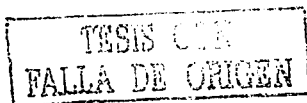
Y si por casualidad quieren recordarme, háganlo con acción agradable o una palabra de alguien que los necesita.

Robert N. Test

TESIS C
FALLA DE ORIGEN

INDICE.

- RESUMEN.....	7
- INTRODUCCIÓN.....	8
- CAPITULO I.- ASPECTOS MEDICOS DEL TRASPLANTE RENAL	
1.1 TRASPLANTE RENAL	
a) Definiciones: trasplante, tipos de trasplante y rechazo.....	13
1.2 CONSIDERACIONES GENERALES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO.	
a) Reacción ante cuerpos extraños.....	14
b) Inmunosupresores para inducir tolerancia al injerto.....	17
1.3 INSUFICIENCIA RENAL	
a) Definición.....	18
b) Tratamiento Médico.....	18
- CAPITULO II. EL TRASPLANTE EN LATINOAMÉRICA	
2.1 HISTORIA DE LOS TRASPLANTES.....	20
2.2 REGISTRO LATINOAMERICANO DE TRASPLANTES.....	21
2.3 TRASPLANTE RENAL.....	22
2.4 ESTADÍSTICA DEL TRASPLANTE EN MÉXICO.....	28
- CAPITULO III. PSICOLOGÍA DE LA SALUD	
3.1 EL ÁMBITO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	29
3.2 LA PATOLOGÍA PSICOLÓGICA Y COMPORTAMIENTO ASOCIADO.....	34
3.3 ESTRÉS.....	36
a) Algunos datos sobre la historia del estrés.....	37
b) Los estresores.....	39
3.4 AFRONTAMIENTO.....	40
- CAPITULO IV. EL ENFERMO Y SU ENTORNO	
4.1 ESTRÉS PSICOSOCIAL Y ENFERMEDAD.....	43
4.2 EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.....	45



4.3 LA CONDUCTA DE ENFERMEDAD.....	48
4.4 CALIDAD DE VIDA	
a) Concepto de calidad de vida.....	49
b) Calidad de vida en pacientes crónicos.....	51
c) Medición de la calidad de vida.....	58
d) Calidad de vida en pacientes con trasplante renal.....	59

- CAPITULO V. AREAS DE INTERACCIÓN DEL PACIENTE TRASPLANTADO

5.1 AREA MÉDICA.....	61
5.2 AREA PERSONAL.....	64
5.3 AREA FAMILIAR.....	66
5.4 AREA SOCIAL.....	67

CAPITULO VI. METODO

6.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	71
6.2 OBJETIVO.....	71
6.3 DISEÑO Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN.....	71
- Población	
- Criterios de Inclusión	
c) Construcción del Instrumento.....	72
d) Procedimiento.....	75

CAPÍTULO VII. RESULTADOS

7.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	77
8.2 RESULTADOS RELACIONADOS CON LOS VALORES PSICOMÉTRICOS DEL INSTRUMENTO.....	82
a) análisis discriminante.....	83
b) cluster analysis.....	90
c) regresión logística.....	93

- CAPÍTULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	96
- REFERENCIAS.....	101
- ANEXO.....	112



RESUMEN

Objetivo: validar la escala de percepciones en las áreas de interacción del paciente con trasplante renal con el propósito de determinar confiable y válidamente la percepción que tienen los pacientes adultos trasplantados en sus diferentes áreas de relación (médica, familiar personal y social). **Método:** Se trabajó con una muestra no probabilística con una N de 174 pacientes con trasplante renal. La población de la que se extrajo la muestra estuvo constituida por los pacientes que acudieron a consulta externa en los Institutos de Nutrición, Cardiología, Centro Médico y el Hospital 20 de Noviembre en la Ciudad de México. **Instrumento:** Escala de 60 reactivos tipo lickert en 4 áreas de interacción con 15 reactivos cada una. **Procedimiento:** La escala se aplicó individualmente a los pacientes adultos trasplantados en los hospitales arriba señalados que incluía la hoja de consentimiento informado. **Resultados:** La escala arrojó valores psicométricos aceptables: un índice de confiabilidad alpha de .07941, y una capacidad predictiva de 93% (clasificación correcta).

ABSTRACT

Objective: search for reliability of the Scale of Perception in four interactional areas in patients subjected to kidney transplantation. **Method:** the study was made with a non-probabilistic sample in 174 kidney transplant patients attended to the outpatient clinic in Mexico City. **Instrument:** Scale of 60 lickert items in 4 interactional areas consented of 15 items each. **Procedure:** The scale was applied individually to adult transplant patients where consent forms were also obtained. **Analysis of results:** The scale showed acceptable psychometric values: alpha reliability index of .07941 and a predictive capacity of 93% (Correct classification).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.-

La ciencia y la tecnología se han unido a nivel médico con un fin común: preservar la vida y elevar su calidad lo mejor posible. El cuerpo humano se deteriora a lo largo del tiempo debido a insuficiencias en órganos vitales que eventualmente conllevan a la muerte. El trasplante de órganos es hoy día la mejor opción para corregir la disfunción orgánica. En la actualidad se practican trasplantes de riñón, pulmón, corazón, páncreas, médula ósea, córneas, piel, hígado e intestino.

El compromiso médico a largo plazo, ya que una vez logrado el trasplante el desafío médico se centra en la preservación del órgano en consecuencia de la vida misma del paciente. Pero ¿qué pasa con el paciente al reincorporarse a la cotidianidad de su vida y cumplir sus expectativas como ser humano inmerso en un ambiente social y como individuo?, ¿Cómo son manejadas las fluctuaciones de sus estados de ánimo en parte por los medicamentos y en parte por descubrir sus cambios y sus limitaciones con respecto a las exigencias que se desprenden de la vida misma? Es difícil responder a estas preguntas ya que no existe esa intervención de tipo psicológico y la comunicación para hacer una labor multidisciplinaria y trabajar con ellos es algo que está por hacerse en nuestro país de manera formal.

En medicina, se llama trasplante a la sustitución quirúrgica de un tejido u órgano enfermo o lesionado por otro sano, sea procedente del mismo individuo (injertos cutáneos), o de otro donante (trasplante de córneas, riñones, corazón, hígado, páncreas, médula ósea, pulmones).

En la actualidad los trasplantes que se realizan con más éxito son los de riñón porque existe la posibilidad de la donación a partir de un donador vivo por parte de familiares que compartan con el paciente la compatibilidad genética. Los trasplantes renales se realizan en personas con insuficiencia renal crónica, y en quienes sus riñones no concentran los líquidos tóxicos que se dispersan por el organismo envenenándolo al no poder desalojar por las vías urinarias (Cameron, Davidson, Grünfeld, Kern y Ritz, 1992). La diálisis/hemodiálisis es un tratamiento sustitutivo de la función renal; sin embargo al avanzar la enfermedad esto es sólo un paliativo. El trasplante es la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

opción con la cual se supera la enfermedad y es la que ofrece los más altos niveles de calidad de vida (Christensen y Holman, 1989).

Cuando se realiza un trasplante a través de un donante, no existe la posibilidad de que el tejido sea reconocido como propio a menos que se trate de gemelos idénticos, y a pesar de que se busca un órgano con el mayor grado de compatibilidad, el organismo lo reconoce como extraño y reacciona con un rechazo. (Danovitch, 2000). Los inmunosupresores son medicamentos que inhiben esta reacción, pero provocan efectos colaterales que repercuten en la imagen corporal tales como aumento de peso, acumulación de grasa en diversas zonas del cuerpo (síndrome de cushing), hirsutismo, problemas gástricos, limitaciones de la actividad física, ansiedad, depresión. Esto genera problemas de adaptación cuando la persona desea interactuar con su medio ambiente olvidándose que alguna vez tuvo una enfermedad crónica. (Bernstein y Daviss, 1992)

Existe una contraposición en el aspecto médico y el psicológico. El paciente que supera la insuficiencia renal crónica a través del trasplante, médicamente es una persona sana, vuelve a entrar en los límites de normalidad en cuadros de patología renal. Sin embargo, a nivel psicológico debe iniciar su readaptación al mundo de interacción (Christensen, Turner, Smith y Holman, 1991).

En las enfermedades crónicas intervienen una serie de procesos que afectan por igual al individuo enfermo en tanto totalidad psicofísica y entorno familiar. Se producen modificaciones de hábitos fuertemente arraigados en el paciente y en su familia, de las expectativas y proyectos de vida e inseguridad y temor respecto al futuro (Rubli, 1987). Para adaptarse a esta nueva situación debe hacer frente a la enfermedad, se producen cambios bruscos en las interacciones familiares; estas se torna crónicas y frecuentemente dificultan la posterior rehabilitación sobre todo cuando la enfermedad cubre una "necesidad" del sistema familiar (Robles de Fabre, 1987).

La familia brinda apoyo económico y moral; cuando se plantea la posibilidad de donación por parte de un familiar cercano en quien la compatibilidad genética es más probable, esto origina

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

miedo y conflicto intrafamiliar, manifestándose en los familiares sanos una reserva y falta de compromiso que amenaza la cohesión familiar (Toquato Vera y Pinheiro, 1986).

La sociedad en sí es otro aspecto importante en la vida de los pacientes trasplantados, ya que al sentirse curados de su padecimiento, tratan de integrarse nuevamente a actividades cotidianas, laborales y recreativas que solían realizar antes de enfermarse, pero se enfrentan con temas de dependencia y deben adaptarse a estilos de vida restrictivos (Petrie y Keith, 1989). Buscan redes de apoyo social (amigos, familiares, etc.) para que los escuchen y comprendan en momentos de depresión.

Se ha encontrado que este tipo de pacientes revelan pensamientos que se traducen en conductas mal adaptativas en distintas áreas de su interacción cotidiana al tratar de reintegrarse como una persona sana (Christensen, Turner, Smith y Holman, 1991). Meneses Morales (1967) enfatiza que todo ser humano sano debe desarrollar apropiadamente su área personal, familiar y social por lo que se tomaron en cuenta estos aspectos para evaluar la percepción del paciente trasplantado. Es importante también, como mencionan Moreno y Weissman (1995), tener en cuenta el aspecto médico pues los pacientes que logran superar una enfermedad crónica, crean una dependencia con los médicos, enfermeras y los centros hospitalarios donde se atienden, lo cual les provoca ansiedad. Más aun, el área médica se vuelve un factor importante en la preservación del órgano trasplantado y de la salud del paciente en sí.

El instrumento de medición que se generó tiene como objetivo identificar las percepciones positivas y negativas que tienen los pacientes con trasplante renal, acerca de su interacción en diferentes áreas como la médica, personal, familiar y social con la finalidad de medir algunos aspectos de la calidad de vida del paciente, entendiendo por calidad de vida la satisfacción individual y plena del sujeto y su correspondencia con el medio ambiente (Ostrowski, Welowski, Makar y Bohatinewicz, 2000). Este instrumento podrá ser utilizado para monitorear estos aspectos específicos de la vida del paciente que ha logrado un trasplante renal satisfactorio y de esta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

manera ubicar la importancia que el sujeto le confiere a sus áreas de interacción y de la problemática percibida en cada una de ellas para así hacer un seguimiento de su estado emocional.

La población estudiada son individuos adultos, ya que en el ámbito infantil, se han desarrollado un buen número de estudios (Robles de Fabre, 1987; Rodin, 1986) y de métodos preventivos como los realizados por Moreno (1995) Tesler (1991) entre otros ya que en este tipo de población, existe un rechazo por circunstancias externas como por ejemplo, su nuevo aspecto físico ocasionado por los medicamentos inmunosupresores, se generan culpas por el costo de los medicamentos y la situación familiar en general como desunión, conflictos internos, etc. En ocasiones se ven obligados a suspender actividades recreativas propias de su edad, debido a que los padres sienten un gran temor a que el niño/adolescente, vuelva a enfermar. Por estos motivos, puede ocurrir que los niños suspendan con ello sus medicamentos, lo que originaría el rechazo al injerto (Robles de Fabre, 1987).

En la población adulta existe mayor conciencia del significado del trasplante: por ello cuidan sus hábitos higiénicos y alimentarios y son más responsables en la toma de medicamentos y con el cuidado del riñón.

En el capítulo primero se hablará de los aspectos médicos de la insuficiencia renal y del trasplante, así como de los medicamentos empleados para evitar el rechazo del injerto.

En el segundo capítulo se muestra la parte epidemiológica del trasplante en América Latina y el México.

El tercer capítulo se encarga de explicar de una manera clara y resumida el campo de la psicología de la salud y para concluir, en el capítulo cuarto, se tocan los temas del enfermo y su entorno finalizando con la calidad de vida de los mismos.

Después se presenta el procedimiento, seguido de los resultados y la discusión y conclusiones de éste trabajo de investigación. Las referencias y el anexo que incluye la escala de aplicación se encuentran al final de la tesis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 1. - ASPECTOS MEDICOS DEL TRASPLANTE

1.1 TRASPLANTE RENAL

a) Definiciones: Trasplante, Tipos de trasplante y Rechazo.

En medicina, se llama trasplante a la sustitución quirúrgica de un tejido u órgano enfermo o lesionado con otro sano (Cecil-Loeb, 1968), ya sea procedentes del mismo individuo (injertos cutáneos) o bien de un donante (trasplante de córneas, riñones, corazón, hígado, páncreas, médula ósea, pulmones) e incluso de un animal (trasplante de tejido óseo) (Anagnostakos, 1985).

Un trasplante homólogo es aquel que se realiza entre distintos individuos, mientras que el autólogo es aquel en donde el tejido se toma del mismo individuo y se implanta en la zona lesionada (injertos de piel).

En la actualidad, los trasplantes de riñón son los que se realizan con más éxito y ofrecen una mejor calidad de vida (Christensen y Holman, 1989).

La cirugía del trasplante tiene dos grandes problemas: uno derivado de las características propias de la cirugía y otro, de mayor importancia relacionado con la posibilidad de rechazo. Cada individuo expresa en sus tejidos moléculas que los hacen únicos y que les distinguen de todos los demás (Antígenos HLA) (Freeman y Bracegirdle 1980). Al trasplantar un tejido procedente de otro individuo, el organismo lo reconoce como "extraño" y reacciona con la formación de anticuerpos. Lo mismo hace el tejido trasplantado y el resultado de este mecanismo inmunológico es el rechazo, para evitarlo es posible administrar medicamentos que abatan la respuesta inmune y generen un estado de "tolerancia" al injerto aunque con ello aumente el riesgo de infección (Delgado y Yunis, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2 CONSIDERACIONES GENERALES DEL SISTEMA INMUNOLÓGICO.

a) Reacción ante cuerpos extraños.

Los glóbulos blancos (leucocitos) son células sanguíneas nucleadas que expresan proteínas en su superficie. Tales como los antígenos HLA (del inglés Human Leucocyte Antigens) que varían de una persona a otra, con excepción de los gemelos idénticos, y pueden por esa razón emplearse en la identificación de tejidos. Cuando se trasplantan tejidos incompatibles, ocurre de manera espontánea un rechazo por parte del receptor hacia los tejidos extraños, en parte inducido por las diferencias en los antígenos HLA del donador y del receptor. El estudio de tales antígenos es necesario para la tipificación del tejido, disminuyendo así el riesgo de rechazo del trasplante (Granados, 1995).

La función general de los leucocitos es combatir los agentes infecciosos que han penetrado en los tejidos y lo hacen mediante fagocitosis o producción de anticuerpos. La actividad fagocítica es aquella relacionada con la capacidad de engullir bacterias y desechos celulares. La capacidad del organismo para defenderse contra agentes invasores tales como bacterias, toxinas, virus e incluso tejidos extraños, conlleva la participación de dos componentes que guardan relación estrecha; Uno consiste en la formación de linfocitos sensibilizados en forma específica, que se unen al agente extraño y lo destruyen; a esta se le conoce como inmunidad celular, particularmente eficaz contra hongos, parásitos, infecciones virales intracelulares, células neoplásicas y trasplantes de tejidos extraños. El otro componente entraña la producción de anticuerpos circulantes que atacan al agente invasor y se le conoce como inmunidad humoral particularmente eficaz contra infecciones bacterianas y virales. Ambos tipos de inmunidad se originan en el tejido linfático del organismo. En su mayor parte, dicho tejido se localiza en los ganglios linfáticos y también en el bazo, mucosas y en la médula ósea. La localización del tejido linfático es estratégica con el fin de interceptar al agente invasor antes de que se disemine en la circulación general (Lavergne, 1999).

TESIS
FALLA DE ORIGEN

El tejido linfático consiste de dos tipos de células: los linfocitos T encargados de la inmunidad celular y por los linfocitos B especializados en la producción de anticuerpos que originan la inmunidad humoral.

Ambos tipos de linfocitos se derivan de células tronco en la médula ósea. Antes de emigrar al sitio que ocuparán en el tejido linfático, sus descendientes se diferencian en dos líneas celulares distintas. Algunas emigran al timo donde se transforman en células T y adquieren su competencia inmunológica. Después las células T abandonan el timo y quedan incluidas en el tejido linfático. Las células restantes se procesan en sitios tales como la médula ósea, hígado, bazo, y el tejido linfoide del Intestino donde se transforman en células B. Una vez procesadas, emigran al tejido linfoide y se localizan en éste. Aunque las células T y B están en los órganos linfoides, se sitúan en áreas separadas (Terán, Juárez, Granados, Terán-D y Castellanos, 1999).

Las respuestas de las células T y B dependen en gran parte de la capacidad de las mismas para reconocer a los antígenos específicos, lo que se basa en la correspondencia igualmente específica de los sitios antigénicos determinantes y las porciones variables de los anticuerpos. Sin embargo, es precisa la participación de otro tipo celular, a fin de que los linfocitos T y B lleven a cabo sus funciones vitales en la inmunidad. Estas células son los macrófagos, que procesan los antígenos y los presentan a las células T y B. Dicho procesamiento ocurre cuando los macrófagos fagocitan a los antígenos mismos que una vez digeridos son presentados en la superficie del macrófago a las células T o B para su reconocimiento. Durante el procesamiento y presentación del antígeno, los macrófagos secretan interleucina 1 que es un poderoso inductor de la proliferación de los dos tipos de linfocitos (T y B).

En sentido literal, son miles los tipos diferentes de células T, cada uno capaz de responder a un antígeno o un conjunto de antígenos específicos, lo que constituye la base de la inmunidad celular. En un momento dado, la mayor parte de las células T están inactivas, y al entrar un antígeno en el cuerpo, se activan únicamente las células T programadas específicamente para reaccionar contra el antígeno que indujo su proliferación. Se dice que tales células están sensibilizadas. La activación tiene lugar cuando los macrófagos fagocitan el antígeno y los

TESIS CON
FALLA DE CRISTAL

presentan a las células T. Estas, una vez sensibilizadas, aumentan de tamaño, se diferencian y reproducen, cada célula diferenciada origina una población de células idénticas a ella.

Las células T citotóxicas salen del tejido linfóide y emigran al sitio de invasión donde secretan linfoquinas que destruyen directamente a las células invasoras. La protección que aportan las células T es resultado de la secreción de las linfoquinas de construcción proteica y de acción muy potente. De esta manera, aumenta el número de linfocitos activos y se intensifica el efecto de las células T citotóxicas. Estas también secretan la linfoquina, conocida como factor quimiotáctico de un macrófago, que atrae macrófagos al sitio de invasión para que destruyan los antígenos por fagocitosis. Una linfoquina más que liberan las células T citotóxicas es el factor de activación de macrófagos, que intensifica notablemente la actividad fagocítica de los macrófagos (Parham y Ohta, 1996). Además, el factor de inhibición de la migración es otra linfoquina que evita que los macrófagos se alejen del sitio de infección, mientras que el factor mitogénico es otra linfoquina que acelera la división celular de los linfocitos no sensibilizados o que todavía no adquieren especificidad antigénica. Por añadidura, las células T citotóxicas secretan interferón que inhibe la replicación viral e intensifica la acción citotóxica de las células T.

Las células T cooperadoras interactúan con las células B para amplificar la producción de anticuerpos, y también secretan interleucina 2 que estimula la proliferación de las células T citotóxicas.

El trabajo de las células B consiste en su diferenciación en células que sintetizan anticuerpos específicos, los cuales circulan por la linfa y sangre hasta llegar al sitio de invasión. Cuando un antígeno extraño ha sido preparado y presentado por los macrófagos a las células B en los ganglios linfáticos, bazo o tejido linfóide propio del aparato digestivo, se activan las células B específicas para dicho antígeno. Algunas de ellas aumentan de tamaño, se dividen y diferencian en una clona de plasmacitos, y son precisamente estas células las que secretan anticuerpos. La proliferación de células B y su diferenciación en plasmacitos también está sujeta a influencia de la interleucina 1 secretada por los macrófagos. La secreción de anticuerpo alcanza la velocidad sorprendente de 2000 moléculas por segundo en cada célula, y tiene lugar durante varios días hasta que muere el plasmacito (al cabo de cuatro a cinco días). Las células B activadas que no se

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

diferencian en plasmacitos conforman una población de células de memoria, que responden con mayor rapidez e intensidad en caso de que el antígeno aparezca en el futuro. La respuesta anamnésica o de memoria es la base de la inmunización contra muchas enfermedades infecciosas (Houssay, 1980).

Con lo anterior se tiene un panorama más amplio de la forma en que el sistema inmunológico funciona, pero es muy importante conocer cómo se puede inhibir dicho para evitar el rechazo del órgano trasplantado.

b) Inmunosupresores para inducir tolerancia al injerto.

Hasta hace poco, los fármacos inmunosupresores inhibían el rechazo inmunitario del órgano por parte del receptor y también la respuesta inmunitaria a todos los antígenos lo que hacía a los pacientes muy susceptibles a infecciones. Recientemente, un medicamento conocido como ciclosporina, derivado de un hongo, permitió superar en gran medida este problema. Se trata de un inmunosupresor selectivo que inhibe a las células T encargadas del rechazo tisular pero tiene efecto mínimo en las células B. De tal manera que se evita el rechazo al tiempo que se conserva la resistencia contra las enfermedades infecciosas (Santiago-Delpín, 1999).

Para lograr la inmunosupresión existen combinaciones de medicamentos: el triple esquema de inmunosupresión está constituido por ciclosporina, azatioprina y esteroides. La dosis depende del grado de histocompatibilidad con el órgano trasplantado:

- La Azatioprina (IMURAN) es probablemente la droga inmunosupresora más usada en los trasplantes clínicos. Su efecto principal es en las células T y en la inmunidad celular. Casi todos los centros de trasplante usan la Azatioprina como su agente principal con o sin el uso concomitante de esteroides.

- Los Esteroides (GLUCOCORTICOIDES DE LA CORTEZA ADRENAL) y sus análogos sintéticos tienen efecto farmacológico significativo en los tejidos y células del sistema linfóide. Por su estructura química se producen moléculas con propiedades androgénicas, estrogénicas,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

progesterogénicas, mineraloactivas, linfoactivas y anti-inflamatorias. Ocurre una gran variedad de efectos inmunológicos después de la administración de esteroides en el hombre.

Los esteroides no son necesarios en el caso de gemelos idénticos, y con frecuencia se pueden eliminar en algunas parejas de donador-receptor HLA-idénticos. La toxicidad de los esteroides es muy amplia y heterogénea. Los efectos colaterales más frecuentes son la apariencia cushingnoide, la hipertensión, las infecciones y en especial las complicaciones gastrointestinales. Esta droga se puede disminuir cuando se haya logrado la adaptación entre huésped e injerto (Bordes, 1995)

Es pertinente ahora mencionar los detalles de la patología que obliga a efectuar el trasplante en especial de la Insuficiencia Renal.

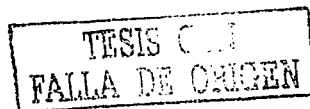
1.3 INSUFICIENCIA RENAL.

a) Definición.

Las enfermedades del riñón pueden causar diversos trastornos funcionales según la localización, gravedad y naturaleza del proceso patológico correspondiente. La uremia es el síndrome clínico que caracteriza la etapa final común hacia la cual tienden todas las enfermedades renales progresivas. Uno de los trastornos más comunes en caso de enfermedad renal crónica es la perturbación de la capacidad del riñón para variar la concentración de la orina en toda su amplitud normal. La disminución de la capacidad para concentrar aparece finalmente en casi todos los casos de enfermedad renal progresiva, y en muchos pacientes este defecto es el primer trastorno funcional observado (Jacobs, Kjellstraxid, Koch y Winchester, 1996).

b) Tratamiento Médico.

Una gran variedad de tratamientos se utilizan para los pacientes con insuficiencia renal crónica (I.R.C.). Estos tratamientos incluyen tanto al trasplante renal como la diálisis, donde los materiales de desecho son extraídos a través de la sangre por un uso periódico de una máquina artificial de riñón. La función primordial de los riñones consiste en eliminar los desechos e impurezas de la



sangre. El riñón artificial o dializador efectúa esta función, aproximadamente dos veces por semana y varias horas por vez. El torrente sanguíneo de un paciente se conecta a la máquina por vía de una arteria del brazo o de la pierna. La sangre pasa por todo el cuerpo a los tubos de la máquina. Los desechos pasan a través de las paredes de los tubos, y la sangre limpia fluye nuevamente hacia una vena del cuerpo (Cameron, Davidson, Grünfeld, Kern y Ritz, 1992). Los pacientes que aguardan trasplante de riñón suelen mantenerse con dializadores hasta que se dispone de órgano. Algunos cuyos riñones no funcionan y no pueden, por alguna razón recibir trasplantes, se mantienen con vida años gracias a estas máquinas (Lockart, 1985). Sin embargo, el trasplante es el que ofrece los más altos niveles de calidad de vida (Christensen y Holman, 1989).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

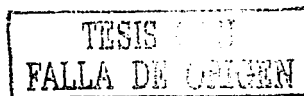
CAPITULO II. EL TRASPLANTE EN LATINOAMÉRICA.

2.1 HISTORIA DE LOS TRASPLANTES

Aunque la literatura médica contemporánea limita la historia de los trasplantes a los últimos 100 años y le da crédito al cirujano suizo Jacquet Riverton como el primero en intentar un trasplante, existen ciertos cuentos mitológicos de varias culturas religiosas incluyendo la hindú, la china y la egipcia, que sugieren que la idea del "trasplante" puede ser mucho más antigua. La historia temprana del trasplante de órganos ha sido relacionada con los anhelos de longevidad del ser humano. En el siglo II A.C., los cirujanos chinos Hua T'o y Pien Ch'iso aparentemente trasplantaron una variedad de órganos y tejidos. Sin embargo, el clima científico de China durante este periodo no era favorable al arte quirúrgico y estos reportes han sido considerados como historias y leyendas popularizadas a lo largo de generaciones (Bhandari y Tewarai, 1997). El reporte más antiguo de que se tiene conocimiento de injertos pediculados autólogos de frente, cuello y mejilla para tratar mutilaciones de la nariz, del oído y del labio, se encuentran en el libro de texto de sánscrito de la India el Sushruta Shamhita, y así, hasta nuestros días, la idea, la búsqueda y la implantación de tejido sano por enfermo ha llevado a múltiples investigadores a considerar la insuficiencia de los órganos como un problema biocientífico.

Durante la década de los años 50 se llevaron a cabo varios trasplantes renales en París y en Boston; todos ellos finalmente fracasaron ya que aún no se utilizaba la inmunosupresión ni se conocían los principales ingredientes del trasplante de órganos: pruebas de compatibilidad tisular, la procuración y preservación de los órganos y por supuesto, la inmunosupresión.

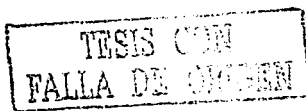
Entre 1954 y 1962, se trasplantaron gemelos idénticos con éxito y sobrevida prolongada y se llevaron a cabo algunos ensayos experimentales en trasplante clínico con radiación corporal total como inmunosupresión. Posteriormente se empleó la inmunosupresión química; y a partir de 1962, todos los trasplantes de tejidos entre individuos no relacionados se han hecho con el paciente bajo la influencia de agentes químicos para suprimir la respuesta inmunitaria. (Anaya-Prado y Toledo-Pereyra, 1999).



2.2 REGISTRO LATINOAMERICANO DE TRASPLANTES.

En 1997 se celebró el cuadragésimo aniversario de los trasplantes en América Latina; los primeros se realizaron en Argentina y Brasil, seguidos rápidamente por los de México, Colombia, Puerto Rico, Chile, Venezuela y Uruguay; todos fueron pioneros en sus respectivos países, pero limitados en acción y perspectiva. Muy pronto otros países de Centro y Sudamérica, además del Caribe, desarrollaron sus propias iniciativas pioneras. Sin embargo, sólo a partir de 1970 se desarrolló una actividad formal y recurrente, con personal entrenado y con la intención de contribuir a la solución de lo que ya se anticipaba se convertiría en un problema de grandes proporciones: la insuficiencia terminal de un órgano. Mientras se desarrollaba paulatinamente esta conciencia sobre la enfermedad renal terminal, se formaban, de manera gradual, núcleos informales de especialistas renales y luego formalmente entrenados en las instituciones mayores, en particular en los hospitales universitarios, para introducir las terapias de hemodiálisis y diálisis peritoneal como parte del armamentario terapéutico. Las vertientes de diálisis y trasplante se desarrollaron juntas y el desarrollo de una actividad no puede informarse sin considerar la otra (Santiago-Delpín y Duro-García, 1999).

La mayor parte de la información sobre los trasplantes iniciales aparece en los anales locales de cada país y en algunas publicaciones en español o en portugués. Sin embargo, los informes abarcadores eran muy escasos y se debe al estudio inicial de Martínez y Pereira las recopilaciones iniciales de trasplante renal en América del Sur hasta el año 1985. Posteriormente, y en representación y con el consenso de la recién formada Sociedad Panamericana de Diálisis y Trasplante, se publicó un estudio sobre trasplantes en América Latina con representación desde México hasta Chile e incluyendo, por primera vez, al Caribe. Este estudio recopiló datos a través de un Comité Asesor Internacional con representantes en cada país, sobre las actividades iniciales del trasplante y del personal que se requiere para ello.



Funcionando como un grupo solidario interesado en la materia, el Comité Asesor se constituyó en un "grupo de estudios" y, durante os siguientes años, examinó temas varios de la actividad de donación y trasplante en América Latina tales como el perfil de histocompatibilidad; el problema gravísimo de la escasa donación de órganos; el problema de infecciones tropicales y el de las infecciones específicas de nuestros países con un resumen de las infecciones principales y una discusión sobre su manejo y luego tres actualizaciones sobre esta actividad informal de recuperación de datos que daría pie, eventualmente, a uno de los registros de trasplante (Santiago-Delpín, 1994).

2.3 TRASPLANTE RENAL

En la tabla que a continuación se muestra se presentan los resultados de la actividad renal en América Latina durante los años 1996-1997, al igual que los totales desde el comienzo de la práctica del trasplante, o desde 1970, fecha en la cual se comenzara a recopilar datos más confiables. Se realizaron 3,733 trasplantes de riñón en 1994, con una pequeña mayoría de órganos cadavéricos; el total para 1995 fue de 3,909. El gran total desde 1970 hasta 1995 fue de 38,405 trasplantes de riñón realizados en nuestra región, lo cual representa el 10% de la actividad mundial de trasplante. En esta misma tabla, se hace aparente la diferencia entre los países de "alto volumen" de trasplante y aquellos de "bajo volumen". Para Brasil se reserva una categoría especial con 17,477 trasplantes de riñón a la fecha de registro. Argentina, Chile, Colombia, Cuba, México, Venezuela y, recientemente, Perú y Costa Rica, son los países de alto volumen y su actividad ha aumentado a lo largo de los años. Los países de bajo volumen son las naciones sudamericanas de menor población, América Central y el Caribe: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay.

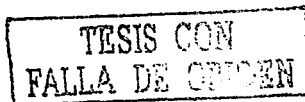
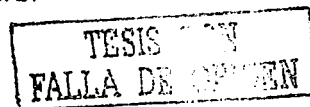


Tabla 1. Trasplante renal en Latinoamérica

1970-1997

PAIS	1996		1997		Total desde comienzo
	CD	LD	CD	LD	
Argentina	379	105	417	78	3,622
Bolivia*					141
Brasil	846	881	939	771	20,914
Chile	183	40	163	35	2,485
Colombia	94	134	175	151	2,624
Costa Rica	5	46	8	70	1,040
Cuba	104	28	86	10	2,493
Ecuador	6	26	0	35	263
El Salvador	0	30	0	30	112
Guatemala*					51
Honduras	0	7	0	3	26
México	205	779	192	783	7,926
Panamá	0	25	0	14	63
Paraguay	4	16	2	16	115
Perú	102	84	81	66	1,004
Puerto Rico	7	18	15	26	610
República Dominicana	0	14	0	20	117
Uruguay	40	11	26	6	410
Venezuela	36	41	31	57	1,693
Totales	2,011	2,280	2,053	2,220	46,697

*No hay datos 1996, 1997. Mazzuchi, N. (1999). Pp. 21



Sin embargo, ni el tamaño del país ni el número total de trasplantes predicen la prevalencia de trasplante renal, y en la siguiente tabla, se ilustra la prevalencia calculada para 1997. Costa Rica encabeza el grupo con 18.7 por millón de población para 1997, seguido de Argentina, Brasil, Puerto rico, Chile, Cuba, etc. Estos resultados son menores que la prevalencia de trasplantes en los Estados Unidos (UNOS update, 1996) y en los países europeos, (Matesanz y Miranda, 1996) donde esa prevalencia es casi dos veces más alta que la más elevada de América Latina. Probablemente esto refleja los problemas de donación tradicionales discutidos anteriormente.

Tabla 2. Prevalencia de Trasplante renal para 1997

Costa Rica	25.2
Chile	15.9
Argentina	15.4
Cuba	12.0
Brasil	11.0
Puerto Rico	10.8
México	10.6
Uruguay	10.3
Colombia	9.3
Otros	0.3-7.0

Santiago-Delpín y Duro-García (1999) Pp. 16

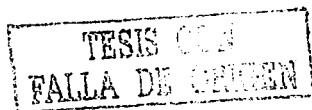
Sin embargo, el patrón de donación de 1996 a 1997 registró un cambio extraordinario en cuanto a las décadas anteriores. En el primer informe histórico de 1970 a 1988 se registró una desproporción marcada entre donación de vivo (71%) y donación cadavérica (29%) (Martínez y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pereira, 1987). Se ha discutido la causa de este problema extensamente y se resumen básicamente en tres: desde el punto de vista cultural, el latinoamericano percibe la muerte de una manera muy especial tal que a veces raya en la histeria; durante esta etapa es imposible toda comunicación con relación a la donación. De igual manera, la toma de decisiones en países latinoamericanos es compleja y se difunde entre diferentes miembros de la familia, de manera que es un tipo de "comité familiar" el que incide finalmente en las decisiones.(Fernández, Zayos y Gonzalez, 1991). La religión debe trabajar a favor del trasplante y el conocimiento en las áreas urbanas es usualmente bueno, así que no es problema por falta de educación (Domínguez, Gonzáles y Morales-Otero, 1991). Además de los factores culturales, las experiencias de España y, más recientemente, de Argentina demuestran que existen factores administrativos, además de los culturales, y que están relacionados en esencia con endoso por el gobierno, una legislación efectiva, una coordinación armoniosa con los hospitales del país, y un entrenamiento específico de los coordinadores en recuperación de órganos (Matesanz y Miranda, 1995). Esta experiencia reciente es paralela a la de algunas organizaciones de recuperación de órganos en los Estados Unidos (Shires, Lifelink: Comunicación personal) y estas gradualmente están ejerciendo un efecto benéfico aun en los países de poca donación cadavérica, (Santiago-Delpín, González y Morales-Otero, 1989), que también están alterando gradualmente su donación.(Morales-Otero, Santiago-Delpín y Gonzalez-Caraballo, 1997).

En un estudio de 1990 a 1992 ya se sugería el aumento gradual de la donación cadavérica con la disminución paralela de la donación de vivos. El extraordinario cambio ocurrió en 1994, cuando la razón de vivo a cadavérico súbitamente se invirtió; en la tabla 3 se observa, que por primera vez, la donación cadavérica global en América Latina excedió la donación de vivos. Este patrón persistió en 1995.

Al examinar la tabla 3 se observa que el cambio se debió principalmente al aumento en la donación cadavérica en los países de alto volumen, en particular Argentina, Brasil, Chile y



Cuba; México fue la excepción. Sin embargo, también en México, la donación cadavérica ha aumentado del 3% al 16%.

Venezuela u Colombia cuentan con aproximadamente 50%, Perú ha aumentado su donación cadavérica notoriamente. Sin embargo, los países de bajo volumen dependen sobre todo de la donación de vivos sobre la donación cadavérica. Este patrón relativo puede significar un cambio en la política gubernamental, en la estructura de los programas de trasplante, en una mejora en las leyes que regulan y fomentan los trasplantes de órganos, educación en masa, incorporación del modelo español u otros factores. Quizás hasta reflejen la maduración de esta práctica en cada país.

Tabla 3. Cambios en el patrón de donación.

1970-1997

Año	Donador Vivo %	Donador Cadavérico %
1970-1988	71	29
1989-1992	65	35
1994	48	52
1995	49	51
1997	50	50

Santiago-Delpín y Duro-García (1999) Pp. 16

A manera de conclusión y como afirman Santiago-Delpín y Duro García (1999), los países latinoamericanos se vuelven cada vez más activos en la práctica del trasplante renal como manejo de enfermedad renal terminal. El trasplante de otros órganos, tanto intratorácicos como intraabdominales, promete convertirse en una tendencia en los países grandes con una tradición establecida de trasplante renal. La mayoría de las naciones esta elaborando una base de datos para los registros regionales. Los trasplantes van en aumento en todos los países y en años recientes América Latina ha representado el 10% de la actividad del trasplante renal mundial. La comunicación entre los países latinoamericanos ha aumentado, al igual que entre

los respectivos registros, y la obtención de datos en los registros regionales ha mejorado considerablemente, garantizando ambos registros la confiabilidad de estos datos. Se vislumbra la posibilidad de comenzar a realizar estudios colaborativos y educativos más complejos. De hecho, una herencia común, un lenguaje común y una experiencia y un trasfondo socioeconómicos similares, facilitarán estudios abarcadores aun cuando las circunstancias políticas y económicas sean diferentes. Finalmente, parece evidente el papel central que tienen los gobiernos para facilitar el desarrollo del trasplante de órganos, especialmente en el contexto de programas institucionales.

TESIS CON
FALLA DE ORDEN

2.4 ESTADÍSTICA DEL TRASPLANTE EN MÉXICO

Tabla 4.

SECRETARIA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
DIRECCIÓN DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

SECRETARIA DE SALUD														
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES														
DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES														
	63 A 88	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	ACUMULADO
RIÑON	1041	363	392	380	385	621	836	613	839	945	1047	1233	1428	10123
CORNEA	99	140	291	363	640	691	1209	549	921	1500	1313	1260	1630	10606
CORAZON	2	3	1	3	1	3	8	11	3	8	4	9	15	71
CO-RI											1	0	0	1
CO-PU								2	1	0	0	0	0	3
PULMON	0	1	0	1	0	0	1	2	3	0	1	0	0	9
PANCREAS	1	3	1	2	0	1	0	2	12	1	0	1	0	24
PA-RI	1	1	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	7
INTEST.				1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3
HIGADO	1	0	0	1	1	2	3	2	13	6	13	48	27	117
M.O.	54	5	11	19	36	38	41	71	93	90	84	124	139	805
PARAT.								2	3	3	33	0	0	41
PIEL	25	77	436	553	424	180	389	7	21	55	19	1	0	2187
HUESO						4	5	6	2	6	6	0	6	35
TOTAL	1224	593	1134	1323	1487	1541	2493	1267	1912	2614	2522	2676	3246	24032

SECRETARIA DE SALUD CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES (2001)

DIRECCIÓN DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Como se observa en la tabla 4 el trasplante que se realiza con más frecuencia es el de córnea, procedido por el de riñón con un total acumulado al año 2000 de 10,123 trasplante. Contrariamente, los trasplantes que menos se practican son los de corazón y riñón (Co-Ri), por la complejidad de la cirugía y pobre pronóstico de supervivencia y el de intestino por la dificultad del injerto y el funcionamiento en sí.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

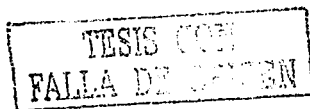
CAPITULO III. PSICOLOGIA DE LA SALUD.

3.1 EL ÁMBITO PSICOLÓGICO DE LA SALUD

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular a la psicología con los problemas de salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Han aparecido nuevas Interdisciplinas o subcampos de conocimiento sobre los ya existentes: la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual, la inmunología conductual y muchos otros. Todas estas Interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud tal como se perciben desde la óptica de la medicina clínica y experimental (Pomerlau y Brady, 1990).

Los esfuerzos en este sentido se han enmarcado en concepciones plurales no siempre bien delimitadas respecto de la salud y la naturaleza de las dimensiones psicológicas que le son pertinentes. De allí que en el examen de la participación del comportamiento individual en la modificación de los estados de salud se yuxtapongan, inadvertidamente, dos modelos generales que cubren dimensiones distintas, la médico-biológica y sociocultural, así como diversas concepciones implícitas acerca de los propios factores psicológicos (Ribes, 1990), se hará referencia a la salud en términos de dos ámbitos de significación precisos: el biomédico y el sociocultural. En el primer caso se hará referencia a la salud en términos de la enfermedad, mientras que en el segundo se hará referencia al bienestar.

El modelo médico-biológico de la salud, como carencia de enfermedad (o bien como continuo balance entre salud-enfermedad), hace énfasis en las condiciones propias del organismo y de los distintos subsistemas que lo integran. Se considera la salud como un estado intrínseco del organismo en tanto resiste los embates de los agentes externos nocivos (Fleck, 1986).



El modelo sociocultural de la salud ha subrayado la correlación necesaria entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida. Existen indicios claros de cómo las condiciones de vida, determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales, son auspiciadoras o directamente responsables de la salud biológica. Estas condiciones socioculturales no se restringen exclusivamente a los aspectos vinculados con los ingresos económicos, dado que existen también epidemiologías tanto para la pobreza como para la riqueza. Las carencias de agua potable, alimentos, drenajes y otros medios elementales de subsistencia propician enfermedades endémicas, pero también lo hacen la disponibilidad de otros factores vinculados a la riqueza y la abundancia: excesos o deformaciones de la dieta, el estrés urbano, la disponibilidad de fármacos, la preparación artificial de los alimentos, la contaminación industrial, etc. Dado su nivel de generalidad, el modelo sociocultural de la salud ha configurado una imagen ambigua de la salud, en donde se concibe al individuo preso de la enfermedad –inevitable en uno u otro sentido, fatalmente propiciado por el medio (Everly, 1998).

La viabilidad de ambos modelos para plantear prácticas efectivas de prevención, curación y rehabilitación, depende de que, constituyendo concepciones con un rango de generalidad empírica de nivel muy distinto, puedan intersectarse a lo largo de un eje mutuamente vinculador. Este eje no es otro que el representado por el comportamiento, entendido como práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales.

Todo ser humano, como organismo biológico, sólo puede concebirse y entenderse desde la perspectiva de su actividad y práctica integrales como individuo. El organismo es un todo biológico estructurado con base en su herencia y experiencia individuales frente a un medio que le es característico. Sin embargo, esta experiencia idiosincrática, que no constituye otra cosa más que la dimensión psicológica de su práctica como individuo, es indispensable para examinar las condiciones particulares que lo distinguen en su funcionamiento biológico de otros organismos coespecíficos. Es por ello que el análisis psicológico no es un simple complemento del conocimiento biológico para entender el estado de salud-enfermedad de un individuo particular:

constituye en realidad la dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno, y su estado continuo entre salud-enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente (Bryant y Veroff, 1982).

Por otra parte, aun cuando el ambiente humano es, en principio, un ambiente físico, no cabe duda alguna de que su funcionalidad y organización como ambiente práctico obedece a razones históricas de orden sociocultural. Es por ello que, dependiendo de la peculiar organización y condiciones del ambiente, en tanto ambiente práctico definido por una sociedad y sus formas culturales, se observarán distintas maneras de bien o malestar de los individuos como organismos biológicos (Lewis, Winsett, Cetingok y Hathaway, 2000).

Las formas productivas, la cultura de la alimentación, las prácticas de higiene, las actividades de recreación y esparcimiento, y muchos otros aspectos de la vida humana en sociedad, modulan y determinan en forma definitiva las condiciones físicas a la que se expone como práctica de vida un individuo en tanto organismo biológico. El ingreso económico, la oferta y desarrollo cívico-industrial de una sociedad, sus prácticas culturales y los niveles educativos son quizá los factores consustanciales a la determinación del estado salud-enfermedad, pero esta influencia decisiva del ambiente sociocultural sólo puede entenderse como una influencia mediada a través de la práctica de todos y cada uno de los individuos. El medio sociocultural, sin considerar la dimensión individual de la práctica de todo sistema de relaciones sociales, constituiría una abstracción puramente poblacional. Son los individuos de los sistemas de relación social, los que permiten concebir esta influencia de las variables macroscópicas del ambiente sobre eso: es el individuo, como factor práctico de la relación social, el que la modifica, consolida o modula en la vida real, ya sea desde la perspectiva inmediata o desde la visión que proporcionan períodos históricos determinados.

Partiendo de las consideraciones anteriores, se pueden mencionar algunos supuestos que fundamentan la pertinencia y utilidad de un modelo psicológico de la salud:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

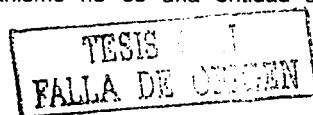
1. La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables que tienen lugar en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales.
2. Cuando se analizan en un modelo psicológico, los factores biológicos y socioculturales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales.
3. Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad.
4. Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base a su historia personal.

(Ribes, 1990 Pp. 18-19).

Los supuestos a manera de bosquejo permiten delinear un modelo psicológico de la salud, aun cuando la doble dimensión bienestar-enfermedad, comprendida dentro del concepto salud, sea ajena, como conjunto categorial, a la psicología como disciplina.

En los supuestos formulados se plantea que la salud, como concepto integrador de dos dimensiones diferentes, la social como bienestar, y la biológica como ausencia de enfermedad, sólo puede concebirse en la práctica real mediante su vinculación con conceptos propios de la actividad individual humana, en tanto relación de un sistema biológico con un ambiente de naturaleza sociocultural. La salud, si se accede a un nivel que trascienda los criterios epidemiológicos o actuariales referidos a datos poblacionales, es un concepto fundamentalmente significativo en su aplicación al estado y funciones de un individuo (Gould, 1988).

Se sabe que la salud de un individuo no puede disociarse de los efectos que tienen sobre el organismo diversos agentes físicos, químicos y biológicos, y que la condición para ajustar de forma óptima su funcionamiento biológico a dichos agentes depende en gran medida de las circunstancias en que se desenvuelve. El organismo no es una entidad aislada, sino que



presupone por definición un medio del cual se nutre y a partir del cual evoluciona ontogenéticamente, pero del cual también puede padecer influencias nocivas o ciertas carencias fundamentales. Este medio no es ajeno a la organización social y a la cultura. Aun cuando la alteración desfavorable del estado biológico de un organismo tiene lugar siempre a través de procesos biológicos y fisicoquímicos, estos procesos nocivos operan ambientalmente las más de las veces a través de las prácticas sociales y culturales.

Esta interrelación entre las condiciones ambientales propiciadoras del bienestar y la acción de agentes fisicoquímicos y biológicos sobre el estado del organismo se da como y mediante la práctica social de los individuos. Aun cuando sería utópico suponer que toda alteración del estado biológico del organismo es mediada frente al ambiente por la práctica social del individuo, sí es postulable que en última instancia, la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando (Millon, Green y Meagher, 1982). Esta es la dimensión psicológica de la salud.

La dimensión psicológica de la salud puede desagregarse en tres factores fundamentales:

- La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.
- Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.
- Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

(Ribes, 1990 Pp. 20)

Estos tres factores generales involucran una diversidad de funciones psicológicas distintas, y su proceso, como interrelación recíproca, es determinante, en mayor o menor grado, de los resultados observables biológicamente en términos de salud o enfermedad. El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas, y el hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica. Este resultado puede ubicarse como un complejo equilibrio entre niveles de

TESIS EN
FALLA DE ORIGEN

comportamiento que representan acciones propiciadoras o auspiciadoras de enfermedad, acciones preventivas de enfermedad, acciones correctivas y necesarias para la curación o acciones rehabilitativas.

Es importante señalar que la función conceptual al vincular dos dimensiones relativamente inconmesurables de la salud, el papel de un modelo psicológico, es el de guiar la acción e intervención prácticas en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, en la medida que esas prácticas no pueden considerarse efectivas si no es en relación con su aplicación oportuna respecto a la actividad social de los individuos. El conocimiento del proceso biológico de una enfermedad y las condiciones sociales de su epidemiología no son suficientes. Se requiere de un modelo de cómo aplicar este conocimiento en la forma de medidas efectivas que afecten la práctica cotidiana de individuos reales, dimensión que trasciende a los procesos moleculares del organismo y a las cifras poblacionales de la epidemiología.

3.2 LA PATOLOGÍA BIOLÓGICA Y COMPORTAMIENTOS ASOCIADOS.

La concurrencia de prácticas de conductas instrumentales ¹ de alto riesgo y la existencia de un elevado grado de vulnerabilidad biológica, se traducen, inevitablemente, en estados de patología biológica.

Estas últimas son la manifestación individual y cultural de las competencias situacionales efectivas de cada persona, mientras que la vulnerabilidad biológica constituye el estado resultante de la interacción de dichas competencias efectivas con las contingencias situacionales que modulan reacciones de estrés e inmunitarias en el organismo. Aun cuando el tratamiento y terapéutica de esta patología es un problema de naturaleza estrictamente biomédica, los aspectos vinculados al comportamiento individual no deben descuidarse.

¹ Las conductas instrumentales consisten en acciones de los individuos que, directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad. Se puede afirmar, en este sentido, que las conductas instrumentales constituyen factores que aumentan o disminuyen el riesgo de enfermedad biológica. Las conductas instrumentales se definen siempre como las acciones efectivas



Tres aspectos son fundamentales en este respecto. Primero, los factores vinculados al seguimiento y adherencia a una terapéutica efectiva. Segundo, el comportamiento requerido en los aspectos rehabilitatorios de enfermedades crónico-degenerativas o de aquellas con impedimentos físicos terminales. Tercero, la aparición de comportamientos asociados a la patología biológica, que en ocasiones adquieren autonomía funcional y se convierten, en sí mismos, en problema terapéutico.

En lo que toca a la adherencia terapéutica, ésta constituye un factor crítico en la curación de las patologías aguda y crónica. El diagnóstico acertado y la prescripción de los agentes terapéuticos adecuados —incluyendo la cirugía— resultan insuficientes si el individuo no se ajusta a dicha prescripción en su vida cotidiana (Moss, 1977). El periodo de hospitalización en los casos agudos y crónicos es lo suficientemente breve como para hacer recaer la responsabilidad de aplicar la terapéutica en el propio paciente y su familia. El consumo oportuno y dosificado de fármacos, el seguimiento de una dieta adecuada, la realización o prevención cierto tipo de movimientos, y otras actividades diversas, están íntimamente ligados al proceso terapéutico médico. Planear y supervisar que se dé la adherencia terapéutica indispensable por parte del paciente constituye, sin lugar a dudas, un punto no da del éxito del proceso terapéutico (Ribes, 1990).

En segundo lugar, existe una serie de patologías crónico-degenerativas (respiratorias, nerviosas, renales, etc.) así como condiciones postraumáticas que se caracterizan por los impedimentos parciales o totales que se producen en ciertas funciones en los individuos. En estos casos, la terapéutica está vinculada o consiste totalmente en ejercicios de rehabilitación. Existe ya mucha información de cómo los procesos de rehabilitación pueden ser sistematizados y facilitados en su aplicación a través del uso de métodos conductuales, que hacen hincapié en los aspectos motivacionales y de aprendizaje del individuo (Lindquist, Carlsson y Sjoden, 2000).

específicas para prevenir o aumentar los riesgos de contacto con los agentes fisicoquímicos y biológicos productores de patología biológica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Finalmente, las patologías biológicas aparecen vinculadas con formas de comportamiento asociadas a dicha patología, pero que, eventualmente, pueden adquirir autonomía funcional en su manifestación cotidiana. Ejemplos de estos comportamientos son la llamada ansiedad en los problemas cardiovasculares y gástricos, el vómito y la náusea anticipatorios en los problemas oncológicos, el dolor crónico en muchos de los padecimientos crónico-degenerativas o agudos que conllevan complicaciones neuromusculares, y también las conductas llamadas anormales que aparecen correlacionadas con trastornos neurológicos: alucinaciones, estereotipias, etc. en todos estos casos existen un conjunto de técnicas conductuales que pueden atacar directamente tales problemas, facilitando la acción de la terapéutica estrictamente biomédica (Lipowski, 1990).

3.3 ESTRÉS

De acuerdo con Everly (1998) el tema que ha originado grandes discusiones tanto en medicina como en psicología es el estudio del estrés. La controversia puede ubicarse desde la definición, mejor dicho, desde la multitud de definiciones del término. Hay autores que lo conciben como un estado particular del organismo, determinado fundamentalmente por la influencia del sistema nervioso; otros explican el estrés como un proceso básicamente endocrino; algunos más suponen que se deriva de alteraciones en la percepción de acontecimientos potencialmente dañinos; otros señalan que el estrés se debe a la incapacidad del sujeto de afrontar los retos que el entorno le impone. Existen quienes conciben el estrés como una reacción, en tanto respuesta del organismo, que tiene implicaciones tanto voluntarias motoras como autonómicas conductuales y cognitivas; por otra parte se concibe el estrés como un proceso lineal, en cierto sentido unicausal, de relación estímulo-respuesta. Otros más conciben el estrés como un proceso organizado den tres dimensiones diferentes (biológica, psicológica y social) que permite la interacción entre los diferentes niveles.

Debido a estas clasificaciones y separaciones, no es posible concebir el estrés, en su totalidad, como un conjunto de mecanismos o procesos de los que el ser humano echa mano para adaptarse a un medio ambiente, responder ante él e interactuar. Por lo tanto, es necesario pensar en el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

estrés como un proceso adaptativo, similar a un mecanismo regulador que, si actúa exageradamente, ocasionará la aparición de problemas de funcionamiento de diferentes aparatos y sistemas, de acuerdo con la intensidad y duración de este proceso y las características particulares del sujeto (Kellner, 1991).

a) Algunos datos sobre la historia del estrés.

En este siglo se ha encontrado una correlación fuertemente positiva entre enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, hipertensión arterial esencial, angina de pecho e infarto de miocardio e insuficiencias renales con etiología de hipertensión) y la presencia de una vida agitada, llena de tensiones y con respuestas exageradas de ciertos procesos fisiológicos. A esta correlación se agregaron datos patológicos en otros sitios del organismo. Así, se observó la correlación entre síndrome ulceroso (esofagitis péptica, úlcera gástrica, gastritis hipertrófica, úlcera duodenal) con datos de vida agitada y de tensión. Nuevamente, como en los problemas cardiovasculares, se pensaba que el mecanismo de hiperrespuesta de los procesos fisiológicos era el causante de estas alteraciones (Hillhouse, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1991).

El concepto de estrés fue tomado de las ciencias físicas. En las investigaciones sobre las propiedades elásticas de los materiales sólidos, "estrés" significaba la presión externa o fuerza aplicada a un objeto mientras que "tensión" significaba la distorsión interna o cambio en el tamaño o forma del objeto. Esta relación, que depende de la estructura molecular del material, define la elasticidad y resistencia del mismo ante las fuerzas que actúan sobre él (Miller, Brody y Sumerton, 1988).

A comienzos del siglo XX, el médico británico William Osler equiparó "estrés y tensión" con "trabajo duro y preocupación", y apuntó que podía existir una relación entre esas condiciones somatopsicológicas y el desarrollo de las enfermedades coronarias. En el primer tercio de nuestro

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

siglo, Walter Cannon (1929;1932) proporcionó una descripción básica de como el cuerpo reacciona ante las emergencias, ante el peligro.

Estas correlaciones permitieron señalar la existencia de un estado particular del organismo, denominado estado de alarma, como le llamaron inicialmente en una traducción al español de lo que investigadores alemanes y norteamericanos denominaron estrés. Este proceso anormal del organismo permite la producción de respuestas fisiológicas exageradas a través del sistema nervioso autónomo, que pueden tener su origen en áreas superiores del sistema nervioso o bien en el sistema endocrino.

En tanto problema clínico, el estrés fue revisado inicialmente por los médicos clínicos a través del estudio de casos, que permitió conocer y determinar una amplia gama de signos y síntomas que podían acompañar a este problema. No obstante, el origen del estrés no se encontraba, por más que los médicos realizaban historias clínicas muy cuidadosas, revisando datos exhaustivamente y siguiendo a los pacientes periódicamente. Así los primeros estudios encaminados a medir los cambios fisiológicos producidos por la activación del sistema nervioso autónomo a través de la presentación de estímulos variados fueron en ratas, perros y gatos, y al traspolarlo a humanos se dieron cuenta de que esta reacción solamente duraba mientras era aplicado el estímulo (Kellner, 1991).

A partir de estos hallazgos, los investigadores decidieron que el problema radicaba en la interpretación que el ser humano realizaba de los eventos ambientales, por lo que era indispensable que los profesionales encargados del estudio de la conducta humana abordaran el problema del estrés. Los psicólogos decidieron aplicar el estrés a ratas a través de choque eléctricos. Aunque el animal intentara responder a la estimulación como en el caso de la evitación, ésta no cesaría, por lo que, tiempo después, el animal experimental ni siquiera intenta responder. A este tipo de no-respuesta operante se le denomina desamparo aprendido, y las condiciones del animal experimental se asemejan gradualmente a las del sujeto que presenta estrés.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como puede apreciarse, el estrés no puede concebirse en forma lineal, como un proceso con respuestas exageradas ante determinados estímulos. El problema del estrés debe ser más bien analizado en términos de condiciones de estímulo, de la interpretación que realice el sujeto de estos estímulos, y este proceso interpretativo dependerá de la percepción del sujeto, del contexto en el que se presenten los estímulos, de la historia de respuesta del sujeto, de la evaluación que el sujeto realice de la situación, en tanto que la defina como placentera o agresiva, por lo que los procesos cognitivos de valoración y afrontamiento que el sujeto posea serán fundamentales para responder ante los retos que la vida impone cotidianamente (Reynoso, 1995).

b) Los Estresores.

Todo estímulo que sea capaz de generar estrés es conocido como estresor o estímulo estresante, y se acepta la existencia de una amplia gama de éstos. Así, el medio ambiente físico y social en el que un sujeto se desenvuelve es de gran importancia en el desarrollo de estrés. Hasta el momento puede apreciarse que los estresores físicos presentes en el ambiente inician el proceso de estrés, pero el componente emocional de este proceso es el que tiene una influencia mayor, de este modo, podemos afirmar que los estresores más potentes de la vida diaria son de naturaleza emocional, por lo que los efectos del estrés dependen menos de la naturaleza física del estresor que de los factores psicológicos que rodean al individuo (Hillhouse, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1991).

En términos generales, es posible señalar que la reacción de estrés puede ser estudiada a corto o a largo plazo. Respecto al corto plazo, es posible hablar de la reacción de alarma caracterizada por la respuesta fisiológica ante el estímulo. Pero si se piensa en la reacción a largo plazo, se puede señalar la existencia de una fase de compensación donde el sujeto se encuentra aparentemente en condiciones normales, hasta llegar a una tercera fase, en la que aparecen las consecuencias del estrés manifestadas como un cuadro clínico en los sistemas cardiovascular, digestivo, genital, cutáneo, muscular, respiratorio y urinario, consecuencia de cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales.

TESIS CON
FALLA DE ENTREN

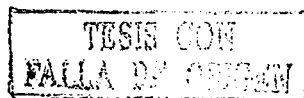
El doctor Selye, quien es considerado una autoridad en el campo del estrés, ha explicado que todo ser humano inicia su vida con una cierta cantidad de energía, que él denomina vitalidad, la cual se va utilizando y restaurando sólo en forma parcial; La restauración parcial de esta energía permite explicar el envejecimiento. El doctor Selye señala, además, que la gente no muere sólo por envejecimiento, sino también por alguna enfermedad de sus órganos vitales. Si la explicación anterior es verdadera, implica entonces que la gente debería determinar su propia velocidad de vida, en términos de intensidad, equilibrio de esfuerzos, diversiones, etc., para no acabar prematuramente con esa energía.

Pero debemos recordar, hablando de estresores, el concepto de individualidad de respuesta, ya que un sujeto expuesto a los estresores más potentes no necesariamente desarrollará una enfermedad por estrés, mientras que otros sujetos, expuestos por menos tiempo o en menor intensidad a estresores pueden incluso morir en un plazo relativamente breve (Reynoso, 1995).

Dentro de los factores psicológicos, muchos investigadores han señalado la importancia de algunos sucesos, que denominan acontecimientos vitales como son por ejemplo pérdidas, cambios, inestabilidades económicas, etc. Sin embargo, no debe efectuarse una correlación lineal entre la presencia de alguno de estos acontecimientos y la necesaria aparición de estrés, ya que ahora cabría considerar cómo evalúa el sujeto tales acontecimientos.

3.4 AFRONTAMIENTO

La evaluación de una situación o de un acontecimiento vital implica una serie de cogniciones por parte del sujeto, tras las cuales decidirá si la situación es agradable o no y, por lo tanto, si le produce o no-estrés. Además de evaluar, el sujeto organiza una serie de posibles respuestas, tanto cognitivas como motoras, que le permitirán un determinado modo de conducta ante los acontecimientos evaluados previamente. Este repertorio cognitivo conductual se conoce genéricamente con el nombre de afrontamiento y capacita al sujeto, en mayor o menor medida, para afrontar los retos que la vida diaria impone, previa evaluación de la situación. El término



afrontamiento es la traducción al castellano del término inglés coping, y se corresponde con la acción de afrontar, es decir, de arrostrar, hacer frente, a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc., un agente o acontecimiento estresante, en suma (Moss, 1982). Además, la historia del sujeto favorecerá o dificultará cierto tipo de respuestas. Cuando un sujeto se ha enfrentado varias veces con un mismo tipo de reto y lo ha resuelto favorablemente, es muy probable que ante un reto similar utilice estrategias de afrontamiento similares, con una alta probabilidad de obtener buenos resultados. Por el contrario, un sujeto que evalúa incorrectamente una situación por desconocimiento de lo que ésta requiere de él, probablemente podría utilizar estrategias inadecuadas de afrontamiento; si esto le sucediera constantemente, muy pronto presentaría manifestaciones agudas de estrés, ya que la evaluación incorrecta y la inadecuada utilización de las estrategias de afrontamiento o la carencia de habilidades de afrontamiento se convertirían en una nueva fuente generadora de estrés (Christensen, Ehlers, Raichle, Bertolatus y Lawton, 2000).

Una situación estresante, desde el punto de vista psicológico, se origina con una evaluación inicial en que la situación demanda una respuesta efectiva para evitar o reducir el daño físico o psicológico; el sujeto entonces intenta responder, responder equivocadamente o no responde. La respuesta (o su ausencia) tiene repercusiones ambientales y altera la situación. Entonces se produce una serie de acontecimientos, evaluaciones, respuestas y transformaciones situacionales. Estas secuencias dejan de ser estresantes cuando el sujeto evalúa que el reto ha pasado, ya sea espontáneamente o porque una adecuada respuesta de afrontamiento ha neutralizado la amenaza. Así pues, existe un juego complejo entre el individuo y la situación que determina el inicio, magnitud, duración y calidad del episodio estresante (Cohen y Lazarus, 1979).

Es posible señalar que una respuesta adecuada de afrontamiento en algunos casos puede ser una acción directa para cambiar la situación por otra mejor, escapar de una situación intolerable o abandonar ciertas metas. La acción directa puede tomar varias formas, tales como prepararse para un estresor, recolectar información o insinuar la solución de un problema, evitar o escapar del estresor o defenderse y cambiar directamente el ambiente. Cada una de estas acciones puede ser de gran ayuda en situaciones donde uno puede anticiparse al estresor para

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

prevenir la agresión. En otras ocasiones en que el estrés no puede ser evitado, se pueden utilizar algunas formas de respuesta que hacen sentir mejor al sujeto ante la agresión, aunque no resuelva el problema (Lindquist, Carlsson y Sjoden, 2000).

Ursin (1984) apunta que es necesario distinguir afrontamiento de otros tipos de cambios adaptativos. Según él, la adaptación se usa de muchas formas. Podemos hablar de adaptación refiriéndonos a cambios sensoriales relacionados con cambios funcionales en las células sensoriales mismas. Los cambios en reactividad debidos a fatiga, habituación y aprendizaje, son identificables como cambios adaptativos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

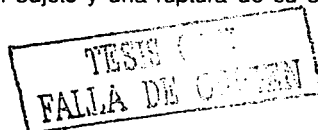
CAPITULO IV. EL ENFERMO Y SU ENTORNO.

4.1 ESTRÉS PSICOSOCIAL Y ENFERMEDAD.

El análisis de la relación entre el estrés y la enfermedad se puede realizar desde dos puntos de vista: el primero, considerando el estrés como agente causal o coadyuvante en la génesis y desarrollo de la enfermedad; el segundo, considerando a la enfermedad como acontecimiento productor de estrés en la persona, como agente estresor:

El estrés produce cambios en el sistema biológico que afectan a la salud; la respuesta fisiológica al estrés es una activación generalizada del organismo que implica una liberación de hormonas (sobre todo, catecolaminas u corticoesteroides) por el sistema endócrino. Los niveles elevados de estas hormonas tienen repercusiones sobre varios sistemas. Por otro lado, la liberación de catecolaminas y corticoesteroides durante la activación en el episodio o situación estresante puede alterar el funcionamiento del sistema inmune. Los datos procedentes de la experimentación animal y de la clínica humana apoyan la existencia de efectos inmunosupresores del estrés. La acción de los estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmune se expresa mediante fenómenos alérgicos, infecciones, enfermedades autoinmunitarias y formación de neoplasias (Valdés y Flores, 1985). El estrés puede producir también una conducta de enfermedad, aunque sin producir realmente enfermedad. Este es el caso cuando el estrés genera una variedad de síntomas (ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, fallos de atención, etc.). Algunas personas interpretan estos síntomas como "signos" de enfermedad y llevan a cabo "conductas de enfermedad" como buscar tratamiento y ayuda médica.

La enfermedad es un proceso de deterioro que daña el funcionamiento biológico y/o psicológico y/o social de una persona y que puede llegar a conducir a la muerte. En la mayoría de las sociedades y culturas se otorga a la salud un valor muy alto. Por tanto, la aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis, un acontecimiento estresante. En mayor o menor medida produce un impacto en la vida del sujeto y una ruptura de su comportamiento y



modo de vida habitual, generando una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que cabe denominar situación estresante (Lindquist, Carlsson y Sjoden, 2000)

Moss (1977) analiza la potencialidad estresante de la enfermedad considerándola una crisis vital, y adoptando la teoría de la crisis como marco general de su análisis. La teoría de la crisis proporciona, en su opinión, un sistema conceptual para la consideración de las enfermedades físicas graves. En general, la teoría de la crisis trata del impacto de interrupciones en las pautas establecidas de la identidad personal y social. La enfermedad constituye una crisis que puede durar un período muy largo y conducir a cambios permanentes entre los pacientes y sus familiares. La potencia de la crisis proviene de la interrupción repentina de las funciones habituales y de la amenaza omnipresente a la vida y a la adaptación de la persona. Puede que tenga que afrontar hospitalizaciones y separación prolongada de su familia y amigos, dolor e impotencia, cambios permanentes en su aspecto o en su función corporal, pérdida de papeles clave, y un futuro inseguro e imprevisible, incluyendo la posibilidad de la muerte. Neary (1976) indicó que los datos existentes sugieren que la depresión es la reacción más común al fallo renal, y que en un tercio de los casos de uremias crónicas se produce ansiedad e irritabilidad. Hay igualmente datos que indican altos niveles de estrés en personas sometidas a colectomía (Wirsching, Druner y Herman, 1975), en pacientes con problemas coronarios (Mayou, Foster y Williamson, 1978), o en pacientes con insuficiencia renal que están siendo sometidos a hemodiálisis (Kaplan de Nour, 1981; Nichols, 1984)

El carácter estresante de la enfermedad depende de muchos factores:

- De su duración (aguda/crónica)
- De su forma de aparición: repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insidiosa.
- De su intensidad y gravedad
- De las etapas del proceso de la enfermedad

(Neary 1976 Pp. 126).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Este tipo de respuestas es resultado de la apreciación del acontecimiento de la enfermedad como estresante, es decir, de su evaluación como amenaza, daño, pérdida o desafío, y de que los recursos no son adecuados para afrontar las demandas del acontecimiento. Esta apreciación puede evocar estados afectivos negativos entre los cuales la depresión y la ansiedad son los más habituales. La ansiedad no sólo puede aparecer como resultado directo de la apreciación de estrés, sino que también puede hacerlo en fases posteriores como consecuencia del fallo del ajuste realizado, o de la posibilidad de recurrencia del acontecimiento, o incluso puede presentarse si el sujeto no puede afrontar correctamente la depresión o la pena (Wilson-Barret, 1979).

4.2 EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

La valoración que la persona hace de su enfermedad, la definición de las tareas de adaptación necesarias, y la elección y eficacia de las técnicas de afrontamiento, es decir, el comportamiento de una persona ante la crisis que supone la enfermedad, según Moos (1977) viene influido por tres grupos de factores:

1. Socio-demográficos y personales: edad, sexo, posición económica, inteligencia, madurez emocional y cognitiva, fuerza del yo, amor propio, creencias religiosas o filosóficas, enfermedades previas y experiencias de afrontamiento previas. La época de la vida en que se da la enfermedad es particularmente importante. La superación de la crisis será distinta en un niño, un adolescente o un anciano.
2. Relacionados con la enfermedad: clase y localización de síntomas, duración, momento vital, etc.
3. Ambientales: físicos (como el espacio personal disponible, el grado de estimulación sensorial etc.) o sociales (como la relación con los familiares, características del ambiente de trabajo, apoyo social, normas y expectativas culturales).



Lo que hace la persona al afrontar su enfermedad es tratar de adaptarse a la nueva situación. Desde el punto de vista general se puede hablar de un conjunto de tareas de adaptación que se ha de plantear en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio, readaptación o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es lo que significa el estrés.

Estas tareas pueden enumerarse en las siguientes:

- El enfermo debe reconocer síntomas, controlarlos y prevenir sus crisis cuando sea posible.
- En el caso de tratamientos especiales en hospital o marco similar la tarea que hay que superar es la de aceptar o no el tratamiento. Esta decisión depende de:
 - La naturaleza de la enfermedad
 - Las etapas de la enfermedad
 - La complejidad del tratamiento
 - La adaptación a los cambios comportamentales requeridos
 - Importancia de los efectos secundarios
 - La estabilidad sociofamiliar
 - El grado de información
 - Mantener relaciones adecuadas con el médico y el resto del personal sanitario.
 - Conservar un equilibrio emocional razonable. En este caso el paciente y/o la familia deben afrontar los sentimientos de disgusto asociados a la enfermedad.
 - Conservar la autoimagen y un sentido de control y competencia satisfactorios. En este caso, el enfermo debe alcanzar un equilibrio personal entre la aceptación de ayuda y su acción participativa, y llevar a cabo con éxito una vuelta a la independencia total después de un periodo de pasividad.
 - Conservar las relaciones con familia y amigos. En este caso ha de superar las dificultades de comunicación, y debe encontrar métodos de adaptación con la situación familiar que se establezca.

TESIS EN
FALLA DE ORIGEN

- Prepararse para un futuro incierto, y acostumbrarse a vivir con esa incertidumbre.

La importancia de cada uno de estas siete categorías depende de la naturaleza de la enfermedad.

(Moss, 1977 Pp. 46).

Definir el concepto de adaptación a la enfermedad crónica no es fácil, ya que ésta es dinámica, es una continua negociación entre la persona y su circunstancia, además que está influida por varios factores, incluyendo muchos aspectos de creatividad individual, además, la adaptación es evaluada desde muchas perspectivas y por muchas personas y las expectativas pueden ser diferentes. En resumen podemos definirla como "una situación de la persona en la que ésta ha renunciado a falsas esperanzas, ha suprimido desesperanzas destructivas y ha reestructurado su circunstancia para desenvolverse en ella con la mayor eficacia posible.

Existen por lo menos tres características de la enfermedad importantes para la emisión de respuestas adaptativas:

1. La forma de aparición, curso esperado de la enfermedad, y tratamiento que exige.
2. La naturaleza y extensión de las limitaciones que implica
3. El tipo y extensión de los cambios en la apariencia física y funciones corporales que produce.

Con respecto a la forma de aparición se puede distinguir entre:

1. Enfermedades crónica congénitas y adquiridas (las congénitas exigen la adaptación a disminuciones o ausencia de funciones sin experiencia previa de pérdida; las adquiridas exigen la adaptación a la pérdida de funciones).
2. Imprevistas y graduales
3. Resultado de accidente, de patología, de defecto genético.

El control del tratamiento, del régimen terapéutico, es también un factor adaptativo. Algunos tratamientos exigen mucho tiempo y son muy aburridos (por ejemplo, la diálisis). Otros tratamientos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

son físicamente dolorosos y otros requieren modificaciones importantes en el estilo de vida de la persona (dieta, hábito tabáquico, ejercicio físico, etc.).

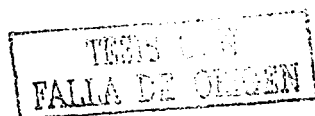
El último grupo de factores que tienen influencia en la adaptación a la enfermedad crónica puede ser considerado como el "sistema ecológico", "el ecosistema". El contexto o la circunstancia de la persona enferma está constituido por el contexto físico, el contexto personal (familia, amigos, referentes significativos) y el contexto socio-cultural (normas, valores, recursos económicos y sociales, etc.).

Estos factores ambientales pueden tener su impacto en todos los aspectos de la enfermedad crónica: su aparición y características, el modo como es percibida y el significado que tiene para la persona, las posibles respuestas y las respuestas adaptativas. En qué medida influyen depende de las capacidades particulares de cada persona y de los recursos cuya disponibilidad y uso permita la enfermedad (Miller, Brody y Sumerton, 1988).

4.3 LA CONDUCTA DE ENFERMEDAD.

De acuerdo con Mechanic (1978), la "conducta de enfermedad" hace referencia a cualquier conducta relevante respecto de cualquier condición que cause o pueda causar habitualmente que una persona se preocupe por sus síntomas y busque ayuda.

En la conducta de enfermedad se pueden distinguir varias fases. Así, por ejemplo, Suchman (1965) distinguió cinco estadios: inicial (incluyendo la percepción e interpretación de los síntomas), asunción del papel de enfermo, búsqueda de asistencia, asunción del papel de paciente y recuperación. Mechanic (1978) señala, asimismo, que estos aspectos, incluyendo la percepción e interpretación de los síntomas, se pueden considerar en dos niveles: el "definido por otros" que se refiere a situaciones en las que los síntomas del sujeto son evaluados, y muchas veces percibidos, por otras personas importantes para él; y el "definido por uno mismo que se refiere a situaciones en las que la persona percibe y evalúa sus propios síntomas: la conducta de enfermedad se ve determinada por las influencias culturales y de aprendizaje social.



4.4 LA CALIDAD DE VIDA

a) Concepto de calidad de vida.

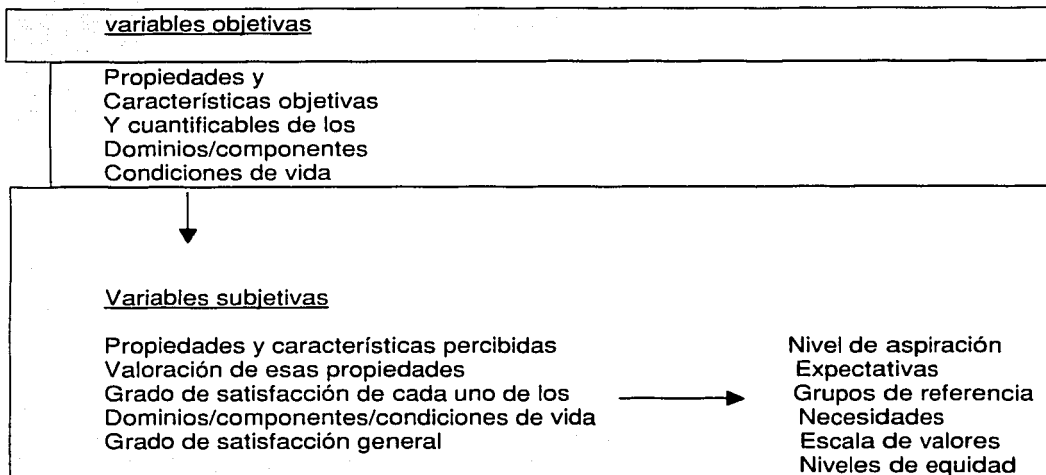
El concepto de "calidad de vida" es un concepto complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones y de difícil definición operacional (Blanco, 1985; De Haes, 1988, Chibnall y Tait, 1990). La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con (cuando no causado por) determinados indicadores "objetivos" biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales (Diener, 1984).

La calidad de vida parece poder traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de presencia o ausencia de indicadores estándar, más o menos objetivos, de lo que en general las personas consideran que determina una "buena vida". El primer aspecto recoge lo que se denomina "felicidad", y el segundo alude a la noción de "estado de bienestar".

Recoger ambos aspectos implica no sólo la constatación de la presencia dentro de una sociedad de los indicadores "objetivos", es decir, del bienestar, sino también de los indicadores "subjetivos", es decir, presentes en la experiencia de la persona (Campbell, 1976) que consiste, básicamente, en un sentimiento de satisfacción, un estado de ánimo positivo, determinado, asimismo, por otros elementos de índole psicológico y/o conductual. La presencia de ese sentimiento positivo de satisfacción global respecto de la vida debe estar determinada no sólo por la "interpretación del sujeto" (determinantes cognitivos), sino por la presencia de condiciones externas objetivas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los indicadores objetivos están referidos a realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona, y pueden centrarse en riqueza, amor (entendido como una forma de apoyo social), comodidad y salud (Diener, 1984; Bryant y Veroff, 1982; Barriga, 1988).



CALIDAD DE VIDA

Variables objetivas y subjetivas en la calidad de vida (Blanco, 1985 Pp. 86).

Por lo que se refiere a la riqueza, sus dos elementos centrales son el estatus de empleo y los ingresos (además, naturalmente de la naturaleza y cuantía de las posesiones materiales).

La satisfacción laboral parece estar positivamente relacionada con el bienestar subjetivo, y la tensión laboral, por contra y consecuentemente, aparece negativamente relacionada con el bienestar subjetivo.

El amor (entendido como apoyo social) es otro de los componentes "objetivos" de la calidad de vida. Hay un amplio número de estudios que han encontrado que las personas casadas informan de un bienestar subjetivo mayor que cualquier categoría de personas no casadas. Algunos de ellos encontraron que el matrimonio era el predictor más potente del bienestar subjetivo incluso cuando

TESIS
FALLA DE ORIGEN

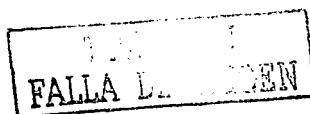
se controlaba el efecto del nivel educativo, del nivel de ingresos y del estatus ocupacional. Cuando, además, se pasa del hecho objetivo del matrimonio a la importancia de la satisfacción marital sobre la "felicidad global", la conclusión es que la satisfacción con el matrimonio y con la vida familiar es uno de los predictores más importantes del bienestar subjetivo.

Dentro de este mismo concepto, otra variable digna de ser considerada dentro del marco de las "condiciones externas objetivas" es la interacción social (Diener, 1984). Ésta hace referencia a la cantidad, tipo y calidad, de los contactos sociales de la persona (número de amigos, número de contactos sociales, etc.), que a su vez tiene que ver con la red de apoyo social de que la persona dispone (y que depende tanto de su propia conducta como de la oferta de la comunidad en la que se encuentra inserto). Dentro del rango de conductas sociales se deben incorporar también las conductas participativas en las actividades de la comunidad. También, cabe introducir en éstas condiciones externas objetivas la vivienda, comodidad y elementos sanitarios, seguridad de ocupación (propiedad), coste del alojamiento, accesibilidad y calidad de los servicios (comerciales, de salud, de educación, de ocio), calidad y seguridad de los transportes, accesibilidad y calidad de los servicios de protección (García Durán y Puig, 1980; Blanco y Chacón, 1985).

Finalmente, dentro de las "condiciones externas objetivas" puede considerarse el estado de salud. Sin embargo, aquí nos encontramos con un indicador "mixto", puesto que si bien existen indicadores objetivos (fundamentalmente de orden biológico) de una situación de salud, tan importantes como ellos son los indicadores subjetivos, que se manifiestan mediante autoinforme de las propias personas. Por otro lado, no se puede dejar de considerar la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida. Si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente el estado de salud.

b) La calidad de vida en los enfermos crónicos.

En el caso de los enfermos crónicos encontramos un quiebre importante en una de las variables que se consideran un componente esencial de la calidad de vida: el estado de salud.



Podemos considerar su calidad de vida en comparación con la de personas sanas. En este caso, integraremos su estado de salud dentro de su nivel de calidad de vida. Podemos asumir que las variables que son buenas predictoras de la calidad de vida en una persona sana lo serán también en los enfermos crónicos. Sin embargo, pueden interesarnos más aspectos específicamente relacionados con la enfermedad crónica, y preguntarnos, por ejemplo, qué deteriora más la calidad de vida de un enfermo crónico; si el dolor que padece o su incapacidad de autocuidado.

La mayoría de los autores incluyen la condición física de los pacientes, su bienestar psicológico y la ejecución de actividades en su forma de definir la calidad de vida. Pero, en cambio, no hay muchos autores que incluyan el funcionamiento social o el apoyo social en sus definiciones de ésta, aunque los resultados de algunos estudios han sugerido que la calidad del apoyo social puede ser un indicador (o predictor) de la calidad de vida (Campbell, 1976; Shaw, 1977).

El área material o económica se ha incluido en pocos estudios todavía. Sin embargo, el impacto de la enfermedad sobre el bienestar material de los pacientes puede ser importante. Por ejemplo, algunas personas pueden perder su trabajo o contraer fuertes gastos para pagar el tratamiento, viajes y alimentos especiales. El impacto material puede también afectar a las personas cercanas a los enfermos y quizás incluso a los ingresos familiares.

La segunda de las dimensiones es la de evaluación objetiva frente evaluación subjetiva. Unos autores se refieren explícitamente a la naturaleza subjetiva de la vida (Szalai, 1980; Fayos, 1981; Hörnquist, 1982), mientras que otros se refieren a una situación objetiva (Shaw, 1977; Liu, 1974). La objetividad puede referirse o bien a circunstancias de la vida, fácilmente documentadas, o bien al hecho de que la evaluación de la calidad de vida es realizada por un observador y no por el enfermo mismo. El uso de indicadores objetivos parece insuficiente para comprender la experiencia de calidad de vida, y ya hay una cantidad importante de investigadores y clínicos que piensan que al paciente se le debe considerar la única persona capaz de sopesar las insatisfacciones y las satisfacciones asociadas al padecimiento de su enfermedad.

En tercer lugar, encontramos definiciones de calidad de vida como un concepto general frente a otras que la entienden como un concepto específico para cada enfermedad. Es decir, que para

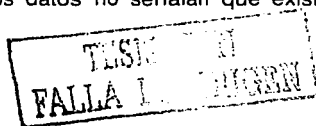
TESIS
FALLA DE ENTEN

unos autores hay un concepto de calidad de vida, sea cual sea el contexto en el que hablamos de ella, puesto que toda enfermedad tiene un efecto global inespecífico sobre la calidad de vida de la persona enferma, determinando su impacto sobre las funciones generales de la persona, y capturando la variedad de las disfunciones asociadas a la mayor parte de las enfermedades (Rodríguez-Marín, 1995). Para otros autores no podemos hablar de calidad de vida sin una referencia a la enfermedad específica de que se trate, puesto que cada enfermedad tiene manifestaciones y consecuencias muy diferentes y muy específicas.

Podríamos, a la vista de estas consideraciones, definir la calidad de vida en el enfermo crónico, en términos parecidos a los de Walker y Rosser (1987), como "el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectados por su enfermedad, su tratamiento y efectos". Esta definición subraya los polos de "globalidad", la "subjetividad" y la "generalidad", por ello debemos preguntarnos qué es lo que se valora debajo de esa globalidad.

Parece que existe un acuerdo (De Haes y Van Knippenberg, 1985: 1987), en que calidad de vida es un constructo multidimensional, con al menos cuatro dominios:

- a) El estatus funcional se refiere a la capacidad para ejecutar una gama de actividades que son normales para la mayoría de las personas. Las categorías que se incluyen comúnmente son el autocuidado (alimentarse, vestirse, bañarse y usar los servicios); la movilidad (capacidad para moverse dentro y fuera de la casa); y las actividades físicas (caminar, subir escaleras, etc.).
- b) Presencia y gravedad de síntomas relacionados con la enfermedad y relacionados con el tratamiento. Los síntomas físicos de los que los enfermos crónicos informan, como resultado del proceso de enfermedad o del tratamiento, son muy diversos en función del tipo de enfermedad, de su estadio, y otros muchos factores. Cada síntoma puede ser evaluado de muchas maneras, usando desde simples variables dicotómicas que representan su presencia o su ausencia, a medidas de frecuencia de aparición, de la gravedad y/o de la duración.
- c) El funcionamiento psicológico (ajuste o adaptación psicológicos). Aunque hay diferencias importantes, numerosos estudios han puesto de relieve niveles elevados de estrés psicológico entre los pacientes de enfermedades crónicas. Los datos no señalan que existan estados

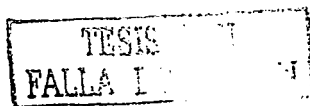


patológicos o trastornos mentales diagnosticables, sino más bien una forma de estrés no específica. Hay una amplia gama de instrumentos para evaluar la morbilidad psicológica, pero no todos son utilizables con los diferentes grupos de enfermos crónicos. La mayoría de tales instrumentos han sido desarrollados o bien para poblaciones psiquiátricas o para poblaciones sanas generales. Normalmente combinan quejas somáticas y psicológicas. Cuando se aplican a poblaciones de enfermos crónicos tales instrumentos pueden sobrestimar la prevalencia del estrés o de un trastorno debido a la inclusión de ítems que reflejen manifestaciones somáticas de perturbaciones psicológicas, tales como el cansancio físico, la pérdida del impulso sexual o del apetito (Rodríguez-Marín, 1995).

- d) El funcionamiento social (ajuste o adaptación social). El trastorno de las actividades sociales normales es bastante común en los enfermos crónicos, y es el resultado de diferentes factores (Wortman, 1984) como: limitaciones funcionales debidas al dolor y/o la fatiga; el miedo del paciente a ser una carga para los demás; el azoramiento por los síntomas o las discapacidades; sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente; miedo al contagio, etc. Dentro de este apartado, hay que considerar también las actividades de rol (desempeño de papeles sociales asociados con el trabajo y la familia).

La interacción social es un componente importante del concepto más amplio de bienestar social. Las interacciones sociales se producen en varios dominios: familia, amigos, comunidad y trabajo. Naturalmente, es posible distinguir entre cantidad de contactos sociales y la calidad de esa interacción, pero, en general, los trabajos sobre el tema han preferido considerar que cuanto más interacción haya, mejor será la calidad de vida (Guadagnoli y Mor, 1990; Ware, 1986). Por otro lado, no hay que confundir "interacción social" con "apoyo social". Aunque la interacción social pueda, en algunos casos, ser considerada como un componente del apoyo social, los términos no son sinónimos.

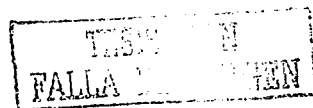
La calidad de vida del enfermo crónico depende de su nivel de adaptación a la enfermedad, al tratamiento y a los efectos de una y otro. El enfermo crónico debe afrontar los aspectos



estresantes (demandantes, desequilibradores) de la enfermedad, para conseguir restablecer (o quizás establecer) una vida de la mejor calidad posible, que es una buena "situación de adaptación". Adaptación a la enfermedad y uso de estrategias para afrontarla no pueden considerarse procesos sinónimos. La adaptación incluye acciones rutinarias y automáticas que precisan de poca atención o esfuerzo para su realización, mientras que, lo que caracteriza al concepto de afrontamiento es el proceso de búsqueda de recursos potenciales y movilización de esfuerzos. Por otro lado, la adaptación desde una perspectiva psicológica se refiere a la capacidad de un sujeto para mantener niveles óptimos en su calidad de vida y en su funcionamiento social. Así pues, el resultado de la utilización de las distintas estrategias de afrontamiento será lo que se evaluará como más o menos adaptativo en las distintas áreas de la vida diaria del sujeto ya citadas (capacidad funcional, interacción social, respuestas emocionales, etc.) (Aaronson, 1988).

El proceso de adaptación a la enfermedad crónica sigue una secuencia de pasos que parece ser común:

1. Reacción de choque. Constituye una respuesta de emergencia y se caracteriza por la presencia de aturdimiento, porque se produce de una forma automática, y porque produce un sentimiento de "distanciamiento" de la situación, un sentimiento como de "estar observando" la situación en vez de participando en ella. Esta fase puede durar días o hasta semanas.
2. Reacción de encuentro. Se caracteriza por pensamiento desorganizado y sentimientos de pérdida, indefensión y desespero. Durante esta fase el paciente se siente sobrepasado por los acontecimientos, incapaz de razonar y de planificar sus esfuerzos para resolver los problemas que su nueva situación le plantea. Dado que las reacciones de "encuentro" son muy estresantes, los enfermos crónicos suelen usar estrategias evitativas durante esta fase y sobre todo la negación.
3. Fase de retraimiento. El enfermo tiende a negar la existencia de la enfermedad o sus implicaciones. Sin embargo este tipo de conducta no puede sostenerse, porque la situación



no cambia. Diagnósticos adicionales la confirman, los síntomas persisten y empeoran, las limitaciones siguen presentes, empujando todo ello al enfermo a tomar conciencia de la persistencia de la situación y de su necesidad de aceptarla y adaptarse a ella.

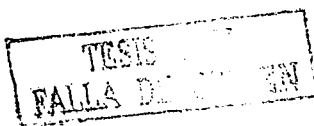
(Shontz, 1995 Pp.196)

Como se mencionó, el enfermo usa estrategias evitativas para controlar sus respuestas emocionales ante la situación estresante, sobre todo cuando cree que no puede hacer nada para cambiar la situación. El uso de este tipo de estrategias de afrontamiento en los momentos iniciales de la enfermedad puede ser positivo para el enfermo, y puede ayudarlo a la adaptación momentáneamente (Sulus y Fletcher, 1985), pero si continúa utilizándolas los efectos pueden tornarse finalmente negativos para su adaptación, y para su calidad de vida. Si los pacientes deben tomar decisiones sobre su cuidado y tratamiento, promover su propia rehabilitación, reducir la probabilidad de complicaciones futuras, y ajustar su estilo de vida y relaciones sociales a su nueva situación de enfermedad, sobre todo una vez que ya se ha estabilizado, es claro que no podrán hacerlo si continúan negándola.

La fase de "retraimiento" es la puerta para la progresión del paciente hacia una adaptación adecuada a su condición.

El diagnóstico de una enfermedad crónica cambia la forma en que la persona se ve a sí misma, y a su vida, afecta profundamente su autoconcepto. Desde ese momento en adelante todo será distinto. Sus planes de futuro, si los tiene, deberán ser revisados, y, a menudo, no podrá saber cuál será el curso de su biografía. De acuerdo con Moss (1982) y Schaefer, (1986), la forma de respuesta a la enfermedad en general, y a la enfermedad crónica en particular, depende de tres tipos de factores: unos relacionados con la enfermedad misma, otros personales, y otros que tienen que ver con el entorno físico y social, para pasar al proceso de afrontamiento y poder llegar así a la adaptación a la enfermedad.

Ciertamente algunas enfermedades son mucho más amenazantes que otras, por cuanto implican discapacidad, desfiguración, dolor, o amenaza de muerte. Cuanto mayor sea la amenaza percibida de la enfermedad, tanto mayores serán las dificultades de adaptación del enfermo. De



igual manera, enfermedades cuyo tratamiento implica una agresión contra la imagen corporal y, por tanto, contra el concepto de sí mismo, y la autoestima, del enfermo, o implica efectos secundarios muy negativos, pueden plantear graves dificultades para la adaptación (Diamond, 1983). En general, hay mayores dificultades para adaptarse a las enfermedades que son "visibles" y que conllevan dolor y discapacidades.

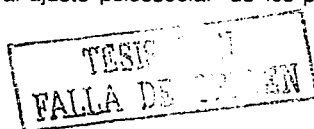
Por otro lado, características personales como la edad de aparición o detección de la enfermedad, el sexo, la clase social, las creencias religiosas y el nivel de autoestima o de autoeficacia percibida previos del paciente, influyen igualmente en el proceso de adaptación. Por lo general, las personas capaces de adaptarse a la enfermedad crónica tienen recursos psicológicos para mantener la esperanza. Estos recursos les capacitan, además, para poner en marcha las estrategias de afrontamiento adecuados a los problemas con los que se enfrentan.

La calidad de vida como producto del proceso de adaptación a la situación de enfermedad crónica tiene que ver con los cambios, con las respuestas, que las personas producen para conseguir un ajuste adecuado a su nueva circunstancia, promoviendo su funcionamiento físico, psicológico y social, y consiguiendo mejorar la calidad de su vida (Padilla, Mishel y Grant, 1992).

Así, la calidad de vida es el resultado de las diferentes respuestas de los pacientes al padecimiento de su enfermedad, al tratamiento y a sus consecuencias.

Por otro lado, el conocimiento obtenido acerca del impacto de un tratamiento sobre la calidad de vida de un enfermo puede influir en las decisiones acerca del uso de ese tratamiento. Por ejemplo, si dos regímenes de tratamiento han tenido un impacto igual sobre la vida de los pacientes, pero uno de ellos implica una mejor calidad de vida que otro, la elección debe recaer sobre el que permite una mejor calidad de vida. Por otro lado, si un tratamiento proporciona más tiempo de vida y otro una mejor calidad de vida, los costes y beneficios pueden ser sopesados por el paciente y por la persona responsable del tratamiento para tomar la decisión de elegir uno y otro.

La acumulación de datos procedentes de estudios descriptivos sobre la calidad de vida pueden ayudar a establecer normas referidas al ajuste psicosocial de los pacientes a corto y a



largo plazo. Además de esos datos pueden utilizarse en programas de rastreo dirigidos a identificar grupos de alto riesgo o personas que pueden beneficiarse de intervenciones psicosociales (Maguire, 1980).

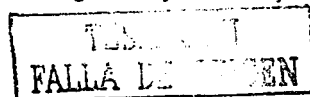
A pesar de ello, la pregunta por la calidad de vida en el caso de los enfermos crónicos es relativamente reciente. Hasta no hace demasiados años el objetivo fundamental del sistema de salud era salvar la vida y prolongarla a cualquier precio. A partir de los años sesenta la perspectiva cambió desde metas "materiales" a metas vinculadas con necesidades psicológicas y sociales. Se emprendieron algunos estudios para investigar la relación entre condiciones objetivas y subjetivas y el nivel de calidad de vida en la población general (Cantril, 1965; Bradburn, 1969; Andrews y Withey, 1976; Campbell, 1976). Los resultados de esos estudios sirvieron, entre otras cosas, para introducir el concepto de calidad de vida en el debate de los objetivos del tratamiento médico a largo plazo; para subrayar el hecho de que, en la atención médica, no sólo la cura y la supervivencia de los pacientes es importante, sino también la calidad de su vida.

Por otro lado, la aparición del movimiento de derecho de los pacientes, su transformación en "clientes", y la exigencia cada vez mayor del consentimiento informado por parte de los pacientes, constituyen factores determinantes de la introducción de la evaluación de la calidad de vida en los enfermos crónicos (Aaronson, 1988).

Finalmente, hay una gran cantidad de estudios psicosociales en el ámbito de la enfermedad crónica que han subrayado el valor de incorporar la perspectiva del paciente cuando se intenta comprender la enfermedad como un fenómeno psicológico y social, y no sólo como un trastorno biológico.

c) **Medición de la calidad de vida.**

Se han hecho varios cuestionarios por los investigadores con el afán de poder medir objetivamente la calidad de vida en enfermos crónicos. Dos de los cuestionarios más utilizados para éste fin son la escala VAS (visual analogue scale) en la cual se presenta una escala visual análoga en la cual el 0 representa "peor calidad de vida imaginable" y el 10 "mejor calidad de vida



imaginable" (Klebert, Van Oosterhout, Van Bronswijk, 1994). Otra escala utilizada ampliamente para la medición de la calidad de vida en Estados Unidos de América es la conocida como ABS (Affect Balance Scale)

d) Calidad de vida en pacientes con trasplante renal.

Desde los inicios de 1950, la calidad de vida se ha convertido en un tema ampliamente discutido. La calidad de vida puede ser catalogada de manera descriptiva, evaluativa y normativa (Adang, Kootstra y Engel, 1998). El primer método se basa en las observaciones de los atributos decisivos en la calidad de vida apropiada. El segundo evalúa ciertos factores de la vida humana y el tercero muestra la calidad de vida por la que debemos optar. Se han mencionado 30 aspectos de la calidad de vida por ejemplo: satisfacción de la vida en familia, ingresos, diversiones, casa, descanso, mantenimiento del hogar, estatus o nivel de salud, escuela, vecindario, dinero, amigos, trabajo, vida social, entre otros (Ostrowski, Wesolowski, Makar, Bohatryrexicz, 2000).

Acorde con la definición de salud de WHO, la calidad de vida comprende factores objetivos y subjetivos de la esfera psicológica y del nivel de salud física. Los signos objetivos de la parte física no necesariamente reflejan el nivel subjetivo psicossomático. Uno presupone que una buena calidad de vida está presente si la ambición va de la mano con la experiencia. La adaptación de los pacientes crónicos a su enfermedad puede influir en la evaluación de la calidad de vida.

Se realizó un estudio en Polonia de los cambios en la calidad de vida en pacientes después de un trasplante renal. El objetivo era evaluar si el trasplante renal permite al paciente reincorporarse a su vida laboral previa y si podía afectar diferentes aspectos de su vida como nivel mental, vida social, sexual y el estado de bienestar en general. Se utilizó un cuestionario, aplicado a 80 adultos (18-60 años), validado previamente, dividido en dos partes (la primera parte comprendía el periodo de insuficiencia renal considerando por lo menos 20 meses en diálisis de los pacientes; la segunda parte, las preguntas se relacionaban con su vida a partir del trasplante).

Se encontró una diferencia significativa en la calidad de vida antes y después del trasplante siendo ésta última considerablemente mejor, ya que su vida laboral había sido reestablecida, lo cual



implicaba mayor frecuencia en participación social, hacer nuevos amigos, etc. su vida sexual había mejorado, se sentían mejor física y psicológicamente. Otro aspecto importante es que la vida familiar vuelve a la normalidad debido a que existe una mejoría en las relaciones de tipo afectivo al igual que las actividades en la vida familiar se restablecen cuando el paciente ha sido trasplantado (Ostrowski, Wesolowski, Makar, Bohatryrexicz R, 2000).

Los enfermos crónicos poseen una habilidad remarcable para adaptarse a su enfermedad y así poder apreciar cualquier mejora en su calidad de vida, más aun que la población en general cuando se les pide que se imaginen con una enfermedad crónica y que califiquen su calidad de vida (Padilla, Mishel y Grant, 1992).

TESIS
FALLA DE ORIGEN

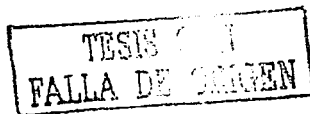
CAPITULO V. AREAS DE INTERACCIÓN DEL PACIENTE TRASPLANTADO

5.1 AREA MÉDICA.

Existen enfermedades que requieren de un constante seguimiento médico como es el caso de los pacientes que padecen cáncer, diabetes melitus, lupus, artritis reumatoide, y aunque parece contradictorio, los trasplantados.

Cuando se diagnostica una enfermedad que comprometa cuidados integrales y profesionales casi las 24 horas del día, el paciente incorpora dentro de su esquema el aspecto médico como parte de su devenir. Comienza una convivencia mucho más cercana con los equipos multidisciplinarios en los cuales se alberga la esperanza de sanar. Rodríguez-Marín (1995) nos habla de la vinculación existente entre la psicología del enfermo en relación con su médico tratante, que es la vía de aproximación interhumana en la cual es posible resolver la problemática física y emocional del enfermo.

Existe contradicción a nivel médico y a nivel psicológico. Se dice que a nivel médico, el paciente que supera la insuficiencia de algún órgano a través del trasplante, vuelve a ser una persona sana, sin patología, pero se necesita hacer seguimiento para que dicho órgano funcione correctamente y prevenir un posible rechazo. Además la predisposición de infectarse a través de cualquier vía es mucho mayor debido a la inmunosupresión que se les está administrando para que su cuerpo no reaccione negativamente hacia el injerto. El paciente con trasplante tiene que estar muy cerca de médicos que le "liberen" la preocupación de que su salud sigue en juego. A nivel psicológico, el individuo necesita volver a readaptarse a su medio de interacción cotidiana, ya que para él, la vida ha tomado otra rumbo, las perspectivas de vida son distintas y las relaciones interpersonales cambian. Se vuelve una necesidad el ámbito médico desde el punto de vista de dependencia, la parte emocional del individuo se encuentra lastimada, deteriorada por tanto sufrimiento físico y es necesario ayudarlos a nivel psíquico, ya que ante los ojos médicos han sanado (Christensem, Turner, Smith y Holman, 1991).



En otro orden de ideas, el área médica forma parte existencial de los pacientes que se han trasplantado de riñón. El seguimiento es bastante riguroso y estresante, porque se tiene un gran temor de que, en algún momento dado, exista un rechazo y vuelvan con su grupo de diálisis (Petrie y Keith, 1989).

Moreno (1995), ha trabajado con niños que han necesitado trasplante de riñón y menciona la gran dependencia que se crea con el hospital en sí por lo que simboliza para ellos, pero no existe un claro entendimiento por los niños/adolescentes, puesto que al ver su esquema corporal modificado por los medicamentos, abandonan su terapia inmunosupresora lo que desgraciadamente los lleva a rechazar el injerto. En los adultos se crea una dependencia igual a los médicos tratantes como en los niños, la diferencia estriba en que el adulto es mucho más consciente de su salud, haciendo a un lado las causas secundarias que los medicamentos hacen, pero esto no significa que no les sea fácil reencontrar su propio esquema introyectado.

El estrés juega otro papel importante. Una vez reconocida como tal por el paciente, la enfermedad tiene muchas de las características que hacen de ella que un acontecimiento sea estresante, es decir, es interpretada como dañosa, perjudicial, o, en algunos casos, como desafiante, para la persona. Tiene una valencia negativa puesto que constituye un daño y/o una pérdida (material y/o funcional) objetiva socialmente valorada como tal; es impredecible las más de las veces, y es, también, al menos desde la perspectiva del enfermo, incontrolable, por lo que deberá confiar el control de los acontecimientos a otra persona, el médico (Everly, 1998).

Frecuentemente los profesionales de la salud tienen como objetivo primordial del tratamiento el control de los síntomas físicos del enfermo, de manera que sus planes terapéuticos alcanzan muy poco a la vida del paciente. Por su parte, los enfermos crónicos pueden definir su situación en términos del daño sufrido en la calidad de su vida, en general, o en el daño infringido a sus funciones sociales. Las consecuencias de la existencia de estos dos objetivos diferentes, incompatibles en alguna ocasión, pueden ser muy negativas en el curso, tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Sin metas comunes es posible que tanto el profesional como el enfermo acaben

TABIE CON
FALLA DE ORIGEN

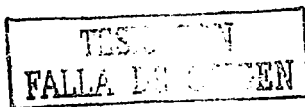
por "abandonar". Uno y otro deben compartir metas y criterios razonables y comunes para el programa de tratamiento.

El modelo de relación profesional de la salud-paciente no puede ser igual al que se utiliza en el caso de la enfermedad aguda. En este caso hay que utilizar una relación de "participación mutua" (Szazs y Hollander, 1956), y en ella uno de los factores críticos es la comunicación.

El denominado "modelo médico", que es el prevalente, dentro de este sistema es muy inadecuado para promover una adaptación positiva a la enfermedad crónica. Se adecua más al tratamiento de las enfermedades infecciosas agudas, pero ofrece poco para el tratamiento de las crónicas.

Glazier (1973) señaló, hace ya casi treinta años, tres razones por las cuales el modelo médico es deficiente para tratar la enfermedad crónica:

1. El sistema médico es pasivo. Se basa en la presunción de que los pacientes buscarán rápidamente tratamiento después de observar los síntomas. Sin embargo, en el progreso de muchas enfermedades crónicas los pacientes no observan los síntomas hasta muy tarde y puede que no busquen consejo profesional después de observarlos.
2. El sistema médico usa generalmente una relación episódica en la que el paciente visita al médico, es objeto de un examen y se le dicta un tratamiento y, en su caso, paga su consulta. Por tanto, el sistema tiende a producir médicos que están primordialmente interesados en administrar tratamientos a los pacientes y en observar resultados positivos y relativamente rápidos. Desgraciadamente este tipo de conducta médica es inapropiada para la enfermedad crónica. Además el sistema médico no alienta al médico para intentar fomentar conductas de mantenimiento de salud entre sus pacientes.
3. Finalmente, la medicina (como disciplina) está mal equipada para tratar con los problemas de afrontamiento y con el papel de apoyo familiar en el tratamiento, rehabilitación o adaptación.



5.2 AREA PERSONAL:

El estrés psicológico asociado a la enfermedad es muy difícil de evaluar por cuanto que es muy frecuente que el enfermo lo niegue, sin embargo, su existencia en mayor o menor cuantía es innegable en una gran mayoría de los enfermos. Un gran número de los estudios sobre el tema ha evaluado la existencia del estrés asociado a la enfermedad a partir de sus manifestaciones emocionales: ansiedad, depresión, culpa, desamparo, desesperación, vergüenza, disgusto, ira y otros estados afectivos negativos (Hathaway, Winsett, Tolley, Hartzwig, Wicks y Gaber, 1998).

Como señala Nichols (1984), la enfermedad y la lesión o herida conllevan dos cosas: la experiencia de amenaza y la experiencia de pérdida. La amenaza puede ser compleja porque tiene que ver con los problemas más inmediatos de dolor y de inmovilización, pero también con la pérdida de control de acontecimientos que afectan a nuestra vida. Por lo que se refiere a las pérdidas producidas por la enfermedad, dependen del tipo de enfermedad y del contexto vital en el que se sufren. Se puede perder literalmente una parte del cuerpo o una función, o ambas cosas, o ambas más una pérdida de energía física, como en el caso de la insuficiencia renal. Estas pérdidas provocan una aflicción potente que puede cambiar a una persona y significar para ella un tiempo prolongado de profunda perturbación psicológica. Como también señala Nichols (1984), "es vital entender que las reacciones emocionales que afectan a las personas en las crisis personales pueden tener un poder aplastante. Para algunas, la angustia de la reacción emocional es más difícil de soportar que la enfermedad misma".

Aspectos estresantes de la enfermedad física y su tratamiento

1. Amenaza a la vida y miedo a la muerte.
2. Amenaza a la integridad corporal y al bienestar:
Daño o incapacidad corporal.
Cambios físicos permanentes.
Dolor, incomodidad y otros síntomas negativos
Discapacidad.
3. Amenazas al autoconcepto y a los planes futuros:
Necesidad de alterar la propia imagen o el sistema de creencias.
Incertidumbre del curso de la enfermedad y del futuro.
Peligro para las metas y valores vitales

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pérdida de la autonomía y el control.

4. Amenazas al equilibrio emocional

5. Amenazas al cumplimiento de los roles y actividades habituales:

Separación de la familia, amigos u otros apoyos sociales.

Pérdida de roles sociales importantes.

Necesidad de depender de otros.

6. Necesidad de ajustarse a un nuevo entorno físico y social:

Ajuste al marco hospitalario

Problemas de comprensión de la terminología y usos médicos.

Necesidad de tomar decisiones en situaciones estresantes.

(De Cohen y Lazarus, 1979)

Gardes, Escande, Girard y Gayral (1983) mencionan el impacto psicológico del trasplante renal, dándose paralelamente un trasplante psíquico en el que no existe relación directa en tiempo y en función con el anatómico. Los sentimientos intraindividuales están determinados por estas relaciones y determinan a su vez las autopercepciones, pero dichas percepciones necesitan reajustarse a la situación emocional, corporal y social que está viviendo.

En esta área se tomaron en cuenta los siguientes factores: Aspectos sexuales, actitud ante la vida y en general sus percepciones de sí mismo. Hay que recordar que trabajamos con adultos por lo cual situamos cada aspecto importante del desenvolvimiento de un individuo en la etapa adulta.

La mayor parte de los adultos sin importar su estado civil, han de resolver los problemas, de lograr la **INTIMIDAD SEXUAL**. En la adultez la sexualidad se integra más plenamente en la amistad y los roles familiares. A medida que se adquiere práctica en todo lo relacionado con el sexo, el sujeto intenta incorporar sus actitudes e intereses sexuales a su vida social, y sobre todo, muchos ven en la intimidad sexual una parte de un vínculo duradero que les procura satisfacción emocional (Erikson, 1981). La intimidad se consigue por aceptación de sí mismo y la aceptación mutua con seguridad y placer (MC Cary, 1988). El miedo al rechazo bloquea la intimidad.

Debido a que el trasplante se ha vuelto una rutina exitosa, se ha puesto un especial énfasis en la vida sexual del paciente como parte de la calidad de vida del mismo (Shover, Novick y Steinmuller, 1990). Aunque hay problemas sexuales antes del trasplante por la situación médica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que se presenta (Insuficiencia Renal) se puede pensar que se resuelve al momento de la cirugía debido a que a nivel físico la enfermedad se supera, pero hay temores y una gran cantidad de secuelas tanto a nivel físico, ya que, por ejemplo, las mujeres trasplantadas que quedan embarazadas tienen un alto riesgo de preclamsia y de que el producto sea prematuro; a nivel emocional: el miedo al rechazo por parte de la pareja (Shover, Novick y Steinmuller, 1990).

El **Estado de ánimo** forma parte del área personal del sujeto:

La interpretación del mundo externo es la que provoca emociones. El estado anímico de los pacientes con trasplante va de la mano con el detrimento de la calidad de vida que pueden tener. El temor a un posible rechazo del órgano los hace deprimirse. Los aspectos objetivos incontrolables de un padecimiento los conducen a una situación emocional mal adaptativa (Christensen, Turner, Smith y Holman, 1991).

Los pacientes buscan mucha ayuda mística. Hay fé y esperanza en sanar, gracias a un ser divino (Grant, Fernell, Schmidt y Fonbuena, 1992).

5.3 AREA FAMILIAR.

La **familia** no es un objeto introyectado, sino un conjunto de relaciones introyectadas, es decir se internalizan pautas de relación por medio de operaciones internas a partir de las cuales una persona desarrolla una estructura grupal personificada. Las familias tienen particular importancia porque son más que ningún otro conjunto social, territorio y estrato a la vez de proyecciones hacia lo externo e introyecciones desde lo externo, y también, el estrato de proyecciones hacia ellas desde los miembros de la familia misma y son el territorio de introyecciones hacia los individuos que las componen (Mair, 1990). La familia constituye un contexto muy importante para el desarrollo del adulto. Los roles familiares influyen mucho en la definición de su personalidad y en la creación de vínculos afectivos.

En las enfermedades crónicas intervienen una serie de procesos que afectan por igual al individuo enfermo así como a su familia. Se producen modificaciones de hábitos fuertemente arraigados por parte del enfermo y de la familia con respecto a las expectativas y proyectos de vida e inseguridad y temor frente al futuro (Rubli, 1987).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La familia brinda apoyo moral y económico y cuando se plantea la posibilidad de donación por un familiar cercano buscando la compatibilidad, se origina miedo y conflicto intrafamiliar que amenaza la cohesión familiar (Toquato Vera y Pinheiro, 1986).

Además, la enfermedad no sólo produce estrés en la persona que la padece, sino que tiene efectos estresantes, de mayor o menor cuantía, en los familiares del enfermo. La dinámica de las relaciones intrafamiliares se ve afectada por la enfermedad (y, en su caso, por la hospitalización) de uno de los miembros de la familia, y se producen cambios en la representación de los roles habituales. Este cambio de roles por sí mismo es una fuente de estrés, que se suma a la propia situación del enfermo. Cuando la enfermedad es crónica sus características estresantes se potencian, así como su impacto de perturbación social. Las enfermedades largas pueden incluso conducir a discordias familiares, a menudo relacionadas con problemas económicos, o con la resistencia por parte de algunos de los miembros de la familia a participar en el cuidado del enfermo, si este permanece en la casa (Lipowski, 1990).

En un estudio realizado por la terapeuta familiar Montiel (1993) encontró que en el paciente trasplantado existe una mayor tendencia a la necesidad de afecto hacia sus familiares sanos, así como la negación de la enfermedad en los cónyuges. Estos datos sugieren que las enfermedades crónicas degenerativas afectan la realidad psicológica del paciente y de sus familiares en primer grado, lo cual se matiza individualmente de manera gradual después del trasplante del órgano.

5.4 AREA SOCIAL.

El apoyo social se ha concebido de muchas maneras dentro de perspectivas teóricas y empíricas muy diversas, pero todos los estudios que se han realizado durante las últimas décadas han mantenido la hipótesis de que el apoyo social tiene efectos beneficiosos en la salud física y mental de las personas.

El término apoyo social se refiere a aspectos muy diferentes de las relaciones sociales. Algunas veces se define en términos de la existencia o cantidad de relaciones sociales en general,

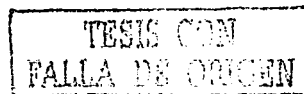
o en términos de un tipo particular de relación social como el matrimonio, la amistad, o en la pertenencia a una organización. En otras ocasiones, el apoyo social se define en términos de la estructura de las relaciones sociales de la persona. Y en otras ocasiones se define en términos del contexto funcional de las relaciones, integrando el grado en que las relaciones sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible, información etc.

El término "red social" se usa a menudo para referirse al conjunto personas y/o grupos que interaccionan entre sí, y a la estructura de tales interrelaciones. El sistema de apoyo representa una pauta de lazos continuos o intermitentes que juegan un papel significativo en el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo. Las funciones primarias de un sistema de apoyo social son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales.

La relación entre apoyo social y salud es un campo relativamente nuevo. El supuesto generalmente asumido es que el apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad. Cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe) en la forma de relaciones estrechas con los miembros de su familia, parientes amigos, compañeros de trabajo, colegas y comunidad, menor será la posibilidad de que enfermen, y si ya lo está es mucho mejor y más rápida se recuperación. Además la experiencia clínica y una cantidad de investigaciones sugieren que el apoyo social juega un papel importante en la adaptación a la enfermedad, sobre todo en el ajuste a la enfermedad crónica (Bandura, 1990).

La influencia del apoyo social no siempre es positiva. Hay ejemplos de influencia negativa, sobre todo en el caso de comportamientos hiperprotectores por parte de los miembros de las redes de apoyo.

La **sociedad** en sí es otro aspecto importante en la vida de los trasplantados, ya que al sentirse curados de su padecimiento, tratan de reintegrarse a las actividades que solían hacer,



involucrando actividades recreativas, laborales etc. Los amigos juegan un papel importante ya que forman parte de sus redes de apoyo en momentos depresivos:

- La socialización se advierte sobre todo en la madurez. Durante este periodo, la mayor parte de los adultos deben encarar cuestiones de índole familiar ya que las relaciones con los hijos, por ejemplo, son cada vez más independientes de los padres (Lipowski, 1990).

- Las **amistades** a menudo satisfacen necesidades psíquicas vitales para las personas mayores cuyos hijos ya crecieron o para los que han quedado viudos. La reciprocidad, la ayuda, la convivencia, la afinidad y la comunicación hacen al amigo ideal.

- Para algunos, el **Trabajo** no es otra cosa que un simple medio de supervivencia, para otros es una oportunidad de ser creativos o productivos, de obtener autoestima y ganarse el respeto y para otros es casi una adicción: una actividad a cuya ejecución se sienten impulsados instintivamente (Matas, Lawson, McHugh, Gillingham, Payne, Dunn, Gruessner, Sutherland y Najarian, 1996).

Una buena transición a través de las etapas del desarrollo adulto está íntimamente ligada a la participación del sujeto en una ocupación o carrera. El trabajo define nuestro estatus, nuestros ingresos y prestigio. También define nuestro programa diario de actividades, nuestros contactos sociales y oportunidades de desarrollo personal. Los adultos deben solidificar sus identidades individuales o sufrir su propia versión de la confusión de roles. Muchos aspectos de la identidad del adulto quizá ya estén establecidos y otros estén apareciendo, pero sin un sentido firme de estar efectuando un trabajo idóneo el panorama será incompleto.

Según Erikson (1981), la creatividad constituye el proceso primario que han de llevarse a cabo en la edad adulta. Explica que se trata de un esfuerzo para perpetuarse aportando algo duradero y significativo al mundo. Muchas personas intentan alcanzar la creatividad fundando y creando una familia. Otros lo intentan mediante la productividad en su trabajo.

Para mucha gente el trabajo es fuente de salud, de ocupación, de intereses. Cuando un hombre pierde su trabajo, da por resultado depresión, soledad y problemas físicos. En los pacientes que necesitan un trasplante renal, algunos quedan pensionados por invalidez de su

TESIS CON
FALLA DE CUBIEN

antiguo trabajo, otros cuidan más aspectos físicos en los que interviene la fuerza corporal sustituyéndola por labores de oficina.

El tratamiento de la patología renal a través de la diálisis y el trasplante crea un alto nivel de estrés en los pacientes ya que deben adaptarse a estilos de vida restrictivos en relación a actividades laborales y recreativas, y enfrentarse con temas de dependencia en especial a nivel familiar, y muerte (Petrie y Keith, 1989).

El ajuste a una incapacidad física es difícil en cualquier momento. Sin embargo, los últimos años de la adolescencia y los primeros de la edad adulta, pueden ser un periodo particularmente difícil (Tesler, 1991). En esta etapa de la vida se toman decisiones trascendentes, como ya hemos mencionado. Algunos que tienen deficiencias físicas se ven abrumados a veces por sus limitaciones durante éste periodo orientado al futuro. Hay por lo menos tres factores que influyen en la manera de adaptarse a esos problemas físicos:

a) Es importante entender la deficiencia y sus limitaciones. Cualquier deficiencia es definida por la interacción de las capacidades del individuo y las exigencias del medio ambiente.

b) Corresponder a las actitudes y valores de los otros y a sus expectativas sociales basadas en la incapacidad. Existe un conjunto de generalizaciones susceptibles de aplicarse a cualquiera que tiene algún tipo de invalidez.

c) Finalmente, para superar una deficiencia física es preciso afrontar una serie de esperanzas, temores, sueños, frustraciones, oportunidades, pérdidas, culpa e ira. En el periodo inicial de la crisis puede sobrevenir un enorme sufrimiento y duelo, lo mismo que un fuerte choque e incredulidad. Se advierten periodos de ira y frustración, a medida que se realizan las tareas de la vida diaria, que son fáciles para la generalidad de la gente pero que se complican a causa de una incapacidad. Y se intensifica la ira y la frustración ante los innecesarios problemas u obstáculos que van surgiendo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VI. MÉTODO

6.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

- Desarrollar una escala que permita evaluar y detectar la percepción del paciente trasplantado en las cuatro áreas principales de interacción (médica, social, personal y familiar) y determinar su capacidad de discriminación y su poder predictivo.

6.2 OBJETIVO:

- Desarrollar y validar la Escala de percepción de las diferentes áreas de Interacción del paciente con trasplante renal con el propósito de determinar confiable y válidamente la percepción que tienen los pacientes adultos trasplantados en sus diferentes áreas de relación (médica, familiar, personal y social); ya que el paciente en estas condiciones enfrenta diversos problemas al tratar de reincorporarse nuevamente a su vida normal.

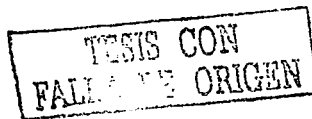
6.3 DISEÑO Y MUESTRA DE INVESTIGACIÓN

- Se trabajó con un diseño de 2 grupos con observaciones independientes.
- Se trabajó con una muestra no probabilística con una N de 174 pacientes con trasplante.

- Población

La población de la que se extrajo la muestra estuvo constituida por los pacientes trasplantados que acudieron del 20 de Octubre del 2001 al 15 de febrero del 2002 a los siguientes hospitales: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, Instituto nacional de cardiología, Hospital 20 de Noviembre y Centro Médico Siglo XXI. Estos hospitales fueron seleccionados ya que son los que a nivel súbico practican el trasplante de órganos.

- Criterios de Inclusión



- a) Adultos.
- b) Hombres y mujeres trasplantados que acuden a los hospitales a consulta externa al servicio de trasplante renal.
- c) Pacientes que tengan un mínimo de escolaridad primaria.
- d) Pacientes cuyo trasplante se halla realizado en la edad adulta (a partir de los 18 años).

c) CONSTRUCCIÓN DEL INSTRUMENTO:

La construcción del instrumento se desarrolló a lo largo de 4 fases.

Primera Fase:

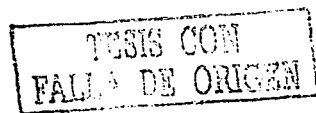
Una vez aceptada la propuesta de trabajar con pacientes trasplantados en el Instituto Nacional de la Nutrición, se contactaron los pacientes adultos en dichas condiciones que asistían a sus revisiones constantes en el mismo. En la sala de espera de la consulta externa se les pidió su participación voluntaria en el estudio, explicándose el objetivo del mismo.

Se tomó una muestra inicial de 23 sujetos adultos trasplantados exitosamente, se efectuó una entrevista inicial individual que permitió recabar datos sociodemográficos, información médica y personal. Se formularon 48 reactivos con ésta información.

Se aplicó el cuestionario de 48 reactivos a pacientes con el objeto de explorar áreas de interacción y así identificar su percepción con respecto a su familia, pareja, equipo médico y paramédico, amigos, trabajo y en general, su postura ante la vida después del trasplante.

Se realizó una primera depuración de respuestas del cuestionario, replanteando los reactivos y elaborando nuevos con base a una construcción gramatical más accesible:

- a) Se limitó cada frase a una sola idea.
- b) Se utilizó un lenguaje simple, accesible a toda la población de estudio.
- c) Se cercioró que cada oración representase una afirmación de sentimiento, actitud o creencia evitándose las aseveraciones de algún hecho en especial.



d) Se trató de ser lo más escueto posible en el uso de adverbios que indicasen grado o cantidad. (Wood y Adkins, 1980).

Segunda Fase: Jerarquización a través de Jueces.

Una vez estructurado el instrumento, se incluyó un grupo piloto multidisciplinario compuesto por médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, químicos, enfermeras y secretarías que conformaron un grupo de 30 jueces.

La petición para este grupo fue que clasificaran en las cuatro áreas de interacción (médico, familiar, personal y social), cada uno de los reactivos del instrumento.

Con las respuestas se hizo un estudio de frecuencias. Con los porcentajes se realizó la toma de datos, que se refiere a la obtención de una colección de los mismos, que no han sido ordenados numéricamente. Posteriormente se ordenaron de los datos para darles la colocación correspondiente dentro del universo. Se tomaron en cuenta los reactivos con una concordancia desde el 80%-100%, es decir, el margen de aceptación para un reactivo fue de una concordancia de 24-30 puntos (uno por cada juez participante).

Tercera Fase: Selección de los Reactivos.

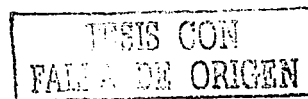
Se rechazaron reactivos que fueran muy directos a la susceptibilidad del paciente y que parecieran agresivos o de posible confusión al momento de responderlos. Se realizó un análisis de frecuencias en las diferentes categorías de respuestas en la Escala de Lickert:

Total acuerdo, De acuerdo, Indeciso, En desacuerdo, Total desacuerdo

Debido a que se encontraron problemas en esta distribución se decidió utilizar sólo tres opciones de respuesta:

ACUERDO, INDECISO, DESACUERDO.

Cuarta Fase: Comprensión del Instrumento.



La escala se sometió a una prueba de instrumento para verificar si los pacientes comprendían las instrucciones, el objetivo, los reactivos y la manera de responder. El instrumento ya completo y revisado se le aplicó a 10 sujetos trasplantados del Hospital de Nutrición.

Se tomó nota de las dudas en cuanto a semántica de la oración y la claridad del objetivo en ellas. Se hicieron nuevas correcciones.

El siguiente paso consistió en formar y ordenar la escala para poder aplicarla. Esto se hizo acomodando cada reactivo en su áreas de interacción correspondiente e intercalándolas, es decir, reactivo 1: área médica; el 2 al área familiar, el 3 al área personal y por último el 4 al área social; así hasta llegar al número 60. Se detectaron los reactivos que podían generar angustia en los pacientes y se les colocó a la mitad de la prueba, y aquellos que no comprometen un nivel afectivo alto se colocaron tanto al principio como al final para así evitar predisponerlos emocionalmente antes de comprender el sentido de la encuesta.

La versión final del instrumento mide:

1. Área médica: Medió la percepción de los pacientes con respecto al personal médico con el que tiene contacto. Estará compuesta por 15 reactivos, cada uno con tres opciones de respuesta.

Ejemplo:

La gente del hospital responde a nuestras necesidades e inquietudes

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

Los doctores me tratan como un paciente especial.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

- 3.- Área familiar: Explorar la percepción de la relación con la familia nuclear y la extendida del paciente trasplantado. Esta compuesta por 15 reactivos.

Ejemplo:

La relación con mi familia se hizo más cercana después del trasplante.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4.- Area personal: Exploró la percepción del paciente de sí mismo, de su vida sexual, y de su estado de ánimo. Estará compuesta por 15 reactivos.

Ejemplo:

Después del trasplante aprendí a comunicarme mejor con mis semejantes.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

5.- Area social: Exploró la percepción del paciente con respecto a su entorno; amigos, trabajo, y actividades recreativas. Estará compuesta por 15 reactivos.

Ejemplo:

Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

En el apéndice 1 se presenta la versión final del cuestionario. Antes de cada número está una letra que representa el área a la que pertenecen:

Area médica (M), Area familiar (F), Area personal (P), Area social (S)

d) PROCEDIMIENTO

Se visitaron los principales hospitales del Distrito Federal que tengan como opción de cura de la insuficiencia renal el trasplante: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Instituto Mexicano de Seguridad Social sogo XXI y Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.

Se contactó con el jefe de trasplantes Renales de cada Hospital y se expuso la petición de trabajar con los pacientes que han sido trasplantados para aplicarles la Escala de percepción.

Aceptada la petición, a cada paciente se le pidió que firmara una carta de aceptación en la cual se comprometen a contestar de manera libre y veraz sus percepciones en los diferentes ámbitos de interacción desde su trasplante. A sí mismo, en esta carta se explicó ampliamente el objetivo del estudio y la responsiva por parte de los aplicadores de manejar ésa información con respeto, discreción y ética profesional (ver anexo).

EL SIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se aplicó a todos los sujetos en las mismas condiciones: en el Hospital donde se atienden para su seguimiento post-trasplante.

Se les explicó rápidamente las instrucciones, el modo de contestar, las opciones que tenían de respuesta sugiriéndoles a los pacientes tratar de no utilizar la opción de INDECISO. Además se les recordó que se existía alguna duda, los aplicadores estarían allí para resolver cualquier planteamiento que no comprendieran.

Para obtener los datos estadísticos se alimentó un programa de datos en SPSS aplicando a los datos:

- Análisis Discriminante para determinar la capacidad predictiva de los ítems.
- Alpha de Cronbach para confiabilidad.
- Regresión logística para el potencial predictivo.
- Cluster Análisis para la validez de constructo.

TRABAJE CON
FALLA EN ORIGEN

CAPITULO VII. RESULTADOS

7.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total de la presente investigación estuvo formada por una N=174 personas que recibieron trasplante de riñón. La muestra total se subdividió en n1= 97 hombres, y n2=77 mujeres, cuyas edades iban de los 18 hasta los 73 años. Como se observa en la Tabla 1, entre los hombres el más alto porcentaje (86%) de trasplantes se produce entre los 20 y 50 años; mientras que entre las mujeres el rango de edad se extiende de 20 a 60 años, incrementándose al 91%.

Tabla 5. Distribución porcentual, mediaas y desviaciones estándar de la variable edad por grupo

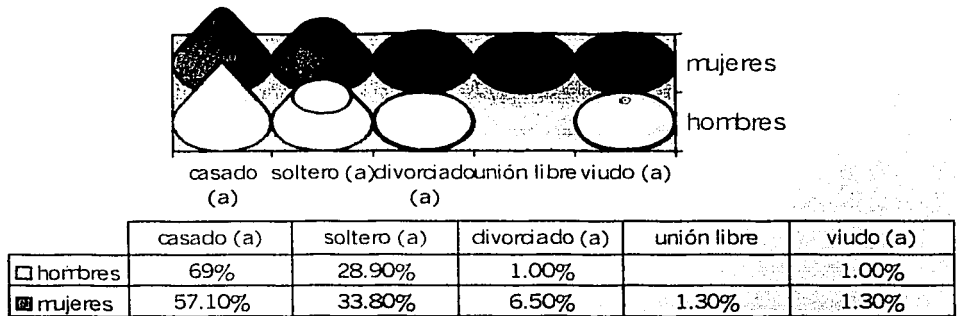
Edad	Hombres	X	S	Mujeres	X	S
18 - 22	4.1%	20.00	1.41	9.3%	20.43	1.51
23 - 27	16.5%	25.94	1.18	8.0%	25.00	1.26
28 - 32	24.7%	29.79	1.53	28.0%	30.00	1.34
33 - 37	13.4%	34.92	1.19	8.0%	35.50	1.52
38 - 42	15.5%	39.60	1.30	21.3%	39.31	1.08
43 - 47	8.2%	44.88	1.64	5.3%	44.50	1.00
48 - 52	8.2%	50.00	1.60	8.0%	50.67	1.51
53 - 57	5.2%	55.20	1.30	2.7%	55.00	2.83
58 - 62	2.1%	59.50	2.12	5.3%	59.50	1.29
63 - 67	1.0%	66.00	.	1.3%	65.00	.
68 - 73	1.0%	70.00	.	2.7%	70.50	3.54
Total	100.0%	36.58	10.76	100.0%	37.35	12.24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Estado civil

En la figura 1 se exponen los porcentajes del estado civil de los sujetos, quienes en su mayoría reportaron ser casados (más hombres, 69%, que mujeres, 57%) y solteros (hombres 29% y mujeres 34%).

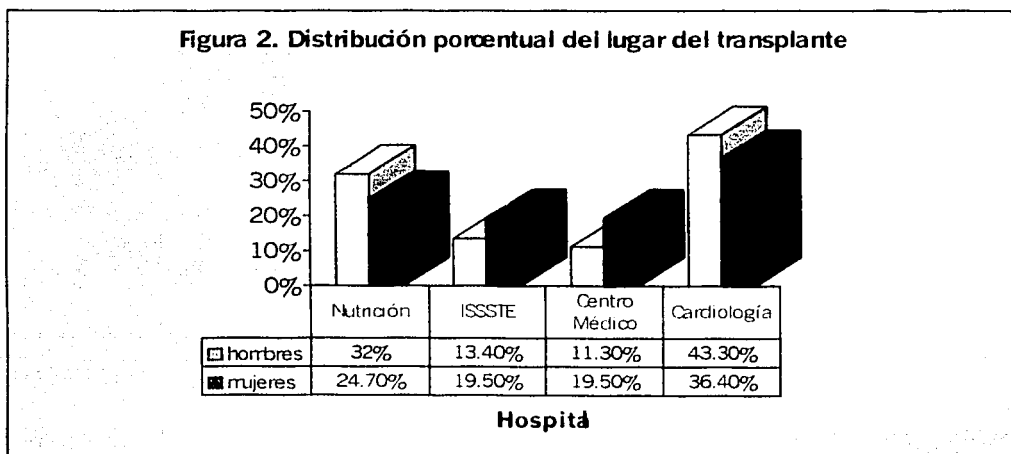
Figura 1. Distribución porcentual de la variable estado civil por sexo



TRABAJO CON
FALSA IDENTIFICACION

Hospital donde se llevo a cabo el trasplante.

En la Figura 2 se exponen los nombres de las instituciones hospitalarias en los que se efectuaron los trasplantes. Puede observarse, que el mayor número de trasplantes se realizaron en Cardiología (más hombres que mujeres, 43% vs. 36%), seguido del Hospital de Nutrición, ISSSTE y Centro Médico.

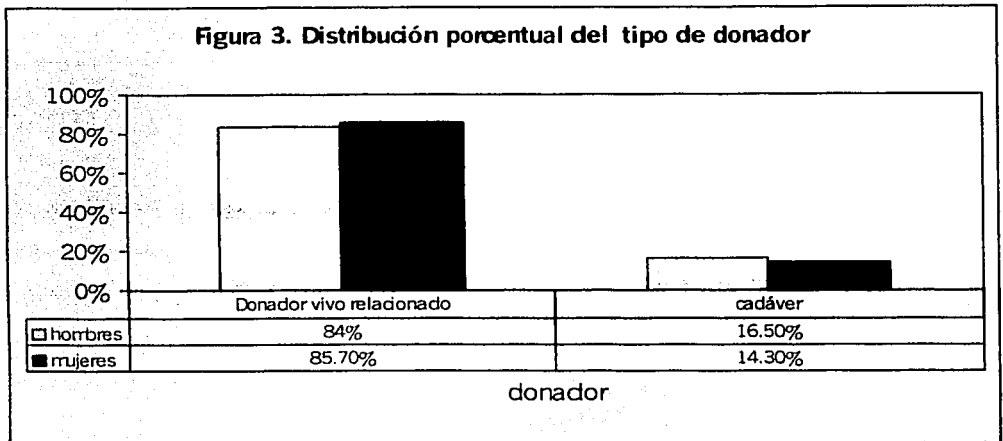


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Tipo de donador

Cuando se preguntó a los sujetos quién había sido su donador, la gran mayoría respondió que fue un donador vivo que tenía algún tipo de relación con ellos; sin embargo, hubo un 15% de hombres y mujeres que recibieron órganos de cadáveres (ver Figura 3).

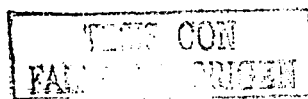


TRINIDAD
FALLA

Tiempo del transplante

Como se observa en la Tabla 6, entre los sujetos de ambos sexos el porcentaje más alto tenía de 1 a 2 años de haber sido transplantado (26%). Sin embargo, entre 3 y 10 años se transplantaron un poco más de la mitad de los encuestados (55%).

Tabla 6. Distribución porcentual de la variable tiempo de transplante			
	Hombres	Mujeres	Total
1 - 2 años	27.8%	22.7%	25.6%
3 - 4	13.4%	13.3%	13.4%
5 - 6	12.4%	17.3%	14.5%
7 - 8	16.5%	13.3%	15.1%
9 - 10	12.4%	10.7%	11.6%
11- 12	5.2%	8.0%	6.4%
13 -14	4.1%	6.7%	5.2%
15 -16	1.0%	2.7%	1.7%
17 - 18	4.1%	1.3%	2.9%
19 - 20	1.0%		.6%
21 - 22	1.0%		.6%
23 - 24	1.0%	1.3%	1.2%
25 - 26		1.3%	.6%
27 - 29		1.3%	.6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%



7.2 RESULTADOS RELACIONADOS CON LOS VALORES PSICOMÉTRICOS DEL INSTRUMENTO

Validación de la Escala de Percepciones en las áreas de Interacción Médica, Personal, Familiar y Social del Paciente con Transplante Renal

Como se mencionó en el capítulo dedicado a la metodología, el objetivo de la presente investigación fue desarrollar, validar y confiabilizar una Escala de Percepciones en las áreas de Interacción Médica, Personal, Familiar y Social del Paciente con Transplante Renal con el propósito de determinar de manera válida y confiable la percepción que tienen los pacientes adultos trasplantados en sus diferentes áreas de relación (médica, familiar, personal y social); asumiendo que una percepción positiva de éstas contribuirá a una mejor calidad de vida.

También se mencionó que a través de esta escala, se podrían identificar problemas en áreas específicas y que con esta información las personas interesadas en esta área podrían instrumentar intervenciones que lograrán una mejor adherencia terapéutica para un buen control en el área médica en general y del injerto en particular, de la misma manera y a nivel personal se podría lograr que disminuyera el efecto de la repercusión emocional y pudiera así relacionarse igual o mejor que antes de enfermarse con su mundo de interacción circundante y que a final de cuentas estas dimensiones contribuyan en conjunto a una mejor calidad de vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

a) Análisis Discriminante

Para efectos de determinar la capacidad predictiva de los ítems componentes de la Escala se aplicó una función discriminante, procediendo como sigue: a la escala original compuesta por 60 ítems se le dieron los puntajes más altos a las respuestas que implicaban mayor problema (percepción negativa de las áreas de relación), invirtiendo los valores cuando las afirmaciones eran negativas; posteriormente se obtuvo la mediana de la distribución de los puntajes de las respuestas dadas a la Escala y se tomó el 25% más bajo (percepción positiva de las áreas de relación) y el 25% más alto (percepción negativa de las áreas). Una vez formados los dos grupos, se aplicó una prueba t de Student para muestras independientes a los ítems de la escala, aquellos que salieron estadísticamente significativos (34) fueron los que entraron al análisis discriminante método paso a paso tipo Mahal (Ver Tabla 7).

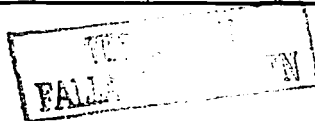
Tabla 7. Prueba t (muestras independientes) comparación de cada ítem de la escala entre el grupo de percepción positiva y el grupo de percepción negativa (percepción de las áreas de relación)

	t	Gl	Sig. (2-tailed)		X	S
1. Mis médicos son humanos y me dan seguridad	-1.644	50.340	.106	Positiva	2.84	.53
				Negativa	2.98	.15
2. Mi familia me ha ayudado incondicionalmente a salir adelante	-1.666	43.000	.103	Positiva	2.91	.36
				Negativa	3.00	.00
3. Después del trasplante, aprendí a llevar una vida de compromiso para cuidarme *	-3.934	43.000	.000	Positiva	2.57	.73
				Negativa	3.00	.00
4. Me gusta tener amigos*	-2.226	43.000	.031	Positiva	2.77	.68
				Negativa	3.00	.00
5. Las enfermeras nos dan un trato preferencial a los pacientes trasplantados *	-2.644	65.975	.010	positiva	1.84	.61
				Negativa	2.12	.32
6. La relación con mi familia se hizo más cercana después del tx*	-4.627	49.456	.000	positiva	2.39	.78
				Negativa	2.95	.21
7. Mi forma de ver la vida cambió después del tx *	-2.668	43.000	.011	positiva	2.77	.57
				Negativa	3.00	.00
8. Después del trasplante, aprendí a valorar más a la gente y el trabajo realizado fuera de casa *	-2.901	43.000	.006	Positiva	2.73	.62
				Negativa	3.00	.00
9. La gente del hospital responde a nuestras necesidades e inquietudes *	-4.597	60.547	.000	positiva	2.14	.98
				Negativa	2.88	.45
10. Ahora tengo más consideraciones por parte de mi familia *	-5.678	55.672	.000	Positiva	2.20	.76
				Negativa	2.91	.29
11. Es una gran responsabilidad tomar mis medicamentos				Positiva	3.00	.00
				Negativa	3.00	.00

ÍTEM CON
FALSO ORIGEN

12. Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara *	-5.195	85	.000	Positiva	1.71	.58
				Negativa	2.40	.58
13. Mis doctores me tratan como un paciente especial *	-5.921	57.247	.000	Positiva	1.95	.91
				Negativa	2.84	.37
14. Mi familia me trata como un ser normal *	-2.161	52.057	.035	Positiva	2.73	.66
				Negativa	2.95	.21
15. He notado que mi estado de ánimo, sin razón aparente, tiene cambios bruscos de alegría a tristeza y vis *	-3.365	58.636	.001	Positiva	2.41	.82
				Negativa	2.86	.35
16. Conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de tx *	-7.386	57.387	.000	Positiva	1.93	.79
				Negativa	2.88	.32
17. A mi doctor le da mucha satisfacción ver que todo marcha bien	-2.007	43.000	.051	Positiva	2.84	.53
				Negativa	3.00	.00
18. Mi familia me ha apoyado tanto moral como económicamente antes y después del tx *	-3.130	43.000	.003	Positiva	2.68	.67
				Negativa	3.00	.00
19. Le tengo miedo al sufrimiento físico *	-5.222	59.767	.000	Positiva	2.18	.79
				Negativa	2.86	.35
20. La gente que me conoció antes de mi tx le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico *	-6.272	70.839	.000	Positiva	1.89	.75
				Negativa	2.72	.45
21. Mis médicos me explicaron que el único camino para recuperar mi salud era el tx	-1.000	43.000	.323	Positiva	2.95	.30
				Negativa	3.00	.99
22. Mi familia supo que el tx me podía curar	.404	85	.687	Positiva	2.95	.21
				Negativa	2.93	.34
23. Ahora, soy más susceptible al rechazo y menosprecio *	-3.457	67.149	.001	Positiva	2.07	.90
				Negativa	2.60	.49
24. Me gustaría tener energía suficiente para hacer deportes *	-3.737	54.932	.000	Positiva	2.43	.79
				Negativa	2.91	.29
25. Cuando me aplicaban la hemo/dialisis, el alivio lo sentía tiempo después *	-5.041	78.926	.000	Positiva	1.91	.86
				Negativa	2.72	.63
26. Mi familia sufrió mucho con mi enfermedad, aunque no sintieran dolor físico	-1.789	51.794	.079	Positiva	2.84	.48
				Negativa	2.96	.15
27. Tengo miedo que a consecuencia del trasplante mi pareja cambie conmigo	-1.429	85	.157	Positiva	2.39	.78
				Negativa	3.02	2.85
28. Me cuesta cumplir con mi trabajo porque hay días que no quisiera hacer nada	-.764	77.333	.447	Positiva	2.34	.71
				Negativa	2.44	.50
29. Mis médicos hablaron con mis familiares todo lo referente a la donación de un órgano	-1.760	70.604	.083	Positiva	2.80	.51
				Negativa	2.95	.30
30. Mi familia acudió al hospital con gusto cuando se hicieron las pruebas de compatibilidad para ver quién era el más apto *	-2.404	58.593	.019	Positiva	2.64	.69
				Negativa	2.91	.29
31. Con mi trasplante, volví a tener una vida sexual normal *	-3.131	65.531	.003	Positiva	2.32	.88
				Negativa	2.79	.47
32. Tengo miedo de fallar en mi trabajo si se presenta alguna complicación física *	-2.573	72.021	.012	Positiva	2.32	.83
				Negativa	2.70	.51

33. Mis médicos trataron que estuviera en las mejores condiciones físicas y psicol para ser tx	.019	85	.985	Positiva	2.95	.30
				Negativa	2.95	.21
34. Siento que mi familia me sobreprotege	-5.03	77.282	.616	Positiva	2.32	.83
				Negativa	2.40	.58
35. Frecuentemente siento cansancio y desgano	-1.390	85	.168	Positiva	2.27	.69
				Negativa	2.47	.59
36. Cuando estaba enfermo no podía ser como ahora soy con mis amigos	-1.521	78.246	.132	Positiva	2.52	.70
				Negativa	2.72	.50
37. Mis doctores me explican los efectos que producen los medicamentos en mí *	-2.793	57.296	.007	Positiva	2.52	.79
				Negativa	2.88	.32
38. Mi familia pensaba que se un familiar me donaba su riñon, los dos quedaríamos enfermos	-1.895	73.241	.062	Positiva	2.34	.78
				Negativa	2.60	.49
39. Mi condición de tx no impide que enfrente los retos de la vida	-1.581	69.234	.119	Positiva	2.66	.64
				Negativa	2.84	.37
40. En mi condición de tx, trato de hacer un trabajo para sentirme útil e importante	-5.25	85	.601	Positiva	2.84	.43
				Negativa	2.88	.32
41. Los medicamentos que ingiero son muy irritantes; constantemente tengo problemas estomacales *	-2.428	85	.017	Positiva	2.23	.71
				Negativa	2.56	.55
42. Mi familia no me exige una ayuda económica	-1.710	82.219	.091	Positiva	2.52	.66
				Negativa	2.74	.54
43. Cuando me deprimo, busco ayuda de mis seres queridos *	-4.460	73.943	.000	Positiva	2.11	.81
				Negativa	2.77	.53
44. Algunos amigos y colaboradores me dan un trato especial ya que piensan que estoy indefenso	-2.220	80.943	.826	Positiva	2.36	.75
				Negativa	2.40	.58
45. Los médicos me ayudan a diferenciar lo que es un padecimiento normal de algo nervioso *	-4.468	70.681	.000	Positiva	2.00	.91
				Negativa	2.72	.55
46. Mi familia gasta mucho dinero para verme sano	-5.70	85	.570	Positiva	2.34	.61
				Negativa	2.42	.66
47. Después del tx aprendí a comunicarme mejor con mis semejantes *	-3.419	56.797	.001	Positiva	2.50	.73
				Negativa	2.91	.29
48. Ahora que me colocaron el tx, mis amigos son más considerados conmigo *	-4.331	73.910	.000	Positiva	2.05	.81
				Negativa	2.67	.52
49. El seguimiento post-tx hace que siempre esté en contacto con los médicos*	-2.887	47.010	.006	Positiva	2.66	.71
				Negativa	2.98	.15
50. Mi familia se preocupa en la evolución de mi trasplante	-1.949	43.000	.058	Positiva	2.89	.39
				Negativa	3.00	.00
51. Cuando me siento triste le pido ayuda a Dios *	-2.451	61.439	.017	Positiva	2.64	.72
				Negativa	2.93	.34
52. Tengo otra percepción de mi convivencia social cuando estoy con amigos	-1.337	81.665	.185	Positiva	2.48	.76
				Negativa	2.67	.61
53. Los médicos sólo se enfocan al cuidado de mi riñon	-6.59	85	.512	Positiva	2.55	.63
				Negativa	2.63	.54
54. Mis hermanos creen que sigo siendo un enfermo crónico *	-2.453	70.302	.017	Positiva	2.30	.88
				Negativa	2.67	.52
55. Mi vida sexual no debe verse afectada por mi tx	-1.582	78.745	.118	Positiva	2.45	.82
				Negativa	2.70	.60
56. Cuando salgo con mis amigos, no tengo ninguna	-1.522	83.180	.132	Positiva	2.43	.73



desventaja				Negativa	2.65	.61
57. Los médicos se ocupan de que todo mi organismo funcione correctamente	-484	85	.629	Positiva	2.86	.46
				Negativa	2.91	.37
58. La vida personal de los pacientes de los pacientes sufre cambios muy bruscos que llegan a trastornar a sus familias *	-2.575	74.950	.012	Positiva	1.91	.74
				Negativa	2.26	.49
59. Sentí que volví a vivir cuando mi insuficiencia renal terminó *	-2.442	47.682	.018	Positiva	2.73	.66
				Negativa	2.98	.15
60. Creo que he influido positivamente en lo que mis amigos piensan de la vida y la enfermedad *	-2.371	63.214	.021	Positiva	2.57	.79
				Negativa	2.88	.39

* Ítems significativos al nivel de .05 que ingresaron al análisis discriminante.

En la Tabla 8, se muestra los centroides que son las medidas de las calificaciones discriminantes de ambos grupos, dado que están en puntuaciones Z, estos señalan que 7 unidades de desviación estándar es la distancia que separa la media del grupo con percepción positiva de las áreas de relación (PPAR) del grupo con percepción negativa de las áreas de relación (PNAR).

	Función
Calidad de vida	1
PPAR	-3.578
PNAR	3.662

TRIS CON
FALLA EN COPIAR

En la Tabla 9 puede apreciarse las variables (18, resultantes de 20 interacciones) que entraron en la ecuación todas con valores F altamente significativos; sin embargo, en la matriz de estructura (Tabla 11) quedaron 18 variables que contribuyen en mayor magnitud a diferenciar a los grupos, y de éstos 9 obtuvieron las cargas discriminantes más altas; como puede observarse en esa misma tabla las variables con cargas más altas (.102 a .217) forman dos grupos con percepciones positivas y el otro con percepciones negativas y se asume que son las que más influyen en la percepción de las áreas de relación del paciente con trasplante renal.

La Tabla 10 contiene la función canónica discriminante, con el valor respectivo del eigen value (13.411), porcentaje de varianza (100%) y la correlación canónica (.965); esto quiere decir que las variables incluidas en el análisis correlacionan altamente, mientras que, la función canónica discriminante formada por estas variables es significativa al nivel .000 (ver Tabla 6). Debe señalarse además que el coeficiente de correlación canónica $((.965)^2 = .93)$, proporciona el porcentaje de varianza explicada en la variable dependiente (percepción de las áreas de relación del paciente con trasplante renal), que este caso es de 93%, esto quiere decir que solo un pequeño porcentaje de la varianza quedó sin explicar $(1 - .93=.7)$ 7%.

El análisis discriminante arrojó como paso último un resumen de clasificación, el cual se presenta en la Tabla 12, en éste se puede observar que el 100% de los casos fueron agrupados correctamente. Estos datos nos hacen suponer que la información proporcionada por las variables arrojadas en el análisis tienen una gran capacidad predictiva y discriminante.

Tabla 9. Variables incluidas en el análisis discriminante en el último paso (20)

Paso	Número de Variables	Lambda	F exacta	Sig.
1	P16 Conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de tx	.613	53.661	.000
2	P10 Ahora tengo más consideraciones por parte de mi familia	.414	59.380	.000
3	P3 Después del trasplante, aprendí a llevar una vida de compromiso para cuidarme	.323	58.035	.000
4	P20 La gente que me conoció antes de mi tx le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico	.271	55.110	.000
5	P9 La gente del hospital responde a nuestras necesidades e inquietudes	.232	53.488	.000
6	P14 Mi familia me trata como un ser normal	.213	49.239	.000
7	P5 Las enfermeras, a los pacientes trasplantados, nos dan un trato preferencial	.181	50.969	.000
8	P19 Le tengo miedo al sufrimiento físico	.168	48.350	.000
9	P12 Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara	.153	47.280	.000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10	P8 Después del trasplante, aprendí a valorar más a la gente y el trabajo realizado fuera de casa	.141	46.326	.000
11	P15 He notado que mi estado de ánimo, sin razón aparente, tiene cambios bruscos de alegría a tristeza y vis	.130	45.533	.000
12	P60 Creo que he influido positivamente en lo que mis amigos piensan de la vida y la enfermedad	.119	45.869	.000
13	P13 Mis doctores me tratan como un paciente especial	.107	46.919	.000
16	P18 Mi familia me ha apoyado tanto moral como económicamente antes y después del tx	.091	51.254	.000
17	P58 La vida personal de los pacientes sufre cambios muy bruscos que llegan a trastornar a sus familias	.085	50.744	.000
18	P23 Ahora, soy más susceptible al rechazo y menosprecio	.080	50.343	.000
19	P41 Los medicamentos que ingiero son muy irritantes; constantemente tengo problemas estomacales	.074	50.630	.000
20	P30 'Mi familia acudió al hospital con gusto cuando se hicieron las pruebas de compatibilidad para ver quién era el más apto	.069	50.663	.000

Tabla 10. Función canonica discriminante					
Función	Eigenvalue	% de Variance	% acumulado	Correlación canonica	
1	13.411	100.0	100.0	.965	
Valores asociados a la Lambda de Wilk					
Test de Funciones	Wilks' Lambda	Ji Cuadrada	gl	Sig.	
1	.069	202.766	18	.000	

En la siguiente tabla (11), se presentan las cargas discriminantes de las variables incluidas en el análisis, en ésta se pueden observar los ítems que tuvieron más importancia en la explicación de la variable dependiente siendo los cinco con cargas más altas en orden descendiente de importancia: 10 (Conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de tx), 13 (La gente que me conoció antes de mi tx le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico, 7 (Mis doctores me tratan como un paciente especial) , 5 (Ahora tengo más consideraciones por parte de mi familia), y 6 (Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara).

Tabla 11. Matriz de estructura. Cargas discriminantes de las variables en el análisis	
Variable	Función 1
1. Después del trasplante, aprendí a llevar una vida de compromiso para cuidarme	.115
2. Las enfermeras, a los pacientes trasplantados, nos dan un trato preferencial	.078
3. Después del trasplante, aprendí a valorar más a la gente y el trabajo realizado fuera de casa	.085
4. La gente del hospital responde a nuestras necesidades e inquietudes	.135

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Ahora tengo más consideraciones por parte de mi familia	.167
6. Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara	.154
7. Mis doctores me tratan como un paciente especial	.174
8. Mi familia me trata como un ser normal	.063
9. He notado que mi estado de ánimo, sin razón aparente, tiene cambios bruscos de alegría a tristeza y vis	.099
10. Conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de tx	**.217
11. Mi familia me ha apoyado tanto moral como económicamente antes y después del tx	.092
12. Le tengo miedo al sufrimiento físico	**.153
13. La gente que me conoció antes de mi tx le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico	**.185
14. Ahora, soy más susceptible al rechazo y menosprecio	**.102
15. Mi familia acudió al hospital con gusto cuando se hicieron las pruebas de compatibilidad para ver quién era el más apto	.071
16. Los medicamentos que ingiero son muy irritantes; constantemente tengo problemas estomacales	.072
17. La vida personal de los pacientes sufre cambios muy bruscos que llegan a trastornar a sus familias	.076
18. Creo que he influido positivamente en lo que mis amigos piensan de la vida y la enfermedad	.070

***Cargas discriminantes medias**

**** Cargas discriminantes altas**

Tabla 12. Resumen de los resultados de la clasificación

		Membrecia de grupo predicha		Total
	Percepción de Calidad de vida	Baja	Alta	
Frecuencia	Baja	44	0	44
	Alta	0	43	43
Porcentaje	Baja	100.0	.0	100.0
	Alta	.0	100.0	100.0

El 100% de los casos agrupados originalmente fueron agrupados correctamente

Con el propósito de confirmar la validez interna del instrumento, se obtuvieron dos muestras al azar (de la muestra original), a cada una de ellas se aplicó un análisis discriminante, obteniéndose resultados idénticos entre ellos (ver Tablas 13 y 14) en ambas muestras obtenidas al azar se obtuvo un 100% de clasificación correcta (la totalidad de los sujetos agrupados originalmente fue correctamente clasificados), lo que permite confirmar, una alta y confiable validez interna de la Escala de Medición Sistemática de Autopercepción de las Áreas de Relación del paciente con transplante renal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 13. Resumen de los resultados de la clasificación muestra al azar 1

	Percepción de calidad de vida	Membresía de grupo predicha		Total
		baja	Alta	
Original	Baja	24	0	24
	Alta	0	17	17
	Baja	100.0	.0	100.0
	Alta	.0	100.0	100.0

El 100% de los casos agrupados originalmente fueron agrupados correctamente

Tabla 14. Resumen de los resultados de la clasificación muestra al azar 2

	Percepción de calidad de vida	Membresía de grupo predicha		Total
		baja	Alta	
Original	Baja	20	0	20
	Alta	0	26	26
	Baja	100.0	.0	100.0
	Alta	.0	100.0	100.0

El 100% de los casos agrupados originalmente fueron agrupados correctamente

b) Cluster Analysis

Originalmente se planteó la aplicación de un Análisis Factorial con el propósito de obtener la validez de constructo de la Escala de Percepciones en las áreas de interacción Médica, Personal, Familiar y Social, debido a que el tamaño de la muestra requerido no se cumplía satisfactoriamente se decidió llevar a cabo un Cluster Analysis, la versión no paramétrica del Análisis Factorial.

Este análisis arrojó 4 clusters. Como se observa en la tabla 15, la mayoría de los ítems se agrupó en el cluster 2 (las agrupaciones de la Figura 4 y Tabla 14, se hicieron con base en el promedio de unión entre grupos). Las variables que se agruparon en el cluster 2 expresan una percepción positiva de las áreas de relación con excepción de dos variables (15 y 41); sin embargo, los primeros ítems que se unieron, de acuerdo con su proximidad (14 y 18) fueron los que forman parte del área *familiar*; en pasos posteriores se agruparon, los ítems 9, 13, 41 y 5

que evalúan el área *médica*, mientras que los reactivos 3 y 8 exploraron el área *personal* (ver Tabla 15).

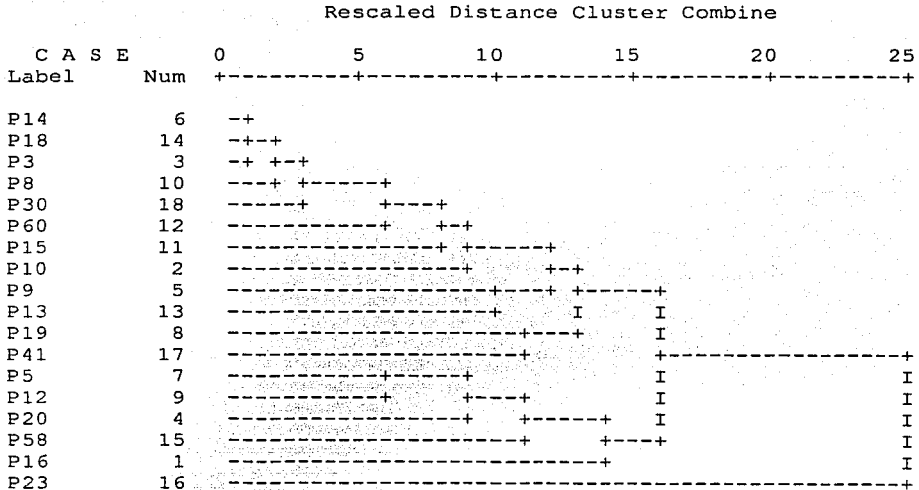
Como se observa en esta misma tabla, las variables que se agruparon en el cluster 3 miden el área social de las personas después del trasplante. También es importante resaltar que en los cluster 3, 4 y 1 se agruparon por su proximidad ítems que miden percepción negativa de creencias sobre el logro de la calidad de vida ("La gente que me conoció antes de mi tx le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico", "La vida personal de los pacientes sufre cambios muy bruscos que llegan a trastornar a sus familias", "Conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de tx", y "Ahora, soy más susceptible al rechazo y menosprecio"). Este hallazgo es interesante en la medida en que coincide con los resultados del análisis discriminante en el que las variables del cluster 2 son las que tienen las cargas discriminantes más altas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 4. Resultados del Análisis Cluster Jerárquico. Dendrograma utilizando el promedio de unión (entre grupos)

* * * * * H I E R A R C H I C A L C L U S T E R A N A L Y S I S *
* * * * *

Dendrogram using Average Linkage (Between Groups)



Agrupación Actual	Item		Agrupación inicial
2	P14	Mi familia me trata como un ser normal	Familiar
2	P18	Mi familia me ha apoyado tanto moral como económicamente antes y después del tx	Familiar
2	P3	Después del trasplante, aprendí a llevar una vida de compromiso para cuidarme	Personal
2	P8	Después del trasplante, aprendí a valorar más a la gente y el trabajo realizado fuera de casa	Personal
2	P30	Mi familia acudió al hospital con gusto cuando se hicieron las pruebas de compatibilidad para ver quién era el más apto	Familiar
2	P60	Creo que he influido positivamente en lo que mis amigos piensan de la vida y la enfermedad	Social
2	P15	He notado que mi estado de ánimo, sin razón aparente, tiene cambios bruscos de alegría a tristeza y vis	Personal
2	P10	Ahora tengo más consideraciones por parte de mi familia	Familiar

TESIS DE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DE ORENS

2	P9	La gente del hospital responde a nuestras necesidades e inquietudes	Médica
2	P13	Mis doctores me tratan como un paciente especial	Médica
2	P19	Le tengo miedo al sufrimiento físico	Personal
2	P41	Los medicamentos que ingiero son muy irritantes; constantemente tengo problemas estomacales	Médica
3	P5	Las enfermeras, a los pacientes trasplantados, nos dan un trato preferencial	Médica
3	P12	Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara	Social
3	P20	La gente que me conoció antes de mi tx le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico	Social
3	P58	La vida personal de los pacientes sufre cambios muy bruscos que llegan a trastornar a sus familias	Familiar
1	P16	Conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de tx	Social
4	P23	Ahora, soy más susceptible al rechazo y menosprecio	Personal

c) Regresión Logística

Por último y con el propósito de complementar la explicación del potencial predictivo de la Escala se decidió aplicar un análisis de Regresión Logística, teniendo como variable dependiente la percepción positiva / negativa de las áreas de relación del paciente con transplante renal y como variables independientes algunos de los ítems con cargas más altas del análisis discriminante y que formaron parte de los clusters señalados: p5 " Las enfermeras, a los pacientes trasplantados, nos dan un trato preferencial", p12 "Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara", p20 "la gente que me conoció antes de mi transplante de riñón, le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico", p58 " La vida personal de los pacientes sufre cambios muy bruscos que llegan a trastornar a sus familias", p16 "conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de transplantedos", y p23 "Ahora, soy más susceptible al rechazo y menosprecio".

Tabla 16. Variables en la ecuación

Paso	Variable	B	S.E.	Wald	g. l.	Sig.	R	Exp B
1	P12	1.4938	.6657	5.0360	1	.0248	.1587	4.4540
2	P20	1.7480	.6845	6.5216	1	.0107	.1936	5.7428
3	P16	3.5457	1.0264	11.9342	1	.0006	.2870	34.6624
4	P23	1.7991	.7313	6.0514	1	.0139	.1833	6.0439
	Constant	-20.6577	4.8986	17.7840	1	.0000		

TESIS CON
VALLA DE ORIGEN

El análisis de regresión método Forward Condicional, indicó que la primera variable en ingresar al modelo era p12 " Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara " (ver Tabla 16). En el paso 2, entra la variable p20 " la gente que me conoció antes de mi trasplante de riñón, le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico ". En el tercer paso la variable que ingresa es p16 " conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de transplantados". En el cuarto y último paso la variable en ingresar fue p23 "Ahora, soy más susceptible al rechazo y menosprecio".

En la misma Tabla 16, se encuentra el valor R de correlación de cada una de las variables independientes con la dependiente (percepción de las áreas de relación), como se observa la variable independiente con el coeficiente de correlación más alto fue el ítem 16 "conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de transplantados", seguido del 20, 23 y 12, entre las cuatro variables tienen un coeficiente de correlación $R=0.8262$, mismo que al elevarlo al cuadrado $R^2 = 0.68$, se obtuvo el índice de determinación el cual explica el porcentaje de varianza total explicada en la variable dependiente debido a las variables independientes, esto es, casi el 70% de la percepción positiva y negativa de las áreas de relación del paciente con trasplante renal queda explicada por estas cuatro variables independientes.

Como se observa en la Tabla 16, de acuerdo con la percepción de las personas con trasplante renal existe 34 veces más la probabilidad de que el paciente transplantado tenga una percepción negativa relacionada con su situación laboral (p16 "conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de transplantados"). Mientras que se encontró que se incrementaba seis veces la probabilidad de que los pacientes percibieron que la mejora de sus áreas de relación dependía de su estabilidad emocional ("Ahora, soy más susceptible al rechazo y menosprecio"); cinco veces la percepción de la interacción con otras personas ("la gente que me conoció antes de mi trasplante de riñón, le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico") y cuatro veces de la percepción de la relación con sus amigos ("Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara").

Como se puede observar en la Figura 5 y en la Tabla 17, casi la totalidad de los sujetos (93%) fue agrupado correctamente, únicamente un sujeto que pertenecía al grupo de pacientes con PPAR fue agrupado originalmente en el grupo de PPAR, y viceversa. Esto hace suponer que las variables que conforman el modelo tienen un alto valor predictivo.

TESIS
FALLA DE CREEN

CAPITULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue desarrollar, validar y confiabilizar la Escala de Percepciones en la áreas de Interacción Médica, Personal, Social y Familiar del paciente con trasplante renal para que a través de ésta se pueda determinar de manera confiable y válida la percepción que tienen los pacientes adultos trasplantados en sus diferentes áreas de relación (médica, familiar, personal y social).

Con tal propósito, se trabajó con una N=174 personas que recibieron trasplante de riñón. La muestra total se subdividió en n1= 97 hombres, y n2=77 mujeres, cuyas edades se distribuyeron de los 18 hasta los 73 años. La población de la que se extrajo la muestra estaba constituida por los pacientes trasplantados que acudían a los siguientes hospitales: Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, Instituto nacional de cardiología, Hospital 20 de Noviembre y Centro Médico Siglo XXI.

Con respecto a las características de la muestra estudiada, aunque la mayoría recibió el trasplante de órgano de un familiar vivo, hubo un porcentaje del 16% en hombres y del 14% en mujeres que recibieron su riñón de un cadáver. Este hecho es importante ya que, de por sí el trasplante homólogo (de una persona a otra) conlleva rechazo por parte del organismo que recibe, al transplantar un tejido procedente de otro individuo, el organismo lo reconoce como "extraño" y reacciona con la formación de anticuerpos; lo mismo hace el tejido trasplantado y el resultado de este mecanismo inmunológico es el rechazo (Delgado y Yunis, 1999). No obstante, un 72% de la muestra tenía de 2 a 15 años con el trasplante.

Para alcanzar el propósito arriba señalado se aplicó un análisis discriminante, con el propósito de determinar el potencial predictivo de la Escala asegurando al mismo tiempo su capacidad discriminativa, su capacidad de distinguir (o medir) percepciones positivas de las percepciones negativas de las áreas de relación.

TESE
FALLA DE ORIGEN

El análisis discriminante arrojó resultados muy interesantes: dieciocho variables contribuyeron a diferenciar en mayor magnitud al grupo con percepción positiva de las áreas de relación del grupo con percepción negativa.

El análisis discriminante arrojó cuatro ítems (tres con percepción positiva y uno con percepción negativa) del área médica ("La gente del hospital responde a nuestras necesidades e inquietudes", "Las enfermeras, a los pacientes trasplantados, nos dan un trato preferencial", "Mis doctores me tratan como un paciente especial", y "Los medicamentos que ingiero son muy irritantes; constantemente tengo problemas estomacales"). De acuerdo con Hathaway, Winsett, Milstread, Wicks y Gaber (1996), esta área forma parte existencial de los pacientes con trasplante de riñón, ya que estas personas reciben un seguimiento riguroso y estresante dado que se tiene un gran temor de que se presente el rechazo. Puede esperarse que con una percepción positiva de esta área de relación contribuya a mejorar la calidad de vida del paciente trasplantado.

Sin embargo, el modelo médico de salud no es suficiente, ya que como señala Glazier (1973) tiene deficiencias, entre las razones que menciona es que la medicina (como disciplina) esta mal equipada para tratar con los problemas de afrontamiento y con los del apoyo familiar en el tratamiento, rehabilitación o adaptación. Precisamente, el análisis discriminante incluyó otras cinco variables que reflejan una percepción positiva (4) y negativa (1) del área familiar ("Ahora tengo más consideraciones por parte de mi familia", "Mi familia me trata como un ser normal", "Mi familia me ha apoyado tanto moral como económicamente antes y después del tx", "Mi familia acudió al hospital con gusto cuando se hicieron las pruebas de compatibilidad para ver quién era el más apto", y "La vida personal de los pacientes sufre cambios muy bruscos que llegan a trastornar a sus familias"); una percepción positiva de las relaciones familiares en una cultura en la que la familia juega un papel fundamental en la vida del paciente trasplantado permite asumir una mejor calidad de vida que cuando esto no es así. Sin duda, las variables elegidas por el análisis discriminante en esta área confirman las afirmaciones de Taquato Vera y Pinheiro (1986) quienes señalan que la familia brinda apoyo moral y económico y que cuando se plantea la posibilidad de donación por un familiar cercano buscando la compatibilidad, se origina miedo y conflicto intrafamiliar y que esta situación amaneza la cohesión familiar. En este estudio se encontró que una de las variables componentes del área familiar, reflejó una percepción positiva de la misma y que como puede verse es contraria a lo que pudiera ser un problema familiar ("Mi familia acudió al hospital con gusto cuando se hicieron las pruebas de compatibilidad para ver quién era el más apto").

ANÁLISIS
FALLA DE ORIGEN

A la percepción de las relaciones en el área médica y familiar deben agregarse las variables arrojadas por el análisis discriminante y que pertenecen al área personal; si se analizan los contenidos de estos ítems ("Después del trasplante, aprendí a llevar una vida de compromiso para cuidarme", "He notado que mi estado de ánimo, sin razón aparente, tiene cambios bruscos de alegría a tristeza y viceversa", "Ahora, soy más susceptible al rechazo y menosprecio", y "Le tengo miedo al sufrimiento físico") pueden verse las emociones y estados de ánimo derivados de la interpretación que el individuo hace de su relación con el medio y con la enfermedad (experiencias de amenaza y de pérdida) que lo pueden hacer más sensible (Gardes, Escande, Girard y Gayral, 1983; Nichols, 1984). La mayor conciencia que expresa la percepción de la relación personal, implica la posibilidad de una mejor calidad de vida que si se careciera de dicha conciencia.

De acuerdo con Bandura (1990) el "termino red social" se usa a menudo para referirse al conjunto de personas y/o grupos que interaccionan entre sí, y a la estructura de tales interrelaciones. Entre estos grupos se encuentran las amistades y la actividad laboral que forman parte de la sociedad en general. Las variables del área social, arrojadas por el análisis discriminante están íntimamente relacionadas con las amistades ("Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara", y "Creo que he influido positivamente en lo que mis amigos piensan de la vida y la enfermedad"), estos hallazgos no son extraños ya que éstas -las amistades- satisfacen necesidades psíquicas vitales para los adultos, y constituyen parte de las redes de apoyo tan necesarios en momentos depresivos (Lipowski, 1990). Continuando con este mismo autor, señala que el trabajo no es otra cosa que un simple medio de supervivencia, para otros es una oportunidad de ser creativos o productivos, de obtener autoestima y ganarse el respeto ("Después del trasplante, aprendí a valorar más a la gente y el trabajo realizado fuera de casa"); sin embargo, los pacientes del presente estudio también tienen una percepción negativa relacionada con esta área ("Conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de tx"). Sin duda, la autopercepción de los pacientes con trasplante renal se ve influenciada por la situación económico - laboral actual de nuestro país, en donde la gente en general tiene una especie de "desesperanza" respecto a ésta área, no resulta difícil entender que esta desesperanza se exacerbe en estas personas con autopercepción de discapacidad (el trasplante).

Debe destacarse que las variables que arrojó el Análisis Discriminante explican el 100% de la varianza en la variable dependiente y que alcanzó además el 100 % de clasificación correcto; por lo que puede concluirse que el poder predictivo de la escala es muy alto. Debe agregarse también que la validez interna del instrumento resulto altamente aceptable, como lo demostraron los resultados iguales de las dos muestras a las que se les aplicó el Análisis Discriminante.

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

Ahora bien, con el propósito de complementar el objetivo de validar la Escala de percepciones en las áreas de interacción médica, personal, familiar y social del paciente con trasplante renal, se aplicó un Cluster Analysis dada la imposibilidad de aplicar un Análisis Factorial. Los resultados de este análisis indicaron que se obtuvieron un total de 4 clusters, cuyos contenidos confirmaron resultados del análisis discriminante; en tres de los clusters (1, 3 y 4) se agruparon aquellas variables que evalúan percepciones negativas de los pacientes trasplantados.

Por ejemplo, en el cluster 1, quedó una variable y ésta es la que mide la percepción de la situación laboral, misma que resultó con la carga más alta en el Análisis Discriminante y que en el análisis de regresión logística resultó la variable con mayor peso para explicar el comportamiento de la variable dependiente. Este hecho no sólo permite suponer que los resultados relacionados con la validez de la escala son altamente consistentes, sino que entre los pacientes trasplantados una de las áreas de relación y específicamente el área laboral es la de mayor preocupación (percepción negativa) y en consecuencia la que puede afectar en mayor medida la calidad de vida del paciente.

Por último y en relación con el valor predictivo de los ítems de la escala y específicamente con el propósito de crear un modelo con las variables de mayor poder predictivo de la percepción (positiva/negativa) de las áreas de relación de las percepciones que pueden contribuir a incrementar o disminuir respectivamente la calidad de vida en los pacientes con trasplante renal, se aplicó un análisis de Regresión Logística, teniendo como variable dependiente la autopercepción positiva/negativa de las áreas de relación. Se obtuvo un modelo formado por tres variables relacionadas con el área social ("conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de trasplantados", "mis amigos me ven igual que antes que me enfermara" y "la gente que me conoció antes de mi trasplante de riñón, le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico") y una variable del área personal, pero estrechamente relacionado con el área social ("Ahora soy más susceptible al rechazo y menosprecio").

Estos hallazgos sugieren que para los pacientes de la muestra estudiada las percepciones del área social son muy importantes especialmente la relacionada con su situación laboral ("Conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de trasplantados"). Debe destacarse que nuevamente vuelve a aparecer y con la misma fuerza (se eleva el incremento de la probabilidad, hasta treinta y cuatro veces más) esta percepción negativa relacionada con el área laboral. Así pues, la Escala de Percepción en las áreas Médica, Personal, Familiar y Social, permite obtener información de la percepción de las áreas problema y puede ser útil para la instrumentación de intervenciones con diferentes propósitos. De acuerdo con los resultados aquí reportados el terapeuta tendría que tomar en cuenta el área social, específicamente la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

percepción negativa relacionada con el área laboral para desarrollar programas de apoyo en este tipo de pacientes.

Para finalizar, el análisis de regresión logística explica, entre las cuatro variables, casi el 70% de la varianza en la variable dependiente y alcanza un 93% de clasificación correcto que junto con el 100% de clasificación correcto del Análisis Discriminante permiten asegurar el alto valor predictivo y discriminante de la la Escala de Percepción en la áreas Medica, Personal, Familiar y Social del paciente con trasplante renal.

Debe subrayarse que la escala requiere de mayor investigación ya que los hallazgos reportados deben tomarse únicamente como indicadores, debido especialmente al reducido tamaño de la muestra y al amplio rango de las edades de los pacientes. Su aplicación a más y nuevas muestras con otro tipo de análisis, por ejemplo el Análisis Factorial, permitirá afinar los ítems de la escala, así como aportar mayor información con relación a las percepciones positivas y negativas del paciente con trasplante renal.

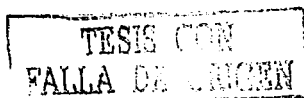
Finalmente, con base en el análisis de resultados y tomando en cuenta que este es el primer intento de validar la la Escala de Percepción en la áreas Medica, Personal, Familiar y Social, del Paciente con Trasplante Renal, se puede concluir que:

1. Permite hacer predicciones válidas (100%, y 93% de clasificación correcta) y confiables (100% de validez interna) de la percepción (positiva/negativa) de pacientes con trasplante renal.
2. La escala posee un aceptable índice de confiabilidad ($\alpha=0.7941$).
3. El instrumento final se compone de 18 variables que incluyen las cuatro áreas de interacción del paciente con trasplante renal: personal, familiar, social y médica.
4. Asumiendo que la percepción (positiva/negativa) de las áreas de relación contribuyen a incrementar o disminuir, respectivamente, la calidad de vida del paciente trasplantado, puede decirse que ésta depende en un 70% del área social centrada en la situación laboral.

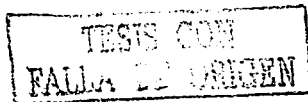
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

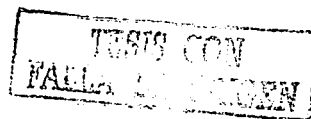
1. Adang E.E.M., Kootstra G. y Engel G.L. (1998). The application of the VANG to ill patients. Journal of psychology. Alemania: 2 (6) 126-131.
2. Anagnostakos N. (1989). Principios de anatomía y fisiología. México: Limusa.
3. Anaya-Prado R. y Toledo-Pereyra L.H. (1999). Historia de los trasplantes. En Santiago-Delpín E. y Ruiz-Speare O. (comp.). Trasplante de órganos Pp.6-13 México: JGH.
4. Andrews F.M. y Whithey S.B. (1976). Social indicatorse of well-being. Nueva York: Plenum Press.
5. Aaronson N.K. (1988). Quality of life: What is it?, How should it be measured?. Oncology. Roma: 2, 11-16.
6. Bandura A. (1990). Pensamiento y acción. Barcelona: Martínez Roca.
7. Bandura B. (1984). Life-style and health. Some remarks on different viewpoints. Social science and medicine. Illinois: 19, 341-347.
8. Barriga S. (1988). Salud y comunidad. Granada: Publicaciones de la Universidad.
9. Berman W. (1936). Endocrinology in modern practice. Philadelphia: Sanders.
10. Bernstein L. y Daviss S. (1992). Desórdenes orgánicos de ansiedad con síntomas de afasia en pacientes con inmunosupresores General hospital psychiatry. Philadelphia, 14(3) 210-211.
11. Bhandari M. y Tewarai A. (1997). Is transplantation only 100 years old? British journal of urology. Inglaterra: (79) 495-497.
12. Blanco A. (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. En Morales J.F., Blaco A., Huici C. y Fernández J.M. (comp.), Psicología social aplicada. Pp 25-39. Bilbao: Descleé de Brouwer.



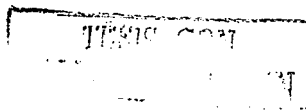
13. Blanco A. y Chacón F. (1985). La evaluación de la calidad de vida. En Morales J.F., Blaco A., Huici C. y Fernández J.M. (comp.), Psicología social aplicada. Pp 51-73. Bilbao: Descleé de Brouwer.
14. Bradburn N.M. (1969). The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine.
15. Bryant E.B. y Veroff J. (1982). The structure of psychological well-being. Journal of personality and social psychology. Georgia: 43 (4), 653-673.
16. Cabrera H. (1984). Psicología. México: Esther S.A. de C.V.
17. Cameron S., Davidson A., Grünfeld J.P., Kern D. y Ritz E. (1992). Oxford textbook of clinical nephrology. Oxford: Oxford Press.
18. Campbell A. (1976) Subjectives measures of well-being. American psychologist. Nueva Orleans: 12, 117-124.
19. Cantil H. (1965). The pattern of human concerns. New Brunswick: Rutgers University Press.
20. Carter J.M., Winsett R.P., Rager D. y Hathazar D.K. (2000). A center-based approach to a transplant employment program. Program of transplant. Minesota: 10 (4), 262-266.
21. Cecill-Loeb A. (1968). Tratado de medicina interna. México: Interamericana.
22. Chibnall J.T. y Tait R.C. (1990). The quality of life scale: A preliminary study with chronic pain patients. Psychology and health. St. Louis: 4, 283-292.
23. Craig G. (1992). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
24. Cohen R. y Lazarus R.S. (1979). Coping with the stress of illness. En Stone G.C., Chonen R. y Adler N.E. (comp.). Health psychology: A handbook. San Francisco: Jossey Bass.
25. Chirisboga D. (1981). The developmental psychology of middle age. Modern perspectives in the psychiatry of middle age. Nueva York: Burnes Marel.



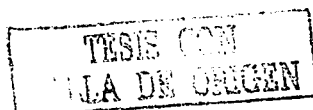
26. Christensen A.J., Ehlers S.L. Raichle K.A., Bertolatus J.A. y Lawton W.J. (2000). Predicting change in depression following renal transplantation: Effect of patient coping preference. Health psychology. San Antonio: 19(4), 348-353.
27. Christensen A.J. y Holman N. (1989). Quality of life in end- stage renal disease: Influencfe of renal transplantation. Clinical transplantation. Denver: 3, 43-53.
28. Christensen A.J., Turner S., Smith A. y Holman N. (1991). Health locus of control and depression in end-stage renal disease. Transplantation review. Colorado: 5, 15-28.
29. Danovitch G. (2000). Handbook of kidney transplantation. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
30. De Haes J.C.J.M. (1988). Quality of life: Conceptual and theoretical considerations. En Watson M., Greer S. y Thomas. E. (Eds.), Psychosocial Oncology. Pp 112-126. Oxford: Pergamon Press.
31. De Miguel J. (1985). La salud pública del futuro. Barcelona: Ariel.
32. Delgado J. y Yunis E. Función biológica del complejo mayor de histocompatibilidad. En Santiago-Delpín E. y Ruiz-Speare O. (comp.). Trasplante de órganos Pp.263-278. México: JGH.
33. Diamond M. (1983). Social adaptation of the chronically ill. En Mechanic D. (comp.). Handbook of health, health care and health professions. Pp. 51-69. Nueva York: Free Press.
34. Diaz-Guerrero R. y Salas M. (1975). El diferencial semántico del idioma español. México: Trillas.
35. Diener E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95 (3), 542-575.
36. Domínguez J.M., González Z.A. y Morales-Otero L.A. (1991). Knowledge and attitude about organ donation in a hispanic population. Transplant Procedure. Puerto Rico: 23, 1804-1806.



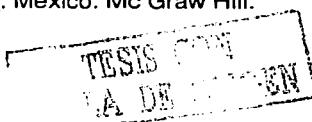
37. Estrella N. (1991). Comunicación marital y estilos de comunicación: Construcción y validación. Tesis de licenciatura. Facultad de psicología UNAM.
38. Erikson E. (1981). Identity, youth and crisis: Nueva York: Prentice Hall.
39. Everly Jr. G.S. (1998). A clinical guide to the treatment of the human stress response. Nueva York: Plenum Press.
40. Fayos J. y Beland L. (1981). An inquiry on the quality of life after curative treatment. En Kager A.R. (comp.). Head and neck oncology. Controversies in cancer treatment. Pp. 99-109. Massachusetts: Boston Hall.
41. Fernández M., Zayas E., y González Z.A. (1991). Factors in a meager donation pattern of a hispanic population. Transplant Procedure. Puerto Rico: (23) 1799-1801.
42. Fleck, L. (1986). La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Universidad.
43. Freeman L. y Bracegirdle A. (1980). An atlas of histology. Londres: Educational Books.
44. Freud, S. (1977). El Yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós.
45. García-Duran J. y Puig P. (1980). La calidad de vida en España. Madrid: Moneda y Crédito.
46. Gardes J., Escande M., Girard M. y Gayral L. (1983). Defaut d'integration mentale de mature psychotique d'un greffon renal. Annales Medico-Psychologiques. Paris: 141 (2) 209-213.
47. Geissner M., Dalbert A., Schulte C. (1991). Ways to determine affective and sensory components of experience of pain. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostique Psychologie. Bonn: 12(3) 145-162.
48. Glazier W.H. (1973). The task of medicine. Scientific American. Nueva York: 228, 13-17.



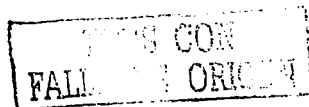
49. Goslin, G. (1988). Handbook of socialization theory and research. Chicago: Rand McNally.
50. Gould, L. (1988). Transformations, growth and change in adult life. Nueva York: Simon and Shuster.
51. Granados, A. (1996). Elaboración de un Instrumento para Evaluar las percepciones del paciente con trasplante Renal. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
52. Granados J. (1995). Inmunología del trasplante. En Bordes J. y Tamayo A. (comps.). Trasplante de órganos Pp. 57-92. México: Ediciones Médicas.
53. Grant D., Ferrell K., Schmidt M. y Fonbuena A. (1992). Measurement of quality of life in bone marrow transplantation survivors. Journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. Wisconsin: 1(6) 375-384.
54. Guadagnoli E. y Mor V. (1990). Social interaction tests and scales: En Spiker B. (Comp.). Quality of life assessment in clinical trials. Pp. 89-102. Nueva York : Raven Press.
55. Hathaway D.K., Winsett R.P., Johnson C., Tolley E.A., Hatwig M., Milstread J., Wicks M.N., y Gaber A.O. (1998). Post kidney transplant quality of life prediction models. Clinical transplantation. Massachusetts: 12(3), 168-174.
56. Hathaway D.K., Winsett R.P., Milstread J., Wicks M.N., y Gaber A.O. (1996). Quality of life outcomes associated with variables posttransplant prednisone dosing regimens. Journal transplant coordination. Florida: 6(2), 64-68.
57. Hillhaus J.E., Kielcot-Glaser J.K. y Glaser R. (1991). Stress associated modulation of the immune response in humans. En Plotnikoff N., Murgó A., Faith R. y Wybran J. (Eds.). Stress and immunity. Pp 3-23. Florida: CRC Press.
58. Hornquist J.O. (1982). The concept of quality of life. Scandinavian journal of social medicine. Escandinavia: 10, 57-61.



59. Houssay A. (1980). Fisiología humana. Buenos Aires: Ateneo
60. Jacobs C., Kjellstraxid C., Koch K., y Winchester J. (1996). Replacemete of renal function by dialysis. Massachussets: Kluwer Academic Publishers,
61. Kaplan de Nour A. (1981). Prediction of adjustment to haemodialysis. En Levy N.B. (Ed.) Psychonephrology 1 Pp.123-158. Nueva York: Plenum.
62. Kellner R. (1991). Psychosocial stress and disease: A historical sketch. . En Plotnikoff N., Murgo A., Faith R. y Wybran J. (Eds.). Stress and immunity. Pp 61-67. Florida: CRC Press.
63. Kiebert A., Van Oosterhout J., Van Breeswijk. (1994). Measurment of the quality of life. Clinical transplantation. Viena: 8, 239.
64. Laupacis A., Keown P., Pus N., Krueger H., Ferguson B., Wong C. y Muirhead N. (1996). A study of th quality of life and cost-utility of renal transplantation. Kidney international. Paris; 50(1), 235-242.
65. Lavergne, J. (1999). Componentes del sistema inmunológico. En Santiago-Delpín E. y Ruiz-Speare O. (comp.). Trasplante de órganos Pp. 211-225. México: JGH.
66. Lewis K., Winsett R.P., Cetingok M. y Hathaway K. (2000). Social network mapping with transplant recipients. Programing transplant. Missouri: 10(4), 262-266.
67. Lindquist R., Carlsson M. y Sjoden P.O. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuos ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis and transplant patients. Journal advises for nursery. Alabama: 31(6), 1398-1408.
68. Lipowski Z.J. (1990). Physical illness, the patient and his environment: Psychosocial foundations of medicine. American handbook of psychiatry. Philadelphia: 4, 1-42.
69. Liu B.C. (1974). Quality of life indicators. A preliminary investigation. Social index response. Beigin: (1), 187-208.
70. Lockart S. (1985). Anatomía humana. México: Mc Graw Hill.



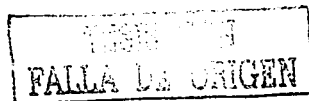
71. Maguire P., Tait A., Brook M. (1980). Effect of counsselling on the psychiatric morbidity associated with mestectomy. British medical journal. Inglaterra: 281, 1454-1455.
72. Mair L. (1990). Introducción a la antropología social. México: Fondo de Cultura Económica.
73. Martinez L. y Pereira J. (1987). Transplantation in South America. Transplantation procedure. Puerto Rico: (19) 3642-3645.
74. Matas A.J., Lawson W., McHugh L., Gillingham K., Payne W.D., Dunn D.L., Gruessner R.W., Sutherlan D.E. y Najarian J.S. (1996). Employment patterns after successful kidney transplantation. Transplantation. Los Angeles 61(5), 729-733.
75. Matesanz R. y Miranda B. (1995). Coordinación y trasplantes: el modelo español. Madrid: Aula Médica.
76. Matesanz R. y Miranda B. (1996). Transplant newsletter. Madrid: Aula Médica.
77. Mayou R., Foster A. y Williamson B. (1978). Psychosocial adjustment in patients one year after myocardial infarction. Journal of psychosomatic research. Chicago: 22, 439-445.
78. Mazzuchi, N. (1999). El registro Latinoamericano de diálisis y trasplante renal. En Santiago-Delpín E. y Ruiz-Speare O. (comps.). Trasplante de órganos Pp.19-26. México: JGH.
79. Maryanski J.I., Casanova J.L., Folk K. (1997). The diversity of antigen specific TCR repertoires reflects the relative complexity of epitopes recognized. Human immunology. New Jersey: (54) 117-128.
80. Mechanic D. (1978). Medical sociology. Nueva York: Free Press.
81. Meneses Morales L. (1967). Psicología general. México: Trillas.
82. Miller S., Brody D. y Sumerton J. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health. Journal of personality and social psychology. Pensylvania: 4 (23) 110-115.



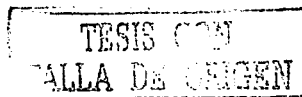
83. Millon T., Green C. y Meagher R. (1982). Handbook of clinical health psychology. Nueva York: Plenum Press.
84. Montiel, H. (1993). Terapia familiar para pacientes y parientes de enfermedades crónico degenerativas con especial énfasis en la nefropatía. IV Congreso Nacional de terapia Familiar. Centro Médico. Ciudad de México.
85. Morales-Otero L., Santiago-Delpín E.A. y González-Caraballo Z. (1997). Transplantation in hispanics: 500 kidney transplants in Puerto Rico. Transplant procedure. Puerto Rico: 21, 3958-3960.
86. Moreno, O. y Weissmann L. (1995). La mano que ejecuta la labor del corazón en un abrir y cerrar de ojos con la mirada puesta en el dolor. Tesis de maestría del Instituto Latinoamericano de Estudios de la familia. Mexico.
87. Moss R.H. (1977). Coping with psysical illness. Nueva York: Plenum.
88. Moss R.H. (1982). Coping with acute health crisis. En Millon T., Green C. y Meagher R. (Comps.). Handbook of clinical health psychology. Nueva York: Plenum.
89. Neary D. (1976). Nueropsychiatric sequelae of renal failure. British medical journal. Inglaterra: (1), 122-130.
90. Nichols K. (1984). Psychological care in psysicall illness. Londres:Croom Helm.
91. Ostrowski M., Wesolowski T., Makar D. y Bohatyrewicz R. (2000). Changes in patients quality of life after renal transplantation. Transplantation proceedings. Nueva York: 32, 122-130.
92. Padilla G.V., Mishel M.H. y Grant M.M. (1992) Uncertainty, appraisal and quality of life. Quality of life research. Orlando: 1, 155-165.
93. -Parham P. y Ohta T. (1996).Population biology of antigen presentation by MHC class I molecules. Science. Nueva York: (272) 67-74.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

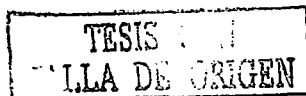
94. Petrie, L. y Keith, B. (1989). Pshycological well-being and psichiatric disturbance in dialysis an renal transplant patients. British journal of medical psichology. Inglaterra: 62(1) 92-69.
95. Pomerlau O. y Brady D. (1990). Behavioral medicine. Theory and practice. Baltimore: Williams & Wilkins.
96. Reynoso, E.L. (1995). El estrés y el sistema cardiovascular. En Reynoso E. L. Estrés y enfermedad Pp. 41-62. México: Martinez Roca.
97. Ribes, E. (1990). Psicología y salud: Un análisis conceptual. Barcelona: Martinez Roca.
98. Rodin, B. (1986). Cadaveric renal transplantation failure:The short term sequels. International journal of psychiatry in medicine. 14(5) 361-371.
99. Rodríguez Marín J. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.
100. Robles de Fabre A. (1987). La familia del enfermo crónico. En Robles de Fabre T., Jenkins R.E. y Fernández de Cerruti M. (comps.). El enfermo crónico y su familia. Propuestas terapéuticas. Pp. 55-79. México: Nuevo Mar.
101. Rubli, D. (1987). A modo de introducción. En Robles de Fabre T., Jenkins R.E. y Fernández de Cerruti M. (comps.) El enfermo crónico y su familia. Propuestas terapéuticas. Pp. 15-21. México: Nuevo Mar.
102. Salleras, L. (1985). Educación sanitaria. Madrid: Diaz de Santos
103. Santiago-Delpín, E.A. y Duro García, V. (1999). Los trasplantes en Latinoamérica. En Santiago-Delpín E.A. y Ruiz-Speare O. (comps.). Trasplante de órganos Pp.14-18 México: JGH.
104. Shaw A. (1977). Defining the quality of life. Hasting center rep. Inglaterra: 12(6), 45-60.
105. Shontz F.C. (1995). The psychological aspects of physical illness and disability. New York: Mac Millan.



106. Siegel, S. (1978). Estadística no paramétrica México:Trillas
107. Suchman E. (1965). Special patterns of illness and medical care. Journal of health and human behavior. Vancouver: 6, 2-16.
108. Sulus J. y Fletcher G.S. (1985). The relative efficacy of avoidant and non avoidant coping strategies: A methaanalysis. Health psychology. Florida: 4, 249-288.
109. Szala A. (1980).The meaning of comparative research on the quality of life. Comparative Studies. Londres: Sage.
110. Szazs, T.H.S. y Hollender, M.H. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of doctor-patient relationships. A.M.A. Archieves of internal medicine. Holanda: 97, 585-592.
111. Terán L.A., Juárez A., Granados J., Terán D., Castellanos J. (1999). La histocompatibilidad clínica. En Santiago-Delpín E. y Ruiz-Speare O. (comps.). Trasplante de órganos Pp.289-299. México: JGH.
112. Tesler, H. (1991). The world graphic rating scale as a measure of children's and adolescents pain intensity. Research in nursing an health. San Francisco; 14 (5) 361-371.
113. Toquato Vera C. y Pinheiro M. (1986). El servicio social en la unidad de trasplante renal y la realidad social Brasileña. Temas de trabajo social. Brasil: 8 (2) 23-31.
114. Ursin, H. (1984): Coping: Conceptual and assessment issues. En Steptoe A. (Ed.). Psychological coping: Its nature and assessment. Concerted action on breakdown in human adaptation. I. Quantification of parameters. C.E.C.M.P.H.R.P. Polycopied.
115. Valdés M. y Flores T. (1985). Psicobiología del estrés. Barcelona: Martinez Roca.



116. Walker S.R. y Rosser R.M. (1987). Quality of life: Assessment and application. Lancaster: MTP Press.
117. Ware J.E. (1987). Stands for validating health measures: Definition and content. Journal of chronic disease. Washington: 40, 473-480.
118. Weinman, J. (1981). An outline of psychology as applied to medicine. Atlanta: Bristol: J. Wright and Sons.
119. Wicks M.N., Milstread E.J., Hathaway D.K. y Cetingok M. (1998). Family caregivers burden, quality of life and health following patients renal transplantation. Journal transplant coordination. Philadelphia: 8(3), 170-176.
120. Wilson-Barnett J. (1979). Stress in hospital. Edinburgh: Churchill Livingstone.
121. Wirsching M., Druner H.V. y Herman G. (1975). Results of psychosocial adjustment to long term colostomy. Psychotherapy psychosomatics. Conecticut: 26, 245-256.
122. Wlodarczyk Z., Badylak E., Glyda M., Turkiewicz W. y Karczewski M. (1999). Vocational rehabilitation following kidney transplantation. Ann transplant. Rusia: 4(2), 40-42.
123. Wood D. y Adkins R. (1980). Elaboración de tests psicológicos. México: Trillas
124. Wortman C.B., y Conway T.I. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from physical illness. En Cohen S. y Syme S.L. (comps.). Social support and health. Pp. 91-120. Orlando Fl: Academic Press.



ANEXOS

Hoja de consentimiento informado:

Por este conducto acepto aceptar participar en el estudio Validación de la Escala de expectativas de interacción en las áreas médica, personal, social y familiar en pacientes con trasplante renal.

Entiendo que los beneficios de esta investigación son generales y están dirigidos a la comprensión de las repercusiones psicológicas del trasplante.

Comprendo que si en algún momento el estudio, ello no deteriorará la atención que recibo en el hospital.

Me han explicado que los datos recabados durante el estudio son confidenciales y por lo tanto de acceso restringido.

Nombre y firma del Paciente

Fecha

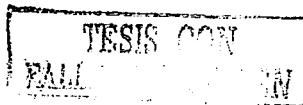
Instrumento

Estimado paciente trasplantado:

Lo que a continuación se presenta es un cuestionario en el cual se ha recopilado información de pacientes que han sido trasplantados.

El objetivo de realizar este trabajo es conocer la forma de pensar y de sentir de los pacientes con trasplante de riñón sobre diferentes aspectos de su vida (médicos, familiares, personales y sociales), para poderles brindar apoyo en un futuro y tratar de mejorar su vida en general.

Usted forma parte de éste grupo y le pedimos su participación. No existen respuestas buenas ni malas, lo importante es que sea muy HONESTO consigo y con nosotros.



Gracias por su colaboración.

DATOS PERSONALES

- 1.- Nombre: _____
2.- Sexo M () F () Edad _____
3.- Fecha de nacimiento: _____ lugar _____
4.- Estado civil: _____ No. de hijos _____
5.- Profesión: _____ 6.- Ocupación: _____
7.- Padecimiento inicial: _____ 8.- Fecha de inicio: _____
9.- Fecha de trasplante: _____
10.- Parentesco con el donador: _____
11.- Edad: _____ 12.- Compatibilidad: _____

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de preguntas. Tache una de las 5 opciones que concuerde con su forma de sentir y pensar.

Ejemplo:

La atención médica es eficiente.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

Si usted está acuerdo con dicha afirmación, contestará:

Acuerdo (X) Indeciso () Desacuerdo ()

1.- Los médicos son humanos y me dan seguridad.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

2.- Mi familia me ha ayudado incondicionalmente a salir adelante.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

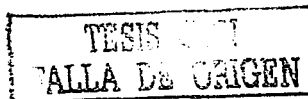
3.- Después del trasplante, aprendí a llevar una vida de compromiso para cuidarme.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

4.- Me gusta tener amigos.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

5.- Las enfermeras, a los pacientes trasplantados, nos dan un trato preferencial.



- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 6.- La relación con mi familia se hizo más cercana después del trasplante.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 7.- Mi forma de ver la vida cambió después del trasplante.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 8.- Después del trasplante, aprendí a valorar mas a la gente y el trabajo realizado fuera de casa.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 9.- La gente del hospital responde a nuestras necesidades e inquietudes.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 10.- Ahora tengo más consideraciones por parte de mi familia.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 11.- Es una gran responsabilidad tomar mis medicinas para evitar el rechazo del órgano trasplantado.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 12.- Mis amigos me ven igual que antes que me enfermara.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 13.- Mi doctores me tratan como un paciente especial.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 14.- Mi familia me trata como un ser normal.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 15.- He notado que mi estado de ánimo, sin razón aparente, tiene cambios bruscos de alegría a tristeza y viceversa.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 16.- Conseguir trabajo se vuelve más difícil por nuestra condición de trasplantados.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 17.- A mi doctor le da mucha satisfacción ver que todo marcha bien.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 18.- Mi familia me ha apoyado tanto moral como económicamente antes y después del trasplante.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()
- 19.- Le tengo miedo al sufrimiento físico.
- Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

TESIS CON
TALLA L. GEN

20.- La gente que me conoció antes de mi trasplante de riñón, le cuesta trabajo ver mi nuevo aspecto físico.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

21.- Mis médicos me explicaron que el único camino para recuperar mi salud era el trasplante.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

22.- Mi familia supo que el trasplante me podía curar.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

23.- Ahora, soy mas susceptible al rechazo y al menosprecio.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

24.- Me gustaría tener energía suficiente para hacer deportes.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

25.- Cuando me aplicaban la hemodiálisis/diálisis, el alivio lo sentía tiempo después.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

26.- Mi familia sufrió mucho con mi enfermedad.(Aunque no sintiera el dolor físico que yo experimentaba)

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

27.- Tengo miedo que a consecuencia del trasplante, mi pareja cambie conmigo.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

28.- Me cuesta cumplir con mi trabajo porque hay días que no quisiera hacer nada.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

29.- Mis médicos hablaron con mis familiares todo lo referente a la donación de un órgano.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

30.- Mi familia acudió al hospital con gusto cuando se hicieron las pruebas de compatibilidad para ver quién era el más apto para la donación.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

31.- Con mi trasplante, volví a tener una vida sexual normal.

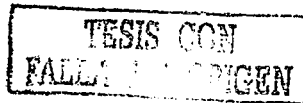
Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

32.- Tengo miedo de fallar en mi trabajo si se presenta alguna complicación física.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

33.- Mis médicos trataron que estuviera en las mejores condiciones físicas y psicológicas para ser trasplantado.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()



34.- Siento que mi familia me sobreprotege.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

35.- Frecuentemente, siento cansancio y desgano.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

36.- Cuando estaba enfermo (a), no podía ser como ahora soy con mis amigos.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

37.- Mis doctores me explican los efectos que producen los medicamentos en mí.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

38.- Mi familia pensaban que si un familiar me donaba su riñón, los dos quedaríamos enfermos.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

39.- Mi condición de trasplantado, no impide que enfrente los retos de la vida.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

40.- En mi condición de trasplantado, trato de hacer un trabajo para sentirme útil e importante.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

41.- Los medicamentos que ingiero son muy irritantes; constantemente tengo problemas estomacales.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

42.- Mi familia no me exige una ayuda económica.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

43.- Cuando me deprimó, busco ayuda de mis seres queridos.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

44.- Algunos amigos y colaboradores me dan un trato especial ya que piensan que estoy indefenso.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

45.- Los médicos me ayuda a diferenciar lo que es un padecimiento normal de algo nervioso.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

46.- Mi familia gasta mucho dinero para verme sano.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

47.- Después del trasplante aprendí a comunicarme mejor con mis semejantes.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

48.- Ahora que me colocaron el trasplante, mis amigos son más considerados conmigo.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

49.- El seguimiento post-trasplante hace que siempre esté en contacto con los médicos.

UNIVERSIDAD
N

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

50.- Mi familia se preocupa en la evolución de mi trasplante.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

51.- Cuando me siento triste, le pido ayuda a Dios.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

52.- Tengo otra percepción de mi convivencia social cuando estoy con amigos.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

53.- Los médicos solo se enfocan al cuidado de mi riñón.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

54.- Mis hermanos creen que sigo siendo un enfermo crónico.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

55.- Mi vida sexual no debe afectarse por mi trasplante

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

56.- Cuando salgo con mis amigos, no tengo ninguna desventaja.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

57.- Los médicos se ocupan de que todo mi organismo funcione correctamente.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

58.- La vida personal de los pacientes con trasplante sufre cambios muy bruscos que llegan a trastornar a sus familias.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

59.- Sentí que volví a vivir cuando mi insuficiencia renal terminó.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

60.- Creo que he influido positivamente en lo que mis amigos piensan de la vida y la enfermedad.

Acuerdo () Indeciso () Desacuerdo ()

TESIS
A DE