

214
2j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**"EL AUTOCONCEPTO DEL ADOLESCENTE
CON TRANSPLANTE RENAL"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JOSEFINA CRISTINA SANCHEZ DE ITA

Director de Tesis: Dr. José de Jesús González Nuñez

MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

**Este trabajo lo dedico con especial
carifio y amor a una bella persona
quien en su breve paso por la vida
forjó en mí el sentido de ayuda
hacia los demás, y que sin el apoyo
y carifio que me brindó, hoy no
hubiera podido ver realizado uno
de mis grandes sueños.**

GRACIAS MANUEL.

A TI MAMA:

Por hacer de mí, la persona que soy.

GRACIAS MAMA.

A TI PAPA:

Porque cuando te necesite estuviste a mi lado.

GRACIAS PAPA.

A MIS HERMANOS MANUEL (Q. P. D) LUIS, OFELIA, TONÓ Y DIONI:

Por permitirme compartir con todos y cada uno de ellos experiencias inolvidables que por siempre serán el alimento de mi alma.

GRACIAS HERMANOS.

A MIS ABUELOS PEDRO Y ARTEMIA:

Porque su sencillez y honestidad hacen de ellos invaluables tesoros
que he tenido a mi lado y he podido disfrutar.

GRACIAS ABUELITOS.

A DIOS:

Por permítame vivir y poder ver realizado uno mis grandes sueños.

GRACIAS DIOS MIO.

A MIS PACIENTES:

Por enseñarme que el contacto humano es lo más valioso.

GRACIAS.

A G R A D E C I M I E N T O S

Agradezco infinitamente al Dr. José de Jesús Gonzalez Nuñez por la acertada dirección de este trabajo, pero principalmente por permitirme compartir con él experiencias que me han dado la oportunidad de conocerlo de cerca y saber la bella persona que es.

Doy las más profundas gracias a la coordinadora de la Clínica de Transplantes del Instituto Nacional de Pediatría: Psic. Leticia Escamilla Cadena, por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias clínicas, pues sin ello la culminación de este trabajo no hubiera sido posible.

Agradezco al Jefe de Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría, Dr. Samuel Zaltsman, por el apoyo que me brindó al realizar este trabajo, pero principalmente por que pude darme cuenta de que el gran amor que alberga hacia sus pacientes y su compromiso profesional, hacen de él una persona especial.

Doy las más profundas gracias a todos mis maestros que con sus enseñanzas me prepararon para ser una persona que puede aportar un granito de arena de ella misma para servir a la sociedad.

Doy las gracias a todos mis amigos, pues sus palabras de apoyo y aliento cuando las necesite fueron de gran ayuda.

A todas aquellas personas que estuvieron cerca de mí y que directa o indirectamente contribuyeron a la realización de este trabajo, mil gracias.

A ti lector, pues con tu lectura evitarás que el tiempo y esfuerzo que hay detrás de este trabajo, se olvide en los estantes de una biblioteca.

INDICE

	Pág.
1era. PARTE	
RESUMEN	
INTRODUCCION	
CAP. 1 ANTECEDENTES DE LA INSUFICIENCIA RENAL	
1.1 Definición de la Insuficiencia Renal	5
1.2 Etiología	5
1.3 Sintomatología	6
1.4 Alternativas de tratamiento	7
1.4.1 Diálisis peritoneal	7
1.4.2 Hemodiálisis	8
1.4.3 Trasplante renal	9
1.5 Cambios corporales producidos por la enfermedad renal y por los medicamentos administrados para evitar el rechazo del órgano	10
1.5.1 Inmunosupresión profiláctica en la prevención del rechazo	10
Cap. 2 EL AUTOCONCEPTO	
2.1 Definición	13
2.2 Desarrollo Psicológico y formación del autoconcepto	14
2.2.1 Margaret Mahler	14
2.2.2 Melanie Klein	17
Cap. 3 LA ADOLESCENCIA	
3.1 Características psicológicas del adolescente	22
3.1.1 Preadolescencia	22
3.1.2 Adolescencia temprana	23
3.1.3 Adolescencia propiamente dicha	25
3.1.4 Adolescencia tardía	25
3.1.5 Postadolescencia	26
3.2 Autoconcepto e imagen corporal en la adolescencia	26

	Pág.
Cap. 4 INVESTIGACIONES PREVIAS	
4.1 En México	31
4.2 En el extranjero	33
2da. PARTE	
Cap. 5 METODO	
5.1 Planteamiento del problema	38
5.2 Objetivo	38
5.3 Hipótesis	38
5.4 Determinación de variables	39
5.5 Definición de variables	39
5.6 Sujetos	42
5.7 Muestreo	42
5.8 Tipo de estudio	42
5.9 Escenario	42
5.10 Instrumento	43
5.11 Procedimiento	43
5.12 Procesamiento estadístico	44
Cap. 6 RESULTADOS	
6.1 Presentación de resultados	46
6.2 Discusión de resultados	49
6.3 Conclusiones	52
6.4 Sugerencias, alcances y limitaciones	53
ANEXOS	69
BIBLIOGRAFIA	115

RESUMEN

En el presente estudio se trabajó con 20 adolescentes con trasplante renal, en el Instituto Nacional de Pediatría. El propósito fue determinar si existe un autoconcepto deteriorado cuando el adolescente con trasplante renal presenta cambios corporales producidos por la Insuficiencia Renal Crónica y por el consumo de medicamentos para evitar el rechazo del riñón. Esto se evaluó a través de un cuestionario diseñado para el médico y otro para el adolescente, en los que se exploraron dichos cambios. Para la valoración del autoconcepto se utilizó la escala de autoconcepto de Tennessee. Posteriormente se clasificó a los adolescentes de acuerdo al número de síntomas físicos presentes, bajo dos criterios: a) el del médico y b) el del paciente formando así dos grupos: GRUPO 1: aquellos que presentaron 3 o menos síntomas y GRUPO 2: aquellos que presentaron 4 o más. Los resultados obtenidos indican que los puntajes promedios de cada subescala del test se ubican dentro de los rangos de normalidad, sin embargo, en ninguna ocasión se rebasó el promedio estándar. Así mismo, se encontró que cuando el médico realiza la evaluación de síntomas en el paciente, no se encuentran diferencias significativas entre el grupo 1 (aquellos pacientes que presentaron 3 o menos síntomas), y el grupo 2 (aquellos que presentaron 4 o más). Sin embargo, cuando el paciente se evaluó a sí mismo sí se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las subescalas de YO-FÍSICO y YO-CONDUCTUAL.

INTRODUCCION

Hasta antes de la segunda mitad del presente siglo, no existía un tratamiento definitivo para niños y adolescentes que padecían Insuficiencia Renal Crónica. Se les hospitalizaba en el servicio mientras se establecía el diagnóstico y el pronóstico que generalmente era mortal. (Korsch, 1984)

Fue hasta 1950 con la introducción de técnicas como diálisis y trasplante renal como se dio un gran paso en la esperanza de vida para estos pacientes.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es una enfermedad en la que los riñones no son capaces de mantener un equilibrio en el medio interno, produciendo un grado de intoxicación endógena permanente y potencialmente fatal. Esta intoxicación puede ceder únicamente a través de algún tipo de diálisis; o bien, mediante el trasplante renal.

Existen dos tipos de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal (crónica o ambulatoria) que se realizan dos o tres veces por semana durante 6 u 8 horas. (American Kidney Fund, 1991)

Estos tratamientos además de requerir frecuentes hospitalizaciones, son estresantes y dolorosos, que a largo plazo van resquebrajando las energías físicas y psíquicas del paciente, transformándolo en un ser con escasa energía vital. (Escamilla, 1992) Este deterioro puede evitarse mediante el trasplante renal, considerado por varios autores como la alternativa de tratamiento que ofrece un mayor grado de rehabilitación. (Fine, 1984)

Existen dos tipos de trasplante: el de donador vivo relacionado y el de donador cadavérico. El proceso consiste en obtener unos de los riñones del donador para ser colocado en la fosa ilíaca del receptor. Una de las dificultades de ser donador vivo es que debe existir compatibilidad sanguínea entre donador receptor.

Antes de realizar la cirugía es necesario hacer una evaluación integral de donador, receptor y de la familia en la que se contemple el aspecto médico, psicológico y social para determinar si existen las condiciones óptimas para un buen funcionamiento en esos tres niveles después de la cirugía.

En el Instituto Nacional de Pediatría (Cómite de trasplantes del INP, 1992) se han realizado desde 1971 hasta 1990, 124 trasplantes renales de los que 99 (78.3 %) fueron de donador vivo relacionado y sólo 25 (21.7 %) provinieron de donadores cadavéricos, por lo que en el presente estudio se trabajó únicamente con pacientes que tuvieron un trasplante de donador vivo relacionado. Sin embargo no siempre es posible realizar la cirugía y cuando esta es viable, también trae consigo complicaciones, pues el paciente tendrá que tomar medicamentos en forma permanente para evitar el rechazo de órgano.

De acuerdo con la experiencia en el Instituto, las manifestaciones clínicas en estos pacientes van a estar determinadas por signos y síntomas producidos por la enfermedad propia (IRC) y por los efectos secundarios producidos por la medicación administrada para crear una tolerancia al órgano. Ello origina problemas en el individuo, tanto en el aspecto psicológico (como depresión, trastornos de la personalidad, cuadros psicóticos, deficiencia en el aprendizaje entre otros), así como alteraciones corporales que pueden producir una baja autoestima (obesidad, acné, cara de luna llena, crecimiento exagerado de pelo en algunas zonas del cuerpo, etc.) originadas por el medicamento administrado. (Delpin, 1987)

En los niños esta obesidad suele ser interpretada por los familiares como signo de la buena salud que posee; sin embargo en la adolescencia, la presencia de estas alteraciones corporales, puede tener un importante impacto psicológico en el autoconcepto, pues en este periodo del desarrollo se presenta un aumento de consciencia de lo que se es con base en la apariencia física. El adolescente tiende a comparar su propio cuerpo con el de sus contemporáneos. (Bloss, 1975) Los prototipos culturales de belleza física ejercerán una importante influencia en la percepción que tenga de sí mismo.

Dentro del campo psicológico, el autoconcepto en adolescentes generalmente se evalúa a través de pruebas de personalidad proyectivas; o bien, mediante pruebas estructuradas.

En este trabajo la evaluación se realizó por medio de la prueba de autoconcepto de Tennessee, frecuentemente utilizada en el ámbito clínico y de investigación. Esta prueba, explora diferentes áreas del autoconcepto como YO-FÍSICO en donde se evalúa la visión que el adolescente tienen sobre su propio cuerpo, su estado de salud, y su apariencia física, aportando datos de gran relevancia clínica a los objetivos de la investigación.

En la literatura se reportan casos en los que el paciente con trasplante renal abandona el tratamiento médico, principalmente adolescentes que presentan cambios corporales producidos por los medicamentos administrados para evitar el rechazo, probablemente con el propósito de evitar dichos cambios.

Si bien existen investigaciones en las que se reportan importantes problemas de autoestima y dificultad para adaptarse a las alteraciones corporales secundarias a la terapia médica, aún no existe en el extranjero ni en nuestro país un estudio específico en el que se determine si existen problemas en el autoconcepto de adolescentes que han tenido un trasplante renal y que presentan cambios corporales producidos por la enfermedad renal y por los medicamentos administrados para evitar el rechazo de órgano, lo que constituye el principal objetivo del presente estudio.

El móvil al llevarlo a cabo es obtener información que aporte datos sobre los problemas psicológicos que sobrevienen al trasplante renal, específicamente en el área de autoconcepto, y que a futuro permita plantear modelos psicoterapéuticos específicos encaminados a obtener una reintegración biopsicosocial del paciente. Así mismo, se pretende abrir una línea de investigación hasta el momento poco estudiada, sin que ello signifique que sea de menor importancia clínica.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES DE LA INSUFICIENCIA RENAL

CAPITULO 1

ANTECEDENTES DE LA INSUFICIENCIA RENAL

El equilibrio sano de la química interna de nuestro cuerpo se debe en gran parte al trabajo de dos órganos, los riñones. Cada riñón tiene el tamaño aproximado del puño y pesa aproximadamente un tercio de libra. Estos órganos se encuentran a cada lado de la espina dorsal, a la altura de la cintura aproximadamente y su buen funcionamiento son vitales para el mantenimiento de la salud. (American kidney Fund, 1991)

Las funciones principales de los riñones son las siguientes:

- a) Eliminación de las sustancias de desecho en la sangre por un sistema interno de filtración.
- b) Regular la formación de la sangre y la producción de los glóbulos rojos.
- c) Regular la presión arterial sanguínea.
- d) Controlar el balance químico y líquido del cuerpo.

1.1 DEFINICION DE LA INSUFICIENCIA RENAL

Hay dos tipos de falla o insuficiencia: la aguda y la crónica. La Insuficiencia Renal Aguda es una pérdida de la función del riñón transitoria que a menudo puede remediarse. La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) por el contrario, es una condición permanente, ya que ha ocurrido es imposible que los riñones vuelvan a funcionar. (American Kidney Fund, 1991)

La Insuficiencia Renal Crónica o uremia, como también se conoce, significa "orina en la sangre" e implica que ciertas sustancias, que normalmente se excretan con la orina, son retenidas, produciendo un cuadro clínico que semeja una intoxicación. El síndrome urémico suele ser, sin embargo, algo más que una mera retención de tóxicos, pues pueden manifestarse una serie de procesos que no se explican fácilmente como resultado del cese de la excreción renal. (Delpin, 1987)

1.2 ETIOLOGIA

Zaltsman S. (1994), Jefe del Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría, menciona que la Insuficiencia Renal Crónica tiene una serie de períodos en los que no se manifiestan síntomas, siendo difícil de diagnosticar con anterioridad por lo que su prevención es prácticamente imposible. Es frecuente el ingreso al Servicio cuando la enfermedad se encuentra en una fase terminal y esto dificulta en el 25% de los casos esclarecer su posible etiología. (Robles de Fabre, 1985)

Algunas causas son:

1. Glomerulopatías (Síndrome nefrótico, síndrome nefrítico, hematuria, proteinuria)
2. Uropatías obstructivas
3. Malformaciones congénitas del tracto renal y urinario
4. Nefropatías hereditarias
5. Nefropatías vasculares
- 6 Nefropatías no clasificables

La Insuficiencia Renal Crónica puede deberse a problemas hereditarios, o puede ser causada por condiciones médicas prolongadas como la hipertensión o la diabetes.

Cuando el paciente presenta un grado de Insuficiencia terminal, ello indica que la función renal se ha perdido por completo y necesita ser reemplazada.

1.3 SINTOMATOLOGIA

Delpin (1987) menciona que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica atraviesan progresivamente por 4 etapas o estadios clínicos. En el primer estadio, existe una disminución de la reserva renal. Para que esta se refleje y sea detectable a través de estudios bioquímicos, debe existir un incremento en la concentración sérica de urea o creatinina, y ello implica una pérdida de por lo menos la mitad de la función renal normal. En esta etapa las funciones excretoras así como las reguladoras están bien preservadas y no hay síntomas.

El segundo estadio es el que se conoce como Insuficiencia Renal leve. Sus manifestaciones incluyen anemia leve, disminución de la capacidad de concentración de orina, entre otras.

El tercer estadio es el de la Insuficiencia Renal Franca en la cual se manifiestan la anemia severa, la hipocalcemia, la acidosis metabólica, la hiperfosfatemia, la isostenuria y la osteodistrofia renal.

El cuarto estadio es el de la Uremia, en el cual todas las consecuencias de la enfermedad renal se ponen de manifiesto haciéndose necesario el uso de algún tipo de diálisis para sostener la vida.

De acuerdo con Zaltsman S. (1994), los pacientes con IRC presentan algunas de las siguientes manifestaciones clínicas:

- Decaimiento físico, no desean hacer ni colaborar en nada.
- Pierden el apetito, se tiene una palidez extrema.
- Presentan náuseas y vómitos frecuentes.
- Aliento urémico.
- Úlceras gastrointestinales.

Existen alteraciones neurológicas pudiendo pasar de una apatía hasta llegar a crisis convulsivas, así como la Inconsciencia y el estado de coma.

También pueden presentarse alteraciones cardiovasculares como:

- Insuficiencia cardíaca.
- Inflamación aguda del pulmón.
- hipertensión arterial.

Así también se pueden presentar alteraciones en la agudeza visual, resequedad en la piel, comezón, escoriaciones y calambres en el cuerpo.

En esta enfermedad se ve notoriamente marcado el retraso en el desarrollo y el crecimiento físico.

Todas estas alteraciones son corroboradas por medio de análisis médicos, para determinar la sintomatología interna.

1.4 ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Para la elección de la técnica de tratamiento, en el Instituto Nacional de Pediatría no solo se considera la situación médica y clínica del paciente, sino que además es de suma importancia considerar factores psicológicos, sociales y económicos que amplíen las posibilidades de éxito del tratamiento.

Zaltsman S. (1994), explica que existen tres técnicas básicas de tratamiento:

- a) La diálisis peritoneal.
- b) La hemodiálisis
- c) El trasplante renal.

1.4.1 DIALISIS PERITONEAL

Existen dos tipos de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. Cualquiera de las dos modalidades requiere de la colocación de un catéter flexible de silástico, que debe ser insertado en la cavidad abdominal a través de un proceso quirúrgico. Por medio del catéter se pasa una solución de composición semejante al plasma normal. La solución permanece una o más horas, según sea el caso dentro de la cavidad, se extrae por gravedad y se reemplaza por una nueva solución para continuar depurando la sangre. Los cambios del líquido de diálisis se realizarán de 20 a 60 minutos cada vez, dependiendo de cada caso, así como de las necesidades del tratamiento de cada paciente.

Este método es considerado no muy favorable ya que la entrada y retención del líquido es molesta y a veces dolorosa.

Las complicaciones más frecuentes que se presentan durante este tratamiento son: peritonitis la cual requiere del internamiento del paciente, y provoca un estado de deterioro en el peritoneo progresivo, hasta que llega a considerarse irreversible como para continuar con la diálisis.

DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE

Esta se lleva a cabo en el hospital en días y horas alternos. El paciente tiene su catéter en forma permanente y únicamente se hacen los cambios de las bolsas de solución de diálisis. Esta técnica tiene como ventaja que el paciente se encuentra en el hospital para poder ser atendido en un momento de emergencia inesperado, además de tener una alimentación y dieta balanceada.

Sin embargo, el uso prolongado de este método conduce a la desnutrición, ya que además de extraer productos tóxicos también se extraen proteínas, aminoácidos, vitaminas, etc. Además el problema a largo plazo de las infecciones peritoneas, da lugar a una necesidad de cambio de catéter

DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA

Este procedimiento es similar al anterior, la diferencia consiste en que se realiza en casa, cuando las condiciones de higiene y autocuidado lo permiten. El niño debe dializarse efectuando sus cambios de bolsas varias veces durante el día. Se introduce el líquido de diálisis, se guarda la bolsa vacía y después se desecha. En el caso de los niños mayores esto resulta muy cómodo, ya que introducen el contenido completo de la bolsa (1 litro) a diferencia de los niños pequeños que por su tamaño sólo utilizan parte del líquido teniendo que cargar todo el tiempo con el sobrante. El ingreso a este programa exige el entrenamiento adecuado del paciente y de sus familiares, teniendo la ventaja de que reduce la dependencia hacia el hospital, pues acude únicamente al control clínico y de laboratorio. Los cuadros de peritonitis pueden ser controlados con mayor facilidad, ya que son provocados por gérmenes adquiridos extrahospitalariamente.

1.4.2 HEMODIALISIS

Es un proceso más complicado y sofisticado, ya que requiere de equipo especial, de personal altamente capacitado y de una área especial.

Consiste en extraer la sangre a través de tubos de plástico. El procedimiento se realiza durante 6 u 8 horas 3 veces por semana. El proceso es más doloroso pues para poder hemodializarse se requiere de una vía de permanente acceso vascular, generalmente se utiliza una fistula arteriovenosa interna que requiere de una cirugía menor para ser colocada.

Posteriormente la conexión con la máquina se hace picando la fistula con una aguja. De no funcionar dicha fistula, se hace necesaria la implantación de una fistula externa, que consiste en un catéter silástico, que es colocado en la mayoría de las veces subclavial (a la altura de la clavícula) Este catéter la mayoría de las veces incomoda los movimientos y actividades del paciente requiriendo de mayores cuidados.

DIALISIS PERITONEAL INTERMITENTE

Esta se lleva a cabo en el hospital en días y horas alternos. El paciente tiene su catéter en forma permanente y únicamente se hacen los cambios de las bolsas de solución de diálisis. Esta técnica tiene como ventaja que el paciente se encuentra en el hospital para poder ser atendido en un momento de emergencia inesperado, además de tener una alimentación y dieta balanceada.

Sin embargo, el uso prolongado de este método conduce a la desnutrición, ya que además de extraer productos tóxicos también se extraen proteínas, aminoácidos, vitaminas, etc. Además el problema a largo plazo de las infecciones peritoneas, da lugar a una necesidad de cambio de catéter

DIALISIS PERITONEAL AMBULATORIA

Este procedimiento es similar al anterior, la diferencia consiste en que se realiza en casa, cuando las condiciones de higiene y autocuidado lo permiten. El niño debe dializarse efectuando sus cambios de bolsas varias veces durante el día. Se introduce el líquido de diálisis, se guarda la bolsa vacía y después se desecha. En el caso de los niños mayores esto resulta muy cómodo, ya que introducen el contenido completo de la bolsa (1 litro) a diferencia de los niños pequeños que por su tamaño sólo utilizan parte del líquido teniendo que cargar todo el tiempo con el sobrante. El ingreso a este programa exige el entrenamiento adecuado del paciente y de sus familiares, teniendo la ventaja de que reduce la dependencia hacia el hospital, pues acude únicamente al control clínico y de laboratorio. Los cuadros de peritonitis pueden ser controlados con mayor facilidad, ya que son provocados por gérmenes adquiridos extrahospitalariamente.

1.4.2 HEMODIALISIS

Es un proceso más complicado y sofisticado, ya que requiere de equipo especial, de personal altamente capacitado y de una área especial.

Consiste en extraer la sangre a través de tubos de plástico. El procedimiento se realiza durante 6 u 8 horas 3 veces por semana. El proceso es más doloroso pues para poder hemodializarse se requiere de una vía de permanente acceso vascular, generalmente se utiliza una fistula arteriovenosa interna que requiere de una cirugía menor para ser colocada.

Posteriormente la conexión con la máquina se hace picando la fistula con una aguja. De no funcionar dicha fistula, se hace necesaria la implantación de una fistula externa, que consiste en un catéter silástico, que es colocado en la mayoría de las veces subclavial (a la altura de la clavícula) Este catéter la mayoría de las veces incomoda los movimientos y actividades del paciente requiriendo de mayores cuidados.

Los pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis en el Instituto Nacional de Pediatría son los que tienen mayores posibilidades de ingresar al protocolo de trasplante renal. Previamente a la cirugía, es necesario que este proceso se lleve a cabo para corregir todas las alteraciones bioquímicas que se presenten en el paciente.

1.4.3 TRASPLANTE RENAL

El trasplante renal es considerado como el método de rehabilitación más efectivo para los pacientes con I.R.C. Existen dos tipos de trasplante: el de donador vivo y el de donador cadáver.

El proceso consiste en obtener uno de los riñones del donador para ser colocado en la fosa ilíaca del receptor. Una de las dificultades de ser donador vivo es que debe existir compatibilidad sanguínea entre donador-receptor. La experiencia en el INP demuestra que generalmente existe un mayor grado de compatibilidad entre el niño y sus padres; sin embargo, cuando esto no es posible, puede ser un familiar cercano: hermano, tío etc.

Si existe compatibilidad con el tipo de sangre, se procede a efectuar los estudios de laboratorio como:

- muestra de sangre
- recolección de orina
- estudios de rayos X
- arteriografía

1.5 CAMBIOS CORPORALES PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PARA EVITAR EL RECHAZO DEL ORGANNO

Hasta antes de la segunda mitad del presente siglo no existía un tratamiento definitivo para aquellos pacientes que tenían una deficiencia renal. Se les hospitalizaba en el Servicio, mientras se establecía el diagnóstico y pronóstico que generalmente era fatal. Fue hasta 1950, con la introducción de técnicas como diálisis y transplante renal cuando se dió un gran paso en la esperanza de vida para estos pacientes. (Fine,1984)

A partir de entonces se han invertido grandes esfuerzos en la búsqueda y desarrollo de una inmunosupresión segura y efectiva. La investigación se ha prolongado por 3 décadas y aún continúa. La experiencia inicial fue desastrosa; el único medio de inmunosupresión era mediante radiación total del cuerpo. En 1959, la Inmunosupresión química se inicia cuando se describen métodos empleados en animales tratados con drogas. Murray (citado por Delpin,1987) es el primer investigador que reporta el éxito del transplante renal en seres humanos, utilizando la azatioprina y corticoesteroides, siendo en la actualidad, los agentes inmunosupresores principalmente utilizados en niños sometidos a transplante renal. (Fine,1984)

1.5.1 INMUNOSUPRESION PROFILACTICA EN LA PREVENCION DEL RECHAZO

La azatioprina (Imuran) es la droga inmunosupresora más usada en los trasplantes clínicos. El medicamento se administra en una sola dosis al día de por vida. Uno de los efectos secundarios que trae consigo es la toxicidad de la médula ósea. Los niveles de células blancas y hemoglobinas disminuirán inicialmente, y el recuento de plaquetas eventualmente también se deprime en la toxicidad severa. Así es posible encontrar anemias, trombocitopenias y leucopenias causadas por la toxicidad de la azatioprina. La leucopenia conlleva el riesgo de aumentar la susceptibilidad a infecciones en el paciente. Una complicación más de la azatioprina es el daño hepático, el cual suele aparecer como ictericia leve, aunque la variación del daño puede ser muy grande e incluso llegar a una ictericia severa. (Delpin,1987)

La toma de esteroides (prednisona y/o metilprednisona) en forma prolongada, trae consigo complicaciones las más frecuentes son la aparición cushingnoide (cara redonda, mejillas abultadas, obesidad) y la hipertensión, pero las más peligrosas son las infecciones, y las complicaciones gastrointestinales, pues conllevan una alta mortalidad. Otras complicaciones alteran el metabolismo de los lípidos, carbohidratos, proteínas, sal y agua, el sistema nervioso central, los huesos músculos, ojos, cicatrización, etc. (Delpin,1987)

Las complicaciones por administración de ciclosporina son la nefrotoxicidad, hipertensión y trastornos cosméticos. 11

Otra complicación que trae consigo la toma de medicamentos es la falta de crecimiento lineal después de un trasplante exitoso. Se desconoce el mecanismo preciso por el cual los corticoesteroides reducen el crecimiento; sin embargo, la mejoría del crecimiento después de la introducción de la TDA (Tratamiento el Días Alternos), respalda los efectos supresores del crecimiento por los corticoesteroides diarios. Fine (1984) ha encontrado que en niños en quienes se administra corticoesteroides diariamente, no hay secreción espontánea de la hormona de crecimiento y los niveles de somatomediana son bajos, en cambio, en pacientes con terapia alterna, demostró la presencia de hormona del crecimiento y concentraciones normales de somatomediana durante el día en que no se recibía medicamento esteroideo.

CAPITULO 2

EL AUTOCONCEPTO

CAPITULO 2

EL AUTOCONCEPTO

2.1 DEFINICION

El conocimiento de cómo el adolescente con trasplante renal experimenta los cambios corporales producidos por la medicación administrada para evitar el rechazo de órgano y, en qué medida ello influye en su vivir cotidiano, permite tener elementos que guíen y orienten la ayuda psicológica que se le puede ofrecer para favorecer su estado emocional y, por tanto, su calidad de vida, y aumentar las posibilidades de éxito del trasplante del órgano a nivel médico, psicológico y social.

La imagen corporal y el autoconcepto, puede ayudar a comprender los problemas del adolescente, para quien el cuerpo asume un nuevo significado.

Schoenfeld, citado por Freud A. (1969) afirma que todas las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo. Por un lado la impresión que una persona causa a los demás, y por otro, el modo en que su cuerpo se le aparece a ella misma, o sea la imagen corporal.

Fitts (1991) define el autoconcepto como la imagen que el individuo tiene de sí mismo y tiene gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y con el estado de salud mental.

Musitu y Roman citado por Oñate (1989) plantea que el autoconcepto se refiere a una identificación que el individuo hace de sus propias características y de la evaluación que hace de ellas. Se diferencia del autoestima pues en ésta última se enfatiza la valoración que la persona hace de dichas características.

La imagen corporal es definida como "la imagen que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, el modo en que lo vemos". Kolb citado por Schoenfeld (Freud A, 1969) divide la imagen corporal en dos componentes: la percepción del cuerpo y el concepto del cuerpo. La primera esta conformada por las diversas percepciones vinculadas con el cuerpo, mientras que el segundo depende de procesos psicológicos internalizados y de sensaciones internas. Todo individuo tiene una imagen mental de su propia apariencia que es algo más que una simple imagen en un espejo, y que puede o no aproximarse mucho a su apariencia real. En ese sentido, la imagen corporal, aún cuando es un fenómeno enteramente psicológico, abarca también la visión física, fisiológica y sociológica.

Los autores que han abordado el estudio del autoconcepto coinciden en señalar que el concepto que

el individuo tiene de sí mismo influye de manera importante en su forma de actuar y de comportarse. Por otro lado, se enfatiza que el autoconcepto es influido por un factor social, es el resultado de la interacción entre el individuo con el mundo. (O'ate, 1989)

Rosenberg (1975) menciona que el medio familiar es determinante en el concepto que el niño va construyendo de sí mismo, ya que desde un principio, sus padres y hermanos albergan determinados sentimientos hacia él, y es a partir de este embrión de interacción como comienza a formarse el concepto que tendrá de sí mismo.

2.2 DESARROLLO PSICOLOGICO Y FORMACION DEL AUTOCONCEPTO

El desarrollo y formación del autoconcepto ha sido estudiado desde diversas corrientes psicológicas. En este estudio se tomará como marco de referencia la postura psicoanalítica focalizada en las principales autoras de la escuela americana e inglesa. Margaret Mahler como representante de la escuela americana y Melanie Klein de la escuela inglesa.

2.2.1 MARGARET MAHLER

Mahler (1985) estudia al niño en su interacción con la madre y habla de un proceso de individuación.

Afirma que un niño puede ajustarse a la realidad como un ser plenamente individuado, hasta que cumple 4 años. Plantea que en este proceso de individuación, el niño debe atravesar por varias fases:

1) **AUTISMO NORMAL.** Abarca desde el nacimiento hasta el segundo mes. Mahler plantea que en esta fase el niño cuenta con un sistema psíquico aislado de estímulos provenientes del mundo externo y que puede satisfacer de un modo autístico sus necesidades de alimento. Las necesidades y satisfacciones, que proporciona la madre para reducir la tensión, no pueden ser aisladas ni pueden ser diferenciadas de sus propios intentos de reducción.

El pequeño no advierte que la satisfacción de sus necesidades depende de otro ser, puesto que son satisfechas en forma periódica por una madre sensible que las detecta antes de que sean mayores. Este proceso culmina con el logro de un nuevo equilibrio adaptado al medio extruterino. La catexia corporal es limitada a los procesos endógenos, entendiéndose a los órganos sensoriales para la percepción del no-yo. Por ello el bebé se va percatando de que la satisfacción de sus necesidades depende de otro ser, de una fuente externa a su yo corporal. (Mahler, 1975)

2) SIMBIOSIS. A partir del segundo mes se inicia el conocimiento confuso del objeto satisfactor, pues la figura materna no se percibe como una persona totalmente separada del infante, sino como una forma de extensión del mismo. Es un estado de indiferenciación con la madre en donde lo interno y lo externo solo empieza a sentirse gradualmente como diferentes. La peculiaridad de esta fase es la fusión alucinatoria o ilusoria onnipotente, con la representación de la figura materna; y en particular, de un límite común de los dos. Por medio del cuidado materno (yo auxiliar), el infante es sacado gradualmente de una tendencia innata a la regresión, hacia un mayor estado de alerta sensorial y al contacto con el medio ambiente (Mahler, 1985)

El estrecho contacto corporal con la madre es prerequisite para que el niño vaya reconociendo poco a poco un mundo fuera de él, una realidad externa representada por la madre. De acuerdo con la secuencias de placer y dolor se demarcan las representaciones del yo corporal dentro de la matriz simbólica, que son depositadas como la imagen corporal.

Es la imagen corporal el cambio de catexis propioceptivas hacia la catexis sensorio-perceptivas de la periferia, es una gran escalón en el desarrollo, prerequisite esencial de la formación del yo corporal.

A partir de esta vivencias proporcionadas en el marco de una relación simbólica, va formando la imagen interna de su madre, facilitando con ello el desprendimiento que debe realizarse en la siguiente fase:

3) SEPARACION-INDIVIDUACION. Esta fase va de los 8 meses a los 3 años. En este período la maduración neurológica capacita al infante para movilizarse, produciéndole un sentimientos de placer y una sensación de independencia, puesto que se va disolviendo el vínculo intenso que lo unía a su madre. Sin embargo, aún requiere de una actitud alentadora que refuercen sus logros y autonomía incipiente. (Mahler, 1975)

Mahler afirma que la separación conlleva la formación de la constancia objetal; mientras que la individuación culmina con la identidad del self. En este proceso, reconoce 4 fases:

- 1) Diferenciación: de los 6 a 10 meses se da el desarrollo de la imagen corporal.
- 2) Ejercitación locomotriz: de los 10 a 15 meses, caracterizada por la presencia de la marcha, la evocación de imágenes.
- 3) Acercamiento: De los 16 a los 24 meses, las capacidades logradas conforman la prueba de adaptación.
- 4) Consolidación de la individuación y comienzos de la constancia objetal. Se presenta la estabilización de su imagen interna y la constancia objetal como representación interna del objeto libidinal y la fusión del objeto "bueno" con el objeto "malo".

Por otro lado, González Nuñez (1990), coincide en señalar que desde un punto de vista epigenético del YO, la conducta del individuo es global; la personalidad actúa como un todo integrado; que para llegar a esa integración se ha pasado por diversas etapas o fases del desarrollo; que estas últimas no corresponden necesariamente a la edad cronológica, sino que más bien tiene su propia dificultad, su propia tarea intrapsíquica que cumplir: Sólo si se cumple adecuadamente la tarea propia de esta fase, se puede llegar a la siguiente. Se habla desde el punto de vista epigenético de procesos, no de sucesos, los sucesos se engranan a los procesos y pueden favorecer o retardar el proceso evolutivo general.

Epigenéticamente estos procesos, evolutivos por definición, se dan en una interacción necesaria entre las tareas internas a realizar y las tareas o influencias externas o ambientales que provienen de la cultura del sujeto que se encuentra en desarrollo.

Así, en el adolescente con Insuficiencia Renal Crónica se ve alterado su plan epigenético, puesto que tiene alterado el riñón, un órgano encargado de un proceso interno vital para la sobrevivencia, por tanto, dicho proceso no estará perfectamente engranado con el medio ambiente. Dado este desfase del proceso epigenético, el adolescente puede sufrir un cambio en el autoconcepto en cualquiera de las fases que Margaret Mahler señala. Difícilmente el adolescente puede quedarse instalado en la fase de autismo normal, pues se trataría de un adolescente psicótico, que aún cuando se presentan casos a nivel hospitalario, son poco frecuentes.

Sin embargo, es sumamente fácil que se instale en la fase de simbiosis, pues a pesar de que después del trasplante existen posibilidades para realizar tareas propias de su edad como estudiar, trabajar, tener amigos, ir a fiestas, hacer ejercicio, formar parte de un grupo social etc; y adquirir cierta autonomía, sus padres o hermanos limitan y restringen estas actividades puesto que lo continúan viendo como una persona desválida y enferma, que aún requiere de atención y cuidados para evitar problemas con el órgano transplantado. La permanente toma de medicamentos postquirúrgicos, refuerzan ésta concepción que albergan los padres del joven transplantado. Así, su autoconcepto seguirá siendo un autoconcepto dependiente, insuficiente, inútil e inservible.

O bien, puede quedarse instalado en algunas de las subfases del proceso de separación-individuación, por ejemplo, en la subfase de acercamiento en la que alrededor de los 18 meses el niño tiene que ir hacia la madre, tocarla y regresar a hacer lo que tienen que hacer para que se pueda percibir como un niño libre y feliz. De este forma, el adolescente con IRC puede estar necesitando, para crearse su propio autoconcepto, de que se le vea con más frecuencia, porque si no se le ve no se le escucha, el adolescente va sentirse más depresivo de lo que ya estaba y su autoconcepto va a tomar otros lineamientos.

En tal sentido, el adolescente con trasplante renal difícilmente va a cumplir adecuadamente el proceso de separación-individuación, existirá siempre una concentración mayor hacia los objetos primarios impidiendo una adecuada relación social. Estará más relacionado no tan sólo con sus padres, sino también con su propio cuerpo, con su Yo corporal, al cual ve afectado por los cambios corporales derivados de su enfermedad y de la terapia médica pre y postquirúrgica. Su Yo social se verá también alterado, pues se va a considerar una persona inadecuada en la relación social, lo que se corrobora con los reportes hechos por las madres sobre las serias dificultades de sus hijos para hacer amistades. Esto a su vez repercute directamente en su Yo personal, es decir la percepción que tiene el adolescente de su valer personal, su sentimiento de adecuación como persona se verá también en detrimento.

2.2.2 MELANIE KLEIN

Dentro de la escuela inglesa, el concepto de fantasía en la teoría Kleiniana ocupa un lugar preponderante dentro del desarrollo psicológico del niño. Para esta autora la fantasía es la expresión de los instintos, y por tanto, están presentes desde el inicio de la vida. Los percibe como buscadores de objetos, y dentro del aparato psíquico el instinto se vincula con una fantasía que lo gratifique, de este modo para cada instinto hay una fantasía (Segal, 1977).

El Yo es la estructura mental que se encarga de crear fantasías que gratifiquen impulsos instintivos requiriendo para ello un grado más complejo de organización yolca.

Segun Klein, desde el nacimiento el YO es capaz de establecer relaciones objetales primitivas en la fantasía y en la realidad. Una de las funciones de la fantasía es servir como fuga de la realidad; sin embargo, siempre existe una interacción continua y recíproca entre fantasía y realidad externa.

Para esta autora el impacto del medio ambiente sobre el desarrollo va a tener relevancia clínica en la medida que se explore cómo lo interpreta el bebé en función de sus propios instintos y fantasías. (Segal, 1977))

Otra función de la fantasía es la de servir como defensa ante la frustración proveniente de la realidad externa e interna.

Klein propone la existencia de posiciones (esquizo-paranoide y depresiva) como fases del desarrollo psicológico en el niño, en la que una no necesariamente reemplaza a la otra.

Define posición como una configuración específica de relaciones objetales, ansiedades y defensas persistentes a lo largo de la vida.

POSICION ESQUIZO-PARANOIDE

Esta autora sostiene que inicialmente el Yo está muy desorganizado, pero debido al desarrollo fisiológico y psicológico hay una tendencia a su integración. El Yo es labil e inmaduro y está expuesto

desde el nacimiento ante el conflicto instintivo de vida o muerte. Cuando el bebé se enfrenta ante la ansiedad generada por el instinto de muerte, el YO lo deflexiona, es decir, el Yo se escinde y proyecta al exterior su aspecto instintivo de muerte, depositándolo en el objeto externo original: el pecho.

Por ello el pecho llega a vivenciarse como malo y amenazante, originando un sentimiento persecutorio. De esta forma, el miedo original al instinto de muerte se transforma en un miedo persecutorio. La otra parte del instinto de muerte que queda en el YO, se transforma en agresión dirigida hacia los perseguidores.

Al mismo tiempo se establece una relación con el objeto ideal. Así como se proyecta al exterior el instinto de muerte para evitar la ansiedad de contenerlo, así también se proyecta la libido para crear un objeto que gratifique el instinto de vida. De esta forma, el Yo tiene relación con dos objetos. El objeto primario: el pecho, se escinde en dos partes: el pecho ideal y el persecutorio. (Segal, 1977)

El objeto ideal es vivenciado por el bebé como el que gratifica, el que da amor y alimento. Sin embargo, el objeto persecutorio está anclado a fantasías que son corroboradas por la realidad: es el que priva, el que produce dolor y, por tanto, el que amenaza y trata de aniquilar tanto al Yo como al objeto ideal. Este proceso genera ansiedad de tipo persecutoria o paranoide.

Así mismo el Yo desarrolla otros mecanismos de defensa para enfrentar la ansiedad de ser aniquilado: la introyección (el yo se esfuerza por introyectar lo bueno) y la proyección (proyectar lo malo). Más adelante la identificación proyectiva (el bebé se identifica con los fragmentos de objetos proyectados al exterior) la escisión, la idealización (se niegan las características indeseables del objeto proyectando en éste su propia libido) y la negación.

POSICION DEPRESIVA

En esta posición Klein (Segal, 1977) sostiene que el bebé se relaciona con objetos totales, el bebé se percata de que tanto sus experiencias buenas o malas, proceden de una sola madre y no de un pecho o madre buena o de un pecho malo o madre mala. El Yo del bebé se convierte en un Yo total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos.

Al percibir a la madre como objeto total, el bebé puede recordar en el momento en que su madre lo frustra, que es ella misma la que también gratifica, o inversamente, cuando lo gratifica puede recordar que ella misma lo ha frustrado. En este sentido el bebé se da cuenta de que él mismo ama y odia a su madre, enfrentándose así a un conflicto ambivalente. En esta posición la ansiedad surge por esta ambivalencia, y porque el bebé teme que sus impulsos destructivos lleguen a destruir al objeto amado de quien depende completamente.

En esta fase se intensifican los procesos de introyección, debido por un lado a que la proyección disminuye, y por otro a que el bebé descubre cuánto depende de su objeto, por lo que trata de poseerlo, guardarlo dentro de su propia destructividad.

La posición depresiva comienza en la fase oral del desarrollo en donde el amor provoca la necesidad de devorar. El bebé se enfrenta a la angustia de destruir no tan sólo al objeto externo, sino también al objeto bueno introyectado.

Un bebé bien integrado puede conservar su objeto bueno y malo aunque por momentos lo odia. Esta situación genera sentimientos de nostalgia y duelo por el objeto bueno al que se siente perdido y destruido. Así como culpa, una experiencia depresiva típica provocada por el sentimiento de que perdió a su objeto bueno por su propia destructividad. Esta experiencia moviliza en el bebé el deseo de reparar a su objeto u objetos destruidos por medio de sentimientos amorosos y reparatorios.

El bebé resuelve gradualmente su ansiedad depresiva y recupera externa e internamente sus objetos al reparar a sus objetos externos e internos en la realidad y en sus fantasías omnipresentes. La posición depresiva representa un adelanto crucial en el desarrollo psicológico del niño, pues se empieza a distinguir entre fantasía y realidad externa. (Segal, 1977)

La prueba de realidad, existente desde el nacimiento se refuerza significativamente en esta fase. Durante esta fase el YO se fortifica debido al crecimiento y a la acumulación de objetos buenos, introyectados en el YO y en el Super-Yo.

Desde el enfoque Kleiniano, el adolescente con daño renal tendrá una falla en su autoconcepto, debido a que sus relaciones de objeto seguirán siendo parciales, es decir, seguirá vivenciando a los demás y a la propia madre como aquella figura buena que brinda protección y seguridad dentro de una realidad que angustia y estresa; y es común encontrar que jóvenes transplantados se sobrerelacionan con la familia y difícilmente lo hacen al exterior de ésta; o bien, se relacionará con objetos malos vislumbrando a los demás como aquella figura materna que no le dio un cuerpo sano y vigoroso, sino por el contrario le dio un cuerpo defectuoso y enfermo. En ese sentido, tendrá una imagen de sí mismo devaluada, inútil, inservible.

Por otro lado, su estado de salud depende de la toma de medicamentos postquirúrgicos, corroborando y reforzando la imagen desválida, enferma e inservible que tiene de sí mismo.

La interacción madre-hijo, en la línea de estas autoras, es de suma importancia en el desarrollo de un autoconcepto sano y equilibrado. La actitud de la madre hacia su hijo dejará una huella indeleble en la imagen que éste tendrá de sí mismo. Si la madre es el espejo de su hijo, éste al verse en ese espejo, se verá siempre dañado. Así el paciente que desde temprana edad padeció Insuficiencia Renal Crónica y que lo transformó en un ser desvalido y con escasa energía vital, se le ha transmitido un

autoconcepto dañado, pues ni conciente ni inconscientemente se le pudo proyectar que su cuerpo estaba sano. El autoconcepto del adolescente es el autoconcepto visto ante su propio espejo, es decir, su propio cuerpo que está dañado por la enfermedad misma y por el medicamento consumido, y al mismo tiempo, el autoconcepto visto ante el espejo de la madre quien le habrá retroalimentado la imagen de un cuerpo dañado, alterado, inutilizado.

CAPITULO 3

LA ADOLESCENCIA

CAPITULO 3 LA ADOLESCENCIA

3.1 CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es un periodo en la vida que oscila entre la niñez y la adultez, es reconocida como una época de crisis, la cual es determinada por aspectos sociológicos y culturales. Esta etapa se caracteriza por la maduración de funciones y la aparición de nuevas sensaciones psicológicas. (González, Romero, De Tavira, 1993)

Los brotes de crecimiento en relación con la altura, el peso, la musculatura y el desarrollo de características sexuales primarias y secundarias puede estar acompañado por importantes estados emocionales. Como resultado de los cambios físicos que se experimentan, se presenta un incremento de la conciencia de la autoimagen. Los prototipos culturales de belleza física influirán de manera importante en la percepción que el joven tenga de sí mismo. Estos cambios físicos son tan marcados y visibles, que el adolescente tiende a comparar su propio desarrollo corporal con el de sus contemporáneos. (Bloss, 1975)

El adolescente que ya no es un niño pero tampoco es un adulto, y al que se le exige que se comporte a veces como niño y a veces como adulto, tiene mucho trabajo biológico, intrapsíquico y social que desarrollar. Este proceso de la existencia obliga al Yo a realizar una difícil tarea de integración. Se presenta un resurgimiento de las energías psicosexuales; el Yo debe dominar los primitivos conflictos infantiles y unificarlos dentro de las funciones de la personalidad adulta. (González et al, 1993)

Para Bloss citado por González et al. (1993) no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino etapas evolutivas, y cada una es indispensable para la madurez de la siguiente.

3.1.1 PREADOLESCENCIA

Se presenta un aumento cuantitativo de la presión instintiva acumulándose energía psíquica (catexis) indiscriminada de todas aquellas metas libidinales y agresivas de gratificación que han servido al niño en sus primeros años. El preadolescente, no puede distinguir un nuevo objeto amoroso ni una nueva meta instintiva. Cualquier experiencia puede convertirse en un estímulo sexual. Existe una socialización de la culpa a través del líder (González, Padilla, Alvarez, et al, 1990). Ello tienen como función compartir la culpa para evitar un conflicto con el Super Yo, un Super Yo reprobatorio, que es enfrentado por el Yo a través de mecanismos de defensa. Una defensa psicológica empleada es la represión (mecanismo a través del cual las percepciones e ideas

dolorosas para la conciencia permanecen en el inconciente, sin perder su dinamismo). Así mismo se emplean otros mecanismos como la formación reactiva (inversión del rasgo original) y desplazamiento (mecanismo mediante el cual se traslada el afecto de un objeto o idea a otro). Estos mecanismos permiten al joven desarrollar capacidades e intereses que son aprobados socialmente y adoptar actitudes compensatorias, conductas compulsivas y pensamientos obsesivos para aliviar su angustia. (González et al, 1993) Así mismo, le permiten enfrentar todos los afectos que se movilizan por el gran temor de regresar, como en la infancia, a depender oral y analmente de la madre, tanto en el aspecto dependiente de coraje, como en el aspecto dependiente de amor y ternura.(González et al, 1990)

Los muchachos son hostiles con las muchachas, las atacan, tratan de evitarlas y se vuelven presumidos y burlescos. Con ello intentan ocultar la angustia que les produce cualquier mujer, como desplazamiento de la figura materna, para luego sentirse culpables y tratar de reparar. La angustia de castración reaparece con profundo temor inconsciente a las emociones ambivalentes que se tuvieron a la madre en el período preedípico, lo que lleva a recurrir a ciertos ritos de iniciación para abandonar las gratificaciones pregenitales infantiles y superar la envidia por la mujer conduciéndolos a llevarse con compañeros del mismo sexo. Pueden aparecer como síntomas transitorios los miedos, las fobias, los tics. a la vez que aparece la angustia ante un episodio homosexual también transitorio, propio de esta fase.

Las muchachas se comportan como "marimachas", lo cual es una manifestación del conflicto de la envidia del pene, que es el conflicto central de la joven preadolescente dirigiéndose en forma más directa hacia el sexo opuesto.

En esta fase el joven debe renunciar totalmente a sus deseos de seguir siendo un niño, dependiendo del vínculo materno y debe completar la tarea del período edípico. (González et al, 1993)

Desde el punto de vista externo, el preadolescente va a intentar iniciar su independencia familiar. Esta independencia se logra hasta el momento en que no se hace necesaria la tutela de los padres, sin embargo, ello no significa que el hijo sea indiferente a ellos, sino que la verdadera adultez a la que quiere llegar implica que ama a sus padres. Para el logro de esa independencia familiar, los padres, y en especial la madre puesto que con ella es el conflicto central, tienen que cooperar. Esa ayuda debe ser sobretudo en la comprensión afectiva que se tenga de los problemas del adolescente.(González et al, 1990)

3.1.2 ADOLESCENCIA TEMPRANA

En esta etapa se buscan objetos libidinales extrafamiliares, iniciándose la separación definitiva de

las ligas objetales tempranas. Una característica de esta etapa es la falta de catexis en los objetos de amor incestuosos, lo cual provoca que la libido flote libremente, buscando en dónde "acomodarse". Esta falta de catexis se debe a la debilidad del Superyo constituido por la internalización de los padres al resolverse el conflicto edípico, pero el adolescente se separa en esta etapa de ellos.

Así, esta ausencia de catexis comprende también las representaciones de objeto y los valores morales internalizados. Esta debilidad del Super Yo da lugar a que el Yo se debilite y pierda control, sobre todos los afectos y la motilidad, incluso del intelecto porque ya no puede depender de la autoridad del Super Yo. (González et al, 1993)

Existe un episodio bisexual transitorio de tipo inconsciente, situación que le angustia y que el muchacho niega, incluso de avergüenza de poseer tales fantasías bisexuales.

En esta edad los valores morales y las normas de conducta han adquirido cierta independencia, se han hecho sintónicos con el Yo y operan parcialmente dentro del mismo. Esta debilidad del Yo provoca en el adolescente un sentimiento de vacío y de tormento interno. La intensidad con que viva la separación de sus objetos tempranos estará en función no tan sólo del aumento y variación de la tensión instintiva, sino también de la capacidad del Yo para enfrentarse a la angustia consecuente.

La pérdida de interés en esta etapa por los objetos familiares, produce que sus amigos adquieran una enorme importancia. La elección del objeto en esta etapa es de tipo narcisista. El joven necesita poseer objetos a los cuales pueda admirar y amar (idealizar) y sobre todo que estén fuera del ámbito familiar. Ello conduce, según Freud citado por González et al. (1993), a la formación del ideal del Yo y, por tanto, se internaliza una relación de objetos, que de otra forma podría conducir a una homosexualidad latente o manifiesta. El ideal del Yo como formación psíquica dentro del Yo, no sólo remueve al Super Yo de la posición tan segura que hasta ahora poseía, sino que también absorbe la libido narcisista y homosexual. Cuando el ideal del Yo no se forma, la tendencia sexual se presenta a manera de perversión.

Se promueve la identificación con el padre del mismo sexo. Es decir, los afectos tiernos y agresivos, las sensaciones de dependencia e independencia tenidos hacia la madre en la etapa anterior, ahora se resuelven en parte poniendo el afecto en el padre, el propio adolescente se ayuda a salir de ese periodo bisexual y queda preparado para el siguiente. (González et al, 1990)

En la adolescencia temprana, las fantasías masturbatorias neutralizan la angustia de castración. Así mismo se presenta una ruptura de las relaciones objetales primarias. Ello se explica porque hay una erotización e idealización de la amistad. Posteriormente al consumarse el ideal del Yo, hay una frustración, ya que el amigo idealizado se convierte en una persona "normal" cuando el ideal del Yo se establece independiente del mundo externo.

La declinación de la tendencia bisexual marca la entrada a la adolescencia.

3.1.3 ADOLESCENCIA PROPIAMENTE DICHA

Esta etapa culmina la formación de la identidad sexual. Se hace una completa renuncia a los objetos incestuosos y se abandonan la posición bisexual, permitiendo la orientación hacia un objeto heterosexual, que da la probabilidad de lograr una nueva meta impulsiva: la reproducción. La vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes: los deseos edípicos, sus afectos resurgen, es decir, los celos, la envidia y la culpa reaparecen, y los conflictos internos sobre la identidad alcanzan su máximo desarrollo. (González et al, 1990)

En esta fase se acentúa el empobrecimiento del Yo, producido por el abandono de los objetos primarios y la sustitución por nuevos objetos amorosos.

La libido retirada del padre internalizado por identificación conduce al varón a una elección narcisista de objeto amoroso, elección basada en el Yo Ideal.

Esta retirada de catexis del objeto hacia el self, provoca en el adolescente un aumento en el narcisismo. Pueden aparecer afectivamente como muy egocéntricos y ensimismados. Si sobrevalora mucho su self, aumenta la autopercepción a expensas de la percepción de la realidad; desarrolla una sensibilidad extraordinaria, experimenta un gran alejamiento de los objetos familiares de la infancia; llega a la sensación de soledad. Ante la percepción de independencia biológica, psicológica y social se deprime. Sin embargo, este período narcisista tiene aspectos positivos para el desarrollo emocional del adolescente: favorece la identidad y la separación, favorece la independencia y esta el servicio progresivo del adolescente. (González et al, 1990)

Mientras se desarrollan en el adolescente los principios inhibidores de control que orientan hacia la realidad sus deseos, acciones, pensamientos y valores, éste oscila entre la impulsividad y el control yoico. Para que esto suceda se hace necesario que tales principios se hayan desligado de los objetos de amor y odio que los provocaron inicialmente. El establecimiento de la organización adulta de los impulsos supone una renuncia a los objetos de amor primarios y el encuentro de nuevos objetos.

3.1.4 ADOLESCENCIA TARDIA

De acuerdo con González et al (1990), en esta fase existirá una mayor unificación entre los procesos afectivos, volitivos y de acción, es una fase en la que se jerarquizan y se consolidan los siguientes cambios:

- a) Se hace un acomodo jerárquico de los intereses del Yo.
- b) Se cristaliza una posición sexual irreversible bajo la fórmula genital heterosexual.
- c) La estabilización de recursos mentales yoicos que de manera automática salvaguardan la identidad.

d) Un acomodo jerárquico de los afectos de acuerdo con la identidad lograda.

En esta fase las diferencias individuales afectivas se ven a simple vista, ya que la tolerancia al conflicto y a la ansiedad y la tolerancia a las descargas, matizan la fuerza y la cualidad individual.

Con esas características individuales reconocibles, la adolescencia tardía se caracteriza también por el esfuerzo del Yo para lograr una mayor integración de diversos fenómenos como el trabajo, el amor y la afirmación de una ideología.

Otra característica predominante de la adolescencia tardía es no tanto la resolución de los conflictos instintivos, sino lo incompleto de la solución; y muy importante resulta la función restauradora afectiva, ya con más consistencia y constancia que en épocas anteriores de la adolescencia.

3.1.5 POSTADOLESCENCIA

Representa el paso final de la adolescencia donde la aceptación y la resistencia a las identificaciones se fortalecen.

Las ligaduras sexuales infantiles tienen que desvincularse definitivamente de los objetos incestuosos y ligarse a nuevos objetos que, aunque no sean verdaderamente nuevos en el sentido genético y dinámico, sí lo son en la realidad.

Junto con este proceso, ocurre una aceptación o afirmación de las instituciones sociales y de la tradición cultural en la que los aspectos componentes de la influencia parental se convierten en inmorales, por llamarlos así. Quedan así establecidos los afectos y las actitudes ambivalentes o unívocas hacia las instituciones o tradiciones. Es la integración superyoica de los afectos la que se logra en esta etapa.

Así, la persona queda al fin integrada en esta etapa de la adolescencia a su rol social, a la estabilidad de un enamoramiento y la decisión del matrimonio, que se completa con su disposición hacia la paternidad, así como una sublimación que se orienta sobre todo a través de su vocación y ocupación. (González et al, 1990)

3.2 AUTOCONCEPTO E IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA

En la adolescencia se presenta una toma de conciencia por parte del joven de lo que es él mismo, ello se debe a los cambios físicos radicales que tienen lugar en ella, la creciente introspección, el énfasis que pone el grupo social en los rasgos físicos, así como también a la tendencia del muchacho por cotejarse con normas de origen cultural. (Bloss, 1975)

Los rápidos cambios en la adolescencia imponen una revisión de la imagen corporal en el preciso momento en que el joven se halla sumergido dentro de una agitación afectiva, de tal suerte que hasta

el adolescente normal siente a menudo que su cuerpo es algo extraño a él y se preocupa demasiado comparándose con sus compañeros.

Un motivo común de inquietud es la adecuación del desarrollo sexual. Cuando este es atípico en relación con las normas de la subcultura del grupo al cual pertenece el adolescente, sea por la estatura, la configuración, la ausencia de busto o de la menarca en las niñas, el busto marcado o el pene pequeño en los varones, se registra una pérdida de la autoestima, se tiene una humillante conciencia de sí mismo, y se efectúan adaptaciones más o menos malas debido a la perturbación de la imagen corporal. (Freud A. et al, 1969)

Las perturbaciones de la imagen corporal se pueden manifestar en una directa preocupación por el aspecto y el funcionamiento físico y en una variedad de pautas de conducta y adaptaciones inaceptables, en la ansiedad y en la depresión. La compleja constelación de elementos físicos, psicológicos y sociales que determinan la estructura de la imagen corporal tanto en el nivel consciente como en el inconsciente puede ser evaluada mediante la anamnesis, diversos inventarios, el interrogatorio directo y los tests psicológicos.

La estructura de la imagen corporal, de acuerdo con Freud A. et al (1969), está determinada por:

1) La percepción subjetiva del aspecto físico y la capacidad funcional. Generalmente, la imagen corporal cambia lentamente durante la niñez y la preadolescencia. Las alteraciones graduales de la apariencia y el peso son fácilmente asimiladas dentro de la imagen dominante que tiene el niño de su propio cuerpo. Sin embargo, al llegar la adolescencia el ritmo del cambio se acelera enormemente. Curran y Frosch citado por Shoenfeld (Freud A. et al, 1969) afirman que en esta fase surge la necesidad de una reconstrucción radical de la imagen corporal durante la adolescencia, debido a los rápidos cambios que tienen lugar en la pubertad en cuanto al tamaño, las proporciones y las características sexuales primarias y secundarias. En la adolescencia el cuerpo adquiere un nuevo valor, de manera que las anomalías que ya estaban presentes en la niñez asumen una nueva significación. Durante la pubertad el crecimiento tiende a ser discordante, es decir, los cambios físicos asociados con el desarrollo sexual no tienen lugar siempre al mismo tiempo. Los varones que experimentan una adolescencia "demorada" asociada a una deficiencia de estatura, obesidad, carencia de desarrollo muscular y características sexuales secundarias inadecuadas, pueden interpretarlo como evidencia de una falta de virilidad, mientras que un retardo en la menarca y el escaso tamaño de los pechos suscitan en la joven una similar inquietud respecto a su aptitud sexual. La obesidad y defectos menores en el aspecto físico, tales como el tamaño o la forma de la nariz o las orejas, la textura del cabello y particularidades cutáneas, pueden convertirse en factores importantes en el desequilibrio de la personalidad. Los adolescentes piensan que ser diferentes,

equivale a ser inferiores. Incongruencias notorias en el desarrollo sexual, como la ginecomastia, o el eunuquismo, o defectos congénitos tales como el pseudohermafroditismo tiene consecuencias particularmente nocivas.

En el varón los rasgos decisivos son la altura, la fuerza y el desarrollo muscular, la longitud del pene, la presencia de los testículos y el hirsutismo. En la joven es la menarca, el tamaño de los pechos y el desarrollo de la cadera los rasgos típicos de la identidad femenina.

Stolz y Stolz citados por Shoenfeld (Freud A. et al, 1969) comprobaron que el 7.5 % de un grupo de 83 adolescentes normales se mostraban perturbados por su baja estatura, y el 13 % de 83 muchachas se preocupaban por su elevada estatura.

2) Factores psicológicos internalizados. Los adolescentes que carecieron de una relativa estabilidad cuando niños como resultado de perturbaciones de relación con sus padres, y tuvieron problemas en el desarrollo de su personalidad, con frecuencia no logran elaborar un sano marco de referencia para el concepto del yo y tienen dificultades para enfrentar exigencias sociales, escolares o vocacionales en la adolescencia. Cuanto más ineficaces fueron sus adaptaciones en la primera fase de la niñez, peores serán sus adaptaciones a los cambios físicos normales de la adolescencia. Las experiencias afectivas anteriores influyen sobre las observaciones y las interpretaciones que hace el individuo. La imagen corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo. Tiene aspectos conscientes e inconscientes.

Todo adolescente necesita tener una sensación de su propio valor, y cualquier cosa que lo haga sentir inadecuado o inferior puede conducir alguna clase de reacción defensiva. Shoenfeld citado por Freud A. (1969) plantea que los problemas surgidos durante la segunda década de la vida son ocasionadas frecuentemente por una incorrecta reacción ante la sensación de ser diferentes.. Para un joven ser diferente significa habitualmente ser inferior.

3) Factores sociológicos. En el curso del desarrollo del individuo se ve sometido a una gran variedad de presiones por parte de su ambiente, y aprende a adaptarse a ellas. Tanto las presiones como la adaptación tienen lugar en un medio social, de manera que la persona es objeto a la vez de las reacciones de los demás y de sus evaluaciones, y a partir de ello puede alterar su conducta o reafirmarla.

La actitud de los padres o sus sustitutos deja una huella indeleble en el concepto que tiene el niño de sí mismo, de su cuerpo y de las funciones de éste. Desde la primera infancia la madre expresa su actitud hacia el niño en la forma en que lo sostiene, lo alimenta, lo toca y lo cuida. Más tarde expresa también verbalmente su aprobación o desaprobación.

La forma en que el niño evalúa su cuerpo refleja los valores de quienes lo atienden. Los niños

aceptados por su familia habitualmente no sobrestiman ni subestiman a sus cuerpos. En cambio, cuando el niño siente que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes lo rodean, con frecuencia llega a menospreciarse. Las familias que tienden a enfatizar la significación del aspecto y funcionamiento físico inculcan a menudo a los hijos una sobrevaloración de la seguridad que ofrece la "belleza física" o la "musculatura". Los adolescentes que cimentan de ese modo su seguridad están menos dispuestos a aceptar cualquier desviación en la configuración corporal o adaptarse a ella, que aquellos a quienes su familia les ha enseñado a respetar el carácter único de cada individuo.

Bajo este contexto, el adolescente con trasplante renal tendrá una falla en el autoconcepto, debido a que su cuerpo no funciona bien, pues depende de un medicamento para que así sea, además los cambios corporales derivados de la medicación administrada lo convierten en un ser diferente a los demás, lo que para él equivale, de acuerdo con Shoefeld, a ser inferior. La imagen que tendrá de sí mismo será una imagen devaluada, inutilizada, inservible, y su estima por tanto, estará también dañada. Lo que explica los estados depresivos frecuentemente reportados por sus madres.

CAPITULO 4

INVESTIGACIONES PREVIAS

CAPITULO 4

INVESTIGACIONES PREVIAS

4.1 EN MEXICO

Los adelantos científicos y tecnológicos han despertado gran interés entre los miembros de la comunidad científica, así como también del público en general. Desde el punto de vista científico, el trasplante de órganos puede ser considerado como un magnífico avance, especialmente en medicina pediátrica.

Si bien es cierto que a partir de la implementación de técnicas de tratamiento médico para abordar la Insuficiencia Renal Crónica (diálisis y trasplante renal) los alcances han sido significativos, también es cierto que la historia de los trasplantes es corta, comienza a partir de 1950, y por tanto también es un terreno en el que la investigación comienza, principalmente en lo que respecta al área psicológica. Existe poca investigación en nuestro país sobre el tópico abordado en el presente estudio, sin embargo, los estudios realizados hasta el momento abren un camino largo el cual se ha comenzado apenas a recorrer.

Blum y G. Paniagua (1989) realizaron un estudio en el que abordaron la problemática psicosocial en niños con enfermedad crónica, en sus familias y en el equipo asistencial (1980-83), así como la aplicación y el resultado del modelo "abordaje pluridimensional" diseñado para atender dicha problemática (1982-1988).

Estudiaron a 35 niños de ambos sexos con edades comprendidas entre los 5 y los 17 años, todos ellos con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica.

Los métodos utilizados fueron observaciones conductuales, entrevistas clínicas, pruebas proyectivas, registros y análisis de sesiones de psicoterapia (grupales, individuales, familiares) y de las sesiones de formación Balint.

Los resultados son presentados dando respuesta a preguntas de investigación previamente planteadas.

A la pregunta de ¿Qué repercusiones tiene sobre el psiquismo y la personalidad del niño la enfermedad crónica? los autores encontraron que existían manifestaciones como anorexia grave, pasividad y dependencia, inactividad física, pérdida del injerto por abandono de la medicación

inmunosupresora entre otras, que desde un punto de vista diagnóstico, correspondían a un síndrome depresivo acompañado de un estado crónico de angustia y una regresión global de la personalidad en el 40 % de los casos de tipo severo.

Eilo lo explicaron, desde un enfoque psicoanalítico en el que la patología era resultado, por un lado, del daño corporal primario y de las múltiples experiencias traumáticas que acompañaban a la enfermedad (pérdidas, terapias dolorosas y amenazas de muerte).

Este conjunto de hechos, afirman, fue la fuente generadora de una intensa angustia y ruptura del sentimiento de identidad. El daño corporal masivo y los cambios físicos consecuentes (Internos y externos) produjeron distorsiones del esquema e imagen corporal de los pacientes.

Así mismo, encontraron que las múltiples pérdidas yoicas, objetales y narcisistas sufridas tales como: escuela, amigos, capacidades, logros alcanzados y expectativas futuras lesionaron la representación de sí mismos y la autoestima de los niños, generándoles sentimientos de tristeza, apatía, inferioridad y culpa, culpas que se sumaban, que los hacía sentirse aún más devaluados y malos, a odiar y a odiarse, a autoagredirse y/o buscar el castigo en múltiples formas: no comiendo, no cumpliendo las indicaciones terapéuticas.

Las relaciones interpersonales eran marcadamente regresivas, dependientes y cargadas de gran ambivalencia (amor, odio).

Los autores encontraron que el Yo de los niños estaba empobrecido y disponía de escasos recursos y mecanismos para defenderse de la persecución interna y para adaptarse a la difícil y agresiva realidad externa.

Otra pregunta de estudio a la que dieron respuesta fue el tipo y/o intensidad de las repercusiones psicológicas en relación con edad, personalidad previa y medio familiar. Encontraron que las repercusiones psicológicas de la enfermedad resultaban más intensas y graves en los niños más pequeños. La historia y personalidad previa de cada paciente (por ejemplo enfermedades, o muertes familiares, situaciones traumáticas anteriores) no fueron específicamente evaluadas.

El factor socioeconómico, la pobreza, se encontró que influye en la problemática de los pacientes, pues aumentaba aún más su preocupación y culpa por haberse transformado en una carga económica para sus familias.

Los autores concluyen que "la conflictiva intrapsíquica puede originar en forma directa y/o indirecta alteraciones físicas en los pacientes tales como detección tardía de las señales de alarma de la enfermedad, mayor desnutrición, agravamiento por "descuidos" e incumplimientos. Así también concluyen que si un paciente permanece pasivo, deprimido, angustiado, sin poder aprender ni progresar psicológicamente el paciente ha sobrevivido pero jamás se ha rehabilitado.

4.2 EN EL EXTRANJERO

En la literatura extranjera se reportan casos en los que el paciente con trasplante renal abandona el tratamiento médico, principalmente adolescentes que presentan cambios corporales producidos por la enfermedad misma y por los medicamentos administrados para evitar el rechazo del órgano.

Bernstein (1971) realizó un estudio con 38 niños que se les había practicado un trasplante renal. Dividió a su población en dos grupos: niños jóvenes (con una edad de 6 a 11 años) y adolescentes (12 a 18). El periodo postoperatorio osciló de 2 meses a 6.8 años. El procedimiento consistió en evaluaciones psiquiátricas regulares complementadas con pruebas.

Los resultados indican que el área de mayor preocupación después del egreso del hospital fue la reintegración del niño al seno familiar quien había estado crónicamente enfermo y ahora regresaba con movilidad y vigor renovados. La mayor parte de las veces la familia trataba al niño o al adolescente con cuidados extremos, aún cuando sabían que el niño se encontraba funcionando bien.

Los padres se mostraban temerosos de cometer errores que pudieran perjudicar el órgano y adoptaban actitudes de restricción excesiva para con el niño, o bien de inseguridad y permisividad extrema.

Los hermanos por su parte comenzaban a reclamar a la atención de los padres, haciéndolos sentir culpables por la sobreprotección hacia el niño transplantado.

El regreso a la escuela constituyó un periodo de angustia y estrés. Se presentaron dificultades para adaptar su autoconcepto fuera del círculo familiar. Esto sucedió particularmente en aquellos niños quienes debido al consumo de medicamentos inmunosupresores presentaron una apariencia cushingnoide u otras manifestaciones. Así mismo se presentaron problemas de identidad, problemas en la imagen corporal, sentimientos de inferioridad o de ser diferentes prevalecieron.

Korch y cols. (1978) evaluaron a 14 pacientes (13 de ellos adolescentes) quienes interrumpieron su tratamiento inmunosupresivo después del trasplante. Doce de ellos fueron mujeres y dos de ellos varones. Se aplicaron tests psicológicos de personalidad y entrevistas semi-estructuradas.

Los resultados encontrados demuestran la persistencia de problemas de personalidad relacionados con baja autoestima y pobre ajuste social. Cuando se les preguntó a los adolescentes por qué habían interrumpido la toma del medicamento, los pacientes ofrecieron varias respuestas. Entre las adolescentes se encontró un resentimiento hacia los problemas faciales consecuentes del medicamento esteroideo. Algunas de ellas afirmaron que su apariencia era repugnante y que les causaba tales problemas en las relaciones sociales que "no valdría la pena continuar haciéndolo".

Otros pacientes mostraron resentimiento hacia su dependencia al tratamiento médico y pensaron que podían engañar al médico, a sus padres y a la sociedad. No hubo indicadores de que estos casos de transgresión hubieran sido "pequeños suicidios". Sin embargo, uno de los pacientes de esta muestra al que se le habían detectado alteraciones psiquiátricas antes del trasplante intentó suicidarse por otros medios durante el período postrasplante.

Los autores concluyen que las experiencias relacionadas al tratamiento de la enfermedad renal, son particularmente estresantes para los adolescentes, especialmente adolescentes mujeres y que aunado a la combinación de la personalidad vulnerable y el rechazo del órgano ocurrido durante el período crítico de la adolescencia, puede conducir a una severa inadaptación y por tanto, transgresión a las prescripciones médicas

Laupacis y cols. (1993) diseñaron un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida de pacientes con trasplante renal. Crearon una lista de reactivos que fueron evaluados por 50 receptores de órgano, cuando el reactivo era identificado como muy importante, se cuestionaba al paciente sobre el grado de importancia en una escala que oscilaba entre 1 (minimamente importante) a 5 (extremadamente importante) El cuestionario consistió en 25 preguntas que abarcaban 5 dimensiones: 1) Síntomas físicos, 2) Fatiga, 3) Incertidumbre o miedo, 4) Apariencia y 5) emociones. La confiabilidad estadística que se obtuvo en dicho cuestionario fue alta (oscilo de 0.82 a 0.91) para las 5 dimensiones. Los puntajes de todas las dimensiones mejoraron cuando se aplicó el R-test 6 meses después del trasplante, excepto en el área de apariencia.

Los autores presentan los reactivos que con mayor frecuencia resultaban relevantes para los pacientes:

1. Protección del órgano
2. Miedo o pánico de rechazar el órgano.
3. Incremento en el crecimiento de pelo
4. Bajos niveles de energía
5. Pereza
6. Sobreprotección familiar o de otros
7. Incremento en el apetito
3. Efectos colaterales del medicamento
9. Excesiva ganancia de peso
10. Debilidad
11. Incremento en el cansancio

12. Incertidumbre sobre el futuro
13. Poca fuerza
14. Disminución de la sexualidad
15. Preocupación
16. Carencia de empleo o sin ocupación.
17. Sueño
18. Caminar durante la noche
19. Problemas para conciliar el sueño
20. Irritabilidad o dificultad para llevarse bien con los otros

Se presentan los reactivos correspondientes a cada dimensión:

SINTOMAS FISICOS

Se incluyeron 6 reactivos relacionados a esta area.

FATIGA

- Decremento de energia
- Pereza
- Debilidad
- Incremento en el cansancio
- Fuerza debilitada

INCERTIDUMBRE O MIEDO

- Sobreprotección al trasplante
- Miedo o pánico relacionado al rechazo del órgano
- Incertidumbre hacia el futuro
- Preocupación

APARIENCIA

- Excesivo crecimiento de pelo
- Excesivo apetito
- Excesivo peso
- Acné

ESFERA EMOCIONAL

- Irritabilidad, dificultad para llevarse bien con los demás
- Depresión
- Ansiedad
- Frustración
- Preocupación
- Impaciencia

CAPITULO 5

METODO

CAPITULO 5

METODO

5.1 PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La experiencia clínica en el área de trasplante renal, demuestra que la cirugía es revestida por profundos sentimientos de esperanza e incertidumbre. Es vivenciado como un momento mágico, por lo que tanto el receptor como el donador y la familia suelen anhelarlo e idealizarlo. (Escamilla, 1992)

Desafortunadamente la historia de los trasplantes de órganos es corta, en la que se han invertido grandes esfuerzos en la búsqueda y desarrollo de una inmunosupresión segura y efectiva. Estos esfuerzos se han prolongado durante 3 décadas y la investigación aún continúa. (Deipin, 1987)

Actualmente se estudia como aminorar los efectos secundarios del medicamento administrado para evitar el rechazo de órgano. Mientras tanto, resulta urgente crear modelos de trabajo psicoterapéuticos, cuyo objetivo principal sea reducir el impacto psicológico que puede traer consigo el desarrollo de cambios corporales originados por la terapia médica postquirúrgica, particularmente en el adolescente transplantado pues en diversas investigaciones se plantea mayor problema en esta edad.

A pesar de que en diferentes investigaciones se reportan problemas como pobre autoestima, dificultad para adaptarse a dichos cambios corporales, no existe en el extranjero ni en nuestro país investigaciones dentro del ámbito psicológico en las que se explore como se encuentra el autoconcepto del adolescente que ha sido transplantado del riñón y que presenta cambios en su cuerpo originados tanto por la enfermedad renal padecida, como por el tratamiento medicamentoso postquirúrgico administrado para crear una tolerancia al órgano y evitar así su rechazo. En tal sentido la pregunta que surge es ¿ Existe un autoconcepto deteriorado en el adolescente con trasplante renal cuando presenta cambios corporales producidos por la enfermedad renal y por la terapia medicamentosa para evitar el rechazo de órgano?.

5.2 OBJETIVO

Determinar el autoconcepto del adolescente con trasplante renal.

5.3 HIPOTESIS

Existe un autoconcepto deteriorado en el adolescente con trasplante renal que presenta cambios corporales producidos por la enfermedad previa y por el tratamiento medicamentoso postquirúrgico.

5.4 DETERMINACION DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

CAMBIOS CORPORALES PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL PREVIA Y POR EL TRATAMIENTO MEDICO POSTQUIRURGICO PARA EVITAR EL RECHAZO DE ORGANOS

VARIABLE DEPENDIENTE:

- AUTOCONCEPTO

5.5 DEFINICION DE VARIABLES

CAMBIOS CORPORALES PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL PREVIA Y POR EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO ADMINISTRADO PARA EVITAR EL RECHAZO DE ORGANOS:

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO

DEFINICION CONCEPTUAL: "Existe cuando no se alcanza la estatura ni el peso esperados." (Dorland, 1981)

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido por el médico y paciente.

(0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

OBESIDAD

DEFINICION CONCEPTUAL: "Excesiva acumulación de grasa en el cuerpo, con el consiguiente aumento de peso más allá de los requerimientos esqueléticos y físicos." (Dorland, 1981)

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido por el médico y paciente.

(0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

CARA DE LUNA LLENA

DEFINICION CONCEPTUAL: "Parte anterior de la cabeza que se extiende desde la frente hasta el mentón y que su forma es redondeada observada en el maxiloma y en el Síndrome de Cushing." (Dorland, 1981)

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido por el médico y paciente.

(0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

ACNE

DEFINICION CONCEPTUAL: "Dermatosis caracterizada por la retención de la glándula sebácea y alteraciones de tipo inflamatorio en la glándula." (Dorland,1981)

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido por el médico y paciente.

(0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

HIPERTRICOSIS

DEFINICION CONCEPTUAL: "Crecimiento exagerado de pelo en el lóbulo de la oreja y región parotídea. También ocurre en la cabeza, brazos, labios superiores, áreas periauriculares de la cara y especialmente de las cejas." (Dorland,1981)

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido por el médico y paciente.

(0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

ANEMIA

DEFINICION CONCEPTUAL:"Literalmente, falta de sangre, clínicamente disminución de la masa de sangre o de algunos de sus componentes, especialmente corpúsculos rojos o hemoglobina." (Diccionario de ciencias médicas,1980)

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido por el médico y paciente.

(0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

TROMBOCITOPENIA

DEFINICION CONCEPTUAL:"Disminución del número de plaquetas." (Diccionario de ciencias médicas,1980)

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido por el médico y paciente.

(0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

DISFUNCION HEPATICA

DEFINICION CONCEPTUAL: "Deficiencia funcional en la capacidad hepática (depuración, metabolismo) con o sin acompañamiento de ictericia." (Diccionario de ciencias médicas,1980)

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido por el médico y paciente.

(0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

LEUCOPENIA

DEFINICION CONCEPTUAL: "Reducción del número de leucocitos, por debajo de 5000." (Diccionario de ciencias médicas,1980)

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido por el médico y paciente.

(0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

HIPERTENSION

DEFINICION CONCEPTUAL: "Aumento del tono o tensión en general, especialmente aumento de la presión vascular o sanguínea." (Diccionario de las ciencias médicas, 1980)

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido por el médico y paciente.

(0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

AUTOCONCEPTO

DEFINICION CONCEPTUAL: "Es la imagen que el individuo tiene de sí mismo y tiene gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y con el estado de salud mental" (Fitts, 1968).

DEFINICION OPERACIONAL: Puntaje obtenido en la escala de autoconcepto de Tennessee.

5.6 SUJETOS

Se trabajó con 20 adolescentes. Todos ellos con una edad que osciló entre 12 a 20 años y tuvieron un trasplante renal (de donador vivo relacionado) y continuaban acudiendo a consulta externa en el Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría.

5.7 MUESTREO

El tipo de muestreo para la elección de los sujetos de estudio fue no probabilístico e incidental, pues no se realizó al azar y se eligieron a los pacientes en términos de acceso o incidencia al Servicio. Así mismo fue dirigida pues se seleccionaron con criterios de inclusión establecidos:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Adolescentes de 12 a 20 años.
- Haber sido transplantados del riñón en el INP.
- El período postoperatorio debió oscilar entre 1 hasta 5 años.
- Estar bajo tratamiento medicamentoso.
- De sexo masculino o femenino.
- Tener una escolaridad mínima de primaria.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Que se haya presentado rechazo crónico del órgano.

5.8 TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo no experimental o ex post facto, pues no es posible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos (Kerlinger, 1985). Es clínico pues se pretende generar conocimientos sobre procesos que afectan al ser humano con una metodología específica. Es descriptivo pues se estudia una sola población. Es transversal, cada variable se mide una sola vez. Es prospectivo pues la información se recabó en el futuro.

5.9 ESCENARIO

La evaluación se llevó a cabo en el cubículo de la Clínica de Transplantes en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Infantil del Instituto Nacional de Pediatría.

5.10 INSTRUMENTO

Para medir la variable independiente, es decir, los cambios corporales, la evaluación se realizó bajo dos criterios (el del médico y el del paciente) diseñando dos cuestionarios: uno para el médico tratante y otro para el paciente, en los que se evaluaba la presencia o ausencia de cambios corporales producidos por la enfermedad renal y por la medicación administrada para evitar el rechazo de órgano y en el caso del cuestionario dirigido al paciente, se exploró también el agrado o desagrado que ello produce. (Ver anexo 1 y 2).

Para evaluar la variable dependiente, es decir, el autoconcepto, se aplicó la escala de Tennessee. Consiste en 100 afirmaciones (Ver anexo 3) que el sujeto contesta para describir la imagen que tiene de sí mismo. La escala se autoadministra y se aplica en forma grupal o individual. Puede emplearse en personas que tengan de 12 años en adelante. La escala se encuentra disponible en dos formas: una para orientación y otra forma clínica y de investigación, siendo ésta última la que se empleó en la evaluación. Las diferencias en las formas se centran en la calificación y en los perfiles. La mayoría de las personas contestan la escala de 10 a 20 minutos. En el anexo 4 se presentan el perfil de calificación empleado.

5.11 PROCEDIMIENTO

Para detectar a los pacientes con trasplante renal, se acudió al Servicio de Nefrología del Instituto Nacional de Pediatría para solicitar a su médico tratante que valorara y contestara un formato en el que indicaran la presencia o ausencia de las manifestaciones clínicas (cambios corporales) en el adolescente que acudía a su cita de seguimiento médico. (ver anexo 1)

Así mismo, se pidió que hecho lo anterior lo refiriera a la Clínica de Trasplantes del Departamento de Psiquiatría y Psicología del Instituto para efectuar una valoración psicológica.

Previamente se solicitó al padre, madre o tutor, consentimiento por escrito para que su hijo participara en la valoración, que constaría de una sola sesión y la cual no tendría ningún costo. (Ver anexo 5)

Posteriormente se platicó con el adolescente y una vez creado un clima de cordialidad y confianza se le invitó a contestar el Test de Autoconcepto de Tennessee, explicando la forma de responder y aclarando las dudas que surgieran conforme respondía. Finalmente se le pedía que diera respuesta a un cuestionario, tratando de ser honesto en sus respuestas. Terminada la evaluación, se platicaba nuevamente con la madre, el padre o el tutor proporcionando información sobre la posible creación de un grupo de apoyo para adolescentes con trasplante renal en donde se pretendía ofrecer apoyo y orientación ante las dificultades que podrían presentarse después de que egresaban del hospital. En tal sentido se creó un directorio con los pacientes evaluados para establecer contacto en cuanto se terminara el estudio.

Una vez calificadas las pruebas y el cuestionario se hizo un vaclado de datos en los formatos presentados en los anexos 6 y 7.

5. 12 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

Una vez terminada la fase de aplicación del instrumento psicológico empleado en la investigación, se calificaron las pruebas convirtiendo los puntajes naturales obtenidos en cada subescala, a puntajes T's para llevar a cabo el análisis estadístico realizando los siguientes pasos:

Se clasificó a los sujetos de acuerdo al número de síntomas físicos presentes, bajo dos criterios: a) el del médico, quien evaluaba mediante un cuestionario (ver anexo 4) la presencia o ausencia de síntomas físicos en el paciente en el momento de la consulta y b) el del paciente, quien través de un cuestionario (ver anexo 3) evaluaba la presencia o ausencia de síntomas físicos de acuerdo a su propia percepción Así, cada sujeto obtuvo dos evaluaciones de su número de síntomas: la del médico y la suya propia.

Con los datos obtenidos se formaron dos grupos de acuerdo al número de síntomas que se evaluaron; procedimiento que se hizo dos veces, una con la evaluación del médico y otra con la evaluación del paciente. De este modo, de acuerdo al número de síntomas se separaron dos grupos: cuando el paciente se autoevaluó se formó un grupo con sujetos que presentaban menos de 3 síntomas (Grupo 1, formado por 13 sujetos) y otro grupo, con 4 o más síntomas (Grupo 2, constituido por 7 sujetos). Cuando el médico realizó la valoración, de igual manera se clasificó a los sujetos de acuerdo al número de síntomas presentes: un grupo con pacientes que presentaban 3 o menos síntomas (Grupo 1, formado por 9) y otro grupo con 4 o más síntomas (Grupo 2, constituido por 11 sujetos).

Estos grupos se compararon a través de un ANOVA para dos grupos independientes, comparando las medias de los puntajes obtenidos en cada subescala de test de Tennessee expresados en puntaje T. La razón para utilizar esta prueba estadística se justifica si se considera que existían variables medidas en una escala de intervalo o razón, hay más de 5 sujetos por grupo y la distribución de los datos es normal. (Yamane, 1974)

CAPITULO 6

RESULTADOS

6.1 PRESENTACION DE RESULTADOS

De acuerdo a los datos obtenidos, las características de la muestra de estudio son las siguientes:

Como se puede observar en la figura 1, de los 20 adolescentes con transplante renal con los cuales se llevo a cabo la investigación, el 65% (13) fueron del sexo masculino y el 35% (7) del sexo femenino.

En cuanto a su escolaridad el 70 % (14) se encuentra cursando secundaria, el 15% (3) técnica o equivalente, el 10% (2) Preparatoria y el 5% (1) Primaria. (Ver figura 2)

Con respecto a su ocupación el 85% (17) son estudiantes, el 10% (2) no tienen ninguna, mientras que el 5% (1) se encuentra laborando. (Ver figura 3)

Como se puede observar en la figura 4, el 45% (9) radican en provincia, el 35% (7) en el Distrito Federal, y el 20% (4) residen en el Estado de México.

En la figura 5 se puede apreciar que en el 65 % de los casos (13) los jóvenes pertenecieron a un nivel socioeconómico bajo, en el 25 % (5) a un nivel bajo medio y el 10 % (2) a un nivel medio de acuerdo al estudio socioeconómico realizado por el departamento de Trabajo Social del Servicio de Nefrología del Instituto.

En la figura 6 se puede apreciar que el 80% (16) de los jóvenes con transplante renal han estado bajo tratamiento medicamentoso de 6 meses a 3 años, el 10% (2) de 4 a 5 años y el 10% (2) tienen más de 5 años.

Con respecto al familiar que donó el órgano, se puede observar en la figura 7 que en el 55% (11) de los casos se trato de la madre, en el 20% (4) de una hermana, en el 15% (3) del padre y en el 10% (2) de un hermano.

En la figura 8 se puede apreciar que en la mayoría de los casos (13) el padecimiento se inicia en la fase de adolescencia. Así, en solo un caso se inicia a los 5 años, en un caso a los 8, en 3 casos a los 9 años, en un caso a los 10, en un caso a los 11, en 2 casos a los 12, en 2 casos a los 13, en 3 casos a los 14, en 2 casos a los 15 y finalmente en 4 casos la enfermedad se inicia a los 16 años de edad. Así mismo se puede observar la edad que tenía cada paciente cuando se le practicó el trasplante, así como la duración de la enfermedad renal en cada uno de ellos que en promedio fue de un año seis meses.

En la figura 9 se presenta el dispersigrama de las medias de los puntajes T's obtenidos de cada subescala, en donde se puede observar que en todos los casos se encuentran por debajo de la media standar ($T=50$). Así, en la subescala de IDENTIDAD se obtuvo una media de 44.95, en AUTOSATISFACCION se obtuvo una media de 44.90, en CONDUCTA se obtuvo una media de 49.30, en el área de YO-FISICO fue de 46.50, en el área de YO ETICO-MORAL fue de 47.65. En YO-PERSONAL de 46.95, en YO-FAMILIAR fue de 48.15, en YO-SOCIAL fue de 42.60 y finalmente en AUTOCRITICA fue de 47.50 (Ver cuadro A)

En el dispersigrama presentado en la figura 10 se puede observar que cuando el médico evaluó los síntomas físicos presentes en el paciente en el momento de la consulta, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 1 (formado por 9 pacientes que presentaron 3 o menos síntomas) y el grupo 2 (constituido por 11 pacientes que presentaron 4 o más síntomas). Por otro lado, las medias de cada subescala del test son puntajes superiores en el grupo 2, con respecto al grupo 1. Para el grupo 1 en la subescala de IDENTIDAD se obtuvo una media de 42, mientras que en el grupo 2 fue de 47.36. En el área de AUTOSATISFACCION se obtuvo una media en el grupo 1 de 42.22, mientras que en el grupo dos fue de 45.45, en el área de CONDUCTA se obtuvo una media de 52.77 para el grupo 1, mientras que para el grupo 2 fue de 46.45. En el área de YO-FISICO se obtuvo una media de 46.66 para el grupo 1, mientras que para el grupo 2 fue de 46.36. En el área de YO-ETICO MORAL se obtuvo una media de 46.66 para el grupo 1 mientras que para el grupo 2 fue de 48.45. En el área de YO-PERSONAL se obtuvo una media de 46.66 para el grupo 1, mientras que para el grupo 2 fue de 47.18. En el área de YO-FAMILIAR se obtuvo una media de 48.77 para el grupo 1 mientras que para el grupo 2 fue de 47.63. En el área de YO-SOCIAL se obtuvo una media de 41.77 para el grupo 1, mientras que para el grupo 2 fue de 43.27. Finalmente para el área de AUTOCRITICA se obtuvo una media de 44.22 para el grupo 1 mientras que para el grupo 2 fue de 49.36. (Ver cuadro B)

En la figura 11 se puede apreciar que cuando el paciente se autoevaluó los síntomas físicos presentes, se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la subescala de CONDUCTA [$F(1,18)=4.829$; $P=0.04$], así como en la subescala de YO-FISICO [$F(1,18)=11.388$; $P=0.003$]. Por otro lado, las medias de cada subescala del Test de Autoconcepto de Tennessee son puntajes superiores en el grupo de pacientes que presentan 3 síntomas o menos (grupo 1, formado por 13 pacientes) con respecto a aquellos que presentan 4 síntomas o más (grupo 2, formado por 7 pacientes). En la subescala de IDENTIDAD en el grupo 1 se obtuvo una media de 46.61, mientras que para el grupo 2 fue de 41.85. En AUTOSATISFACCION el grupo 1 obtuvo una media de 46.23, mientras que para el grupo 2 se obtuvo una media de 42.42. En la subescala de CONDUCTA el grupo 1 obtuvo una media de 51.15, mientras que en el grupo 2 fue de 44. En el área de YO-FISICO, el grupo 1 obtuvo una media de 51 y el grupo 2 de 38.14. En la subescala de YO-ETICO MORAL, el grupo 1 obtuvo una media de 47.38, mientras que en el grupo 2 fue de 48.14. En YO-PERSONAL, el grupo 1 obtuvo una media de 48.3, mientras que en el grupo 2 fue de 44.42. En el área de YO-FAMILIAR, el grupo 1 obtuvo una media de 48.92, mientras que en el grupo 2 fue de 46.71. En el área de YO-SOCIAL, el grupo 1 obtuvo una media de 43.38, mientras que en el grupo 2 fue de 41.14 y finalmente en la subescala de AUTOCRITICA, el grupo 1 obtuvo una media de 47.3 y el grupo 2 de 46.57. (Ver cuadro C)

En el cuadro D se presentan las frecuencias y porcentajes en que se presentan los síntomas cuando el médico hace la valoración y cuando el paciente se evalúa a sí mismo.

Se puede observar que la anemia, trombocitopenia, disfunción hepática, leucopenia y la hipertensión aún cuando se consideran consecuentes del tratamiento medicamentoso administrado para la prevención del rechazo renal, su frecuencia de aparición en la muestra estudiada fue muy baja; tanto en la evaluación realizada por el médico como por el paciente.

6.2 DISCUSION DE RESULTADOS

Las medias de los puntajes T's obtenidos en cada área del test de autoconcepto de Tennessee se encontraron por debajo de la media standart (50), lo que sugiere que aún cuando el puntaje puede indicar un autoconcepto que se encuentra dentro de los parámetros normales, es un puntaje bajo, que en ninguna ocasión rebasó el puntaje promedio esperado, lo que podría indicar de acuerdo con Schoenfeld, citado por Freud A. (1969) que el autoconcepto del adolescente con trasplante renal va a estar influido por la configuración y funcionamiento de su propio cuerpo. El adolescente ha sido transplantado del riñón porque ha tenido una falla en un órgano vital para su sobrevivencia, lo cual ha ocasionado por un lado, un crecimiento físico deficiente y por otro, el desarrollo de cambios en su cuerpo, secundarios a la ingesta de medicamentos administrados para evitar que rechace el órgano. En este sentido la impresión que él mismo causa a los demás, y por otro la impresión que su cuerpo le causa a sí mismo, estará determinada por su propia autopercepción, que en este caso será poco valorada, dado este aspecto disfuncional de su cuerpo y el deterioro consecuente.

Por otra parte, la formación del autoconcepto, de acuerdo a las teorías psicoanalíticas revisadas, se forma desde que el niño nace y empieza a interactuar con su madre, quien es la que retroalimentará y transmitirá mensajes (conscientes e inconscientes) a su hijo acerca de lo que para ella, éste está representando. Sin embargo, los resultados encontrados indican que en el grupo estudiado, la edad en que se inició la enfermedad fue en el 95 % de los casos (10), a partir de los 8 años o más tarde, excepto en un caso en el que se inició a los 5 años. De acuerdo con los planteamientos teóricos de Margaret Mahler y Melanie Klein sobre el desarrollo psicológico y formación del autoconcepto, los adolescentes que se estudiaron ya tenían un autoconcepto formado y estructurado a partir de las primeras experiencias tempranas entre él y su madre. El promedio obtenido en cada una de las subescalas, fue un puntaje bajo, sin embargo, se encuentra dentro de los rangos de normalidad, lo que puede ser indicador de un autoconcepto que se sitúa dentro de la categoría normal bajo, y que el deterioro se produjo después de haberse organizado y estructurado dicho autoconcepto, pues los adolescentes inician la enfermedad en la fase de latencia, en proceso de entrar a la prepubertad, en la pubertad, y en la fase inicial de la adolescencia. Bajo ese orden de ideas se puede inferir que los problemas de autoconcepto no serán de tipo severo.

Otra posible explicación al por qué las medias poblacionales de cada subescala se ubican por debajo de la media standart es que el promedio de tiempo de duración de la enfermedad fue de un año seis meses, lo que sugiere que la Insuficiencia Renal como enfermedad crónica, de acuerdo con Blum y Paniagua (1989), trae consigo repercusiones sobre el psiquismo y personalidad del paciente. Dichas repercusiones generan un síndrome depresivo acompañado de un estado de angustia y una regresión global de la personalidad, que en el 40 % de los casos que estudiaron, eran de tipo severo. Afirman que ello es debido al daño corporal primario a las múltiples experiencias traumáticas que acompañan a la enfermedad (pérdidas, terapias dolorosas y la constante amenaza de muerte) Reportan que este daño corporal masivo y los cambios físicos consecuentes, producen alteraciones del esquema e imagen corporal.

Por otro lado, cuando el médico evaluó la presencia o ausencia de manifestaciones clínicas (producto de la ingesta de esteroides para evitar el rechazo renal y por la enfermedad misma), no se encontraron diferencias significativas entre el grupo 1 (aquellos que presentaron 3 o menos síntomas) y el grupo 2 (aquellos que presentaron 4 o más). Contrariamente a los resultados esperados, los síntomas asociados a la ingesta de esteroides para evitar el rechazo renal no se relacionaron con el autoconcepto, es decir, los adolescentes transplantados que presentaron 4 o mas síntomas obtuvieron un mejor puntaje en la mayoría de las subescalas del test de Tennessee (en 7) en relación a aquellos que presentaron 3 o menos. Ello probablemente se deba a que el autoconcepto fue evaluado a través de un test que lo explora en forma general y que es el que se forma a partir de las primeras experiencias tempranas con la madre y en donde el factor socioambiental tiene gran peso. Independientemente de si fue un autoconcepto bien estructurado, es un autoconcepto que evolucionó y que en el momento en que se desarrollo la enfermedad probablemente se deterioró significativamente sobre todo cuando el paciente ingreso a la fase de hemodiálisis, la cual es una alternativa de tratamiento que mantiene con vida al paciente hasta que se transplante. Es una etapa del tratamiento de la enfermedad renal, en la que existen múltiples repercusiones psicológicas; además de ansiedad, depresión, regresiones estructurales, etc. es una etapa en la que ocurren muchas pérdidas (como perder la salud, perder el funcionamiento del riñón, amigos, escuela, diversiones, logros), trae consigo un deterioro psicológico significativo en el que las defensas psíquicas se desgastan de tal forma, que es común entrar a la sala de hemodiálisis y observar a niños tristes, deprimidos y con escasa energía vital. Probablemente después del

transplante, este deterioro psicológico que repercute también en las áreas de autoconcepto exista, y se pudo detectar en los puntajes promedios obtenidos, que aun cuando se encuentran dentro de los rangos de normalidad, en ninguna ocasión rebasaron el promedio estándar. Existe un deterioro en este aspecto de la personalidad, pero es un deterioro que probablemente no es equiparable al que se puede dar en la fase de hemodiálisis.

Por otra parte, cuando el paciente se autoevalúa, si se encontraron diferencias significativas entre el grupo 1 (aquellos que presentaron 3 o menos síntomas) y el grupo 2 (aquellos que presentaron 4 o más), es decir, los síntomas asociados a la ingesta de esteroides para evitar el rechazo renal están relacionados con el autoconcepto: los adolescentes con transplante renal que presentaron un menor número de síntomas, obtuvieron promedios más elevados en la mayoría de las subescalas (en 7) encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, específicamente en la subescala de YO-FÍSICO y YO-CONDUCTUAL, probablemente debido, de acuerdo con Bloss (1975) a que en la adolescencia se presenta una toma de conciencia de la autoimagen, así como un ajuste o deterioro a nivel psicológico generados no tan sólo por los cambios corporales que acompañan a la pubertad y la adolescencia, sino en esta situación en particular también a los que son producto de la ingesta de esteroides consumidos para no rechazar el órgano. Aquellos que presentaron un mayor número de síntomas obtuvieron puntajes más bajos que aquellos que presentaron menos, pues su propia percepción va a estar determinada por la representación que tengan de su cuerpo y del buen funcionamiento de éste.

6.3 CONCLUSIONES

Las conclusiones que se obtienen del presente estudio son las siguientes:

1. Si se acepta la hipótesis de trabajo planteada, es decir, cuando el adolescente transplantado se evalúa a sí mismo cambios en su cuerpo, sí existe una asociación entre los cambios corporales producidos por la enfermedad misma y por la ingesta de esteroides para evitar el rechazo renal y entre su autoconcepto. Las áreas del autoconcepto que se ven vulneradas son el área de YO-FISICO y YO-CONDUCTUAL.
2. No se acepta la hipótesis de trabajo planteada cuando el médico tratante evalúa los cambios corporales presentes en el paciente, no existe asociación entre estos cambios producidos por la enfermedad misma y por el consumo de medicamentos para evitar el rechazo renal y el autoconcepto del adolescente.
3. Los adolescentes con trasplante renal presentan un autoconcepto que se ubica, de acuerdo a las medias poblacionales de cada subescala evaluada, dentro de los rangos de normalidad. Sin embargo es un puntaje bajo que en ninguna ocasión rebasó el promedio estándar.
4. Cuando el adolescente desarrolló la enfermedad renal, su autoconcepto ya estaba formado y estructurado, en función de la interacción y experiencias que tuvo con su madre desde temprana edad.
5. El deterioro psicológico en las áreas de autoconcepto de YO-FISICO y YO-CONDUCTUAL no es equiparable al daño que se pudo haber producido si la enfermedad se hubiera iniciado en los años tempranos en los que se estructura la personalidad.
6. El daño psicológico encontrado en el autoconcepto del adolescente con trasplante renal, no es equiparable al que se pudo haber presentado cuando el paciente atravesó la fase de hemodiálisis, mientras esperaba la fecha de trasplante.

6.4 SUGERENCIAS ALCANCES Y LIMITACIONES

Uno de los propósitos al realizar el presente estudio fue llamar la atención de investigadores de diferentes disciplinas para explorar un campo nuevo en nuestro país, que evidentemente confirma el importante avance científico y tecnológico dentro del área de medicina pediátrica, pero que como todo campo nuevo, requiere ser arduamente estudiado, para que a la luz de investigaciones se puedan crear modelos de trabajo específicos, muchos de ellos con propósitos preventivos encaminados a obtener un éxito del trasplante del órgano en el paciente, tanto a nivel médico, psicológico y social.

Los resultados encontrados indican la necesidad de hacer futuras investigaciones y estudios comparativos en los que se indague cómo es el autoconcepto de pacientes que atraviesan la fase de hemodiálisis y si existen diferencias significativas con aquellos que ya han sido transplantados.

Al analizar los resultados del presente estudio, surgió la clara necesidad de contar con pruebas psicológicas que evalúen aspectos psicológicos específicos, en este caso de autoconcepto, y que sean construidas de acuerdo a necesidades clínicas muy particulares.

Se sugiere que si en futuros estudios se requiere de la participación y cooperación de médicos, sean médicos que no hayan tenido contacto con el paciente, pues durante las evaluaciones médicas se pudo detectar que en varios casos, existía ya un lazo afectivo entre el médico y su paciente, pues eran varios años en que el adolescente acudía a consulta externa postquirúrgica, e inevitablemente se había establecido ya una relación afectiva, lo que probablemente podría disminuir la objetividad de la participación del médico.

Se considera que dentro de los alcances obtenidos es el haber llamado la atención de médicos adscritos, sobre la necesidad de hacer investigación con el fin de obtener datos sobre lo que sucede en el paciente postransplantado; así como haber logrado su participación en un estudio de corte psicológico.

Una importante limitación al llevar a cabo la investigación, fue el descubrir que el índice de mortalidad en pacientes con trasplante renal, así como la deserción al tratamiento médico postquirúrgico, es muy alta y ello produjo que el tiempo para reunir la muestra aumentara considerablemente.

Por otro lado, se considera que el presente trabajo abre apenas una pequeña brecha de un largo camino que apenas empieza a recorrerse y que los esfuerzos de profesionales dedicados a la atención del paciente con enfermedad renal, deben conjuntarse para poder ofrecer una atención integral al paciente y aumentar las posibilidades de éxito del trasplante del órgano en el aspecto médico, psicológico y social.

SEXO

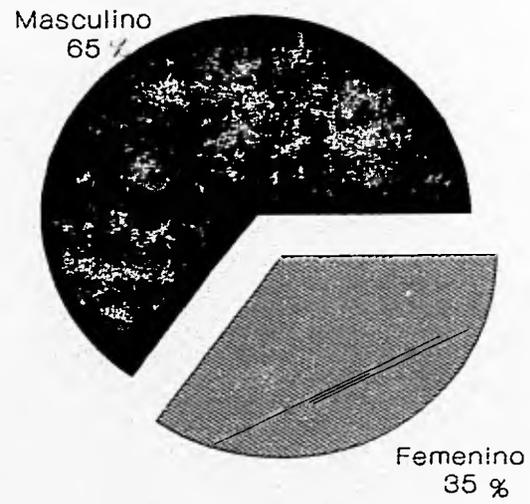


Figura No. 1

ESCOLARIDAD

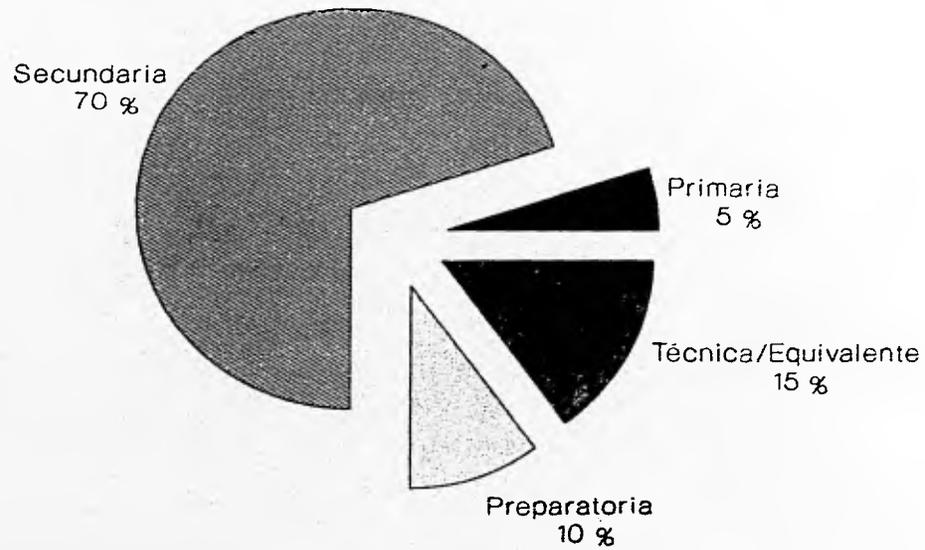


Figura No. 2

OCUPACION

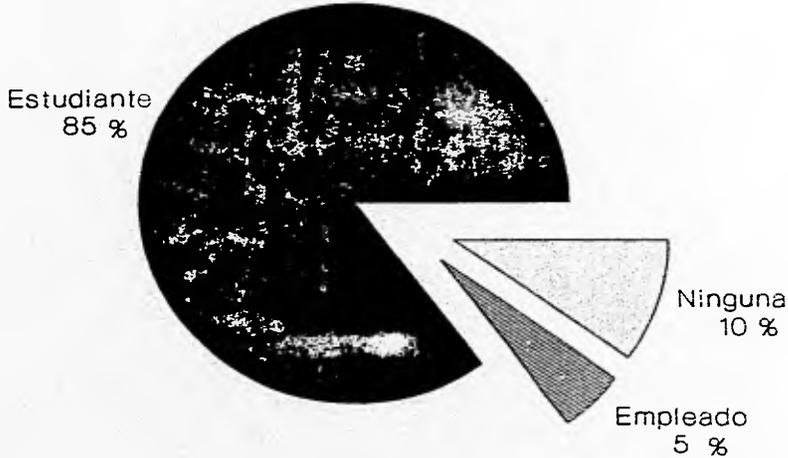


Figura No. 3

LUGAR DE RESIDENCIA

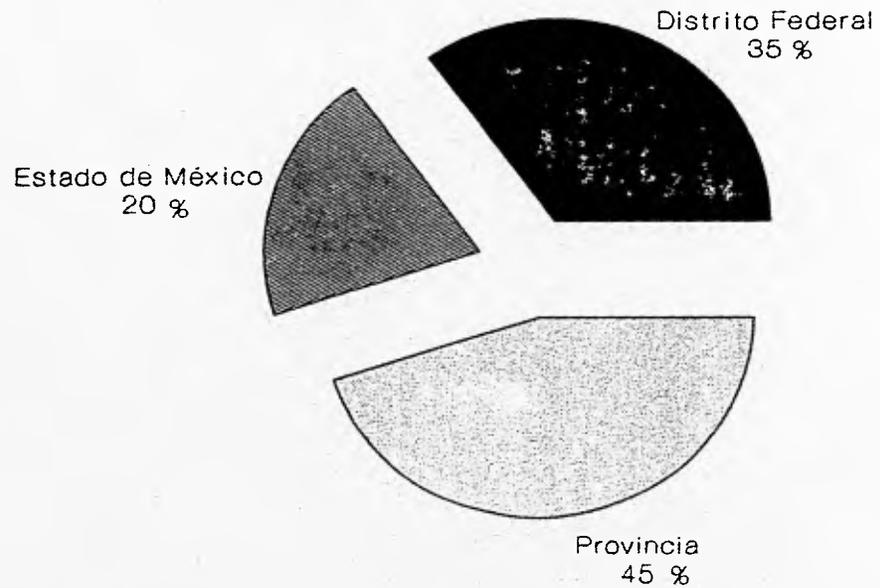


Figura No. 4

NIVEL SOCIOECONOMICO

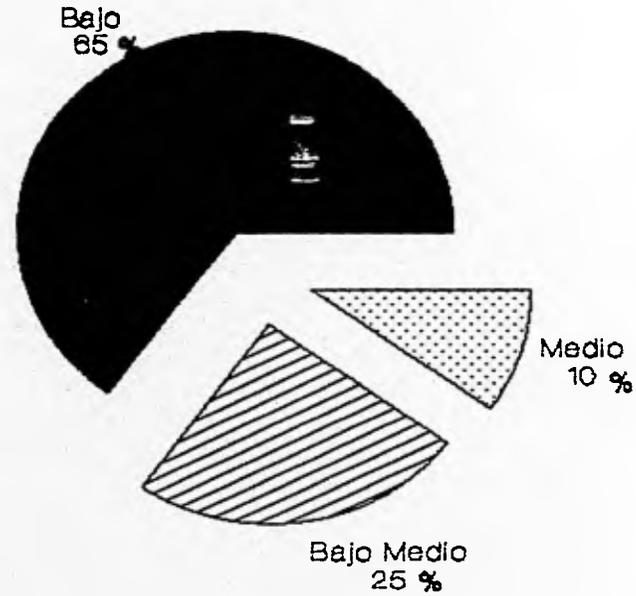


Figura No. 5

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICO POSTQUIRURGICO

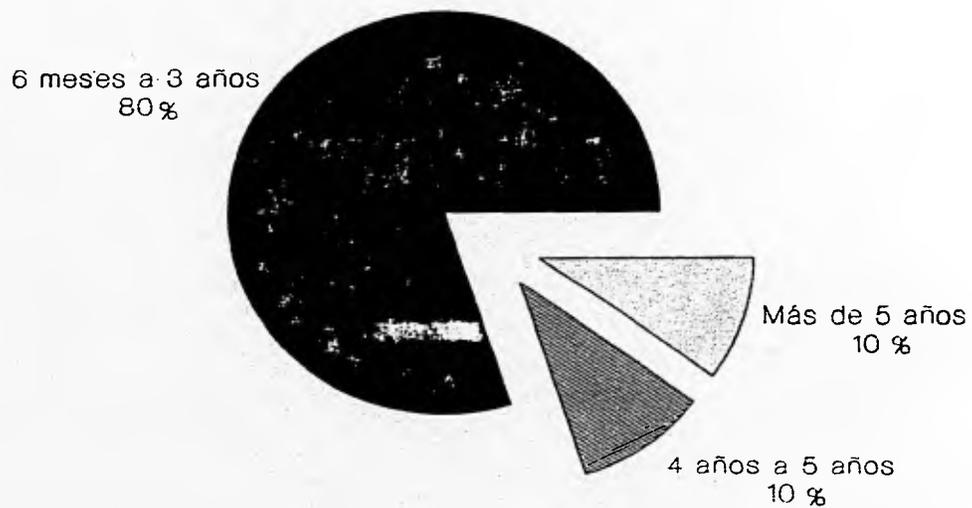


Figura No. 6

DONADOR

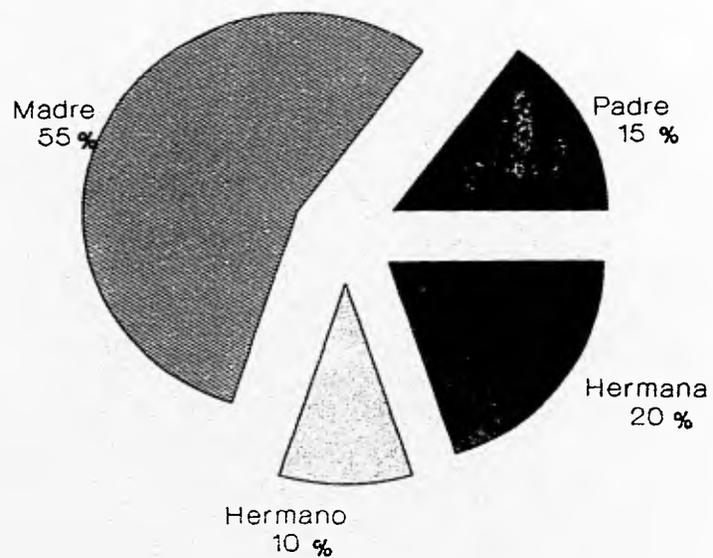


Figura No. 7

Edad de Inicio del Padecimiento y Edad del Trasplante

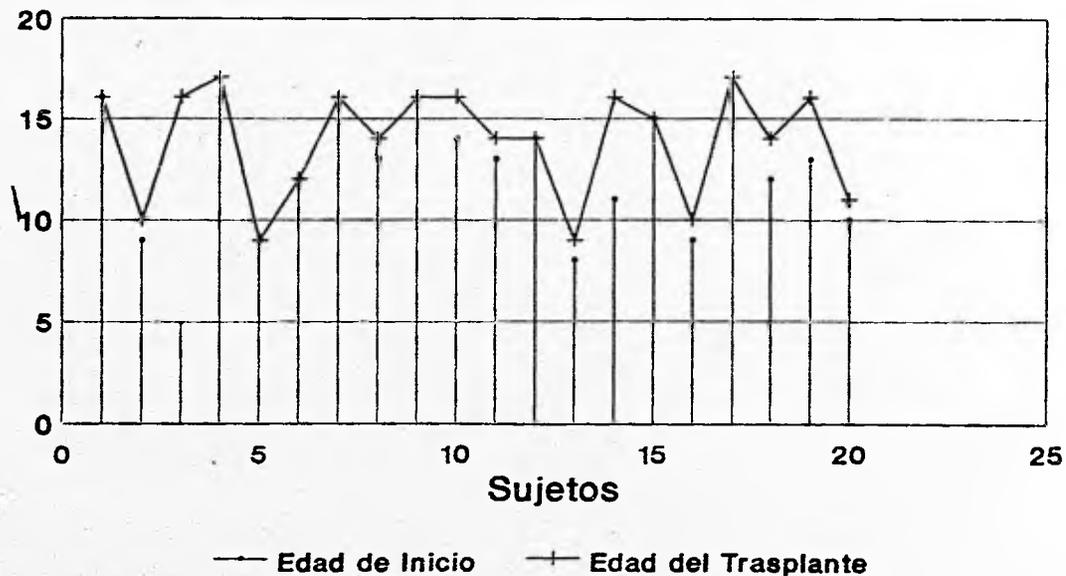


Figura No. 8

AUTOCONCEPTO DE ADOLESCENTES CON TRASPLANTE RENAL MEDIAS POR SUBESCALA ESCALA DE TENNESSE

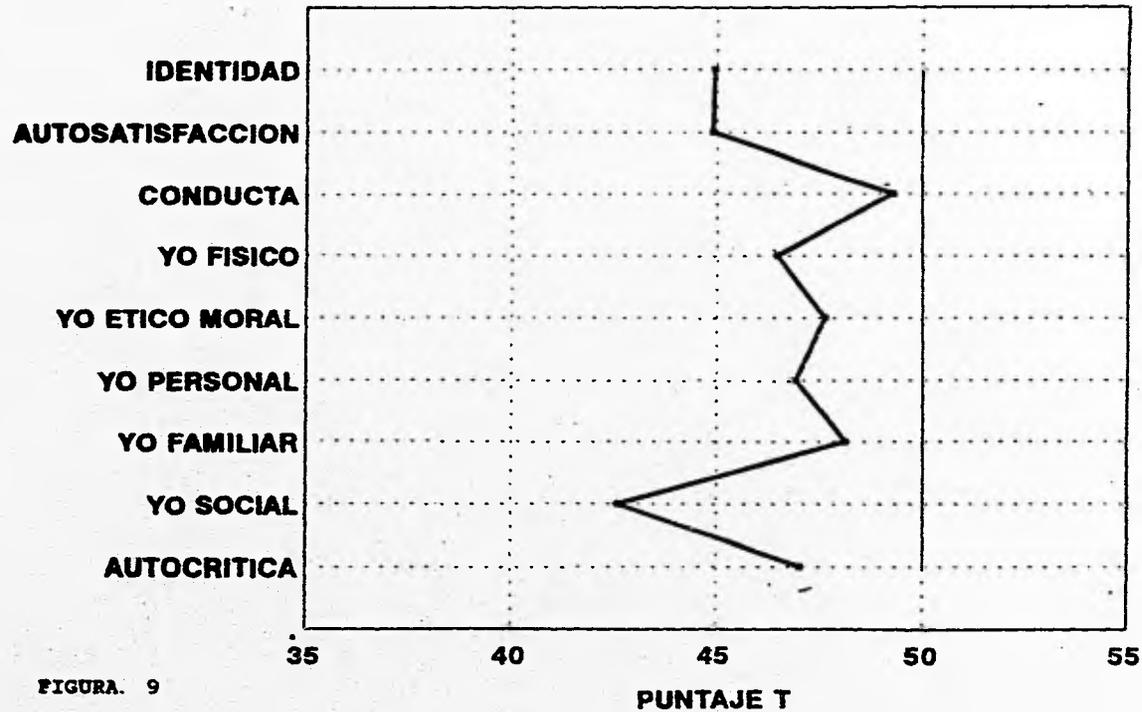


FIGURA. 9

**AUTOCONCEPTO DE ADOLESCENTES CON TRASPLANTE RENAL
 MEDIAS POR SUBESCALA Y NUMERO DE SINTOMAS EVALUADOS POR EL MEDICO
 ESCALA DE TENNESSE**

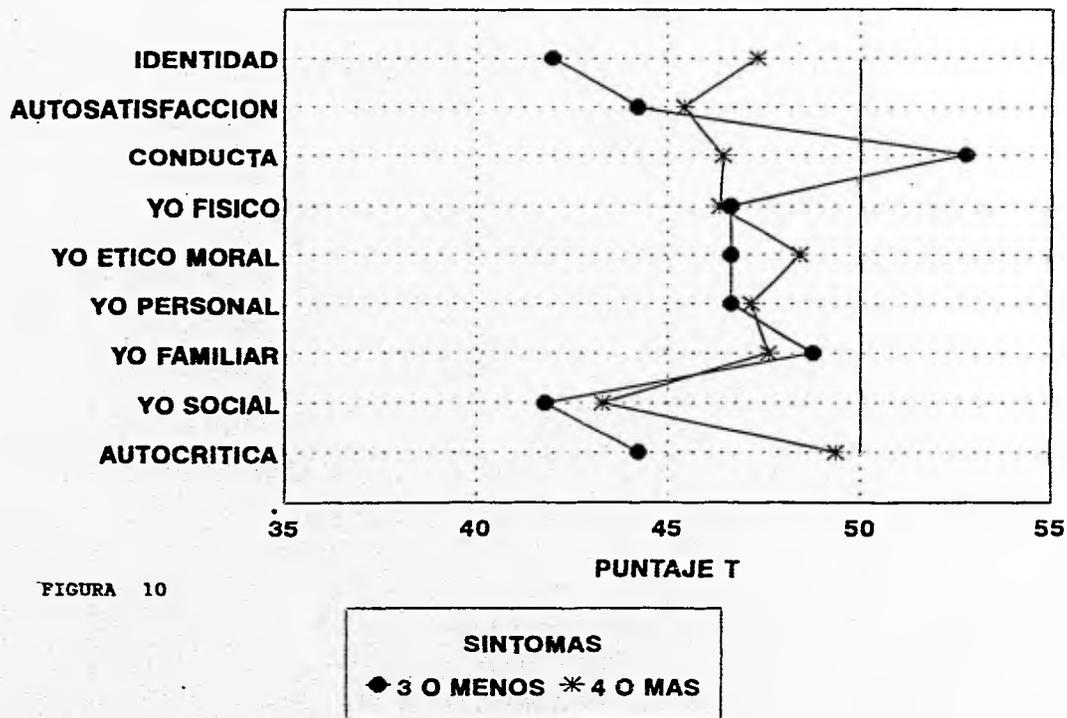
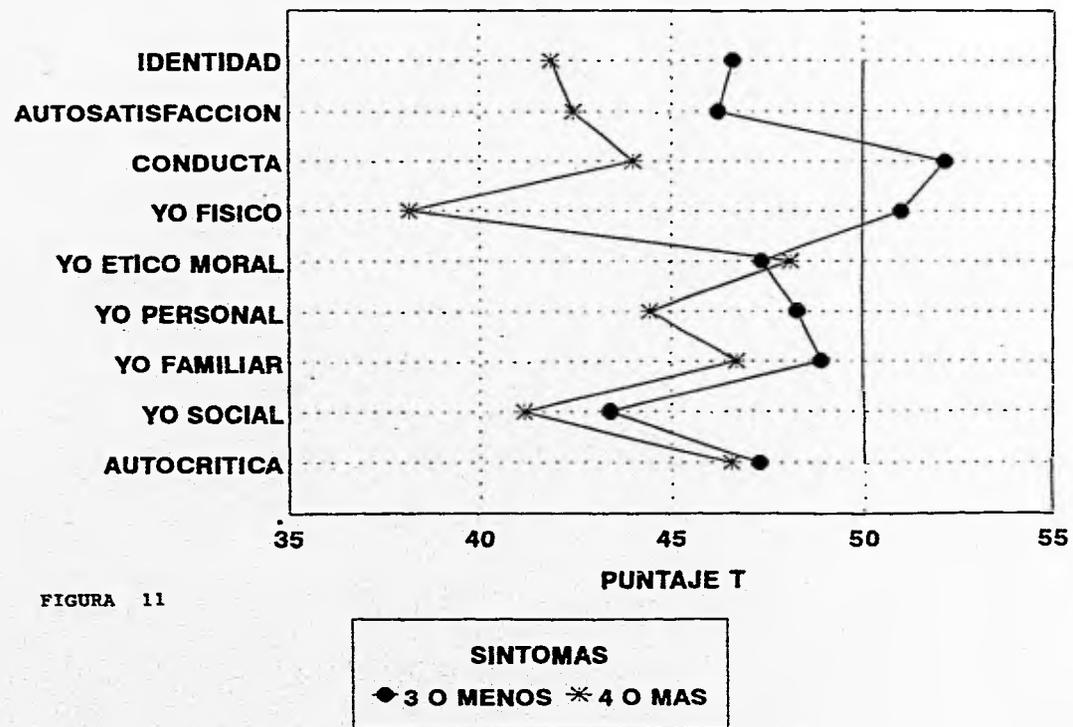


FIGURA 10

**AUTOCONCEPTO DE ADOLESCENTES CON TRASPLANTE RENAL
 MEDIAS POR SUBESCALA Y NUMERO DE SINTOMAS EVALUADOS POR EL PACIENTE
 ESCALA DE TENNESSE**



**MEDIAS DE LOS PUNTAJES T'S OBTENIDOS EN CADA
SUBESCALA**

	MEDIA
Identidad	44.95
Autosatisfacción	44.9
Conducta	49.3
Yo - físico	46.5
Yo ético-moral	47.65
Yo - personal	46.95
Yo - familiar	48.15
Yo - social	42.6
Autocrítica	47.5
CUADRO	A

EVALUACION DEL MEDICO				
	GRUPO 1		GRUPO 2	
	MEDIA	ERROR STANDART	MEDIA	ERROR STANDART
IDENTIDAD	42	2.63	47.36	2.381
AUTOSATISFACCION	42.22	2.38	45.45	2.17
CONDUCTA	52.77	2.75	46.45	2.40
YO-FISICO	46.66	3.46	48.36	3.13
YO-ETICO	46.66	2.47	48.45	2.23
YO-PERSONAL	46.66	2.65	47.182	2.4
YO-FAMILIAR	48.77	1.64	47.63	1.48
YO-SOCIAL	41.77	2.99	43.27	2.71
AUTOCRITICA	44.22	4.55	49.38	4.11
CUADRO B				
EVALUACION DEL PACIENTE				
	GRUPO 1		GRUPO 2	
	MEDIA	ERROR STANDART	MEDIA	ERROR STANDART
IDENTIDAD	46.61	2.22	41.85	3.03
AUTO SATISFACCION	46.23	1.93	42.42	2.63
CONDUCTA	51.15	2.19	44	2.99
YO-FISICO	51	2.25	38.14	3.07
YO-ETICO	47.38	2.07	48.14	2.82
YO-PERSONAL	48.3	2.14	44.42	2.92
YO-FAMILIAR	48.92	1.34	46.71	1.83
YO-SOCIAL	43.38	2.48	41.14	3.38
AUTOCRITICA	47.3	3.85	46.57	5.25
SUBESCALAS DONDE SE ENCONTRARON DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS				
CUADRO C				

**SINTOMAS PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD Y POR LA
INGESTA DE MEDICAMENTOS PARA EVITAR EL RECHAZO RENAL**

	FRECUENCIA		PORCENTAJE	
	MEDICO	PACIENTE	MEDICO	PACIENTE
ANEMIA	2	6	10	30
TROMBOCITOPENIA	0	5	0	25
DISFUNCION HEPATICA	0	2	0	10
LEUCOPENIA	2	4	10	20
HIPERTENSION	5	4	25	20
HIPERTRICOSIS	17	13	85	65
OBESIDAD	10	11	50	55
CARA DE LUNA LLENA	15	14	75	70
ACNE	9	12	45	60
RETARDO DEL CRECIMIENTO FISICO	17	12	85	60
CUADRO D				

ANEXO 1

FORMATO PARA EL MEDICO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

No. EXP.: _____ No. CASO: _____

FECHA DEL TRANSPLANTE: _____

INSTRUCCIONES: A CONTINUACION SE LE PRESENTAN UNA LISTA DE MANIFESTACIONES CLINICAS QUE PUEDEN ESTAR PRESENTES O AUSENTES EN EL PACIENTE.

POR FAVOR COLOQUE EN EL PARENTESIS QUE SE ENCUENTRA A LA DERECHA, EL NUMERO CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A ELLO.

CUANDO DEZCONOZCA EL DATO CALIFIQUELO COMO NO VALORABLE.

0 AUSENTE 1 PRESENTE 2 NO VALORABLE

ANEMIA

TROMBOCITOPENIA

DISFUNCION HEPATICA

LEUCOPENIA

HIPERTENSION

HIPERTRICOSIS

OBESIDAD

CARA DE LUNA LLENA

ACNE

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA EL ADOLESCENTE CON TRANSPLANTE RENAL

NOMBRE: _____ No. CASO: _____
 No. EXP.: _____

INSTRUCCIONES: CONTESTA LO QUE SE TE PIDE ENCERRANDO EN UN CIRCULO TU RESPUESTA.

1. ¿ESTAS PALIDO? (0) SI (1) NO
 ¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO
 ¿POR QUE? _____
2. ¿FRECUENTEMENTE TE SIENTES FATIGADO? (0) SI (1) NO
 ¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO
 ¿POR QUE? _____
3. ¿TIENES MORETONES? (0) SI (1) NO
 ¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO
 ¿POR QUE? _____
4. ¿TIENES UN COLOR AMARILLENTO? (0) SI (1) NO
 ¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO
 ¿POR QUE? _____
5. ¿TIENES INFECCIONES? (0) SI (1) NO
 ¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO
 ¿POR QUE? _____
6. ¿TIENES DOLOR DE CABEZA FRECUENTEMENTE? (0) SI (1) NO
 ¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO
 ¿POR QUE? _____
7. ¿TIENES MUCHO PELO EN ALGUNAS ZONAS DE TU CUERPO (OREJAS, LABIOS, CEJAS, ETC.)?
 (0) SI (1) NO
 ¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO
 ¿POR QUE? _____
8. ¿ESTAS GORDO? (0) SI (1) NO
 ¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO
 ¿POR QUE? _____
9. ¿TIENES LA CARA MUY REDONDA Y LAS MEJILLAS ABULTADAS? (0) SI (1) NO
 ¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO
 ¿POR QUE? _____

10. ¿TIENES ACNE (BARROS, Y/O ESPINILLAS) EN LA CARA? (0) SI (1) NO

¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO

¿POR QUE? _____

11. ¿ TU ESTATURA ES CORTA? (0) SI (1) NO

¿ESO TE GUSTA? (0) SI (1) NO

¿POR QUE? _____

ANEXO 3
ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

72

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS _____
FECHA DE APLICACION _____ HORA INICIAL _____
HORA DE TERMINACION _____ TIEMPO TOTAL _____

I N S T R U C C I O N E S

EN LAS HOJAS SIGUIENTES ENCONTRARAS UNA SERIE DE AFIRMACIONES EN LAS CUALES TE DESCRIBES A TI MISMO, TAL COMO TU TE VES. CONTESTA COMO SI TU TE ESTUVIERAS DESCRIBIENDO A TI MISMO Y NO ANTE NINGUNA OTRA PERSONA. NO OMITAS NINGUNA AFIRMACION. LEE CADA AFIRMACION CUIDADOSAMENTE Y DESPUES ESCOGE UNA DE LAS CINCO RESPUESTAS. EN LA HOJA DE RESPUESTAS. ENCIERRA EN UN CIRCULO EL NUMERO DE LA RESPUESTA QUE ESCOGISTE, CUIDANDO NO EQUIVOCARSE EN EL NUMERO DE LA RESPUESTA, YA QUE EL NUMERO DE LAS PREGUNTAS NO VA EN FORMA PROGRESIVA; SI DESEAS CAMBIAR LA RESPUESTA DESPUES DE HABER HECHO EL CIRCULO, NO BORRES, ESCRIBE UNA "X" SOBRE LA RESPUESTA MARCADA Y DESPUES MARCA EL CIRCULO EN LA RESPUESTA QUE DESEAS. ESCRIBE SOLAMENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS. NO RAYES LA HOJA DE AFIRMACIONES O PREGUNTAS.

SIGNIFICADO DE LAS CINCO OPCIONES

- | | |
|--|--------------------------------|
| <u>1</u> COMPLETAMENTE FALSO | <u>2</u> CASI TOTALMENTE FALSO |
| <u>3</u> PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO | |
| <u>4</u> CASI TOTALMENTE VERDADERO | <u>5</u> TOTALMENTE VERDADERO |

- 1.- GOZO DE BUENA SALUD
- 3.- SOY UNA PERSONA ATRACTIVA
- 5.- ME CONSIDERO UNA PERSONA MUY DESARREGLADA
- 19.- SOY UNA PERSONA DECENTE
- *21.- SOY UNA PERSONA HONRADA
- 23.- SOY UNA PERSONA MALA
- 37.- SOY UNA PERSONA ALEGRE
- 39.- SOY UNA PERSONA CALMADA Y TRANQUILA
- 41.- SOY "UN DON NADIE"
- 55.- MI FAMILIA SIEMPRE ME AYUDARIA EN CUALQUIER PROBLEMA
- 57.- PERTENEZCO A UNA FAMILIA FELIZ
- 59.- MIS AMIGOS NO CONFIAN EN MI
- 73.- SOY UNA PERSONA AMIGABLE
- 75.- SOY MUY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO MASCULINO
- 77.- LO QUE HACEN OTRAS GENTES NO ME INTERESA
- 91.- ALGUNAS VECES DIGO FALSEDAD:"
- *93.- EN OCASIONES ME ENOJO
- 2.- ME AGRADA SIEMPRE ESTAR ARREGLADO Y PULCRD
- *4.- ESTOY LLENO DE ACHAQUES
- 6.- SOY UNA PERSONA ENFERMA
- 20.- SOY UNA PERSONA MUY RELIGIOSA
- 22.- SOY UN FRACASO EN MI CONDUCTA MORAL
- 24.- SOY UNA PERSONA MORALMENTE DEBIL
- 38.- TENGO MUCHO DOMINIO SOBRE MI MISMO
- *40.- SOY UNA PERSONA DETESTABLE
- 42.- ME ESTOY VOLVIENDO LOCO
- 56.- SOY IMPORTANTE PARA MIS AMIGOS Y PARA MI FAMILIA
- 58.- MI FAMILIA NO ME QUIERE
- 60.- SIENTO QUE MIS FAMILIARES ME TIENEN DESCONFIANZA
- 74.- SOY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO FEMENINO
- 76.- ESTOY DISGUSTADO CON TODO MUNDO
- 78.- ES DIFICIL ENTABLAR AMISTAD CONMIGO
- 92.- DE VEZ EN CUANDO PIENSO EN COSAS TAN MALAS QUE NO PUEDEN MENCIONARSE
- 94.- ALGUNAS VECES, CUANDO NO ME SIENTO BIEN, ESTOY DE MAL. ""MDR
- 7.- NO SOY NI MUY GORDO NI MUY FLACO
- 9.- ME AGRADA MI APARIENCIA FISICA
- 11.- HAY PARTES DE MI CUERPO QUE NO ME AGRADAN

- 25.- ESTOY SATISFECHO CON MI CONDUCTA MORAL
- 27.- ESTOY SATISFECHO DE MIS RELACIONES CON DIOS
- 29.- DEBERIA DE ASISTIR MAS A MENUDO A LA IGLESIA
- 43.- ESTOY SATISFECHO DE LO QUE SOY
- 45.- MI COMPORTAMIENTO HACIA OTRAS PERSONAS ES PRECISAMENTE COMO DEBERIA SER
- 47.- ME DESPRECIO A MI MISMO
- 61.- ESTOY SATISFECHO DE MIS RELACIONES FAMILIARES
- 63.- MUESTRO TANTA COMPRESION A MIS FAMILIARES COMO DEBIERA
- 65.- DEBERIA DEPOSITAR MAYOR CONFIANZA EN MI FAMILIA
- 79.- SOY TAN SOCIABLE COMO QUIERO SER
- 81.- TRATO DE AGRADAR A LOS DEMAS PERO NO ME EXCEDO
- 83.- SOY UN FRACASO EN MIS RELACIONES SOCIALES
- 95.- ALGUNAS PERSONAS QUE CONOZCO ME CAEN MAL
- 97.- DE VEZ EN CUANDO ME DAN RISA LOS CHISTES COLORADOS
- 8.- NO SOY MUY ALTO NI MUY BAJO
- 10.- NO ME SIENTO TAN BIEN COMO DEBIERA
- 12.- DEBERIA DE SER MAS ATRACTIVO PARA CON PERSONAS DEL SEXO OPUESTO
- 26.- ESTOY SATISFECHO CON MI VIDA RELIGIOSA
- 28.- QUISIERA SER MAS DIGNO DE CONFIANZA
- 30.- DEBERIA MENTIR MENOS
- 44.- ESTOY SATISFECHO CON MI INTELIGENCIA
- 46.- ME GUSTARIA SER UNA PERSONA DISTINTA
- 48.- QUISIERA NO DARME POR VENCIDO TAN FACILMENTE
- 62.- TRATO A MIS PADRES TAN BIEN COMO DEBIERA
- 64.- ME AFECTA MUCHO LO QUE DICE MI FAMILIA
- 66.- DEBERIA AMAR MAS A MIS FAMILIARES
- 80.- ESTOY SATISFECHO CON MI MANERA DE TRATAR A LA GENTE
- 82.- DEBERIA SER MAS CORTES CON LOS DEMAS
- 84.- DEBERIA LLEVARME MEJOR CON OTRAS PERSONAS
- 96.- ALGUNAS VECES ME GUSTA EL CHIC
- 98.- ALGUNAS VECES ME DAN GANAS DE DECIR MALAS PALABRAS
- 13.- ME CUIDO BIEN FISICAMENTE
- 15.- TRATO DE SER CUIDADOSO CON MI APARIENCIA
- 17.- CON FRECUENCIA SOY MUY TORPE
- 31.- MI RELIGION ES PARTE DE MI VIDA DIARIA
- 33.- TRATO DE CAMBIAR CUANDO SE QUE ESTOY HACIENDO ALGO QUE NO DEBO
- 35.- EN ALGUNAS OCASIONES HAGO COSAS MUY MALAS
- 49.- PUEDO CUIDARME SIEMPRE EN CUALQUIER SITUACION
- 51.- ACEPTO MIS FALTAS SIN ENOJARME

- 53.- HAGO COSAS SIN HABERLAS PENSADO BIEN
- 67.- TRATO DE SER JUSTO CON MIS AMIGOS Y FAMILIARES
- 69.- ME INTERESO SINCERAMENTE POR MI FAMILIA
- 71.- SIEMPRE CEDO A LAS EXIGENCIAS DE MIS PADRES
- 85.- TRATO DE COMPRENDER EL PUNTO DE VISTA DE LOS DEMAS
- 87.- ME LLEVO BIEN CON LOS DEMAS
- 89.- ME ES DIFICIL PERDONAR
- 99.- PREFIERO GANAR EN LDS JUEGOS
- 14.- ME SIENTO BIEN LA MAYOR PARTE OEL TIEMPO
- 16.- SOY MALO PARA EL DEPORTE Y LOS JUEGOS
- 18.- DUERMO MAL
- 32.- LA MAYORIA DE LAS VECES HAGO LO QUE ES DEBIDO
- 34.- A VECES ME VALGO DE MEDIOS INJUSTOS PARA SALIR ADELANTE
- 36.- ME ES OIFICIL COMPORTARME EN FORMA CORRECTA
- 50.- RESUELVO MIS PROBLEMAS CON FACILIDAD
- 52.- CON FRECUENCIA CAMBIO DE OPINION
- ✓54.- TRATO OE NO ENFRENTAR MIS PROBLEMAS
- 68.- HAGO EL TRABAJO QUE ME CORRESPONDE EN CASA
- 70.- RIÑO CON MIS FAMILIARES
- 72.- NO ME COMPORTO EN LA FORMA QUE OEESEA MI FAMILIA
- 86.- ENCUENTRO BUENÁS CUALIDADES EN TODA LA GENTE QUE CONOZCO
- 88.- ME SIENTO INCOMODO CUANDO ESTOY CON OTRAS PERSONAS
- 90.- ME CUESTA TRABAJO ENTABLAR CONVERSACION CON EXTRAÑOS
- 100.- EN OCASIONES DEJO PARA MAÑANA LO QUE DEBERIA HACER HOY

Revised
Answer-Profile Form

wps

Published by
WESTERN PSYCHOLOGICAL SERVICES
12031 Wilshire Boulevard
Los Angeles, California 90025

TENNESSEE
SELF-CONCEPT SCALE

William H. Fitts, Ph.D.

73

ITEM	RESPONSE
13	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5

ITEM	RESPONSE
7	1 2 3 4 5
8	1 2 3 4 5
9	1 2 3 4 5
10	1 2 3 4 5
11	1 2 3 4 5
12	1 2 3 4 5
25	1 2 3 4 5
26	1 2 3 4 5
27	1 2 3 4 5
28	1 2 3 4 5
29	1 2 3 4 5
30	1 2 3 4 5
43	1 2 3 4 5
44	1 2 3 4 5
45	1 2 3 4 5
46	1 2 3 4 5
47	1 2 3 4 5
48	1 2 3 4 5
61	1 2 3 4 5
62	1 2 3 4 5
63	1 2 3 4 5
64	1 2 3 4 5
65	1 2 3 4 5
66	1 2 3 4 5
79	1 2 3 4 5
80	1 2 3 4 5
81	1 2 3 4 5
82	1 2 3 4 5
83	1 2 3 4 5
84	1 2 3 4 5
95	1 2 3 4 5
96	1 2 3 4 5
97	1 2 3 4 5
98	1 2 3 4 5

ITEM	RESPONSE
1	1 2 3 4 5
2	1 2 3 4 5
3	1 2 3 4 5
4	1 2 3 4 5
5	1 2 3 4 5
6	1 2 3 4 5
19	1 2 3 4 5
20	1 2 3 4 5
21	1 2 3 4 5
22	1 2 3 4 5
23	1 2 3 4 5
24	1 2 3 4 5
37	1 2 3 4 5
38	1 2 3 4 5
39	1 2 3 4 5
40	1 2 3 4 5
41	1 2 3 4 5
42	1 2 3 4 5
55	1 2 3 4 5
56	1 2 3 4 5
57	1 2 3 4 5
58	1 2 3 4 5
59	1 2 3 4 5
60	1 2 3 4 5
73	1 2 3 4 5
74	1 2 3 4 5
75	1 2 3 4 5
76	1 2 3 4 5
77	1 2 3 4 5
78	1 2 3 4 5
91	1 2 3 4 5
92	1 2 3 4 5
93	1 2 3 4 5
94	1 2 3 4 5

DATE	SEX	EDUCATION	ETHNIC BACKGROUND
DATE	M F	TIME STARTED	TIME STOPPED
NAME	STATE	CITY	ZIP

COUNSELING FORM WORK SHEET

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Distribution of Responses</p> <p><small>NOTE: Use the responses on the Answer Sheet, not the Score Sheet, in determining these scores.</small></p> <p>Number of $\frac{5s}{\times 2} + \frac{4s}{\times 1} + \frac{3s}{\times 0} + \frac{2s}{\times 1} + \frac{1s}{\times 2} = 100$</p> <p>Distribution = $_ + _ + 0 + _ + _ =$ <input style="width: 40px;" type="text"/></p> </div>						<p>ROW TOTALS (ΣP)</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>ROW VARIABILITY (Range of P)</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
						<p>ROW 1 IDENTITY</p> <p>+</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>+</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
						<p>ROW 2 SELF SATISFACTION</p> <p>+</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>+</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
						<p>ROW 3 BEHAVIOR</p> <p>=</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>=</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<p>COLUMN TOTALS (ΣP)</p>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <small>COLUMN A PHYSICAL SELF</small>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <small>COLUMN B MORAL-ETHICAL SELF</small>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <small>COLUMN C PERSONAL SELF</small>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <small>COLUMN D FAMILY SELF</small>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <small>COLUMN E SOCIAL SELF</small>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <small>TOTAL POSITIVE</small>	<p>ROW TOTAL V</p> <p>+</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
<p>COLUMN VARIABILITY (Range of P)</p>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>+</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>+</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>+</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>+</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>=</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>COLUMN TOTAL V</p> <p>=</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
						<p>TOTAL V</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	

CLINICAL & RESEARCH FORM WORK SHEET

DISTRIBUTION OF RESPONSES

NOTE: On the front cover of the Answer Sheet, and on the Score Sheet, in the following boxes write:

In items 1-20, number of $\frac{5s}{5s} \frac{4s}{4s} \frac{3s}{3s} \frac{2s}{2s} \frac{1s}{1s} = 90$

T/F = $\frac{5s}{5s} + \frac{4s}{4s} =$

In items 91-100, number of $\frac{5s}{5s} \frac{4s}{4s} \frac{3s}{3s} \frac{2s}{2s} \frac{1s}{1s} = 50$

Total number of $\frac{5s}{5s} \frac{4s}{4s} \frac{3s}{3s} \frac{2s}{2s} \frac{1s}{1s} = 100$

$\times 2 \times 1 \times 0 \times 1 \times 2$

Total number of $\frac{5s}{5s} + \frac{4s}{4s} + 0 + \frac{2s}{2s} =$

EMPIRICAL SCALES

DP = _____

GM = _____

PSY = $(100 + \text{_____}) - (\text{_____}) =$ _____

PD = _____

N = _____

FI = _____

ROW TOTALS

ROW SCORE $\Sigma P + N$	NET CONFLICT $\Sigma P - N$	TOTAL CONFLICT $\Sigma P - N $	VARIABILITY Range of P + N
ROW 1	-15 (4.7)	13 (3.6)	<input type="text"/>
+	+	+	+
ROW 2	-16 (7.0)	17 (4.9)	<input type="text"/>
+	+	+	+
ROW 3	-9 (5.7)	14 (4.3)	<input type="text"/>
=	=	=	=

	COLUMN A	COLUMN B	COLUMN C	COLUMN D	COLUMN E	TOTAL $\Sigma P + N$	TOTAL NET	TOTAL CONFLICT	RAW TOTAL V
COLUMN TOTAL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
NET CONFLICT $\Sigma P - N$	5 (4.0)	4 (4.2)	0 (4.3)	7 (4.4)	5 (3.8)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	+
TOTAL CONFLICT $\Sigma P - N $	5 (2.8)	9 (2.9)	11 (3.0)	10 (3.1)	9 (3.0)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VARIABILITY Range of P + N	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>
	=							<input type="text"/>	<input type="text"/>

* $\Sigma |P - N|$ means the sum of the absolute value of P - N. The addition is algebraic (without regard to minus sign).

COLUMN
TOTAL V
=

TOTAL V

NAME	AGE	SEX (Circle One)	EDUCATION (Number of Years)	ETHNIC BACKGROUND (Circle One)
		M F		
USUAL OCCUPATION	MARITAL STATUS	DATE	TIME STARTED	TIME FINISHED
				TOTAL TIME

Tennessee Self-Concept Scale SCORE SHEET PSYCHOLOGICAL RESEARCH FORM

	COLUMN A					COLUMN B					COLUMN C					COLUMN D					COLUMN E													
	Physical Self					Moral-Ethical Self					Personal Self					Family Self					Social Self					Self Criticism								
ROW 1	P-1	P-2	P-3	N-4	N-5	N-6	P-19	P-20	P-21	N-22	N-23	N-24	P-37	P-38	P-39	N-40	N-41	N-42	P-55	P-56	P-57	N-58	N-59	N-60	P-73	P-74	P-75	N-76	N-77	N-78	91	92	93	94
Identity (What He or She Is)	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2
	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	1
	P _____ N _____					P _____ N _____					P _____ N _____					P _____ N _____																		
	P+N _____ P-N _____					P+N _____ P-N _____					P+N _____ P-N _____					P+N _____ P-N _____																		
ROW 2	P-7	P-8	P-9	N-10	N-11	N-12	P-25	P-26	P-27	N-28	N-29	N-30	P-43	P-44	P-45	N-46	N-47	N-48	P-61	P-62	P-63	N-64	N-65	N-66	P-79	P-80	P-81	N-82	N-83	N-84	95	96	97	98
Self Satisfaction (How He or She Accepts Self)	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2
	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	1
	P _____ N _____					P _____ N _____					P _____ N _____					P _____ N _____																		
	P+N _____ P-N _____					P+N _____ P-N _____					P+N _____ P-N _____					P+N _____ P-N _____																		
ROW 3	P-13	P-14	P-15	N-16	N-17	N-18	P-31	P-32	P-33	N-34	N-35	N-36	P-49	P-50	P-51	N-52	N-53	N-54	P-67	P-68	P-69	N-70	N-71	N-72	P-85	P-86	P-87	N-88	N-89	N-90	99	100		
Behavior (How He or She Acts)	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	
	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2
	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	1
	P _____ N _____					P _____ N _____					P _____ N _____					P _____ N _____																		
	P+N _____ P-N _____					P+N _____ P-N _____					P+N _____ P-N _____					P+N _____ P-N _____					SC= _____													

Tennessee Self-Concept Scale

Name: _____

ADOLESCENT PROFILESHEET																COUNSELING FORM		
%	T	POSITIVE SCORES										VARIABILITY			Distribution	T	%	
		Self Criticism	Total Positive	Row 1 Identity	Row 2 Self Satisfaction	Row 3 Behavior	Column A Physical Self	Column B Moral Self	Column C Personal Self	Column D Family Self	Column E Social Self	Column Total V	Row Total V	Total V				
99.98	85	32	430	148	145	143	80	80	80	60			110	85	40	201	85	99.98
99.97	84																84	99.97
99.95	83																83	99.95
99.93	82																82	99.93
99.90	81												80			200	81	99.90
99.89	80																80	99.89
99.80	79																79	99.80
99.79	78	50	425			140										180	78	99.79
99.70	77		420														77	99.70
74.50	76			145						80							76	99.50
74.40	75				140										40		75	99.40
54.20	74																74	99.20
99.00	73		405			125						65				175	73	99.00
99.00	72				125												72	99.00
99.00	71		400					85					85		35	170	71	99.00
99.00	70															65	70	99.00
97.00	69		365							80				50			69	97.00
96.00	68		390	140		130											68	96.00
96.00	67															160	67	96.00
95.00	66	45	385										80				66	95.00
93.00	65		380			125											65	93.00
93.00	64																64	93.00
90.00	63		375					80							30	155	63	90.00
86.00	62															150	62	86.00
86.00	61		370	135													61	86.00
84.00	60																60	84.00
82.00	59		365														59	82.00
79.00	58		360														58	79.00
78.00	57					115		75							25	135	57	78.00
77.00	56																56	77.00
65.00	55	40	335	130										35		130	55	65.00
64.00	54																54	64.00
63.00	53		350			110				70							53	63.00
62.00	52		345										70			125	52	62.00
54.00	51		340														51	54.00
54.00	50															120	50	54.00
50.00	49		335											30			49	50.00
46.00	48		330			105				65						115	48	46.00
42.00	47	35															47	42.00
38.00	46		325														46	38.00
34.00	45		320	70													45	34.00
31.00	44																44	31.00
27.00	43		315														43	27.00
24.00	42		310	115	55					80						180	42	24.00
21.00	41																41	21.00
18.00	40		305														40	18.00
14.00	39		300	110		90											39	14.00
12.00	38	30															38	12.00
10.00	37		295														37	10.00
8.00	36		290														36	8.00
7.00	35		285			85				55						80	35	7.00
5.00	34																34	5.00
4.00	33		280	100													33	4.00
4.00	32		275														32	4.00
3.00	31		270	95													31	3.00
	30																30	
	29																29	
	28		265			80											28	
1.00	27		260														27	1.00
	26		255														26	
	25		250														25	
	24		245	90													24	
	23																23	
	22																22	
	21		240	75													21	
	20																20	
	19																19	
	18																18	
	17																17	
	16																16	
	15		115	120	100	75	171	138	143	120	128	120	110	45	140	15		

Raw Scores _____

Tennessee Self-Concept Scale

Name: _____

ADULT PROFILE SHEET		POSITIVE SCORES										VARIABILITY				COUNSELING FORM	
T	Percentile	Self Criticism	Total Positive	Row 1 Identity	Row 2 Self Satisfaction	Row 3 Behavior	Column A Physical Self	Column B Moral-Ethical Self	Column C Personal Self	Column D Family Self	Column E Social Self	Total V	Column Total V	Row Total V	Distribution	Percentile	T
95	99.99	5	450	15	15	15	15	15	15	15	15	110	110	110	110	99.99	95
90	99.9	10	441	15	15	15	15	15	15	15	15	105	105	105	105	99.9	90
85	99.8	15	432	15	15	15	15	15	15	15	15	100	100	100	100	99.8	85
80	99	20	423	15	15	15	15	15	15	15	15	95	95	95	95	99	80
75	98	25	414	15	15	15	15	15	15	15	15	90	90	90	90	98	75
70	97	30	405	15	15	15	15	15	15	15	15	85	85	85	85	97	70
65	95	35	396	15	15	15	15	15	15	15	15	80	80	80	80	95	65
60	93	40	387	15	15	15	15	15	15	15	15	75	75	75	75	93	60
55	90	45	378	15	15	15	15	15	15	15	15	70	70	70	70	90	55
50	85	50	369	15	15	15	15	15	15	15	15	65	65	65	65	85	50
45	80	55	360	15	15	15	15	15	15	15	15	60	60	60	60	80	45
40	75	60	351	15	15	15	15	15	15	15	15	55	55	55	55	75	40
35	70	65	342	15	15	15	15	15	15	15	15	50	50	50	50	70	35
30	65	70	333	15	15	15	15	15	15	15	15	45	45	45	45	65	30
25	60	75	324	15	15	15	15	15	15	15	15	40	40	40	40	60	25
20	55	80	315	15	15	15	15	15	15	15	15	35	35	35	35	55	20
15	50	85	306	15	15	15	15	15	15	15	15	30	30	30	30	50	15
10	45	90	297	15	15	15	15	15	15	15	15	25	25	25	25	45	10
5	40	95	288	15	15	15	15	15	15	15	15	20	20	20	20	40	5

Raw Scores _____

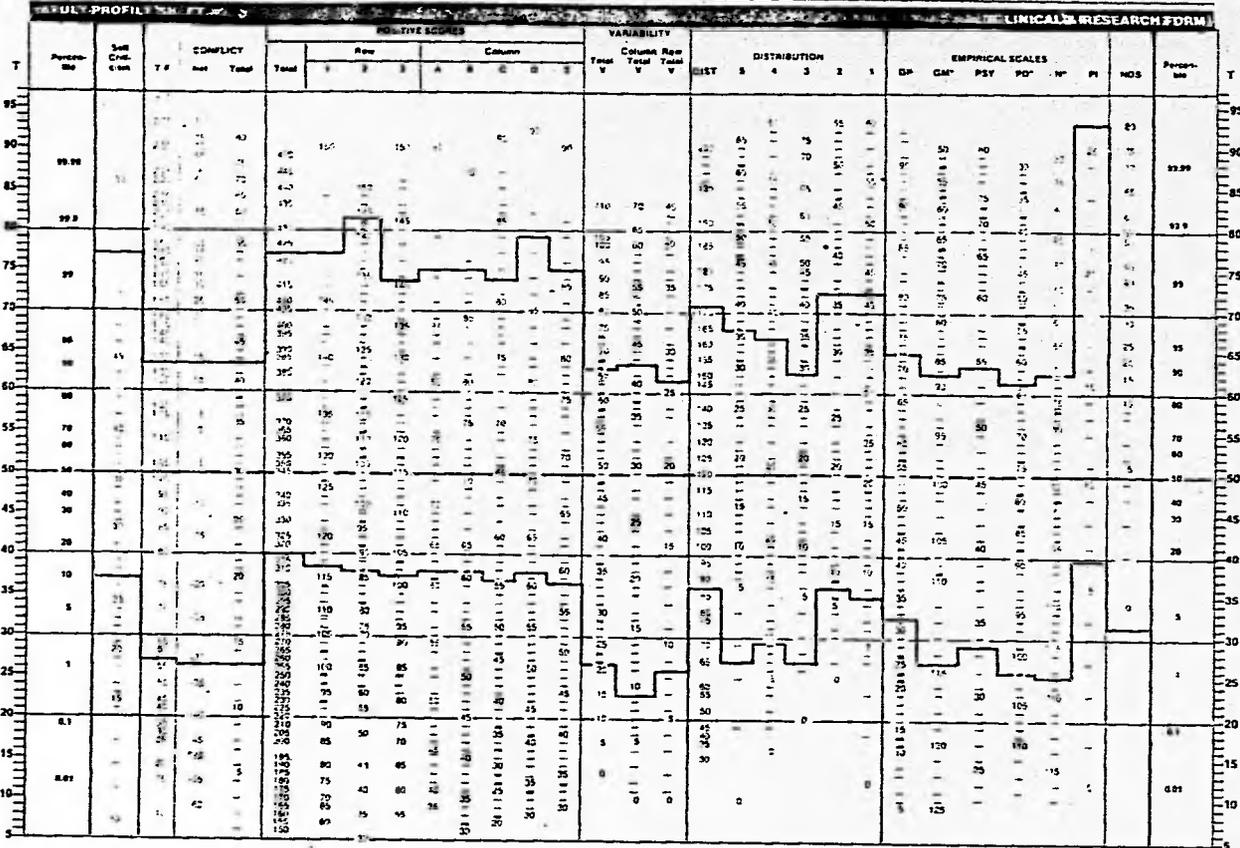
Tennessee Self-Concept Scale

Name: _____

ADOLESCENT PROFILE SHEET												CLINICAL & RESEARCH FORM																							
%	F	M	C	T	CONFLICT		POSITIVE SCORES								VARIABILITY			DISTRIBUTION					EMPIRICAL SCALES												
					Net	Total	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20								
88.84	85	52	30	75	86	430	148	145	143	80	80	82	80	110	65	45	20	70	91	87	48	82	65	73	34	67	20	80	83	85	88	88	88		
88.87	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.85	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.90	81	-	-	-	-	85	-	-	-	142	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.90	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.90	79	30	4.25	-	82	425	-	-	141	-	-	88	-	100	40	-	-	-	-	-	-	80	60	70	48	60	-	-	-	-	-	-			
89.70	78	-	-	-	-	-	-	-	140	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.70	77	-	-	70	75	415	-	-	138	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.50	76	-	-	-	-	-	145	-	137	-	-	85	-	85	-	-	180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.40	75	-	-	3.35	70	405	-	-	136	-	-	-	-	-	-	-	58	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.20	74	-	-	3.10	50	405	-	-	134	-	-	-	-	-	-	-	50	-	60	-	-	55	70	-	45	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.00	73	-	-	2.85	-	-	-	-	133	-	-	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.00	72	-	-	2.45	65	-	-	-	132	-	-	-	-	80	55	-	175	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.00	71	-	-	2.40	45	61	400	-	132	85	-	-	85	-	-	-	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.00	70	-	-	2.15	35	-	-	-	131	-	-	80	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	69	-	-	2.00	30	55	380	142	130	-	-	-	-	-	50	34	165	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	68	-	-	1.95	30	55	380	142	128	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	-	-	75	75	-	50	-	-	-	-	-	-	-	-		
89.00	67	-	-	1.85	30	55	380	142	127	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	66	45	-	-	-	-	365	-	127	-	-	-	-	-	-	-	160	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	65	-	-	1.85	25	52	375	-	125	-	-	-	-	70	45	-	35	35	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	64	-	-	1.85	20	-	375	-	123	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	63	-	-	1.82	-	-	-	-	123	-	-	-	-	-	-	-	155	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	62	-	-	1.82	-	-	135	-	121	-	-	-	-	-	-	-	150	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	61	-	-	1.82	45	370	-	-	120	-	-	-	-	85	40	-	30	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	60	-	-	1.45	15	-	-	-	118	-	-	75	78	-	-	-	145	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	59	-	-	1.40	-	-	365	-	117	-	-	75	-	-	-	-	140	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	58	-	-	1.35	10	-	360	-	116	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	57	-	-	1.30	-	-	360	-	115	75	-	-	-	80	-	-	125	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	56	40	-	-	40	355	130	-	115	-	-	-	-	-	-	-	130	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	55	-	-	1.20	5	-	350	-	113	-	-	70	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	54	-	-	1.20	-	-	350	-	111	-	-	70	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
89.00	53	-	-	1.15	-	-	345	-	110	-	-	-	-	-	-	-	125	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	52	-	-	1.10	0	32	340	-	108	-	-	-	-	-	-	-	120	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	51	-	-	1.10	-	-	340	-	108	70	-	-	-	-	-	-	120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	50	-	-	1.05	-	-	335	125	-	107	-	-	-	-	-	-	120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	49	-	-	1.05	-	-	330	-	105	-	-	45	85	-	-	-	115	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	48	-	-	1.05	-	-	330	-	103	-	-	65	85	-	-	-	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	47	35	-	1.05	-	-	325	-	102	-	-	65	85	-	-	-	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	46	-	-	1.05	-	-	320	120	-	101	65	-	-	-	-	-	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	45	-	-	1.05	-	-	320	-	100	-	-	-	-	-	-	-	105	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	44	-	-	1.05	-	-	315	-	99	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	43	-	-	1.05	-	-	310	115	98	-	-	60	85	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	42	-	-	1.05	-	-	305	-	96	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	41	-	-	1.05	-	-	305	-	95	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	40	-	-	1.05	-	-	300	110	93	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	39	30	80	-	-	299	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	38	-	-	1.05	-	-	299	125	91	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	37	-	-	1.05	-	-	295	-	90	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	36	-	-	1.05	-	-	295	-	89	55	55	55	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	35	-	-	1.05	-	-	290	-	88	55	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	34	-	-	1.05	-	-	285	-	87	55	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	33	-	-	1.05	-	-	280	100	86	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	32	-	-	1.05	-	-	275	9	85	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	31	-	-	1.05	-	-	275	9	83	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	30	75	-	1.05	-	-	270	55	82	55	50	50	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	29	-	-	1.05	-	-	265	-	81	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	28	-	-	1.05	-	-	255	-	80	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	27	-	-	1.05	-	-	250	-	79	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	26	-	-	1.05	-	-	245	-	78	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
89.00	25	-	-	1.05	-	-	240																												

Tennessee Self-Concept Scale

Name: _____



Raw Scores

NDS Profile	Up	18	24	42	14	11	24	13	17	16	24	11	17	6	14	29	6	3	19	24	34	14	29	14	22	9	1	19	Raw Scores
Limits	Down	14	24	17	9	20	15	12	17	12	24	20	49	5	29	12	10	24	39	18	29	17	34	21	17	14	15	1	

ANEXO 5

CARTA DE CONSENTIMIENTO

FECHA: _____

Por medio de la presente hago constar que autorizo a mi hijo (a) _____ para que participe en la evaluación psicológica que se realizará a pacientes con transplante renal con fines de investigación. Se me informa que los resultados obtenidos serán manejados en forma confidencial; así como también que la aplicación del examen no producirá daños físicos o psicológicos. Esta consulta no tendrá costo.

Si por alguna razón se decidiera no participar más o suspender la valoración, esto no repercutirá en la atención médica que el Instituto ofrece.

Si así lo deseo, los resultados me serán proporcionados en forma gratuita, al término de la investigación para que conozca algunos aspectos fundamentales del funcionamiento psicológico de mi hijo. En caso de que se detecte algún problema emocional, el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Instituto ofrecerá la atención psicológica necesaria para el bienestar emocional de mi hijo.

TESTIGO_____
FIRMA DE CONSENTIMIENTO
DEL PADRE O TUTOR

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 1EDAD: 18

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (0)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (3)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (0)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (2)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 22 FECHA DEL TRANSPLANTE: 20 octubre 1992EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 16 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(45)	(0)
AUTOSATISFACCION	(39)	(1)
CONDUCTA	(42)	(0)
YO FISICO	(43)	(0)
YO ETICO-MORAL	(48)	(0)
YO PERSONAL	(33)	(1)
YO FAMILIAR	(44)	(0)
YO SOCIAL	(47)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTRICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (0)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (0)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (1)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 8

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 2EDAD: 13

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (0)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (0)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (0)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 36 FECHA DEL TRANSPLANTE: 18 agosto 1992EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 10 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(33)	(1)
AUTOSATISFACCION	(40)	(0)
CONDUCTA	(59)	(0)
YO FISICO	(52)	(0)
YO ETICO-MORAL	(31)	(1)
YO PERSONAL	(31)	(1)
YO FAMILIAR	(50)	(0)
YO SOCIAL	(51)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE

(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTRICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (0)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (0)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (0)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 6
HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 3

EDAD: 17

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (0)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

0) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (3)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 22 FECHA DEL TRANSPLANTE: 23 Junio 1992

EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 5 años

AUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(54)	(0)
AUTOSATISFACCION	(30)	(1)
CONDUCTA	(41)	(0)
YO FISICO	(39)	(1)
YO ETICO-MORAL	(48)	(0)
YO PERSONAL	(50)	(0)
YO FAMILIAR	(45)	(0)
YO SOCIAL	(43)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE
(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTRICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (1)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (1)

HIPERTENSION (1)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 6
HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 4

EDAD: 17

SEXO: D) FEMENINO 1) MASCULINO (0)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (2)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DDNADOR: D) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (2)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 23 FECHA DEL TRANSPLANTE: 24 de noviembre 1992

EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 16 años

AUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

D NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(45)	(0)
AUTOSATISFACCION	(53)	(0)
CONDUCTA	(45)	(0)
YO FISICO	(50)	(0)
YO ETICO-MORAL	(47)	(0)
YO PERSONAL	(50)	(0)
YO FAMILIAR	(43)	(0)
YO SOCIAL	(52)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE
(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (0)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (0)

LEUCOPENIA (1)

ACNE (1)

HIPERTENSION (1)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ESTE TESTO HA DEBE
SALA DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 5

EDAD: 13

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (2)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 45 FECHA DEL TRANSPLANTE: 16 de febrero 1993.

EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 9 años

AUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

- 0 NORMAL 40-60
- 1 DETERIORADO MENOR A 40
- 2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(45)	(0)
AUTOSATISFACCION	(42)	(0)
CONDUCTA	(63)	(2)
YO FISICO	(54)	(0)
YO ETICO-MORAL	(51)	(0)
YO PERSONAL	(45)	(0)
YO FAMILIAR	(55)	(0)
YO SOCIAL	(42)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

- | | |
|-------------------------|---|
| ANEMIA (0) | HIPERTRICOSIS (1) |
| TROMBOCITOPENIA (0) | OBESIDAD (0) |
| DISFUNCION HEPATICA (0) | CARA DE LUNA LLENA (1) |
| LEUCOPENIA (0) | ACNE (0) |
| HIPERTENSION (0) | REZARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1) |

ANEXO 8

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 6EDAD: 14

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (0)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: 0) 3 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 32 FECHA DEL TRANSPLANTE: 16 Marzo 1993EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 12 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(42)	(0)
AUTOSATISFACCION	(41)	(0)
CONDUCTA	(50)	(0)
YO FISICO	(39)	(1)
YO ETICO-MORAL	(59)	(0)
YO PERSONAL	(48)	(0)
YO FAMILIAR	(45)	(0)
YO SOCIAL	(34)	(1)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTRICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (1)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (1)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 6
HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 7
 EDAD: 18
 SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (0)
 ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (3)
 OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)
 LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (0)
 NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)
 (1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO
 TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS
 DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)
 EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 41 FECHA DEL TRANSPLANTE: 15 febrero 1994
 EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 16 a.

AUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

- 0 NORMAL 40-60
 1 DETERIORADO MENOR A 40
 2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(37)	(1)
AUTOSATISFACCION	(43)	(0)
CONDUCTA	(43)	(0)
YO FISICO	(40)	(0)
YO ETICO-MORAL	(33)	(1)
YO PERSONAL	(50)	(0)
YO FAMILIAR	(46)	(0)
YO SOCIAL	(38)	(1)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE

(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)	HIPERTICOSIS (1)
TROMBOCITOPENIA (0)	OBESIDAD (1)
DISFUNCION HEPATICA (0)	CARA DE LUNA LLENA (1)
LEUCOPENIA (0)	ACNE (0)
HIPERTENSION (1)	RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 8

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 8EDAD: 15

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (2)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) 3 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (0)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 36 FECHA DEL TRANSPLANTE: 15 de Marzo 1994EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 14 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(38)	(1)
AUTOSATISFACCION	(42)	(0)
CONDUCTA	(51)	(0)
YO FISICO	(42)	(0)
YO ETICO-MORAL	(43)	(0)
YO PERSONAL	(51)	(0)
YO FAMILIAR	(48)	(0)
YO SOCIAL	(25)	(1)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTRICOSIS (0)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (0)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (0)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (0)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISIC. (1)

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 9EDAD: 17

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (1)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (1)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 48 FECHA DEL TRANSPLANTE: 22 febrero 1994EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 16 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(60)	(0)
AUTOSATISFACCION	(57)	(0)
CONDUCTA	(48)	(0)
YO FISICO	(61)	(2)
YO ETICO-MORAL	(56)	(0)
YO PERSONAL	(52)	(0)
YO FAMILIAR	(49)	(0)
YO SOCIAL	(54)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)	HIPERTRICOSIS (1)
TROMBOCITOPENIA (0)	OBESIDAD (0)
DISFUNCION HEPATICA (0)	CARA DE LUNA LLENA (1)
LEUCOPENIA (0)	ACNE (1)
HIPERTENSION (0)	RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 10EDAD: 17

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (0)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (3)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (0)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 35 FECHA DEL TRANSPLANTE: 10 Marzo 1992EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 14 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(62)	(2)
AUTOSATISFACCION	(43)	(0)
CONDUCTA	(62)	(2)
YO FISICO	(61)	(2)
YO ETICO-MORAL	(56)	(0)
YO PERSONAL	(53)	(0)
YO FAMILIAR	(53)	(0)
YO SOCIAL	(44)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE

(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (1)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (1)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (0)

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 11EDAD: 17a.

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (1)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

 1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIOTIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: 0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS (2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 41 FECHA DEL TRANSPLANTE: 9 diciembre 1992EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 13 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(43)	(0)
AUTOSATISFACCION	(41)	(0)
CONDUCTA	(45)	(0)
YO FISICO	(34)	(1)
YO ETICO-MORAL	(44)	(0)
YO PERSONAL	(55)	(0)
YO FAMILIAR	(47)	(0)
YO SOCIAL	(42)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE

(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTRICOSIS (0)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (0)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (0)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (0)

HIPERTENSION (1)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 12EDAD: 15

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (1)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJOMEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (0)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 43 FECHA DEL TRANSPLANTE: 17 Mayo 1994EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 13a.AUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(50)	(0)
AUTOSATISFACCION	(45)	(0)
CONDUCTA	(41)	(0)
YO FISICO	(64)	(2)
YO ETICO-MORAL	(45)	(0)
YO PERSONAL	(39)	(1)
YO FAMILIAR	(47)	(0)
YO SOCIAL	(35)	(1)

CAMBIOS CORPORALESINSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE
(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTROFICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (0)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (1)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 13EDAD: 14

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (0)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (2)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 43 FECHA DEL TRANSPLANTE: 27 Junio 1989EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 8aAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(44)	(0)
AUTOSATISFACCION	(43)	(0)
CONDUCTA	(36)	(1)
YO FISICO	(37)	(1)
YO ETICO-MORAL	(48)	(0)
YO PERSONAL	(41)	(0)
YO FAMILIAR	(47)	(0)
YO SOCIAL	(37)	(1)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

ANEMIA (1)

HIPERTRICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (1)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (1)

ACNE (0)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FIS.C. 1

ANEXO 8

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 14EDAD: 13

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (0)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (2)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (3)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 23 FECHA DEL TRANSPLANTE: 21 Junio 94EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 11 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(35)	(44)
AUTOSATISFACCION	(44)	(0)
CONDUCTA	(45)	(0)
YO FISICO	(48)	(0)
YO ETICO-MORAL	(41)	(0)
YO PERSONAL	(47)	(0)
YO FAMILIAR	(42)	(0)
YO SOCIAL	(31)	(1)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE

(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (1)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (1)

ACNE (0)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 15EDAD: 17

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (2)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (1)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (3)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 23 FECHA DEL TRANSPLANTE: 10 de noviembre 1992EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 15 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(37)	(1)
AUTOSATISFACCION	(52)	(0)
CONDUCTA	(38)	(1)
YO FISICO	(41)	(0)
YO ETICO-MORAL	(46)	(0)
YO PERSONAL	(44)	(0)
YO FAMILIAR	(41)	(0)
YO SOCIAL	(44)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE

(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (1)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (1)

HIPERTENSION (1)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (0)

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 16EDAD: 15

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (0)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (0)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 43 FECHA DEL TRANSPLANTE: 29 Mayo 1990EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 9 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(43)	(0)
AUTOSATISFACCION	(40)	(0)
CONDUCTA	(51)	(0)
YO FISICO	(28)	(1)
YO ETICO-MORAL	(45)	(0)
YO PERSONAL	(38)	(1)
YO FAMILIAR	(54)	(0)
YO SOCIAL	(60)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

ANEMIA (1)

HIPERTRICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (1)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (2)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO G

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 17EDAD: 17SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (2)LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (2)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIOTIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOSDONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (5)EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 20 FECHA DEL TRANSPLANTE: 25 octubre 1994EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 15a.AUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(38)	(1)
AUTOSATISFACCION	(47)	(0)
CONDUCTA	(47)	(0)
YO FISICO	(35)	(1)
YO ETICO-MORAL	(50)	(0)
YO PERSONAL	(43)	(0)
YO FAMILIAR	(53)	(0)
YO SOCIAL	(39)	(1)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE

(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIFERTICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (0)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (0)

HIPERTENSION (1)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (0)

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 18EDAD: 13

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (1)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (1)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO (0) 3 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS (2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 42 FECHA DEL TRANSPLANTE: 14 Junio 1994EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 12 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

- 0 NORMAL 40-60
 1 DETERIORADO MENOR A 40
 2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(48)	(0)
AUTOSATISFACCION	(45)	(0)
CONDUCTA	(66)	(2)
YO FISICO	(55)	(0)
YO ETICO-MORAL	(55)	(0)
YO PERSONAL	(61)	(2)
YO FAMILIAR	(54)	(0)
YO SOCIAL	(38)	(1)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE

(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTRICOSIS (0)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (1)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (0)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 6
HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 19EDAD: 20

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (2)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (0)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS (2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (1)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 46 FECHA DEL TRANSPLANTE: 02 Mayo 1989EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 19 años**AUTOCONCEPTO**

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS
AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(57)	(0)
AUTOSATISFACCION	(62)	(2)
CONDUCTA	(56)	(0)
YO FISICO	(52)	(0)
YO ETICO-MORAL	(56)	(0)
YO PERSONAL	(57)	(0)
YO FAMILIAR	(56)	(0)
YO SOCIAL	(56)	(0)

CAMBIOS CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE
(2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTRICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (1)

DISFUNCION HEPATICA (2)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (1)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (1)

ANEXO 6

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS

No. CASO: 20EDAD: 16

SEXO: 0) FEMENINO 1) MASCULINO (1)

ESCOLARIDAD: 0) PRIMARIA 1) SECUNDARIA 2) PREPARATORIA 3) TECNICA O EQUIVALENTE (2)

OCUPACION: 0) ESTUDIANTE 1) EMPLEADO 2) NINGUNA (0)

LUGAR DE RESIDENCIA: 0) DISTRITO FEDERAL 1) ESTADO DE MEXICO 2) PROVINCIA (2)

NIVEL SOCIOECONOMICO: (DE ACUERDO CON CLASIFICACION DE TRABAJO SOCIAL)

(1) BAJO (2) BAJO MEDIO (3) MEDIO

TIEMPO DE TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: (0) 6 MESES-3 AÑOS (1) 4-5 AÑOS 2) MAS DE 5 AÑOS

DONADOR: 0) PADRE 1) MADRE 2) HERMANO 3) HERMANA 4) TIO 5) TIA (0)

EDAD ACTUAL DEL DONADOR: 40 FECHA DEL TRANSPLANTE: 28 febrero 1990EDAD EN QUE INICIO EL PADECIMIENTO: 10 añosAUTOCONCEPTO

CODIGO DE DIAGNOSTICO (DX): CLASIFICAR EL PUNTAJE T OBTENIDO EN CADA UNA DE LAS AREAS DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE ACUERDO A:

0 NORMAL 40-60

1 DETERIORADO MENOR A 40

2 SOBREALORADO MAYOR A 60

	T	DX
IDENTIDAD	(43)	(0)
AUTOSATISFACCION	(49)	(0)
CONDUCTA	(57)	(0)
YO FISICO	(55)	(0)
YO ETICO-MORAL	(51)	(0)
YO PERSONAL	(51)	(0)
YO FAMILIAR	(49)	(0)
YO SOCIAL	(40)	(0)

CAMBIO CORPORALES

INSTRUCCIONES: CALIFICAR DE ACUERDO A LA VALORACION MEDICA: (0) AUSENTE (1) PRESENTE (2) NO VALORABLE

ANEMIA (0)

HIPERTRICOSIS (1)

TROMBOCITOPENIA (0)

OBESIDAD (0)

DISFUNCION HEPATICA (0)

CARA DE LUNA LLENA (1)

LEUCOPENIA (0)

ACNE (0)

HIPERTENSION (0)

RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO (2)

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0A)
2. FATIGA	(1B)
3. MORETONES	(0A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0A)
5. INFECCIONES	(0A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0A)
7. HIPERTRICOSIS	(0A)
8. OBESIDAD	(0A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(0A)
10. ACNE	(0A)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(0A)

NUM. DE CASO : 1

ANEXO 7

96

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0A)
2. FATIGA	(0A)
3. MORETONES	(0A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0A)
5. INFECCIONES	(0A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0A)
7. HIPERTRICOSIS	(1B)
8. OBESIDAD	(0A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1B)
10. ACNE	(1B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(0A)
	(1A)

NUMERO DE CASO: 2

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(1 B)
3. MORETONES	(1 B)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(1 B)
7. HIPERTRICOSIS	(1 B)
8. OBESIDAD	(1 B)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1 B)
10. ACNE	(1 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1 B)

NUMERO DE CASO: 3

ANEXO 7

98

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(0 A)
3. MORETONES	(0 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(1 B)
8. OBESIDAD	(0 A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(0 A)
10. ACNE	(1 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1 A)

NUMERO DE CASO: 4

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(0 A)
3. MORETONES	(0 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(1 B)
8. OBESIDAD	(1 B)
9. CARA DE LUNA LLENA	(0 A)
10. ACNE	(1 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(0 A)

NUMERO DE CASO: 5

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(0 A)
3. MORETONES	(0 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(1 B)
8. OBESIDAD	(1 B)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1 B)
10. ACNE	(1 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1 B)

NUMERO DE CASO: 6

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(0 A)
3. MORETONES	(1 B)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(0 A)
8. OBESIDAD	(1 B)
9. CARA DE LUNA LLENA	(0 A)
10. ACNE	(0 A)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1 B)

NUMERO DE CASO: 7

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(1 B)
3. MORETONES	(0 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(1 B)
7. HIPERTRICOSIS	(1 B)
8. OBESIDAD	(0 A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1 B)
10. ACNE	(0 A)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1 B)

NUMERO DE CASO: 8

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(0 A)
3. MORETONES	(0 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(0 A)
8. OBESIDAD	(0 A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1 B)
10. ACNE	(1 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1 B)
	(1 A)

NUMERO DE CASO: 9

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(0 A)
3. MORETONES	(0 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(0 A)
8. OBESIDAD	(0 A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1 B)
10. ACNE	(0 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(0 A)

NUMERO DE CASO: 10

ANEXO 7

HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
 CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
 PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO

Calificar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
 1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(1 B)
3. MORETONES	(1 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(1 B)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(1 B)
8. OBESIDAD	(0 A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(0 A)
10. ACNE	(1 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1 B)

NUMERO DE CASO: 11

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(0 A)
3. MORETONES	(0 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(1 B)
8. OBESIDAD	(0 A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1 B)
10. ACNE	(1 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(0 A)

NUMERO DE CASO: 12

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0A)
2. FATIGA	(1B)
3. MORETONES	(0A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0A)
5. INFECCIONES	(0A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(1B)
7. HIPERTRICOSIS	(1B)
8. OBESIDAD	(1B)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1B)
10. ACNE	(0A)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1B)

NUMERO DE CASO: 13

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(0 A)
3. MORETONES	(0 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(1 B)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(1 B)
8. OBESIDAD	(1 B)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1 A)
10. ACNE	(1 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(0 B)

NUMERO DE CASO: 14

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(0 A)
3. MORETONES	(1 B)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(1 A)
8. OBESIDAD	(1 B)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1 A)
10. ACNE	(1 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(0 A)

NUMERO DE CASO: 15

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(1B)
2. FATIGA	(0A)
3. MORETONES	(0A)
4. COLOR AMARILLENTO	(1B)
5. INFECCIONES	(1B)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0A)
7. HIPERTRICOSIS	(1B)
8. OBESIDAD	(1B)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1B)
10. ACNE	(0B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1B)

NUMERO DE CASO: 16

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(1 B)
2. FATIGA	(1 B)
3. MORETONES	(0 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(1 B)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(1 B)
8. OBESIDAD	(0 A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1 B)
10. ACNE	(1 B)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1 B)

NUMERO DE CASO: 17

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0 A)
2. FATIGA	(0 A)
3. MORETONES	(0 A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0 A)
5. INFECCIONES	(0 A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0 A)
7. HIPERTRICOSIS	(1 B)
8. OBESIDAD	(1 B)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1 B)
10. ACNE	(0 A)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(0 A)

NUMERO DE CASO: 18

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Colocar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0A)
2. FATIGA	(0A)
3. MORETONES	(0A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0A)
5. INFECCIONES	(0A)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0A)
7. HIPERTRICOSIS	(0A)
8. OBESIDAD	(0A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(1B)
10. ACNE	(0A)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1B)
	(0A)

NUMERO DE CASO: 19

ANEXO 7

**HOJA DE CODIFICACION DE DATOS DEL CUESTIONARIO PARA ADOLESCENTES
CORRELACION ENTRE LAS RESPUESTAS DEL ADOLESCENTE Y LOS CAMBIOS CORPORALES
PRODUCIDOS POR LA ENFERMEDAD RENAL Y POR EL MEDICAMENTO PARA EVITAR EL RECHAZO**

Calificar el número y letra correspondiente para cada caso, de acuerdo con lo siguiente:

0 AUSENTE A ACEPTACION
1 PRESENTE B DISGUSTO

NUM. DE PREGUNTA	NUM. Y LETRA
1. PALIDEZ	(0A)
2. FATIGA	(0A)
3. MORETONES	(0A)
4. COLOR AMARILLENTO	(0A)
5. INFECCIONES	(1B)
6. DOLOR DE CABEZA FRECUENTE	(0A)
7. HIPERTRICOSIS	(0A)
8. OBESIDAD	(0A)
9. CARA DE LUNA LLENA	(0A)
10. ACNE	(0A)
11. RETARDO O INHIBICION DEL CRECIMIENTO FISICO	(1B)

NUMERO DE CASO: 20

BIBLIOGRAFIA

- American Kidney Fund. (1991) Enfermedades del riñón: guía para el paciente y su familia.
- Aspectos médicosociales de la adolescencia. (1982). México, ed. Syntex,
- Bernstein, D. (1971). After Transplantation: The child's emotional reactions. Amer. J. Psychiat. 127:1189-1193.
- Bloss, P. (1975). Psicoanálisis de la adolescencia. México, ed. Joaquín Mortiz.
- Blum, B; Gordillo, G. (1989). Problemática psicosocial del niño con enfermedad crónica. Bol Med. Hosp. Infant. México. 46:5
- Diccionario de Psicología. (1977) Barcelona, Herder.
- Diccionario terminológico de Ciencias Médicas (1980). 11a. edición. Salvat Mexicana.
- Delpin, S.; Ruiz, O. (1987). Transplantes de órganos. México, Salvat Mexicana, pp. 168-173.
- De Oñate, M. (1989). El autoconcepto: formación medidas e implicaciones. Madrid, ed. Narcea.
- Dorland (1981). Diccionario de las Ciencias Médicas. España, Ed. El Ateneo.
- Escamilla, L. (1992). Modelo de trabajo de la Clínica de Transplantes del Servicio de Salud Mental. México, Instituto Nacional de Pediatría. (inédito)
- Fine, R. Transplante Renal en niños. (1984) Bol. Med. Hosp. Infant.; 41:172-178.
- Freud, A; Osterrieth, P.A.; Piaget, J. (1969). El desarrollo del adolescente. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- García, J.M.; Luján J. (1979) Guía de técnicas de investigación. México, ed. Cruz o.
- González, L. (1979) Algunos aspectos intelectuales y emocionales del niño con Insuficiencia Renal Crónica. Tesis Licenciatura. UNAM.

- González, J.J.; Padilla, M.T.; Alvarez, P.L.; et al. (1990). Los afectos: su expresión masculina. México. ed. Pave.
- González, J.J.; Romero, J.; De Tavira F. (1993). Teoría y Técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México, ed. Trillas.
- Gótdillo, G. Nefrología Pediátrica.(1976) Ediciones Médicas del HIM, México.
- Hernández, R;Fernández, C; Baptista, L. (1994) Metodología de la Investigación.México, McGraw-Hill Interamericana.
- Hong, MD; Kim, P.(1981) Self-concept and body image of children during physical illness. Psychosomatic.22:2.
- Huazo, MC.(1983). Imagen corporal en el niño urémico. Tesis Licenciatura, UNAM.
- Comité de transplantes del INP.(1992) Gaceta del INP. :II:1.
- Kerlinger, F.(1985) Enfoque conceptual de la Investigación del comportamiento. México, Interamericana.
- Korch, BM;Fine, RN; Gruskin, CM; Negrete, VF. (1971) "Experiences with children and their families during extended hemodialysis and kidney transplantation. Pediatrics Clinics of North america. ;18:625-637.
- Korch, B;Negrete, VD; Gardner, J, "et al".(1973) Kidney Transplantation In Children: Psychosocial follow-up study on child and family. The Journal of Pediatrics. 83:399-408.
- Korsch,B;Fine, R; Negrete, VD.(1978) Noncompliance in Children with renal Transplant. Pediatrics ;61:872-6.
- Korch,B;Negrete,VD. (1984) Psychosocial adaptation of children with ESRD: Factors affecting rehabilitation. En: Fine R, Gruskin A. End Stage Renal Disease in Children. Canadá: Saunders ;553.59.
- Laupacis,A; Pus, N; Muirhead,N, et al. (1993).Disease-Specific Questionnaire for patients with Renal Transplan Nefron. 63:226-231.
- Muslin, H.L. (1971). Psychiatric aspects of renal failure on acquiring a kidney. Am. Journal Psychiatric ;127:9

- Mahler, M. (1975). *El nacimiento psicológico del infante Humano*. Argentina, ed. Marymar.
- Mahler, M. (1985). *Simbiosis Humana: las vicisitudes de la individuación*. México, ed. Joaquín Mortiz.
- Morris, R. (1975). *La autoimagen del adolescente y la sociedad*. Buenos Aires, Paidós.
- Quintero, FD; García, MG. (1995). *Estandarización de la escala de autoconcepto de Tennessee en estudiantes universitarios*. Tesis licenciatura, UNAM.
- Robles de Fabre, T. (1985). *Proposición de un modelo para trabajar con familias de niños con IRC de origen marginado o campesino*. Tesis doctorado, México, UNAM.
- Roid, G; Fitts, W. (1991). *Tennessee Self-Concept Scale*. U.S.A, Ed. WPS
- Segal, H. (1977). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires, Paidós.
- Yamane, Taro. (1974) *Estadística*. 3ra. edición. México, ed. Harla.
- Zaltsman, S. (1994). *Entrevista realizada en el INP*.