



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO
DE MÉXICO**



**UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI, A.C.
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**EMOCIONES DE UNA PERSONA QUE HA PASADO POR
UN TRASPLANTE RENAL: ESTUDIO DE CASO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

ALEJANDRA MADIN ULLOA

No. DE CTA. 1060491

ASESOR:

LIC. ERIKA REYES REYES

IXTLAHUACA, MÉXICO; AGOSTO DE 2019

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Resumen | 8 |
| Presentación | 9 |
| Introducción | 10 |
| | |
| Marco Teórico | |
| Capítulo 1: la insuficiencia Renal | 12 |
| 1.1 Manifestaciones clínicas | 13 |
| 1.2 Tratamiento | 14 |
| 1.2.1 Diálisis | 14 |
| 1.2.2 Hemodiálisis | 15 |
| 1.2.3 Trasplante renal | 16 |
| 1.3 Resultados del tratamiento | 17 |
| 1.4 Como se vive con insuficiencia renal | 18 |
| | |
| Capítulo 2: Trasplante renal | 21 |
| 2.1 Selección de la pareja donante | 22 |
| 2.1.1 El donante vivo | 22 |
| 2.1.2 Donante cadáver | 23 |
| 2.2 La sociedad y la donación de órganos | 24 |
| 2.2.1 La donación | 26 |
| 2.2.2 Los trasplantes | 28 |
| 2.3 Problemas morales | 28 |
| 2.4 Problemas legales | 30 |
| 2.5 Problemas emocionales | 35 |
| 2.6 Salud emocional del trasplantado | 36 |
| 2.7 Vigilancia del paciente trasplantado | 39 |
| 2.8 Mitos sobre la donación | 40 |

| | |
|---|-----------|
| Capítulo 3: La salud emocional | 43 |
| 3.1 Emociones que se presentan en el paciente; antes del trasplante | 43 |
| 3.2 Emociones que se presentan en el paciente; después de su trasplante renal | 44 |
| 3.3 Como se vive con un trasplante renal | 45 |
| 3.4 Teoría Racional Emotiva de Albert Ellis | 46 |
| | |
| Capítulo 4: Método | 50 |
| 50 | 50 |
| 4.2 Planteamiento del problema | 50 |
| 4.3 Pregunta de investigación | 54 |
| 4.4 Tipo de estudio | 54 |
| 4.5 Muestra | 56 |
| 4.6 Instrumentos | 56 |
| 4.7 Diseño de la investigación | 59 |
| 4.8 Especificación de la captura de la información | 59 |
| 4.9 Procesamiento de la información | 60 |
| | |
| Resultados | 62 |
| Análisis de resultados | 67 |
| Conclusiones | 72 |
| Sugerencias | 73 |
| Referencias Bibliográficas | 74 |
| Anexos | 78 |

RESUMEN

A continuación se muestra un estudio de caso sobre las emociones que surgen en una mujer de 35 años de edad a raíz de un trasplante renal, información que se obtuvo mediante una historia de vida, enfocándose en diferentes áreas de M, con el único propósito de conocer sobre su proceso de enfermedad, también se le aplicó una entrevista semiestructurada que contenía cierto número de preguntas, que fueron aumentando conforme se fue interactuando con M, para finalizar la parte de los instrumentos se aplicaron dos pruebas; una proyectiva HTP y otra psicométrica que fue el inventario de Beck, que reflejan que M presenta emociones positivas y negativas descartando depresión y malestar por el trasplante. Para poder llevar a cabo esta investigación se estructuró un método, para tener una base sólida sobre el caso, se elaboró un marco teórico con temas relevantes sobre el proceso de M y se apoyó de una teoría psicológica; la de Albert Ellis que lleva por nombre, terapia racional emotiva, la cual habla sobre actuar de forma razonable en la vida cotidiana, pensar de manera funcional y menos dolorosa, hacer una modificación de emociones para lograr emociones más funcionales. Todo esto antes mencionado nos dio como resultado cierto número de conclusiones y sugerencias sobre el estudio de caso de M, logrando el objetivo planteado al principio de la investigación, ya que se arrojaron diferentes emociones tanto positivas como negativas. M en ninguno de los instrumentos aplicados presenta depresión a causa de su trasplante renal, no presenta rechazo hacia su persona, tiene el apoyo de toda la gente que está a su alrededor, se refleja emocionalmente estable sin indicios de problemas psicológicos.

PRESENTACIÓN

En la presente investigación podemos encontrar una introducción, que habla sobre el trasplante renal y las posibles emociones que pueden surgir en una persona que ha pasado por un trasplante, se habla del proceso y protocolo para la donación, así como el tratamiento. La investigación se divide en tres partes, en la primera se expone el marco teórico que es el sustento de la investigación, en la segunda parte se encontrará el método del trabajo y en la tercera parte los resultados, todo esto se divide en cuatro capítulos; en el primero la insuficiencia renal, tratamiento y resultados de este. En el segundo capítulo se habla del trasplante renal, del donador, de la sociedad, así como de los problemas morales, legales y emocionales de la persona trasplantada y del donador.

En el tercer capítulo se habla de la salud emocional, que tiene que ver con las emociones antes, durante y después del trasplante renal. En el capítulo cuatro que es el último se da paso al método, iniciando con un objetivo general, seguido de un planteamiento del problema con estadísticas y datos relevantes sobre el trasplante, una pregunta de investigación, en esta parte se expone un tipo de estudio, una muestra por oportunidad y los instrumentos con los que se llevó a cabo dicha investigación, los cuales fueron dos pruebas psicológicas (BDI-II) (HTP), una entrevista semiestructurada y una historia de vida, en este apartado también vamos a encontrar el diseño de la investigación y la captura de la información. Seguido de los capítulos del trabajo podemos observar los resultados obtenidos de la investigación, así como el análisis de los resultados, después las conclusiones respecto a todo lo obtenido y casi para terminar en el trabajo se exponen las sugerencias a las cuales se llegó buscando el bienestar de M quien nos ayudó en toda la investigación, para finalizar se van a encontrar referencia y anexos.

INTRODUCCIÓN

Hablar de trasplantes es hablar de una alternativa terapéutica para prolongar una buena calidad de vida. Este capítulo del nuevo siglo guarda un conocimiento extenso que aún está siendo explorado a pasos agigantados en el mundo entero.

Un trasplante o injerto es el acto de transferir células, tejidos u órganos desde un sitio hacia otro. La justificación es la de resolver muchas enfermedades mediante la implantación de un órgano, tejido o células sanas desde un individuo (donador) hacia otro (receptor o huésped). (Matínez, Salazar, 2008, pág. 40)

En esta investigación se va hablar de las emociones y el cómo se siente la persona durante todo el proceso, a esto se le dará validez por medio de las herramientas que se van a utilizar en la investigación y que más adelante se mencionaran.

Cada paciente muestra en diferentes grados evidencias como fatiga, apatía, inquietud e irritabilidad. Todos los pacientes revelan, a través de las evaluaciones psicológicas iniciales, disturbios de atención pasajeros, usualmente, depresión, frustración y síntomas de ansiedad claramente relacionados con su salud física y con el deseo de abandonarlo todo y encontrar otra forma de tratamiento. (Rudnicki, 2006, pág. 281)

El proceso para encontrar un donante y el tratamiento puede ser muy largo y desgastante para el paciente como para sus familiares.

Las técnicas de tratamiento más utilizadas son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. En la diálisis peritoneal se realiza una depuración extra renal inyectando en la cavidad peritoneal un líquido de diálisis, extrayéndolo después, cuando ya se ha cargado de sustancias de desecho o de sustancias tóxicas en el caso de intoxicación. El peritoneo desempeña el papel de membrana de diálisis. La hemodiálisis o depuración en el riñón artificial crea una derivación sanguínea tratando la sangre en un hemodializador. Estas

técnicas pueden llevarse a cabo tanto en centros especiales como en el domicilio del enfermo. (OMS, 2007)

La cuestión de la dependencia es uno de los mayores problemas del enfermo renal en hemodiálisis, inconscientemente, el paciente empieza a percibir que su control ahora está en las manos de extraños, las personas que asumieron su tratamiento, y que pasan a formar parte activa de su vida, mientras él tiene que aceptar esta nueva forma de vida, más pasiva. (Rudnicki, 2006, pág. 281)

Al tener el paciente muchas emociones en juego, por el tratamiento y el desconocimiento de la enfermedad, necesita apoyo familiar, así como psicológico para poder entender un poco sobre lo que está pasando en su cuerpo con respecto a sus emociones lo cual puede dar paso a la psicología aplicada a la nefrología que puede ser entendida como una visión integrada del hombre en su unidad biológica y psicosocial, considerando su medio ambiente y su contexto sociocultural. Aquí se tienen en cuenta educación, creencias, religión, empleo, familia, sexo, edad, profesión, vivienda, alimentación, enfermedad física, tratamiento y sus repercusiones. Estos aspectos permiten una visión más comprensiva del paciente con su medio, así como las relaciones con dichas variables. Por lo tanto, la psicología aplicada a la nefrología es la adecuación de los conocimientos psicológicos para una mejor y más completa comprensión del enfermo renal crónico, (Kazez, 2009, pág. 280)

Con todo lo antes mencionado y tomando en cuenta el objetivo de la investigación se pretende identificar las emociones que se pueden presentar en una mujer que ha pasado por un trasplante renal.

MARCO TEORICO

CAPÍTULO 1: LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

La insuficiencia renal crónica se origina como resultado de una pérdida de la función renal a lo largo de meses o años. Es importante diferenciarlas para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. (Tierney, Mc Phee, & Papadakis, 2001, pág. 883)

El deterioro gradual y permanente de la función renal a lo largo de varios meses o años, algunas veces se acompaña de hipertensión desde el principio. Después aparece anorexia, náuseas, vómito, insomnio, adelgazamiento, debilidad, etc. (Harriso, 2013, pág. 951)

La insuficiencia renal crónica puede deberse a enfermedades glomerulares, vasculares o tubulares. Las anomalías congénitas, las infecciones, las enfermedades metabólicas, la uropatía obstructiva o las enfermedades de la colágena, pueden conducir a una insuficiencia renal. Independientemente de la enfermedad subyacente, las principales manifestaciones clínicas de la insuficiencia renal crónica se deben a trastornos de las funciones normales del riñón. (Fang, 1983)

Es muy importante que los riñones de cualquier ser humano funcionen de manera correcta para evitar cualquier anomalía en el cuerpo humano.

Según Fang el riñón normal participa en forma integral en el equilibrio de líquidos y electrolitos, en el equilibrio ácido básico, en la excreción de cierto número de hormonas. Las alteraciones en la función renal producen trastornos en todas las funciones mencionadas, por lo cual el clínico debe valorarlas al evaluar a los pacientes que presentan una insuficiencia renal crónica.

Una parte de los pacientes en los que la insuficiencia renal crónica es aparentemente el resultado de una lesión glomerular crónica relatara una historia de nefritis aguda o de

síndrome nefrótico previamente conocido, pero la mayoría no. La causa de la glomerulonefritis crónica en los pacientes en quienes no hay ninguna prueba de un episodio previo de nefritis detectada, es incierta. La histología renal puede dar una pista, y las glomerulonefritis epimembranosa y mesangiocapilar pueden ser reconocibles, aun cuando la enfermedad este muy avanzada; pero con frecuencia la patología es la de un “riñón en fase terminal” (Douglas & Jones, 1970, pág. 553)

Lo cual da paso a diferentes características que presentan las personas con insuficiencia renal crónica, a esto se le llama manifestaciones clínicas.

1.1 Manifestaciones clínicas

La enfermedad renal crónica puede detectarse antes de la fase de insuficiencia renal por las causas siguientes: una fase nefrótica o de nefritis aguda en la enfermedad, una pielonefritis aguda, las manifestaciones extraterrenales de una enfermedad generalizada, o el descubrimiento de hipertensión, proteinuria, o anemia. Algunos casos son descubiertos en una investigación bioquímica. La mayoría permanecen relativamente libres de síntomas hasta tarde, dentro del curso de la enfermedad, y no es raro que presenten insuficiencia renal por primera vez casi en fase terminal, a menudo con problemas gastrointestinales, hipertensión o insuficiencia cardíaca, y pocos datos de valor sobre la base de los síntomas anteriores, salvo a alguna astenia o polaquiuria nocturna. (Douglas & Jones, 1970, pág. 555)

Un paciente se presentará con enfermedad renal de 1 de 2 maneras: descubierta de forma incidental durante algún examen médico regular o con evidencia de disfunción, como hipertensión, edema, náuseas y hematuria. El enfoque inicial de ambas situaciones debe consistir en evaluar la causa y la intensidad de las anomalías renales. (Tierney, Mc Phee, & Papadakis, 2001, pág. 883)

Una vez documentada la enfermedad renal, el tratamiento del paciente tiene dos objetivos: evaluar la gravedad del proceso renal y establecer el diagnóstico correcto, para

poder cumplir estos dos objetivos, el médico por cierto debe tener en cuenta los datos recabados durante el interrogatorio y el examen físico. (Kelley, 1992, pág. 830)

Para poder saber qué tipo de tratamiento requieren los pacientes con insuficiencia renal, es importante la evaluación que un médico debe hacer con respecto a su situación.

1.2 Tratamiento

El objetivo en el tratamiento del paciente con insuficiencia renal crónica consiste en mejorar el estado clínico y metabólico a través de medidas conservadoras.

En pacientes con insuficiencia renal, los medicamentos deben revisarse y ajustarse con frecuencia, pues en este tipo de enfermos los fármacos y los metabolitos de los fármacos pueden acumularse, provocando toxicidad. En la insuficiencia renal puede alterarse la unión farmacológica debido a la disminución de la proteína disponible para la captación. (Fang, 1983, pág. 115)

Entre los tratamientos encontramos que la instauración de la diálisis por lo general depende una combinación de síntomas del paciente, otras enfermedades concomitantes y parámetros de laboratorio, a menos que se identifique un donador vivo, el trasplante se difiere por necesidad a la escasez de órganos donadores de cadáveres (tiempo promedio de espera tres a seis años en la mayoría de los centros de trasplantes.) las opciones de diálisis comprenden hemodiálisis y diálisis peritoneal. (Harriso, 2013, pág. 963)

Los tratamientos que se pueden utilizar en un paciente con insuficiencia renal, pueden varias, pero los más comunes son los que a continuación se mencionan:

1.2.1 Diálisis

Dichos autores Hamburger, Crosnier y Grunfeld; dicen que la diálisis peritoneal se efectúa mediante un catéter introducido en la cavidad peritoneal: al principio se empleaban

catéteres semirrígidos introducidos mediante un trocar o con un estilete como guía. Ha representado un progreso considerable la utilización de catéteres blandos de silicona provistos de dos anillos de terciopelo de dacrón que protegen el perineo contra la penetración de gérmenes, gracias a un trayecto subcutáneo de unos 10 cm.

La introducción de líquidos de diálisis se hacía, inicialmente, utilizando frascos de 1 litro; el método era engorroso y, además, las puntuaciones repetidas de los frascos eran fuente de frecuentes infecciones peritoneales. Para evitar este inconveniente se ha desarrollado sistemas semiautomáticos que utilizan recipientes de 10 litros incluso de 40 litros. La inserción de un filtro millipore en los tubos conectados del catéter peritoneal ha reducido aún más la frecuencia de las contaminaciones bacterianas. Ahora, se dispone de sistemas completamente automatizados, se asegura la producción extemporánea del líquido de diálisis a partir de soluciones concentradas estériles y de agua tratada por ósmosis inversa e irradiación por rayos ultravioleta. (Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, 1982, pág. 1241)

En la práctica el aumento del rendimiento de la diálisis peritoneal se obtiene acelerando los ciclos de diálisis, sin que sea necesario recurrir a la circulación continua. Los resultados óptimos parecen obtenerse con ciclos de unos 30 minutos, que comprenden un tiempo de introducción del líquido de 5 min., un tiempo de permanencia de 10 min., siendo el volumen del líquido introducido en cada ciclo de 2 litro. (Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, 1982, pág. 1242)

Así también otro tratamiento muy parecido a la diálisis es la hemodiálisis, que también sirve de mucha ayuda para este tipo de personas.

1.2.2 Hemodiálisis

La hemodiálisis es el método de tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal utilizado con más frecuencia en la actualidad.

Es necesario tener acceso directo a la circulación, ya sea a través de una fistula arteriovenosa natural (que es el método preferido), por lo general en la muñeca, un injerto arteriovenoso, casi siempre de politetrafluoroetileno; un catéter intravenoso grande o un dispositivo subcutáneo que se fija al catéter intramuscular. La sangre se bombea a través de fibras huecas de un riñón artificial (“dializador”) y se baña con una solución que tiene una composición química favorable (isotónica, sin urea ni otros compuestos nitrogenados y por lo general con poco potasio). La eficacia de la diálisis depende en gran parte de su duración, la velocidad de la circulación sanguínea, la velocidad con la que circula el dializador y la superficie del dializador. (Harriso, 2013, pág. 963)

Se lleva a cabo en un periodo relativamente corto. La circulación rápida del líquido provoca en ocasiones hipotensión, aunque el paciente no alcance el “peso seco”. La hipertensión por hemodiálisis es muy común en pacientes diabéticos cuya neuropatía evita las respuestas compensadoras (vasoconstricción y taquicardia) a la hipovolemia intravascular. Algunas veces se acompaña de confusión y otros síntomas del sistema nervioso central. El término “Síndrome de desequilibrio” se refiere a la presencia de cefalea, confusión y rara vez convulsiones al eliminar solutos de forma rápida al principio de la diálisis, antes de que el paciente se haya adaptado al procedimiento; esta complicación puede evitarse en gran parte al inducir de forma gradual la diálisis en pacientes urémicos, empezando con tratamientos de corta duración, flujo sanguíneo más lento y velocidad del flujo del dializador también más lento. (Harriso, 2013, pág. 965)

La hemodiálisis es el tratamiento más común que ayuda a mantener a los pacientes de forma estable, sin olvidar que es el más común pero no el más eficaz ya que este, es el trasplante renal, que es una solución a la enfermedad, pero también funge como un tratamiento, el cual no genera mucho descargaste físico como los anteriores.

1.2.3 Trasplante renal

La mayoría de los médicos consideran que el trasplante renal representa la modalidad terapéutica más eficaz y con una relación costo beneficio más conveniente en los

pacientes con insuficiencia renal terminal, pero esta modalidad se utiliza solo en un pequeño subgrupo de pacientes. La escasez de órganos disponibles y la ausencia de programas de trasplante adecuados en muchas instituciones médicas importantes contribuyen a que la cantidad de trasplantes realizados sea pequeña en comparación la cantidad de pacientes tratados con diálisis. (Kelley, 1992, pág. 916)

Cabe mencionar que cada uno de los tratamientos mencionados tiene anteriormente tienen ciertos resultados a largo y corte plazo

1.3 Resultados del tratamiento

Los resultados clínicos de la diálisis peritoneal son comparables a los de la hemodiálisis periódica. La pérdida de ánimo ácido y proteínas se compensa con aporte de proteína de 1,5g/kg/día; se aconseja un suplemento de vitamina hidrosoluble. La práctica de la diálisis nocturna o de diálisis cortas diarias facilita la reinserción profesional y familiar de los enfermos. Aparte del dolor abdominal mientras se introduce el líquido, la complicación principal de este método es la infección peritoneal. Su frecuencia ha disminuido desde que se utilizan sistemas automáticos que evitan las manipulaciones, la supervivencia parece comparable a la ofrecida con la hemodiálisis. (Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, 1982, pág. 1242)

En total, la principal ventaja de la diálisis peritoneal es la simplicidad de su práctica, que hace que sea una técnica muy bien adaptada a la diálisis domiciliaria sin precisar ayuda, sus inconvenientes son la larga duración de las sesiones de diálisis y su precio de coste, hasta ahora superior al de la hemodiálisis. (Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, 1982, pág. 1243)

La insuficiencia renal, genera muchos cambios en la persona que la padece, así como ventajas y desventajas con base los tratamientos lo cual de cierta manera enseña a vivir con insuficiencia renal.

1.4 Como se vive con insuficiencia renal

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida, afectando aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen. La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las enfermedades que genera mayor deterioro en el aspecto emocional, físico, funcional y psicosocial, debido a que implica un deterioro lento, progresivo e irreversible de la función renal durante un periodo de meses o años. Dentro de los tratamientos empleados para el manejo de la IRC se encuentran la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, los cuales favorecen la disminución de varios síntomas propios de la enfermedad y la prolongación de la vida del paciente; siendo utilizados de acuerdo a las condiciones físicas, psicológicas y sociales del mismo. (Acosta & Chaparro, 2008, pág. 10)

Según Acosta y Chaparro (2008), investigaciones realizadas han demostrado que tanto la IRC como sus tratamientos afectan en gran medida las áreas de desempeño de los pacientes, especialmente a nivel emocional, cognitivo, físico y social, lo que altera de manera notable su calidad de vida global. Además, un mismo paciente puede recibir diferentes tipos de terapia en el curso de su enfermedad, lo cual afecta su calidad de vida de diferentes maneras, pues son muchos los factores estresantes a los que se enfrentan estos pacientes, tensiones matrimoniales y familiares, dependencia forzada del personal y del sistema hospitalario, restricciones alimentarias, limitaciones funcionales, pérdida total o disminución de la capacidad de empleo, cambios en la percepción de sí mismo, alteraciones en el funcionamiento sexual, percepción de los efectos de la enfermedad, uso de medicamentos para tratar la enfermedad y temores relacionados con la muerte.

La calidad de vida incluye una combinación de elementos objetivos y subjetivos, refiriéndose tanto a las condiciones de vida de una persona (aspecto objetivo), como a la satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (aspecto subjetivo). Esta satisfacción depende, en gran parte, de la escala de valores, las aspiraciones y las expectativas personales de cada uno. En el caso de los pacientes con enfermedad renal,

el eje de la calidad de vida que se ve afectado de manera más evidente es el de la salud física, que al estar en continua interacción con los ejes de trabajo, intelecto, espiritualidad, recreación, sexualidad y afectividad, los modifica necesariamente, unos más que a otros y de manera diferente en cada sujeto, dependiendo de las particularidades de cada paciente.

La calidad de vida tiene que ver con la adaptación del paciente a su tratamiento y es posible que esta adaptación se logre más fácilmente si es el mismo quien lo escoge. La mayoría de los estudios realizados con esta población parecen sugerir que la calidad de vida global es muy similar en los pacientes con hemodiálisis y con diálisis peritoneal, siendo ambas terapias superadas ampliamente por el trasplante renal. Afrontar es, en sí mismo, indicativo de un cierto nivel de adaptación, independientemente de los resultados que se deriven de la actuación; por ello, el concepto de adaptación se convierte en una clave primordial para entender la calidad de vida, vinculándose directamente con el proceso de afrontamiento. (Acosta & Chaparro, 2008, pág. 11)

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la insuficiencia renal crónica son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida de la persona y originando nuevas exigencias para ellas; el afrontamiento que se haga de esta condición es vital para poder anticipar el impacto que pueda ocasionar en la persona la enfermedad ya que este puede mediar, aminorar y/o amortiguar los efectos del estrés.

El afrontamiento está específicamente enlazado con la clase de emoción que el sujeto experimenta en un determinado contexto y ella dependerá de los valores, las metas y las creencias con las que los individuos se hallan comprometidos. Las emociones guardan estrecha relación con la expresión y la determinación de la calidad de vida. De manera general, en los rangos positivos de calidad de vida, predominan los estilos activos de afrontamiento (centrados en la solución del problema), o pasivos (centrados en el control de la emoción), que facilitan el control conductual y emocional provocando una adaptación. El afrontamiento puede estar dirigido al problema cuando está orientado a su

modificación, a su cambio hacia otra cosa que no suponga amenaza para el sujeto.
(Acosta & Chaparro, 2008, pág. 12)

Para poder tener una mejor calidad de vida, se concibe que la mejor solución tiene que ver con el trasplante renal, que podría ser la cura a esta enfermedad.

CAPÍTULO 2: EL TRASPLANTE RENAL

El trasplante renal ha pasado a ser un tratamiento aceptable de la insuficiencia renal crónica, y no hay duda de que es el único trasplante de órgano que alcanzado un estado terapéutico aceptable. El paciente con insuficiencia renal terminal es manteniendo bajo diálisis peritoneal o hemodiálisis antes del trasplante, y puede volver a la diálisis en caso de rechazo de trasplante. Así, pues, diálisis y trasplante son formas de tratamiento complementarias, y su integración ha sido un importante avance en el tratamiento de estos pacientes en los últimos años. El objetivo de este planteamiento integrado no solo es mantener al paciente vivo, si no capacitarlo para que continúe siendo un miembro útil de la comunidad. (Douglas & Jones, 1970, pág. 613)

Con el advenimiento de esquemas inmunodepresores más potentes y mejor tolerados y la mejoría en la supervivencia de los injertos a corto plazo, el trasplante renal sigue siendo el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con nefropatía terminal. Los resultados son mejores con trasplantes de donantes vivos, en parte debido a una mayor compatibilidad entre los tejidos y por el menor tiempo de espera; lo ideal es que estos pacientes reciban el trasplante antes de empezar con uremia sintomática o con indicaciones para recibir diálisis. Hoy en día, se realizan trasplantes de donantes vivos que no son familiares en diversos centros. La supervivencia del injerto en estos casos es mucho mejor que la que se observa con los trasplantes de cadáver, aunque menos favorable que la de trasplantes de donantes vivos que si son parientes. (Harriso, 2013, pág. 965)

El peligro principal para el éxito a corto plazo de un trasplante renal es el rechazo inmunitario. El rechazo puede ser: 1) h́per agudo (disfunción inmediata de injerto por una sensibilidad previa o 2) agudo (un cambio repentino de la funci3n renal que ocurre dentro de las primeras semanas o meses). Por lo general el rechazo se identifica al observar una elevaci3n de la creatinina s3rica, pero tambi3n provoca hipertensi3n, fiebre, reducci3n del gasto urinario y, en ocasiones, dolor a la palpaci3n del injerto. (Harriso, 2013, pág. 966)

Dentro del proceso del trasplante renal se debe considerar que una parte muy importante que es la selección de la pareja donante, quien otorgara un órgano para alguien más.

2.1 Selección de la pareja donante

Se sabe que los resultados de un homotrasplante dependen estrechamente de ciertas características propias del donante y receptor, y de las similitudes entre los sistemas de histocompatibilidad de la pareja donante-receptor. (Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, 1982, pág. 1276)

- **El donante**

Los criterios de selección del donante son distintos, ya que dependen de que el riñón sea obtenido de un donante vivo o de un cadáver. La edad del donante seguramente ejerce una influencia sobre el pronóstico del trasplante.

2.1.1 El donante vivo

- **Donantes vivos emparentados**

Los primeros trasplantes renales fueron efectuados con riñones obtenidos de donantes vivos estrechamente emparentados con los receptores. La elección de este tipo de donantes se basa en la noción, ya confirmada en el animal y hoy sólidamente establecida en el hombre, de que los factores genéticos intervenían de manera esencial en la tolerancia de los injertos. En estas circunstancias el genotipo monocigoto era el donante ideal, luego seguían por orden decreciente los hermanos y los parientes directos los primos hermanos y eventualmente los otros miembros de la familia en función de su grado de parentesco.

En el caso del donador vivo con relación de parentesco, el mejor resultado posoperatorio posible consiste en “no estar peor” con respecto a la situación preoperatoria, y desde

luego existen beneficios psicológicos significativos. Considerando las circunstancias especiales, el dador debe gozar de perfecta salud y autorizar la operación con fines puramente altruistas. (Tierney, Mc Phee, & Papadakis, 2001, pág. 916)

- **Donantes vivos no emparentados**

Los resultados del trasplante de un riñón obtenido de un donante vivo sin ningún parentesco genético con el receptor no son mejores que los obtenidos con un riñón de cadáver. En estas circunstancias, el peligro que corre el donante no se encuentra justificado y debemos condenar, a nuestro entender, este tipo de trasplante. El futuro donante se debe encontrar en plena posesión de sus facultades intelectuales y hallarse libre de cualquier enfermedad, seguro de que no existe ninguna presión exterior que pese sobre su decisión y que su voluntad de dar uno de sus riñones es real después de haber sido informado de los peligros que corre y de la usencia de certeza del éxito del trasplante. Una exploración general minuciosa permite la comprobación de que en el donante no existe ninguna enfermedad que puede presentar una contraindicación para el trasplante o aumentar el peligro de la extracción. (Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, 1982, pág. 1277)

2.1.2 Donante cadáver

Gracias a las mejores condiciones de las técnicas de conservación renal y al desarrollo los conocimientos sobre histocompatibilidad, han aumentado los porcentajes de éxito obtenidos con los trasplantes de riñón de cadáver. Los riñones siguen funcionando normalmente y el nivel de creatinina se mantiene dentro de los límites normales. Si se efectúa la extracción esta deberá realizarse en el quirófano consiguiéndose una calidad de los riñones idéntica a la de los riñones extraídos de un donante vivo. (Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, 1982, pág. 1278)

La forma para donar un riñón puede ser de una persona viva que así lo desea o de un cadáver que igual quiso como última voluntad que sus órganos fueran donados, pero no

toda la sociedad ve esto de manera normal o como una alternativa de vida, sin embargo hay quienes piensan totalmente diferente y ven al trasplante como una mejor calidad de vida para una persona que lo necesita.

2.2 La sociedad y la donación de órganos

En distintas sociedades, épocas y contextos los individuos o grupos sociales han utilizado la donación, en toda su dimensión, como medio básico indispensable para producir y reproducir las estructuras básicas de la sociedad. Pero a medida que las sociedades se desarrollan, la influencia del mercado se extiende sobre la producción, y los intercambios y el estado crean estructuras que gestionan las desigualdades. (Vélez, 2007, pág. 180)

En el caso concreto de la donación de órganos, es la sociedad la que, representada por la institución sanitaria, demanda la donación de órganos mediante sus campañas de captación, pide, reclama ayuda para su subsistencia “puesto que quien está en peligro es un miembro de la sociedad”. Una demanda que se ha vuelto mediática y burocrática y utiliza los medios de comunicación para sensibilizar a la opinión, para conmover e impresionar e invocar la generosidad de cada uno de nosotros, la solidaridad que debería reinar en una sociedad abstracta situada más allá de las diferencias de cultura, de clase o de casta, de lengua y de identidad. (Vélez, 2007, pág. 181)

El carácter “personal” o individual de la donación de órganos, en tanto que se realiza desde la intimidad del individuo, no desaparece necesariamente ni siquiera en aquellos supuestos en los que entre donante y receptor no existe relación directa ni conocimiento mutuo, ni aun cuando se intercalan intermediarios, como es el caso de la donación de cadáver. Pero la donación se hace para la sociedad y a petición de ésta, representada en la institución sanitaria, mediante programas de captación de donantes.

Siguiendo uno de los postulados de Levi-Strauss, la sociedad se funda en el intercambio, y la donación de órganos, como hecho social, es una combinación de intercambios en los que rige el principio de reciprocidad, del que dependen en gran medida las relaciones

solidarias entre los individuos y los grupos. La donación de órganos actúa como un compromiso adquirido en términos morales que obliga a la reciprocidad, en términos de colectividad, no es individual. Los órganos se donan a la sociedad, representada por la institución, y no para nadie en concreto (salvo en el caso de la donación de vivo). (Vélez, 2007, pág. 181)

Con lo anterior, debemos destacar que el trasplante es una práctica útil no sólo con fines de apreciación médica, sino que beneficia la perspectiva de los pacientes ofreciéndoles la oportunidad de una mejoría en la calidad de vida y asimismo se amplía el horizonte de su supervivencia. Tanto el personal de salud como la población en sí deben extender la cultura del trasplante ya que, además de ser seguro y eficaz con las nuevas técnicas, también promete al paciente un futuro más prometedor: “Alentemos a nuestros pacientes a la donación de órganos” y, en la consulta diaria del médico, motivémosla para que, cuando se tenga la oportunidad de facilitar una donación, tanto médicos como familiares de pacientes, seamos elementos activos para su realización. (Canche, Bogetti, & Rodríguez, 2012, pág. 118)

Secretaría de salud, (2001) La perspectiva de la transición epidemiológica y demográfica permite prever, en un futuro próximo, el incremento de la demanda de trasplantes para la atención de un número creciente de casos de enfermedades crónicas o degenerativas, en las que las alteraciones anatómicas o funcionales de algunos tejidos o los procesos morbosos crónico-terminales, condicionantes de insuficiencia de algunos órganos sólidos, indiquen el trasplante del órgano como el tratamiento idóneo para el restablecimiento funcional y la preservación de la vida. El Programa Nacional Salud 2001-2006, considerando los avances científicos y tecnológicos en la materia y la experiencia de otros países y de las propias instituciones del sector salud, señala entre sus objetivos, el beneficiar mediante estos procedimientos a los pacientes que así lo requieran, procurando garantizar el más alto grado de seguridad para la función y la vida del receptor, así como del donante, en el caso del donador vivo.

Si bien la información estadística disponible no permite a la fecha estimar con precisión la demanda potencial de los diversos tipos de trasplantes, la revisión de las principales causas de mortalidad general de la población mexicana, orienta sobre la creciente demanda de los padecimientos susceptibles de ser resueltos mediante el trasplante de órganos o tejidos.

Como se puede observar, con respecto a la demanda potencial de riñones para trasplante, se estima que la incidencia de la insuficiencia renal, asciende al año a 100 casos nuevos por cada millón de habitantes. Si conservadoramente se calcula que el 50% llegase a ser candidato a trasplante, significa que para satisfacer esta demanda potencial en la población actual de la República Mexicana, sería necesario realizar 5 mil trasplantes renales al año. En cuanto a la edad, casi el 58% se encuentra entre los 21 y 40 años.

Esta cifra hace conveniente enfatizar la importancia de la "Cultura de Donación", toda vez que a la luz del conocimiento actual, muchos de los casos de insuficiencia renal crónica pueden ser trasplantados a partir de donadores cadavéricos. De acuerdo a la información del Registro Nacional de Trasplantes, sólo el 30% de los casos de pacientes con insuficiencia renal, candidatos a trasplante, llegan a obtener el beneficio de este procedimiento, obteniéndose el riñón a partir de donador vivo relacionado o cadavérico; este déficit es preocupante, puesto que representa que en promedio el 70% de los casos de insuficientes renales crónicos solo podrían, en el mejor de los casos, acceder a diálisis peritoneal o a hemodiálisis. (salud, 2001)

Para no estar siempre dependiendo del proceso de diálisis o hemodiálisis se llega a contemplar la parte de la donación.

2.2.1 La donación

La secretaria de salud (2001) menciona que:

- No es obligatoria.
- Gratuita y altruista.
- Los menores en vida no pueden ser donadores, excepto de médula ósea.
- En la donación entre vivos debe existir parentesco por consanguinidad o afinidad civil.
- Se impide el tráfico de órganos a través de confiables listas de espera.
- Se respeta la negación a donar incluso después de la muerte, a través de los familiares.

También señala que el Ministerio Público sólo intervendrá en los casos en los que el donante esté relacionado con la averiguación de un delito. Con esto se asegura que el principio de búsqueda de justicia se respete, pero al mismo tiempo no obstaculice las donaciones.

La secretaria de salud (2001) afirma que debe quedar muy claro que en ningún momento la Ley está considerando que el Ministerio Público tiene la facultad de disponer del cuerpo o componentes de un cadáver, sino solamente utilizar los medios que sean necesarios para esclarecer hechos ilícitos. Por último en este Capítulo se reconoce el gran valor social y solidario de las donaciones, por lo que establece la emisión de un testimonio a favor de todo donador, con el cual se le aplauda como benefactor de la sociedad.

Con esto se garantiza que el receptor tenga la seguridad de que este tipo de tratamientos le traerá los beneficios esperados. También se prohíben los trasplantes de gónadas, así como hacer uso de los tejidos embrionarios o fetos, que sean producto de abortos inducidos. Bajo estas últimas prohibiciones se asegura que no se permita el intercambio de material genético y que no haya cabida a prácticas que son consideradas como delitos, tales como los abortos.

La ley señala como preferente el uso de cadáveres, ya que al hacer uso de sus órganos y tejidos se alcanza el éxito, pero sin tener que afectar de alguna manera la salud de una persona. Asimismo, queda claro que la selección tanto de los donadores como de los

receptores, se hará bajo control médico, para con ello poder elevar los índices de éxito dentro de estas técnicas. Para la asignación de órganos y tejidos, provenientes de donador cadavérico, se debe tomar en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor, así como los demás criterios médicos aceptados. Con la lista integrada por los datos de los mexicanos en espera, se honra el principio de equidad y justicia. (salud, 2001, pág. 65)

2.2.2 los trasplantes

- Sólo hospitales y médicos autorizados podrán efectuarlos.
- Se permite el trasplante de donador vivo relacionado de mayores de edad.
- No se utilizarán gónadas ni tejidos embrionarios.
- Los órganos y tejidos provenientes de donadores cadavéricos, deberán ser asignados a través de la lista de espera.
- La lista de espera deberá ser integrada únicamente por mexicanos que requieran el trasplante de un órgano o tejido.
- Se realizan sin distinción de edad, sexo, religión ni posición económica. (salud, 2001, pág. 66)

El donar un órgano y llegar al trasplante como lo es el de riñón implica varios problemas con la sociedad y a nivel personal

2.3 Problemas morales

La donación de órganos salva vidas. Prolonga la existencia de enfermos graves y aumenta su calidad de vida. Representa por ello un importante factor de cohesión social, pues materializa el acceso universal a la salud, basado en el esfuerzo colectivo de mantenimiento del sistema público y en la generosidad particular de los donantes y sus familias. (Vara, Gonzales, 2016, pág. 132)

La decisión está basada principalmente en emociones más que en una evaluación de riesgos/beneficios. Estas motivaciones podrían resumirse en (9):

- Deseo de ayudar.
- Aumento de la autoestima.
- Identificación con la situación del receptor.
- Beneficio propio: al mejorar la salud del receptor mejora la calidad de vida de toda la familia y del propio donante.
- Lógica: analizar de forma racional los riesgos y beneficios.
- Sentimientos de deber moral.
- Presiones externas.

De todas ellas la última es la única categoría inaceptable, ya que el donante debe dar su consentimiento de forma libre sin coerciones. (Perea, Vilardel, & Manyalich, 2005, pág. 493)

Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, (1982) dicen que solo el trasplante, a pesar de sus peligros, podría permitir una esperanza de curación para los pacientes llegados a la fase última de su enfermedad. En la actualidad el desarrollo de los programas de hemodiálisis periódica permite mantener a la mayor parte de los insuficientes renales llegados a la fase terminal; la importante disminución de la duración de cada sesión de riñón artificial proporciona a estos pacientes la posibilidad de desarrollar unas actividades casi normales.

En el donante los problemas son muy distintos, ya se trate de un individuo vivo o de un cadáver. Son los donantes vivos los que plantean los problemas más difíciles. Ni la moral laica ni la moral religiosa prohíbe a una persona dar un órgano vital para salvar a un semejante en peligro. ¿el médico tiene el derecho de hacerse cómplice de esta donación?

La respuesta solo puede ser afirmativa, mientras se tenga en cuenta los peligros que corre el donante, la calidad de su acto voluntario, del peligro que corre el receptor en ausencia de trasplante y de la probabilidad de éxito del injerto.

Dicen Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, (1982) que el peligro global para el donante parece situarse entre 0,1 y 0,2 % en la práctica, el número de accidentes aparecidos en más de 10 000 donantes vivos es claramente inferior a estas cifras, sin embargo es indispensable que el donante así como su familia estén bien informados. La apreciación de la calidad del acto voluntario no es fácil de realizar; más que buscar posibles trastornos psíquicos deberá asegurarse la ausencia de presiones exteriores, sobre todo familiares. La alternativa ofrecida por la hemodiálisis plantea un nuevo problema. Un trasplante de riñón de donante vivo no es única forma de salvar a un ser humano, pues este podrá mantenerse con vida gracias al riñón artificial esperando un trasplante con riñón de cadáver, sino que simplemente es un medio para conseguir una mejor calidad de vida. En esta situación, solo una probabilidad extraordinaria de éxito del trasplante, próximo al 100%, puede justificar la obtención de un riñón a partir de un donante vivo.

Cuando la extracción se efectúa en un cadáver, no deberían existir problemas éticos. El único punto objeto de discusión todavía es el del consentimiento para la extracción. La sociedad internacional de trasplantes en 1970, que era moralmente deseable recurrir a órganos y tejidos obtenidos después de la muerte, cuando pueden salvar la vida y conseguir la curación de personas en peligro. (Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, 1982, pág. 1280)

2.4 Problemas legales

El derecho a la protección de la salud, como derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional mediante reforma al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983, por la cual se adicionó el siguiente párrafo: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de

salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución". Este derecho público, subjetivo a favor del gobernado, impone al estado el deber de proteger convenientemente la salud de los ciudadanos, mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios que se consideran necesarios. El derecho a la protección de la salud encuentra su contenido específico, por disposición expresa de la misma Constitución, en atención a la reserva de la ley que se encuentra contenida en el citado artículo 4º. En las disposiciones legislativas secundarias, a las cuales corresponde reglamentar y ampliar los contenidos de esta garantía social. (salud, 2001, pág. 63)

El sujeto destinatario de la regulación de los trasplantes es directamente la sociedad, esto es, el conjunto de los ciudadanos que pueden llegar a ser donantes o receptores. No solo la salud sino también la vida de éstos y de aquéllos suele estar afectada, por lo que la materia involucra bienes jurídicos y valores éticos de primerísimo orden y de titularidad inherente a la condición humana. (Vara, 2016, pág. 132)

Partiendo de la base de que el fundamento ético de la donación es el mismo con independencia del tipo de donante de que se trate, y de que la donación de órganos constituye también un beneficio para el donante y es un componente más del tratamiento de calidad al final de la vida. (Vara, 2016, pág. 132)

Vara, (2016) dice que la donación es un acto de alto contenido ético, de altruismo y de solidaridad social, pero es dudoso que pueda hablarse con rigor jurídico de un "derecho a donar órganos", pese a que el concepto aparece en los documentos institucionales de la Organización Nacional de Trasplantes. No se trata de un derecho fundamental. Carece de positivización interna ni internacional, ni directa ni derivada; no ha sido formulado explícita y específicamente con rango de derecho en ningún instrumento internacional invocable directamente como derecho interno (art. 1.5 Código Civil), ni está articulado en nuestro ordenamiento de modo que quepa alegar en su aplicación el sistema de garantías de los derechos fundamentales constitucionalmente reconocidos.

El principio de voluntariedad que rige la donación postula más bien en contra, pues es dudoso que puedan coexistir dos derechos de contenido inversamente contrario con idéntico máximo rango (derecho a donar y derecho a no donar). Tampoco encaja en el concepto técnico de derecho subjetivo porque ni confiere un ámbito de poder exclusivo sobre un objeto o una esfera de acción ni permite invocar en su ejercicio la protección jurisdiccional. Es decir, por muy fuerte que sea la voluntad de donar, no se podría por ejemplo acudir a un tribunal de justicia para exigir ser amputado en vida de un miembro que careciera de una utilidad terapéutica inmediata y directa para otro. Además, se prohíbe donar en general a quienes por enfermedades o deficiencias psíquicas o por otra causa no puedan otorgar su consentimiento, (art.20 del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano. (Vara, 2016, pág. 133)

El trasplante renal de donante vivo ha generado, desde hace años, interés, y no únicamente desde el punto de visto médico, sino a otros niveles: éticos, sociales, legislativos. Ha suscitado muchas controversias y ha puesto encima de la mesa cuestiones bioéticas importantes. Para algunos países ha representado y representa la fuente principal y prácticamente única de órganos, lo que ha conllevado en algunos de ellos a desarrollar una legislación y una política sanitaria particular. (Perea, Vilardel, & Manyalich, 2005, pág. 492)

Vara, (2016) dicho autor dice que desde el punto de vista ético se han planteado diversas cuestiones: ¿quién puede ser donante vivo?, ¿debe existir una relación genética entre ellos, o al menos una relación emocional?, ¿qué información debe conocer el donante?, ¿está justificado poner en juego la vida de una persona para salvar la de otra?...

El donante vivo debe de cumplir una serie de requisitos

- Ser competente
- Con deseo de donar
- Libre de coerción
- Médica y psicosocialmente apropiado

- Completamente informado de los riesgos y beneficios para él y para el receptor, así como de las alternativas terapéuticas existentes para el receptor.

La autonomía es uno de los principios básicos de la ética en biomedicina, que implica que la persona elige y actúa libre y racionalmente.

Este consentimiento informado requiere:

- competencia o capacidad para comprender y asimilar toda la información
- posesión de toda la información relevante: descripción del proceso de evaluación, la posibilidad que durante la evaluación puedan descubrirse patologías que puedan afectar a su salud futura, procedimiento quirúrgico y periodo de recuperación. (Perea, Vilardel, & Manyalich, 2005, pág. 493)
- Que el donante sea mayor de edad, goce de plenas facultades mentales y de un estado de salud adecuado.
- Debe tratarse de un órgano o parte de él, cuya extracción sea compatible con la vida y cuya función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.
- Que haya sido previamente informado de las consecuencias de su decisión (de orden somático, psíquico y psicológico, así como a nivel personal, familiar y profesional).
- Que otorgue su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, debiendo manifestarlo por escrito ante la autoridad pública.
- Que el destino del órgano sea su trasplante a una persona determinada, con el propósito de mejorar sustancialmente su esperanza o sus condiciones de vida. (Perea, Vilardel, & Manyalich, 2005, pág. 494)

Según la legislación:

1. El estado de salud físico y mental del donante debe ser acreditado por un médico distinto del que vaya a efectuar la extracción y trasplante mediante un certificado

médico; e informará sobre los riesgos inherentes a la intervención, las consecuencias y repercusiones a todos los niveles, y los beneficios esperados.

2. Será necesario igualmente un informe preceptivo del Comité de Ética del hospital trasplantador.
3. El donante deberá otorgar su consentimiento por escrito mediante un documento de cesión que será firmado por el interesado, el médico que ha informado y emite el certificado médico, el médico que ha de efectuar la extracción, y la persona del centro a quien corresponda autorizar la intervención, ante el juez encargado del Registro Civil de la localidad de que se trate.
4. Entre la firma de la documentación y la extracción deberán transcurrir al menos 24 horas, pudiendo el donante revocar su consentimiento en cualquier momento sin sujeción a formalidad alguna, y sin que dé lugar a ningún tipo de indemnización.
5. La extracción de órganos procedentes de donantes vivos sólo podrá realizarse en centro sanitarios expresamente autorizados para ello por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente.

Para optar a esta autorización es necesario: estar autorizado como centro extractor de órganos de donante cadáver y como centro implantador del órgano para el que se solicita la autorización de extracción de donante vivo. Así como disponer del personal médico y de enfermería con la suficiente experiencia, disponer de la necesaria infraestructura, garantizar el adecuado cuidado médico para el donante y disponer de los adecuados protocolos clínicos. Las autorizaciones se conceden por un período determinado y deberán ser renovadas si persiste la actividad y tras evaluación de la misma.(Perea, Vilardel, & Manyalich, 2005, pág. 494)

2.5 Problemas emocionales

Según Alarcón & Millán, (2009) Una adecuada valoración del candidato a un trasplante renal incluye tanto elementos inmunológicos, renales, cardiovasculares, etc. Así como plantear objetivos de la intervención psicosocial previo al trasplante renal (IPPTR) tiene como finalidad diagnosticar, pero también educativa, motivacional e, incluso, terapéutica.

Sus objetivos son:

- Maximizar los resultados óptimos y emplear de la manera más adecuada posible los recursos psicosociales disponibles, considerando su poder predictivo sobre la cantidad y calidad de vida después del procedimiento.
- Valorar el costo humano que tendrá la decisión de adjudicación sobre el receptor y el donante.
- Realizar intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas en el paciente y su familia. La IPPTR se basa en un trabajo multidisciplinario que considera al candidato y su familia como parte del equipo de trasplantes. Brinda, además, los siguientes aportes:
- Elaborar un perfil completo de fortalezas, capacidad de afrontamiento en situaciones extremas y adherencia a los tratamientos y cambios en el estilo de vida, que, se sabe, predicen el desenlace. Entre esto se encuentra adaptarse a un ambiente médico complejo, cumplir con el seguimiento médico ambulatorio frecuente, así como con el esquema terapéutico, una dieta estricta, mantener un determinado nivel de actividad y suspender el uso de sustancias adictivas.
- Valorar que el usuario tenga un conocimiento y comprensión adecuados del procedimiento, sus riesgos, opciones terapéuticas y pronóstico.
- Realizar un adecuado enlace con el resto del equipo de trasplante, para asegurar la adecuada comprensión del paciente como persona, de sus fortalezas y debilidades. De esta forma, se estructura un plan individualizado de acción, cuidado y rehabilitación, que considere la vida emocional, familiar y social del usuario.

- Determinar la presencia, grado y riesgo de patología neuropsiquiátrica, altamente prevalente en esta población, como alteraciones cognitivas secundarias, síntomas psicóticos, manía, hemorragias cerebrales, hematomas subdurales producto de la anticoagulación y bajo nivel de plaquetas, convulsiones y desequilibrios hidroelectrolíticos, así como depresión con componentes vasculares.
- Establecer elementos y recursos psicosociales adicionales, como: etapa del ciclo vital, nivel educativo, rasgos de personalidad, mecanismos de defensa más usados; previas situaciones vitales conflictivas y su forma de resolución; antecedentes de enfermedad mental; uso de alcohol, tabaco, etc.

El rol del psiquiatra/psicólogo es, por lo tanto, de índole psicoeducativa, haciendo énfasis en la discusión de ansiedades, dudas, prejuicios y malas concepciones que tengan los pacientes o sus familias respecto al trasplante. (Alarcón & Millán, 2009, pág. 656)

Los diferentes procesos por los cuales pasa un trasplantado renal le generan muchas emociones, ya que su vida empieza a cambiar y tienen que enfrentarse a algo desconocido sacando a relucir su salud emocional.

2.6 Salud emocional del trasplantado

El trasplante ha sido considerado uno de los más grandes avances en la medicina no sólo por el papel de la recuperación de la salud, sino por la mejoría en la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas y/o terminales por falla de algún órgano. Así también, los avances y las mejoras en la técnica quirúrgica, una adecuada selección de candidatos y, principalmente, una nueva terapia inmunosupresora, contribuyeron de forma considerable a aumentar las tasas de supervivencia actuales, mejores resultados en la viabilidad de los injertos y menos complicaciones. Cuando se compararon pacientes portadores de un injerto renal, con un injerto hepático o cardiaco en diez años de evolución, se encontró que las puntuaciones en las medidas de calidad de vida eran bastante similares a las de un grupo control de la población en general. Los datos preliminares expresan que los grupos con mejor calidad de vida antes de trasplantarse

son los de riñón, seguidos de los de hígado, después los de corazón y, después de trasplantarse, los pacientes renales siguen siendo los que mejor calidad de vida manifiestan. (Canche, Bogetti, & Rodriguez, 2012, pág. 118)

El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica para todos aquellos pacientes que presentan problemas graves en el funcionamiento de un órgano vital. Así, por ejemplo, el trasplante renal está indicado cuando los pacientes sufren insuficiencia crónica, la cual conlleva un cambio radical en el estilo de vida: restricciones dietéticas y en el nivel de actividad, disfunciones sexuales y dependencia de la diálisis que les obliga a desplazarse al hospital dos, tres o más veces por semana. En todos estos casos, el trasplante de órganos ofrecerá a los pacientes una mayor cantidad y calidad de vida. No obstante, este tipo de intervenciones puede generar durante todo el proceso (desde la propuesta del trasplante hasta la adaptación tras alta médica) importantes complicaciones psicológicas, tanto en los pacientes como en sus familiares.

El post-trasplante es una fase de conflictos ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia. (Pérez & Martín, 2004, pág. 100)

Pérez y Martín, (2002) Las complicaciones psicológicas más importantes que podemos encontrar en un trasplantado podríamos resumirlas en las siguientes.

- Delirium. Aparece en el postoperatorio inmediato y está causado por los fármacos inmunosupresores
- Trastornos sexuales. Suelen aparecer en el 30% de los trasplantados y las causas pueden ser tanto físicas (por ejemplo, la propia enfermedad o la medicación) (por ejemplo, algunos trasplantados evitan las relaciones sexuales por temor a dañar el órgano trasplantado o porque se sienten menos atractivos debido a los efectos secundarios -crecimiento del vello de los inmunosupresores)
- Trastornos del estado de ánimo. Los más frecuentes son los trastornos depresivos, con una prevalencia que oscila entre el 10 y el 58% durante los primeros años post-trasplante. La depresión en el postoperatorio es un problema clínico de gran

importancia, ya que puede ser un factor de riesgo para las conductas de no adherencia, las cuales provocan en un alto porcentaje de pacientes el rechazo del órgano. Así mismo, la depresión también puede desembocar en conductas o intentos suicidas que pueden manifestarse de forma indirecta mediante el incumplimiento del paciente con las prescripciones terapéuticas

- Insatisfacción con la imagen corporal. Algunos trasplantados tienen dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante en su propio cuerpo, de tal forma que perciben el órgano como un cuerpo extraño que introduce en uno rasgos del donante

La insatisfacción con la imagen corporal está asociada a diferentes problemas psicológicos, así por ejemplo, hallaron que los trasplantados con peor imagen corporal puntuaban más alto en las variables ansiedad estado, depresión, pensamientos depresivos y pensamientos ansiosos y, además, que sus expectativas hacia la enfermedad eran más negativas.

- Otros trastornos. Otras complicaciones psicológicas que también se han hallado en los trasplantados, aunque con menor frecuencia, son los trastornos adaptativos y los trastornos de la conducta alimentaria 103 (Pérez & Martín, 2004)

Perea, Vilardel & Manyalich, (2005) Las variables psicosociales más relevantes que ejercen una influencia en las complicaciones psicológicas asociadas al trasplante de órganos, podríamos resumirlas en las siguientes.

- Apoyo familiar. La ausencia de apoyo por parte de la familia aumenta los trastornos psicológicos en los trasplantados

Trastornos psicológicos en los familiares. Cuando los familiares más allegados de los pacientes trasplantados no gozan de una adecuada salud mental deben tener un contacto emocional directo limitado con los pacientes, ya que pueden debilitar las defensas psicológicas de éstos

Expectativas pre-trasplante y post-trasplante. Algunas investigaciones demuestran que los trastornos depresivos son más frecuentes en la fase post-trasplante cuando los pacientes tienen unas expectativas demasiado optimistas (no esperan tener ninguna complicación física ni psicológica) antes de la operación. (Perea, Vilardel, & Manyalich, 2005, pág. 106)

En el paciente trasplantado se ponen en juego diferentes emociones tanto positivas como negativas por ello es importante que el paciente este en vigilancia constante, ya que el paciente experimenta cambios físicos y emocionales.

2.7 Vigilancia del paciente trasplantado

La vigilancia del enfermo trasplantado tienen por objetivo recoger informaciones sobre el estado funcional y anatómico del riñón trasplantado, descubrir lo más pronto posible las numerosas complicaciones que pueden aparecer, incluso las muy tardías en la evolución del trasplantado e intentar comprender mejor y descubrir precozmente los fenómenos que traducen la respuesta inmunológica del huésped frente al homotrasplante.

En ausencia de toda complicación, el paciente sale del hospital durante la tercera semana del postoperatorio. Mientras dura su estancia en el hospital, el trasplantado es controlado con exploración clínica diaria (volumen del riñón, diuresis, presencia o no sobre la arteria renal, presión arterial, temperatura).

Una vez fuera del hospital, el trasplantado debe ser controlado de manera regular en consultas externas por los propios médicos del equipo de trasplante. La periodicidad de los controles varía de uno a otro equipo. (Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, 1982, pág. 1295)

2.8 Mitos sobre la donación

Los mitos explorados sobre la donación de órganos fueron: la edad como limitación; las enfermedades que contraindican donar; la adopción de gustos, sentimientos o personalidad del donador; el donador viviendo en otro ser; la muerte cerebral como inmovilidad y estado reversible; las religiones en contra de la donación de órganos y cómo esta afecta la integridad física y la resurrección; preferencias en la lista de espera de donantes; el tráfico de órganos y, finalmente, la actitud hospitalaria ante el donante.

Existe discordancia entre la expresión verbal hacia la donación de órganos y la escrita en el documento nacional de identidad, doce entrevistados que manifiestan su deseo de ser donantes podrían no llegar a serlo si fallecieran. Este problema se atribuye a una falta de adherencia al procedimiento por parte del funcionario del Registro Nacional de Identificación y Estado civil. (Gómez, Ballena, & León, 2016) 88

Gómez, Ballena & León, (2016) La edad o enfermedades como contraindicaciones para la donación de órganos coinciden con el estudio de Leonard en Argentina. El 33 y 29% de los encuestados asociaron enfermedades y una edad límite, respectivamente, como obstáculos para donar. Las únicas contraindicaciones aceptadas fueron infecciones por HTLV, tuberculosis activa, VIH en estadio SIDA, encefalitis por rabia o priones, melanoma maligno, neoplasias con metástasis.

Un estudio sobre el trasplante de córnea halló que el rol de los ojos en la memoria y comunicación era un factor de rechazo al mismo. Ello evidencia una creencia en la conexión del tejido y los recuerdos aun tras la muerte. Por otro lado, parece ser que los familiares de donantes buscan un resultado positivo del fallecimiento del ser amado y crean un recuerdo vivo de ellos. Estos hallazgos se relacionan con una mayor apertura mental y menor rigidez de pensamiento en personas que aceptan la donación de órganos. La creencia de muerte cerebral como inmovilidad del cuerpo y estado reversible, refleja un bajo nivel de conocimiento, sobre todo del personal de salud.

Los encargados del diagnóstico son mayoritariamente intensivistas. El desconocimiento de los requisitos para su identificación (coma arreactivo, ausencia de reflejos del tronco y respiración espontánea, prueba de atropina) por parte de los médicos, genera conjeturas erróneas en la población. Así, pacientes con “muerte cerebral” pueden retornar a su función neurológica si el proceso diagnóstico fue erróneo. Reafirmando las opiniones negativas registradas por el Servicio de Procuración de Órganos y Tejidos, los sujetos mencionan que sus religiones se oponen a la donación de órganos. 89 (Gómez, Ballena, & León, 2016)

Según Gómez, Ballena & León, (2016) diversos estudios, las creencias religiosas son un obstáculo importante para donar. Incluso cuando ninguna religión se opone a la donación y, por el contrario, la consideran un acto libre y de generosidad hacia el prójimo. Así, el temor a ser mutilado o no participar de la resurrección compromete la decisión de ser donante. El proceso de la donación de órganos no es confiable para los investigados. Creen en la existencia de preferencias en la lista de espera, tal como el estudio de Leonard. Afirman que los ricos se benefician primero. Además, otros estudios manifiestan temor ante la posibilidad de la extracción de órganos sanos.

El tráfico de órganos, mito más frecuente del presente estudio, es reconocido como: compraventa de órganos (principalmente riñones) obtención criminal de los mismos. La fuente más común de órganos son India, Pakistán, Egipto, Filipinas, China y Latinoamérica (Colombia). Sobre la obtención criminal, los medios de comunicación especulan sobre asesinatos con fines de extraer órganos. Sin embargo, por la gran complejidad del proceso prequirúrgico y de trasplante estas prácticas temibles serían improductivas aún para las grandes mafias. (Gómez, Ballena, & León, 2016, pág. 89)

En el 2013, médicos alemanes manipularon datos de pacientes para lograr una prioridad del órgano para sus pacientes, alimentando así la desconfianza popular. Se reportan como limitaciones, en primer lugar el tamaño de la muestra. Es necesario establecer que los resultados del estudio, aunque sean significativos, no pueden ser considerados como definitivos en otro contexto ya que se trata de una investigación cualitativa con valor en

tiempo y espacio dado. En segundo lugar, todos los entrevistados, como los familiares de potenciales donantes, fueron personas que aceptaron la donación ya que no se pudo localizar a quienes se negaron por motivos de mudanza, cambio de número telefónico o similar. Solo tres del total de contactados se negaron a la entrevista sin expresar motivo.

En conclusión, los mitos explorados en el presente estudio muestran perspectivas religiosas, socioculturales, psicológicas y éticas. La aparente falta de conocimiento del real diagnóstico de muerte cerebral es el punto de partida que marca el proceso de donación. La existencia de un coordinador hospitalario cuya misión sea difundir y promover la donación de órganos combatiendo los mitos encontrados, es fundamental.

Asimismo, el rol de los guías espirituales alentando en esta expresión de amor al prójimo. Finalmente, es de urgencia que los medios de comunicación propaguen información adecuada sobre el tema y se renueven políticas contra la compraventa de órganos. (Gómez, Ballena, & León, 2016, pág. 90)

CAPÍTULO 3: LA SALUD EMOCIONAL

Existen alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión antes del trasplante y posteriores a él, que ayudan a predecir la calidad de vida del paciente, puesto que estos padecimientos influyen en que los pacientes perciban aún más la mejoría en su calidad de vida. (Canche, Bogetti, & Rodríguez, 2012, pág. 117)

Otros factores que influyen de forma negativa en un trasplante son la función renal, los rechazos agudos, los efectos secundarios de la medicación, hospitalizaciones, la situación laboral, la imagen corporal, los asuntos relacionados con la sexualidad, la dependencia de terceras personas, el estrés, la ansiedad e incluso la culpabilidad que pueden complicar los aspectos emocionales y psicológicos después del trasplante. (Canche, Bogetti, & Rodríguez, 2012, pág. 118)

El paciente trasplantado se enfrenta a diferentes cambios de vida entre ellos lo que se presentan antes de su trasplante.

3.1 Emociones que se presentan en el paciente; antes del trasplante

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Desde esta definición, se ha puesto especial énfasis en tener una visión global de los cuidados de enfermería y que se contemple la salud no solo como una dimensión biológica, sino también como una dimensión social, psicológica y espiritual. Esto es especialmente relevante en enfermedades crónicas, como es el caso de la enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en tratamiento con diálisis y aunque, en las últimas décadas se ha producido una gran mejora de las técnicas de hemodiálisis (HD), los pacientes con ERCA en tratamiento con HD siguen padeciendo cambios físicos, psicológicos y sociales; por lo que las variables psicosociales van a jugar un papel muy importante en la atención integral de los mismos.

Moya, (2017) Los pacientes diagnosticados de ERCA van a experimentar una serie de cambios bruscos en su vida debidos a la calidad de vida y su nivel de capacidad en la realización de las actividades cotidianas.

Por consiguiente, parece fundamental que el profesional sanitario se centre también en el estado emocional del paciente en HD y no solo, en ofrecer el mejor tratamiento técnico posible. Por ello, se recomienda que se comience a ofrecer apoyo emocional en la etapa pre-diálisis para dar al paciente recursos que le sean de ayuda a la hora de afrontar los diversos cambios que va a provocar la ERCA en su vida; de esta forma, podrá tolerar el estrés y adaptarse a las necesidades propias de la enfermedad. De hecho, los pacientes con mejor percepción de su salud mental, se adaptan mejor al proceso de enfermedad y al tratamiento. Por todo ello y dada la relevancia del estado emocional de los pacientes en HD, parece oportuno el análisis del mismo para así poder detectar los trastornos depresión-ansiedad con antelación, nos planteamos el objetivo de evaluar el estado emocional de los pacientes en HD e identificar las necesidades de apoyo emocional. (Moya, 2017, pág. 49)

Las emociones que se presentan en el paciente trasplantado antes de su trasplante, pueden llegar a influir para poder desarrollar emociones después del trasplante.

3.2 Emociones que se presentan en el paciente; después de su trasplante renal

Existen alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión antes del trasplante y posteriores a él, que ayudan a predecir la calidad de vida del paciente, puesto que estos padecimientos influyen en que los pacientes perciban aún más la mejoría en su calidad de vida. Por ello, se requiere manejo psicológico profesional y apoyo familiar antes, durante y posterior al trasplante, ya que los estados emocionales negativos son una causa que por sí sola tiene más influencia en determinar la calidad de vida tras un trasplante satisfactorio.

Otros factores que influyen de forma negativa en un trasplante son la función renal *per se*, los rechazos agudos, los efectos secundarios de la medicación, hospitalizaciones, la situación laboral, la imagen corporal, los asuntos relacionados con la sexualidad, la dependencia de terceras personas, el estrés, la ansiedad e incluso la culpabilidad que pueden complicar los aspectos emocionales y psicológicos después del trasplante. (Canche, Bogetti, & Rodriguez, 2012, pág. 118)

En un paciente trasplantado surgen muchas emociones antes y después del proceso, lo cual hace que se tenga una forma especial y diferente de vivir

3.3 Como se vive con un trasplante renal

La calidad de vida se define, según la OMS, como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en el que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud del paciente trasplantado y cómo la percepción de las mismas está influenciadas por las experiencias y las expectativas del paciente. Se trata, por tanto, de un concepto que abarca aspectos objetivos y subjetivos que reflejan el grado de bienestar físico, emocional y social de cada individuo. De este modo, los indicadores que miden la calidad de vida han ido evolucionando en los últimos años. Antes, los indicadores relacionados con aspectos materiales eran el objetivo, pero a partir de la década de los 90 adquirieron mayor relevancia los indicadores subjetivos individuales. En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro. Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación; en este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. (Canche, Bogetti, & Rodriguez, 2012, pág. 119)

Las pocas investigaciones existentes sobre este tema concluyen que el proceso de integración psicosocial del órgano no es fácil, ni para el paciente, ni para la pareja.

Concretamente, lo más característico de la fase post-trasplante es la confusión o el conflicto entre la asignación y la asunción de los roles entre los diferentes miembros de la familia. Así mismo, en algunos trasplantados también aparecen diversos problemas psicosociales que tienen un gran impacto sobre la vida familiar y de pareja: unas interacciones sociales deficientes, la disminución de la actividad sexual, el descenso en la realización de las tareas propias del hogar y una menor implicación en las actividades recreativas. Además, tras el trasplante, los familiares consideran que empeora la comunicación, la implicación afectiva y los valores y normas que rigen la relación. Incluso un 47% de los cuidadores informa de un aumento de la carga familiar; por ejemplo, son necesarias muchas visitas médicas y el cuidador no puede volver a su estilo de vida anterior a la enfermedad. Igualmente, el riesgo de un rechazo siempre está presente, lo cual aumenta la ansiedad de los familiares, especialmente, si los trasplantados no siguen el tratamiento prescrito. Todo esto nos lleva a pensar que, en algunos casos, tras el trasplante empeoran las relaciones de pareja. (Pérez & Martín, 2004, pág. 110)

Para poder entender de un a mejor manera todas emociones que surgen en una persona trasplanta, se hablara sobre la teoría de Albert Ellis que se enfoca en las consecuencias de los actos que forman emociones

3.4 Terapia Racional emotiva de Albert Ellis

La terapia racional emotiva es una de las terapias que más relevancia e importancia han tenido dentro del campo de la psicoterapia. Creada por Albert Ellis a finales de los 50s e inicios de los 60s, se convirtió, a la larga, en una técnica muy popular y sin mucho temor a equivocarse, en una de las más importantes dentro del campo. Su popularidad dentro de los psicólogos clínicos se inició a mediados de los 70s y alcanzo su mayor fama a inicios en los 80s. A pesar del tiempo transcurrido, sigue siendo, para los psicólogos con una orientación cognitiva conductual, una de las técnicas a las que más se recurre. Los fundamentos teóricos de la terapia racional emotiva, Ellis los encontró en la aproximación cognitiva conductual, que en una aproximación teórica, que también se desarrolló en la misma época. La aproximación cognitivo-conductual es una derivación de la terapia de

la conducta, que a su vez, se deriva de la modificación de la conducta (Ibáñez, Onofre, & Vargas, 2012, pág. 1456)

Esta teoría trata de enseñar y mostrar al sujeto las consecuencias de sus actos, las causas de sus emociones y actos. La terapia racional emotiva implica hacer explícito lo implícito de las autoverbalizaciones del sujeto y aprender una nueva forma de evaluar las situaciones de la vida cotidiana para actuar de una forma mucho más razonable. No implica encontrar una verdad “verdadera” porque eso es relativo, sino más bien encontrar una forma de pensar mucho más funcional, menos dolorosa. Implica que lo doloroso de la vida se vuelve un poco menos doloroso y que lo que se puede gozar de la vida, se vuelve mucho más “gozable”. Si lo que modifica nuestras emociones es la evaluación de las situaciones que el sujeto hace de su entorno, entonces hay que modificar dichas evaluaciones para obtener emociones más funcionales y que le permitan al sujeto vivir de una forma más confortable. (Ibáñez, Onofre, & Vargas, 2012, pág. 1457)

Por supuesto que no se espera obtener una verdad absoluta, de lo que le está ocurriendo al sujeto, sino una postura que resulte más funcional. Es decir que evaluemos de muchas maneras lo que está a nuestro alrededor y en algunas ocasiones esta evaluación nos lleve a ser infelices, depresivos y demás emociones que no nos gusta tener, entonces la terapia racional emotiva nos enseña a modificar, a evaluar nuestro entorno de manera tal que nos permite permanecer en un poco más de calma y satisfacción para el paciente (Ibáñez, Onofre, & Vargas, 2012, pág. 1458)

Un primer punto destacable de las proposiciones del autor es lo que podríamos llamar su teoría de la dinámica de la personalidad, nombrada por él “teoría ABC”. Si bien en ella, pretende dar cuenta del comportamiento humano global, dicha teoría no es otra cosa que un producto de la típica lectura cognitiva del esquema reduccionista E–R (estímulo–respuesta) propuesto por el conductismo clásico.

- A estímulos o acontecimientos
- B creencias

- C consecuencias

A este esquema netamente academicista se lo supone explicar el comportamiento humano. Obviamente, toda la cuestión es “B”. Las creencias están compuestas de emociones y pensamientos. Sin proponer de ellos en ningún momento definición alguna, Ellis recurre a los dos términos y sus relaciones recíprocas para fundar sus concepciones teóricas y clínicas. Si toda la cuestión se juega entonces en “B”, el autor deduce un primer axioma: “no son los acontecimientos los que provocan el comportamiento sino las creencias que sobre ellos tenemos”. Las creencias están pues constituidas por pensamientos y emociones, estando a su vez estas últimas compuestas por pensamientos subyacentes a los que califica de “preconscientes. (Ladriscina, 2006, pág. 127)

Dicho autor Ladriscina, (2006) dice que el objetivo de Ellis es pues enseñar al hombre a conducirse como un científico de la vida cotidiana para que sea capaz de ser independiente y racional. Pero para conseguirlo primero hay que pasar por una terapia activo directiva, en la que el terapeuta desempeña el rol de “modelo relativamente no perturbado”; dicho de otro modo, el autor prescribe explícitamente la identificación del paciente al yo del terapeuta. La nueva filosofía realista y racional propuesta por nuestro autor consiste en una serie de actitudes concebidas a partir de una doctrina que podríamos calificar de pseudo–estoica: el postulado principal que la funda consiste en una aceptación realista de las condiciones necesarias de la vida; dicho de otro modo, una actitud resignada, o, tal y como Lacan la habría calificado, un “masoquismo politizado”.

Llegamos ahora a la última fase del proceso: podríamos denominarla fase de consolidación de la nueva filosofía. Se trata en efecto de la puesta en marcha de un proceso de autosugestión disciplinada y repetitiva (“trabajo, trabajo, trabajo”) a través del cual el paciente ha de lograr la introyección de los nuevos ideales *prêt à porter*.

Es en este momento que nos surge la siguiente pregunta: primeramente el autor establece el principio según el cual el conjunto de ideas irracionales causantes de

neurosis en los seres humanos posee siempre un fuerte componente de autocensura moralizadora y culpabilizante, refiriéndose al respecto al concepto freudiano de super-yo. Es este componente superyoico de los pensamientos el que provoca sufrimiento y comportamientos inadaptados. Es necesario pues eliminar este tipo de ideas y sustituirlas por otras, más sanas a base de exhortaciones superyoicas que apelan al trabajo y la disciplina. El autor llega incluso a hacer equivaler la indisciplina y la neurosis, a las que opone disciplina y salud.

Los trastornos emocionales en los seres humanos son provocados por condiciones ambientales particulares, lo cual es ya incoherente con la *teoría ABC*. Pero se constata aún que la modificación de tales condiciones a menudo no produce un cambio correlativo de los trastornos emocionales. Hemos de deducir necesariamente, según el autor, que debe de haber una cierta tendencia humana biológicamente arraigada en nuestra “condición neuromuscular”, nos precisa a pensar de manera irracional, pues recordemos que eran los pensamientos irracionales los que provocaban los trastornos emocionales. (Ladriscina, 2006, pág. 128).

En este último tema hablamos sobre la reacción de la persona con base a sus emociones, ya que el estilo de vida de una persona trasplantada de riñón es totalmente diferente al de una persona que no ha pasado por este proceso a nivel emocional.

CAPÍTULO 4: MÉTODO

4.1 Objetivo

Identificar las emociones que se pueden presentar en una mujer que ha pasado por un trasplante renal.

4.2 Planteamiento del problema

Con este trabajo se quiso aportar un poco más de información al tema del trasplante renal, no se buscó generalizar los resultados que se puedan obtener, ya que el único fin era conocer sobre el tema y un poco sobre las emociones que este proceso desencadena en una persona en particular, desde su experiencia.

La donación de órganos expresa de manera muy concreta la comunión con el enfermo, ya que se le entrega algo de uno mismo para mejorar y prolongar su vida. Realizada con las debidas condiciones éticas, esta donación es una expresión moderna de caridad, cuando la propia muerte significa dar vida a otros. Donar nuestros órganos no es una obligación. Donar es regalar y compartir. (Matínez, Salazar, 2008)

A pesar de la época en la que nos encontramos, no se tiene la cultura de donar órganos, muchas personas desconocemos lo importante que es poder prolongar una buena calidad de vida con un órgano, o más allá de la calidad, es seguir dándole vida a alguien más. Es un tema que también genera mucho miedo y preguntas en el receptor, la idea de que tendrá un órgano que no es suyo, en su cuerpo o por lo contrario que tendrá un injerto nuevo que le puede salvar la vida, hace que este proceso sea muy difícil de sobrellevar y asimilar.

Este es un período marcado por la mejoría física y emocional que viene acompañado por una positiva necesidad de vivir bien, de confianza en la vida y de felicidad. (Rudnicki, 2006, pág. 282)

Si bien es cierto las personas con insuficiencia renal pueden vivir con algunos de los tratamientos para la enfermedad, pero los costos de estos son elevados, el desgaste físico y emocional es mucho, la supervivencia no tiene buena calidad de vida, por lo contrario el trasplante renal puede mejorar la vida de muchas personas, para volver a ser un poco como eran antes de la enfermedad, tener una mejor salud mental y física, aunque lamentablemente son pocas las personas que desean donar un órgano, por el desconocimiento y miedo al proceso.

Según estimaciones recientes comunicadas a la OMS por 98 países, el órgano con más demanda es el riñón. En 2005 se trasplantaron 66 000, lo que representa sólo el 10% de la demanda estimada. (OMS, 2007)

Según reportes del Observatorio Global de Donación y Trasplante, en el 2013 se hicieron 78.952 trasplantes de riñón en el mundo, de los cuales 30.614 se hicieron en el continente americano; en 63,1 % de estos, los órganos provenían de cadáveres. La Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes (RCIDT) reportó que en el 2014 se hicieron en Latinoamérica 11.770 trasplantes de riñón, 34,6 % de los cuales se hizo con órganos de donante vivo. (Osorio, Beltrán, Arias, Prieto, & Robayo, 2017, pág. 176)

En México, en 1963, se realizó con éxito el primer trasplante de riñón en el Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); desde entonces se han constituido más de 106 centros de trasplante. Una barrera importante a vencer es la del rechazo del órgano trasplantado. (Matínez, Salazar, 2008, pág. 41)

Es complicado buscar un donante compatible, pasar por todo el proceso y después esperar que el órgano no presente ningún rechazo ya estando en el cuerpo, esta es una de las partes más difíciles ya que depende de cómo el cuerpo acepte la nueva función del órgano que antes no estaba y ahora ya ocupa un lugar. Cada día son más las personas que necesitan un trasplante, pero también cada día se pueden realizar más protocolos para la donación, aunque también tenemos la contra parte, donde todavía hay mucha gente que se reusa hacerlo por miedo.

El trasplante de órganos es uno de los procedimientos que permiten salvar vidas en todo el mundo, sin embargo, su accesibilidad es limitada debido al escaso número de donantes. Se le considera el tratamiento de elección para pacientes con insuficiencia renal crónica terminal debido a su clara ventaja frente a otras formas de tratamiento sustitutivo en cuanto a la calidad de vida de los pacientes, su reincorporación a la vida productiva, la supervivencia y los costos. (Osorio, Beltrán, Arias, Prieto, & Robayo, 2017, pág. 176)

La diálisis renal es uno de los tratamientos más viables para la insuficiencia renal, pero es un proceso muy cansado y agotador para el paciente, por un lado da la esperanza de vida, pero por otro te resta energía y hasta cierto punto te limita para poder hacer ciertas cosas de la vida diaria. La escasez de donantes de riñones y la dependencia excesiva de la diálisis renal, que a pesar de que puede salvar la vida va debilitando al enfermo, ha propiciado que enfermos desesperados busquen conseguir un trasplante por medios ilegales (OMS, 2007)

Como todo en la vida siempre hay decisiones no muy acertadas, que pasan cuando las personas se encuentran desesperadas, al no tener otra salida para salvar su vida optan por obtener de forma ilegal un órgano, esto solo habla de la desesperación y el juego de emociones que surgen durante el proceso, por ello se espera que las cosas sigan avanzando para evitar esta forma de conseguir una buena calidad de vida, y se pueda conseguir de la forma correcta y por la vía legal.

México es uno de los países con mayor actividad en trasplantes en América Latina. Sin embargo, la falta de información es aún evidente en la población mexicana y aunque en ocasiones se tiene el conocimiento, no se tiene la actitud para donar los órganos al morir, mucho menos en vida. Esto provoca que miles de mexicanos mueran en etapas productivas de su vida. (Matínez, Salazar, 2008, pág. 41)

Si no se hace consciencia a la donación de órganos, cada día van a morir más personas. En ocasiones no nos damos cuenta que hay gente en algún lugar del mundo que desea

seguir viviendo con una buena calidad de vida y que tiene planes, metas y sueños que quiere cumplir. Que no quiere morir o al menos no quiere hacerlo en la espera de un donante y con un tratamiento agotador.

Por otra parte podemos rescatar que al tener una enfermedad como la insuficiencia renal puede llegar afectar varias áreas de la persona, por las limitantes que esta conlleva. (Rudnicki, 2006, pág. 283)

Las personas difícilmente van a rendir en todas sus actividades como lo hacían antes de la enfermedad, ya que el tomar un medicamento, el estar constantemente en el médico, entre otras cosas, comienza a generar un juego de emociones donde se empieza a conocer una etapa de vida que antes se desconocía.

Al contrario de la mayoría de los pacientes con enfermedad orgánica, el renal crónico demuestra dificultad para hablar sobre su enfermedad. (Rudnicki, 2006, pág. 284)

En ocasiones los pacientes no aceptan su enfermedad y tienen que llegar a ocultarla ante la sociedad ya que les da miedo el rechazo de los demás o el que se les nieguen cosas; como un trabajo, una amistad o la independencia misma por tener insuficiencia renal.

Para poder entender las emociones por las que una persona con trasplante renal pasa nos apoyamos de la teoría de Albert Ellis, racional emotiva; que quiere enseñar al sujeto que las consecuencias de sus actos tienen que ver con sus emociones. La persona debe actuar de forma razonable en la vida cotidiana, pensar de manera funcional, menos dolorosa, modificar la evaluación de emociones para conseguir emociones más funcionales.

No son los acontecimientos los que provoca el comportamiento, sino las creencias que sobre ellos tenemos, las cuales están compuestas de pensamientos y emociones. Es la aceptación de la realidad de las condiciones de vida

Con cualquier enfermedad el paciente debe pasar por un proceso de aceptación, tratando de ver las situaciones positivas, encontrando apoyo y refugio en sus seres queridos: amigos, familia, y pareja, el desconocimiento de la enfermedad da miedo, pero más miedo da el pensar que se puede llegar a tener un final fatal a causa de esta, el tratamiento es pesado y limita en gran proporción las actividades de la persona, la esperanza de vida es encontrando un donador, en este caso de riñón, por ello es que debemos ser conscientes y entender que si dono un órgano, le estoy regresando una esperanza de vida a alguien más. En donde se puede dar un juego de emociones, lo que da pasó a nuestra pregunta de investigación: ¿Cuáles fueron las emociones que se presentaron en una mujer que ha pasado por un trasplante renal?.

4.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles fueron las emociones que se presentaron en una mujer que ha pasado por un trasplante renal?

4.4 Tipo de estudio

Estudio de caso, consiste en el abordaje de lo particular priorizando en este caso único, en donde el estudio del mismo fue definido por el interés que éste inspiraba, mientras que el diseño metodológico del estudio fue secundario.

Stake (1994) dice al respecto: “el estudio de un caso no es la elección de un método sino más bien la elección de un objeto a ser estudiado. Nosotros elegimos estudiar un caso. En tanto enfoque de investigación, un estudio de caso es definido por el interés en casos individuales antes que por los métodos de investigación utilizados” (Kazez, 2009)

En la presente investigación se trabajó con una mujer de 35 años, que ha pasado por el proceso de trasplante renal desde hace 9 años, que constantemente asiste a chequeos a un hospital en la ciudad de Toluca y a otro en la ciudad de México, en este último es donde le realizaron su trasplante renal. El donador fue su hermano quien es dos años

menor que ella, la compatibilidad del órgano fue casi 100%, pero aun así M ha tenido algunas complicaciones; en el 2015 presento un rechazo de riñón, donde su órgano ya no quería funcionar adecuadamente porque su presión arterial se elevó demasiado, lo cual se le pudo controlar, sin dejar secuelas. Ha tenido una serie de infecciones urinarias ya que tiene las defensas bajas, lo que la hace más propensa a cualquier tipo de infección, hace un par de meses presento nefrotoxicidad del injerto; lo cual significa que los medicamentos están intoxicando al riñón, esto es un desgaste natural, por ello es que M tiene que ser más estricta con su dieta y cuidados, ya que si no se cuida podría llegar a perder el órgano.

Tiene una relación de pareja desde hace 6 años, a la cual es basada en comprensión y apoyo.

Su familia siempre la ha apoyado, M es muy cercana a sus abuelos y tías, más que a sus propios padres y hermanos, ya que desde pequeña pasaba mucho tiempo con la familia de su padre, pues fue la primera nieta y sobrina, tiene tres hermanos de los cuales ella es la mayor, tiene una buena relación familiar, su madre es muy comprensiva y cariñosa al igual que su padre.

M tiene una carrera técnica en trabajo social, pero nunca la ejerció, ya que no terminó su proceso de titulación, cuando ella estaba viendo este proceso comenzó a sentirse mal y su prioridad fue su enfermedad y ahora no se ha dado la oportunidad de ponerse al corriente en ese trámite, ha tenido algunos trabajos, en los cuales tuvo que ocultar su trasplante renal por miedo a que la fueran rechazar.

Tiene pocos amigos, porque no es muy sociable, le cuesta relacionarse con la gente, hablar en público, expresar lo que siente o quiere, actualmente vive con sus padres, no trabaja, se está recuperando de la nefrotoxicidad del injerto que tuvo, por el momento su papá es quien solventa sus gastos, se considera una mujer feliz, que vive todos los días con alegría ya que son una oportunidad que la vida le está dando.

4.5 Muestra

Por oportunidad, Una persona, mujer de 35 años, que ha pasado por un trasplante renal.

- **Muestra por oportunidad**

Caso que de manera fortuita se presenta ante el investigador, justo cuando este lo necesita. O bien individuos que se reúnen o se requieren por algún motivo ajeno a la investigación, lo que nos proporciona una oportunidad extraordinaria para reclutarlos. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 399)

En los estudios cualitativos el tamaño de muestra no es importante, desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. Lo que se busca es la indagación cualitativa es profundidad. Nos conciernen casos (participantes, personas, organizaciones, eventos, animales, hechos etc.) que nos ayuden a entender el fenómeno de estudio y a responder a las preguntas de investigación. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 394).

4.6 Instrumentos

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**

Ficha técnica

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Gregory K. Brown

Material: Manual de interpretación y aplicación

Aplicación: Individual

Tiempo: Lo que tarde en responder

Edad: A partir de los 13 años en adelante

Editorial: Paidós

Esta versión fue desarrollada para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos. Se basaron en las descripciones verbales de pacientes y no fueron seleccionados para reflejar una teoría de depresión en particular. Estos ítems fueron: estado de ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, castigo, disgusto consigo mismo, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad en el trabajo, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de libido.

- **Manual y guía de la interpretación de la técnica del dibujo proyectivo (HTP)**

Ficha técnica

Autor: BUCK, John N; Warren, W. L.

Material: Manual de interpretación

Aplicación: Individual

Edad: A partir de los 4 años

Tiempo: de 30 a 90 minutos

Editorial: Manual Moderno

El objetivo es evaluar las funciones del ego, conflictos de personalidad, autoimagen, percepción familiar, funcionamiento intelectual y coordinación visomotriz.

La técnica de dibujo proyectivo H-T-P es una de las pruebas de mayor difusión y empleo en la evaluación de la personalidad, es breve y puede aplicarse prácticamente a cualquier sujeto, ofrece abundante información clínica, alteraciones en el desarrollo, impedimentos de lenguaje o diferencias culturales, entre otros.

- **Observación cualitativa**

No es mera contemplación (sentarse a ver el mundo y tomar notas); implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones.

Se debe saber escuchar y utilizar todos los sentidos, poner atención a los detalles, poseer habilidades para descifrar y comprender conductas no verbales, ser reflexivo y disciplinado para escribir anotaciones, así como flexible para cambiar el centro de atención, si es necesario. 418) (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010)

- **Entrevista cualitativa**

Esta se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema.

Pueden hacerse preguntas sobre experiencias, opiniones, valores, creencias, emociones, sentimientos, hechos, historias de vida, percepciones, atribuciones, etc.

- **Entrevista semiestructurada**

Por su parte se basan en una guía de asuntos o preguntas y el investigador tienen la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir no todas las preguntas están determinadas) (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 418)

- **Historia de vida**

Es una forma de recolectar datos en la investigación cualitativa. Por lo regular se construyen mediante, la obtención de documentos, registros, materiales y artefactos. Por medio de entrevistas las cuales se pide a uno o varios participantes que narren su experiencia de manera cronológica en términos generales o sobre uno o más aspectos

específicos (laboral, educativo, sexual, de relación marital, etc.) (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 436)

- **Bitácora de análisis:**

Tiene la función de documentar el procedimiento de análisis y las propias reacciones del investigador al proceso y contiene fundamentalmente; anotaciones sobre el método utilizado, anotaciones respecto a ideas, conceptos, significados, categorías e hipótesis que van surgiendo del análisis, anotaciones con relación a la credibilidad y verificación del estudio, para que cualquier otro investigador pueda evaluar el trabajo. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010, pág. 447)

4.7 Diseño de la investigación

La investigación es cualitativa, porque quiere medir la probabilidad de los argumentos, también es no probabilística ya que no se quiso generalizar en una población más amplia, solo se buscó profundizar sobre una situación en particular, un estudio de caso sobre las emociones a raíz de un trasplante renal, con la ayuda de una sola persona, quien por medio de varias herramientas nos contó su historia y el impacto que ha tenido este proceso en su vida, lo cual nos dio pie a una oportunidad extraordinaria para reclutar información, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Recolectar información de la participante
- Analizar información obtenida
- Aplicación de instrumentos
- Resultados
- Conclusiones

4.8 Especificación de la captura de la información

Primero se interactuó un par de veces con M para generar un poco de confianza, después se le pidieron sus datos generales sin que estos afecten su confidencialidad, ya que no

quiso que su nombre completo apareciera en el caso, por ello durante toda la investigación se le dio a conocer como **(M)**; se le menciono y explico el proceso de la investigación, objetivo de esta y lo importante de su colaboración.

Desde el inicio de la investigación el investigador llevo una bitácora donde fue registrando todos los momentos que pasaron con el investigado y que se creyó que eran importante para el estudio de caso.

Se le pidió que platicará exactamente todo sobre el proceso de su enfermedad, desde que comenzó a sentirse mal físicamente, cuando fue al médico y le dieron el primer diagnóstico hasta cuando paso por el trasplante de riñón, hablo un poco de sus emociones que surgieron exactamente en ese momento de su vida.

Se aplicaron diferentes instrumentos para poder recabar la información del caso de M de manera correcta; se comenzó con una historia de vida donde redacto diferentes momentos de su vida en diferentes áreas personales, esta se hizo de forma general, dando más importancia al área de salud que es la que nos arrojó más datos sobre el objetivo de la investigación, después se realizó una entrevista semiestructurada, con un cierto número de preguntas que fueron aumentado conforme se iba aplicando, para finalizar se le aplicaron dos pruebas psicologías, una proyectiva y otra psicométrica, para ver que emociones presentaba M a raíz de su trasplante renal.

4.9 Procesamiento de la información

En este punto de la investigación se volvió a revisar todo el material, para poder analizar lo obtenido y poder dar paso a los resultados, los cuales se desarrollaron de la siguiente manera; se realizó un resumen de cada uno de los instrumentos, en el orden que se fueron aplicando, al tener ya estos resúmenes de forma individual se dio paso a un resumen general de todo los resultados, juntando los diferentes datos obtenidos en cada uno de los instrumentos y así poder sacar los resultados finales de la investigación. Con los resultados se dio paso a las conclusiones y sugerencias de la investigación.

- **Ejecución del proyecto**

Se pidió la autorización de la persona para relatar su historia, por medio de un consentimiento informado, (anexo 1) donde se especificó hasta donde el investigado permite se exponga su vida y hasta donde desea que se limite más la información con el fin de no sentirse agredido.

RESULTADOS

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron diferentes herramientas para recabar información; una historia de vida, una entrevista semiestructurada y dos pruebas psicológicas;

Historia de vida (anexo 2)

En la historia de vida desarrollada con M para investigación resultó que proviene de una familia unida, con padres de relación estable porque siempre ha existido comunicación entre ellos, son cariñosos, también hay buena comunicación con sus hermanos. Su familia ha pasado por varias situaciones difíciles como su enfermedad renal que cambió muchas cosas entre ellas que su padre se acercara más a ella y a sus hermanos, en su familia a raíz de la situación que pasó M los sentimientos se expresan con más facilidad, su familia siempre ha estado con ella durante toda su enfermedad y su proceso de trasplante, a M no le incomoda que su pareja conozca sobre su situación de salud ya que él le brinda estabilidad y seguridad.

La historia de vida sacó a relucir que a M no le gusta mucho convivir con la gente, que le gusta pasar tiempo sola, tiene pocos amigos, su círculo de personas cercanas han pasado por una insuficiencia renal y por el trasplante. Refleja que a veces le estresa el no poder encontrar un trabajo normal por lo que la gente con la misma condición que ella cuenta sobre malas experiencias respecto a no poder conseguir empleo ya que se los han negado, pero a pesar de esto se siente feliz y sabe que tener un trasplante renal es una bendición y se considera muy afortunada por tener ella esta oportunidad, pero a pesar de lo que la gente dice para M no ha sido una limitante su condición para poder encontrar un trabajo.

En los últimos nueve años M se ha pasado gran tiempo en los hospitales, su vida ha cambiado en cuestión de hábitos, pero tiene una mejor calidad de vida gracias al trasplante, le llena de orgullo ser trasplantada, es difícil el proceso pero es una esperanza

de vida. Después de su trasplante se volvió un poco más expresiva sobre lo que siente, por lo que ha sufrido se ha vuelto más sensible, se dio cuenta que la vida se puede acabar en cualquier momento, no le incomoda que los demás sepan sobre su trasplante renal, le gusta compartir su experiencia, no le da miedo el rechazo, porque nadie lo ha hecho hasta el momento, aunque a veces la gente le hace preguntas sobre su proceso y enfermedad no le incomoda, en algún momento le dio miedo que la llegaran a rechazar, pero no fue así, los primeros días de tener el trasplante la gente se le quedaba viendo muy detalladamente como para ver si le encontraban algo diferente, lo cual si llegaba a incomodarle pues no es normal que la gente se te quede viendo la mayor parte del tiempo. En esta parte de la investigación se reflejó que a raíz del trasplante a M le han cambiado muchos aspectos, tiene que cuidarse más y estar pendiente de sus consultas y medicamentos, pero acepta que algunas cosas han cambiado por su bienestar.

Este instrumento nos arrojó con respecto a la calidad de vida que ha tenido y tiene M a raíz de su trasplante renal, así como las emociones desarrolladas antes y después proceso, la convivencia con sus redes de apoyo y lo que significa para ella haber pasado por un proceso como lo es el trasplante.

Entrevista semiestructurada (anexo 3 - 4)

Con base a la entrevista aplicada se arrojó que M tiene 9 años de trasplantada, años en los que ha mejorado su vida en cuestión a calidad; subió de peso, pudo volver a comer de forma normal y lo que a ella le emociona más es que pudo volver a orinar, ya que al no tener los riñones en buen funcionamiento el cuerpo deja de orinar, aunque también ha tenido muchas restricciones, no puede salir mucho a la calle por la contaminación, debe cuidar lo que come ya que no todo le cae bien a su organismo, tampoco puede trabajar en cualquier lugar, pues siempre debe de haber mucha limpieza a su alrededor y no puede hacer mucho esfuerzo como cargar cosas pesadas o mal pasarse en cuestión de comida.

La entrevista también arrojó que M no puede tener hijos, pues una persona trasplantada pone en riesgo su salud al buscar un embarazo. Siempre ha tenido el apoyo de su familia, este no cambió en ningún momento, así como el afecto que sienten sus amigos por ella sigue igual como antes de su trasplante, se preocupan por su salud, por su alimentación y su estado de ánimo, la entrevista nos dejó ver que su ambiente laboral sí logró verse afectado, ya que a veces M se levanta cansada y una persona así no rinde lo suficiente y esto pasa porque los medicamentos que toma la agotan física y emocionalmente.

Respecto a las preguntas de la investigación salió a relucir que las emociones que M ha presentado después de su trasplante son; enojo, por no poder hacer las cosas como las hacía antes, por tener que tomar muchos medicamentos, poca tolerancia a la frustración, en ocasiones se pone de malas con facilidad, tristeza, ya que hay días que no quiere hacer nada, en ocasiones no se quiere levantar de la cama, no tiene mucho ánimo, pero esto es por el tipo de medicamentos que toma que son inmunosupresores y los médicos le han dicho que afectan sus emociones y es normal en personas trasplantadas de riñón. Dentro de las preguntas de la entrevista podemos rescatar que M no ha llevado un proceso terapéutico estable, en algún momento intentó ir a terapia pero lo dejó puesto que ya se sentía mejor, en la entrevista resalta que se siente emocionalmente estable, está contenta con lo que es y con lo que tiene. A veces solo extraña el no tener que tomar tantos medicamentos, pero entiende que es por su bien y para mejorar su calidad de vida, se refleja como una persona fuerte, que no se ha dejado vencer tras las adversidades.

En estas entrevistas nos arrojaron datos más específicos con respecto a la etapa de la enfermedad, así como las emociones que se presentaron durante y después de este proceso del trasplante renal.

Prueba: Manual y guía de la interpretación de la técnica del dibujo proyectivo (HTP) (Anexo 5)

CASA: Se muestra un dibujo simétrico y centrado, con proporción adecuada y líneas un poco débiles, lo que proyecta su relación familiar un poco rígida, con necesidad

de apoyo y de seguridad, ansiosa, obsesiva compulsiva, le gusta estar aislada, evade ciertas situaciones, M se muestra como una persona indecisa, con inseguridad y debilidad del yo, que necesita el apoyo de los demás para hacer algunas actividades que le originan miedo.

ARBOL: Se muestra un dibujo simétrico y centrado, que refleja que M tiene cierta oposición al ambiente, se aísla de los demás, en ocasiones se siente inferior a otras personas, es un poco fantasiosa, muestra una dependencia hacia los otros en relación a que le ayuden hacer ciertas cosas, le da miedo expresarse ante los demás y le da temor el equivocarse.

PERSONA: es una imagen centra y simétrica, muestra rigidez, aislamiento de los demás, rechazo hacia algunas cosas, habla de una dependencia, de agresión, narcisismo, indecisión, miedo de hacer ciertas cosas lo cual le provoca inseguridad M se refleja en su prueba como una persona que busca necesidad de apoyo de los demás, es insegura y le cuesta relacionarse con las personas, prefiere aislarse y evadir lo que no es de su agrado, es indecisa, aunque cuando toma una decisión suele ser muy rígida con lo que eligió o quiere. En su prueba no muestra alucinaciones, ni paranoia, tampoco presenta depresión o tristeza, así como no presenta rechazo hacia su persona.

En esta prueba se arrojó que M no presenta depresión, así como también se deja ver que muestra algunas deficiencias y carencias en algunas áreas de su vida, sin dejar de lado cualidades que resaltan de su persona.

Prueba: Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Anexo 6)

En esta prueba aplicada para la investigación podemos recatar que como puntuación final de todas las afirmaciones que se tuvieron que valorar M saco un total de 10, lo cual indica que se encuentra en un rango de 0-13, que refleja que tiene rasgos

mínimos de depresión. Lo cual se podría interpretar como que M no presenta depresión.

En esta última prueba se arrojó que M no presenta depresión en esta etapa de su vida, por lo tanto no hay afectación a raíz del trasplante renal.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para llevar a cabo este estudio de caso se realizaron diferentes aplicaciones de instrumentos, entre los cuales estuvo la historia de vida, la entrevista semiestructurada y dos pruebas psicológicas como ya se mencionó en la parte de arriba y con todo eso pudimos rescatar información muy valiosa para estructurar los siguientes resultados generales;

Kelley, (1992) Nos dice que, la mayoría de los médicos consideran que el trasplante renal representa la modalidad terapéutica más eficaz y con una relación costo beneficio más conveniente en los pacientes con insuficiencia renal terminal. Como fue el caso de M, al tener insuficiencia renal su opción más viable fue el trasplante, el cual fue una esperanza de vida, eficaz que le permitió seguir viviendo.

Según Vara, Gonzales, (2016) La donación de órganos salva vidas. Prolonga la existencia de enfermos graves y aumenta su calidad de vida. Así mismo también Canche, Bogetti, & Rodriguez, (2012) nos dice que los pacientes renales siguen siendo los que mejor calidad de vida manifiestan.

Un dato importante es que M no presenta depresión a causa de su trasplante renal, ya que la teoría nos dice que la depresión va a depender de la calidad de vida a partir del trasplante, es decir, si su situación se refleja más positiva que negativa con base a su proceso, no se presentara depresión como es el caso de M.

Hamburger, Crosnier, & Grunfeld, (1982) Nos mencionan que una vez fuera del hospital, el trasplantado debe ser controlado de manera regular en consultas externas por los propios médicos del equipo de trasplante. La periodicidad de los controles varía de uno a otro equipo. Como es el caso de M, quien tiene que acudir a consultas y revisiones periódicas, lo que en ocasiones le limita para hacer otras actividades y su vida se reduce a estar en los hospitales, esto ha sido así en los últimos nueve años posteriores a su y

trasplante renal, pero aún con esto se siente satisfecha y bendecida por tener una nueva esperanza de vida

Según Pérez y Martín, (2002) por la insatisfacción con la imagen corporal algunos trasplantados tienen dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante en su propio cuerpo, la insatisfacción con la imagen corporal está asociada a diferentes problemas psicológicos, así por ejemplo, hallaron que los trasplantados con peor imagen corporal puntuaban más alto en las variables ansiedad estado, depresión, pensamientos depresivos y pensamientos ansiosos y, además, que sus expectativas hacia la enfermedad eran más negativas. M no presenta problemas psicológicos ya que no tiene incomodidad con su imagen corporal o con que la gente sepa de su condición, al contrario el que sepan que tiene un trasplante renal le orina orgullo, pues se siente muy afortunada, por ello no presenta pensamientos depresivos o negativos sobre su enfermedad y condición, así como tampoco ansiedad, esto fue reflejado en todas sus pruebas aplicadas.

Pérez y Martín, (2002) dice que los trastornos sexuales. Suelen aparecer en el 30% de los trasplantados y las causas pueden ser tanto físicas (por ejemplo, la propia enfermedad o la medicación) (por ejemplo, algunos trasplantados evitan las relaciones sexuales por temor a dañar el órgano trasplantado o porque se sienten menos atractivos debido a los efectos secundarios -crecimiento del vello de los inmunosupresores). Lo cual no es el caso de M ya que su pareja es muy comprensible y a ella no le incomoda mostrar las cicatrices de sus cirugías o su cuerpo no tan estético a causa de la enfermedad, ya que hay mucha comunicación con su pareja y se refleja una autoestima alta.

Perea, Vilardel & Manyalich, (2005) nos dicen que la ausencia de apoyo por parte de la familia aumenta los trastornos psicológicos en los trasplantados. M no presenta ningún problema familia, por lo cual la teoría nos dice que al tener una buena relación con la gente que está cercana te hace sentir bien y segura aun con la condición de M, puesto que tiene el apoyo de su familia y amigos, la sociedad no la juzga o la hace sentir incomoda, lo que ayuda a que M se sienta bien y sin problemas emocionales.

Según Canche, Bogetti, & Rodríguez, (2012) Existen alteraciones psicológicas como la ansiedad y la depresión antes del trasplante y posteriores a él, que ayudan a predecir la calidad de vida del paciente, puesto que estos padecimientos influyen en que los pacientes perciban aún más la mejoría en su calidad de vida. Por ello, se requiere manejo psicológico profesional y apoyo familiar antes, durante y posterior al trasplante, ya que los estados emocionales negativos son una causa que por sí sola tiene más influencia en determinar la calidad de vida tras un trasplante satisfactorio. Como es el caso de M que al tener un trasplante satisfactorio, no le genera ningún tipo de alteraciones psicológicas, lo que la hace vivir de manera estable y aun con las limitantes, se considera privilegiada, además su calidad de vida mejoro a raíz de su trasplante, no es lo mismo llevar un tratamiento como la hemodiálisis o diálisis, ha ya estar trasplantada, pues pudo volver a tener una vida más normal como todas las personas, con alguna restricciones para estar bien físicamente pero con salud y con estados emocionales positivos.

Otros factores que influyen de forma negativa en un trasplante según Canche, Bogetti, & Rodríguez, (2012) son la función renal, los rechazos agudos, los efectos secundarios de la medicación como los inmunosupresores, hospitalizaciones, la situación laboral, la imagen corporal, los asuntos relacionados con la sexualidad, la dependencia de terceras personas, el estrés, la ansiedad e incluso la culpabilidad que pueden complicar los aspectos emocionales y psicológicos después del trasplante, en donde según los resultados de las pruebas aplicadas a M no presentan ninguna alteración, por lo tanto no presenta problemas psicológicos después de su trasplante renal

Ladriscina, (2006) nos dice que según la teoría de Albert Ellis, los trastornos emocionales en los seres humanos son provocados por condiciones ambientales particulares, pero se constata aún que la modificación de tales condiciones a menudo no produce un cambio correlativo de los trastornos emocionales. Nos precisa a pensar de manera irracional, pues recordemos que eran los pensamientos irracionales los que provocaban los trastornos emocionales. en las diferentes herramientas se arrojaron emociones tanto negativas como positivas, ya que la teoría nos dice que a raíz de un trasplante comienzan a existir muchos cambios en las persona, las emociones que M presenta

son; enojo, por no poder hacer todas las cosas que ella quiere y con la rapidez e independencia que desea, poco ánimo y tristeza; lo cual en ocasiones puede ser por los medicamentos que toma que son inmunosupresores y estudios comprueban que la persona no necesita estar mal emocionalmente para sentirse triste si toma alguno de estos medicamentos, también presenta desesperación por los cambios en su vida, pues de antes ser una persona normal y ahora tener que vivir diferente, pero se siente feliz porque se considera fuerte y plena como mujer por tener la fortuna de ser trasplantada.

Como menciona Albert Ellis en su teoría en este caso las consecuencias de los actos de M son causantes de sus emociones, ella ha sabido sobre llevar las consecuencias de lo que implica tener un trasplante renal de forma razonable, lo cual le ha generado emociones positivas ya que ha modificado sus emociones por las que ha tenido que enfrentarse durante todo su proceso por medio de una evaluación, para poder hacer emociones más funcionales como lo dice la teoría racional, lo cual implica una condición emocionalmente estable.

Ibáñez, Onofre, & Vargas, (2012) la teoría de Albert Ellis trata de enseñar y mostrar al sujeto las consecuencias de sus actos, las causas de sus emociones y aprender una nueva forma de evaluar las situaciones de la vida cotidiana para actuar de una forma mucho más razonable. No implica encontrar una verdad “verdadera” porque eso es relativo, sino más bien encontrar una forma de pensar mucho más funcional, menos dolorosa. Implica que lo doloroso de la vida se vuelve un poco menos doloroso y que lo que se puede gozar de la vida, se vuelve mucho más “gozable”. Si lo que modifica nuestras emociones es la evaluación de las situaciones que el sujeto hace de su entorno, entonces hay que modificar dichas evaluaciones para obtener emociones más funcionales y que le permitan al sujeto vivir de una forma más comfortable.

Con base a la teoría aplica de Albert Ellis resulto que no son los acontecimientos lo que provocan el comportamiento de una persona sino las creencias que sobre ellas tenemos, las cuales son un conjunto de pensamiento y emociones, que ayudaron a

que M aceptará de forma realista su condición de vida y así sobre llevar el proceso de su trasplante renal y es por ello que no presenta depresión o estrés a causa de su condición ya que ha sabido sobre llevar este nuevo estilo de vida como ya se mencionó. Durante todo esto ha actuado de forma razonable en su vida cotidiana, piensa de manera funcional, lo que hace que sus experiencias en cuanto al trasplante renal y las enfermedades en sí, sean menos dolorosas como lo menciona la teoría racional emotiva de Albert Ellis.

M en ninguno de los instrumentos aplicados presenta depresión a causa de su trasplante renal, no presenta rechazo hacia su persona, tiene el apoyo de toda la gente que está a su alrededor, se refleja emocionalmente estable sin indicios de problemas psicológicos.

CONCLUSIONES

- M no presenta depresión a causa de su trasplante, esto se da a conocer en los cuatro instrumentos aplicados.
- M no es una persona triste después de su trasplante, lo cual se refleja en la historia de vida aplicada y la prueba proyectiva HTP.
- En la historia de vida se puede observar que M No presenta rechazo hacia su persona a raíz de su trasplante de riñón.
- M después de su trasplante paso por varias emociones, lo que se refleja en la Historia de vida aplicada así como en la prueba proyectiva de HTP la historia de vida y la entrevista semiestructurada
- Emociones desarrolladas después del trasplante; enojo, poca tolerancia a la frustración, poco ánimo, desesperación, tristeza, felicidad, plenitud, satisfacción, impotencia.
- M es emocionalmente estable y feliz por su nueva oportunidad de vida lo que se refleja en la historia de vida.
- Tiene el apoyo de su familia de sus amigos, así como de su pareja.
- Las emociones negativas que presenta M después de su trasplante renal, no tienen que ver tanto con su proceso, es más por el tipo de medicación que tiene, los cuales son inmunosupresores que algunas veces le hacen sentir desanimo.
- Las emociones positivas que presento o presenta M después de su trasplante renal son relacionadas con la esperanza y ganas de vivir y lo afortunada de ser trasplante.

SUGERENCIAS

- Es una persona emocionalmente estable, pero no paso por ningún proceso terapéutico, sería bueno que asista a terapia individual o de grupo, para apoyar a disminuir un poco a los efectos secundarios de los medicamentos.
- Que M participe en grupos de terapia psicológica para expresar sus emociones
- Que M exponga su caso ante la población por medio de pláticas para poder dar a conocer más información respecto al trasplante y la donación de órganos
- Hacer otros casos de estudio con la misma línea para reforzar los resultados obtenidos en este y así darle más valor a la información
- Que siga asistiendo a sus chequeos médicos y siempre estando pendiente de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Acosta, H. P., & Chaparro, L. L. (24 de Julio de 2008). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal cronica, sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante*. Obtenido de Revista colombiana de psicología: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80411803001.pdf>

Alarcón, P. A., & Millán, G. R. (2009). *Intervención Psiquiátrica previa al trasplante renal*. Obtenido de Revista Colombiana de Psiquiatría: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615450007.pdf>

Bertrand, R. (2018). *Psicología y mente*. Obtenido de Psicología Educativa y del Desarrollo: <https://psicologiymente.com/desarrollo/teoria-del-aprendizaje-piaget>

Canche, A. A., Bogetti, S. M., & Rodríguez, w. F. (Julio-septiembre de 2012). *Calidad de vida en pacientes con trasplante renal y hepático*. Obtenido de Departamento de enseñanza medica: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am123a.pdf>

Canche, A., Bogetti, M., & Rodriguez, F. (29 de 05 de 2012). *Calidad de Vida en Pacientes con Trasplante Renal y Hepático*. Obtenido de Medigraphic: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am123a.pdf>

Douglas, B. S., & Jones, N. (1970). *Enfermedades Renales*. Barcelona: Espaxs s.a Publicaciones Medicas.

Fang, L. S. (1983). *Manual Clínico de Nefrología*. México: Mc Graw Hill.

Gómez, R. K., Ballena, L. J., & León, J. F. (2016). *Mitos sobre la donación de organos en personal de salud, potenciales receptores y familiares de potenciales*

donantes en un hospital peruano: Estudio cualitativo . Obtenido de Donacion de organos.

Hamburger, J., Crosnier, J., & Grunfeld, J. P. (1982). *Nefrologia*. Barcelona: Toray, S. A.

Harriso. (2013). *Manual de Medicina*. México: Mc Graw Hill.

Hernández, S. R., Fernández, C. C., & Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Ibáñez, R. E., Onofre, P. G., & Vargas, F. J. (Diciembre de 2012). *Terapia Racional Emotiva* . Obtenido de Revista electrónica de psicología iztacala:
file:///C:/Users/CyberPlanet_Estandar/Downloads/34790-82286-1-PB%20(1).pdf

Kall, R., & Cavanaugh, J. (2011). *Desarrollo Humano Una Perspectiva del Ciclo vital*. México: Cengage Learning.

Kazez, R. (2009). *Subjetividad y procesos cognitivos*. Obtenido de Los estudios de caso y el problema de la seleccion de la muestra, aportes del sistema de matices de datos: <http://www.redalyc.org/pdf/3396/339630252005.pdf>

Kelley. (1992). *Medicina Interna*. Buenos Aires: Medica Panamericana.

Ladriscina, M. N. (2006). *La terapia Racional Emotiva de Albert Ellis*. Obtenido de Revista Norte de Salud Mental: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-25/126-la-terapia-racional-emotiva-de-albert-ellis.pdf>

Matínez, Salazar, G. J. (01 de Julio de 2008). *Universidad Autónoma de Tamaulipas*. Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de Donar es perdurar. Una visión ética, histórica y médica: <http://www.redalyc.org/pdf/4419/441942913003.pdf>

- Moya, M. (Enero de 2017). *Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis*. Obtenido de Facultad de Medicina y enfermería de Córdoba:
http://scielo.isciii.es/pdf/enfro/v20n1/07_original6.pdf
- OMS. (30 de Marzo de 2007). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 12 de Agosto de 2018, de Organización Mundial de la salud:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr12/es/>
- Osorio, A. K., Beltrán, D. M., Arias, M. Y., Prieto, F., & Robayo, A. (2017). *Revista del Instituto Nacional de Salud*. Recuperado el 09 de Agosto de 2018, de Supervivencia de Receptores de Trasplante renal en Colombia, 2008-2012:
<http://www.redalyc.org/pdf/843/84350981007.pdf>
- Papalia, D. E., & Wendkos Olds, S. (1992). *Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*. Colombia: Mc Graw Hill.
- Perea, M., Vilardel, J., & Manyalich, M. (2005). *Aspectos Éticos y Legales del Trasplante renal de donante vivo*. Obtenido de
http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v58n6/491_aspectos.pdf
- Pérez, S. G., & Martín, R. A. (12 de Julio de 2004). *Probelmas psicológicos asociados al trasplante de organos*. Obtenido de Universidad de Sevilla, España:
<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/61165/problemas%20psicologicos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rudnicki, T. (2006). *Redalyc*. Recuperado el 19 de Julio de 2018, de Aspectos emocionales del paciente renal crónico:
<http://www.redalyc.org/html/679/67920207/>
- Salud, S. d. (2001). *Programa de Acción Trasplantes*. Obtenido de Secretaria de Salud:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/trasplantes.pdf>

Tierney, J. L., Mc Phee, S. J., & Papadakis, M. A. (2001). *Diagnóstico Clínico y Tratamiento*. México: Manual Moderno.

Vara, G. J. (2016). *Aspectos éticos y jurídicos del trasplante de órganos*. Obtenido de Aspectos éticos y jurídicos del trasplante de órganos: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-AspectosEticosYJuridocosDelTrasplanteDeOrganosLaEs-5836128.pdf

Vara, Gonzales, J. M. (2016). *Aspectos Éticos y Jurídicos del Trasplante de Órganos*. Obtenido de Debates contemporáneos de ética de la donación y el trasplante de órganos: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-AspectosEticosYJuridocosDelTrasplanteDeOrganosLaEs-5836128.pdf

Vélez, V. E. (2007). *Donación de órganos, una perspectiva antropológica*. Obtenido de Fundación Jiménez Díaz Capiro: http://www.revistaseden.org/files/1729_donaci%C3%B3n.pdf

ANEXOS



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DEL ESTADO DE MÉXICO**

**UNIVERSIDAD DE IXTLAHUACA CUI A.C.
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**



(ANEXO 1) CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título de la investigación:**

**EMOCIONES DE UNA PERSONA QUE HA PASADO POR UN TRASPLANTE RENAL:
ESTUDIO DE CASO**

- **Objetivo de la investigación:**

Identificar las emociones que se pueden presentar en una mujer que ha pasado por un trasplante renal.

- **Participante:**

Una mujer de 35 años de edad, que ha pasado por el trasplante renal

- **Riesgos y beneficios:**

El estudio no lleva a ningún riesgo y ningún beneficio

- **Compensación:**

No hay ninguna compensación económica por participar

- **Confidencialidad:**

El proceso será estrictamente confidencial, solo se utilizara para fines educativos, su nombre no será revelado en ninguna parte de la investigación ya que la participante así lo desea.

- **Participación voluntaria:**

Si, la participación es voluntaria

- **Derecho de retirarse de la investigación:**

La participante tendrá el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento. No habrá ningún tipo de sanción o represalias.

- **A quien contactar en caso de preguntas:**

Investigadora, pasante de la licenciatura en psicología; Alejandra Madin Ulloa

- **A quien contactar sobre los derechos como participante en el estudio:**

Universidad de Ixtlahuaca, CUI, departamento de titulación de psicología

Ixtlahuaca de rayón, km 1

Nombre del investigador:

Pasante de la licenciatura en psicología

Alejandra Madin Ulloa

AUTORIZACIÓN

He leído el procedimiento descrito arriba, la investigadora ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas, voluntariamente doy mi consentimiento para que se haga uso de la información que pueda dar para fines de la investigación.

Nombre de la participante

M, 35 años.

Firma

(ANEXO 2) HISTORIA DE VIDA

ÁREA FAMILIAR

M menciona que tiene una familia muy unida integrada por 4 hermanos, de los cuales ella es la mayor con 35 años; tiene un hermano que se llama Víctor de 33 años, una hermana de nombre Roxana que tiene 30 años y Renata su hermana menor de 26 años, sus padres de nombre Silviano y Leticia; viven juntos desde hace 35 años, tienen una relación estable, con diferencias como cualquier pareja pero que han sabido sacar adelante a sus 4 hijos, su madre siempre ayudo a su padre para poder sacar la casa adelante, aunque su papá trabajaba todo el tiempo manejando un tráiler había ocasiones que la economía en casa no era muy buena. Su mamá tenía que lavar ajeno para poder ayudar con los gastos, M refiere que como familia siempre se han querido mucho y se han apoyado en momentos difíciles, comenta que la relación con sus hermanos también es buena y de mucha comunicación, refiere que su padre siempre fue un poco frio, le costaba trabajo expresar sus sentimientos hacia ella y hacia sus hermanos, su familia ha pasado por varias situaciones entre ellas lo de su enfermedad renal que cambio muchas cosas, como que su padre se acercará más a ellos y expresará sus sentimientos con más libertad.

M describe a su madre muy cariñosa y sentimental, protectora y linda con cada uno de los integrantes de su familia, siempre se ha preocupado por donde se encuentran sus hijos, con quien están y a la hora que lleguen a casa. Refiere que cada integrante de su familia es de carácter muy parecido, pero cada uno tiene cosas que los hacen diferentes y los vuelven la familia que son: Su hermano es de carácter muy fuerte, es serio y a veces se molesta por todo, pero en el fondo es muy noble, le da mucho miedo los hospitales, fue uno de los que estuvo más tiempo con ella durante el proceso de su trasplante renal.

Comentó que su hermana Roxana es muy independiente, sensible, protectora y maternal con cada integrante de la familia, ella ya está casada y tiene un hijo refiere que este pequeño logro que su familia se uniera aún más, ya que es el primer sobrino y nieto, menciona que su hermana la menor es muy enojona, obsesiva por que las cosas se hagan rápido y bien hechas, a esta última M la cuidó desde pequeña, aunque su mamá no la dejaba, ella menciona que le encantaba pasar tiempo con su hermanita menor, darle su mamila y cambiarle el pañal.

Refiere que cada uno de sus hermanos tiene un lugar muy importante en su vida así como sus padres, también menciona que sus abuelos son casi igual de importantes que sus padres, desde pequeña convivió mucho con ellos, M es la primera nieta y sobrina de su familia, ella recuerda que ha sido la consentida de sus abuelos, sobre todo de su abuela, cuando ella era pequeña se iba a dormir a casa de sus abuelos y prácticamente vivía con ellos, logrando un apego muy fuerte con la familia de su padre (abuelos y tíos) sus tías también juegan un papel muy importante en su vida e infancia, la querían y consentían mucho, desde pequeña se iba de vacaciones a casa de sus tías, por ello es que M empezó a asistir a la escuela que estaba cerca de la casa de ellas y desde que tenía 15 años se fue a vivir con sus tías y solo visitaba a sus padres los fines de semana,

Menciona que llegó a parecer que tenía más comunicación con la familia de su padre, aunque ella comenta que siempre ha querido mucho a sus padres a pesar de no vivir su adolescencia con ellos, en esta época la comunicación con su madre se vio un poco afectada ya que llegó a inclinarse más por sus tías, refiere que convivía más con ellas que con su madre.

M comenta que después de su enfermedad recuperó en su totalidad la comunicación con su madre pues pasaron momentos muy delicados y dolorosos juntos que ha M le hizo valorar la relación madre-hija que estaba un poco descuidada.

ÁREA SOCIAL

M refiere que no le gusta convivir mucho con la gente, que desde que recuerda ella siempre ha sido así y le gusta pasar tiempo sola en su cuarto viendo videos, tele o leyendo un libro. Que desde que recuerda ha sido de pocos amigos, cuando iba a la escuela, las relaciones sociales han sido de buena calidad pero ella prefiere estar sola en algunos momentos de su vida, ahora tiene solo siete; tres hombres y cuatro mujeres, con dos de esas mujeres se conocen desde que iba a la escuela, a las cuales les tiene más confianza y los otros cinco han pasado por un proceso de trasplante es por ello que se conocieron y se hicieron amigos

Menciona que no le gusta ir a lugares donde hay mucha gente, le gustan las cosas tranquilas sin tanto ruido como los parques, le gusta mucho el cine y platicar en persona o por teléfono con sus amigos.

M expreso que después de su trasplante se ha vuelto un poco más expresiva que antes, con respecto a lo que siente, al darse cuenta que la vida se puede acabar en cualquier momento uno tiene que decir lo que siente, le da miedo y pena hablar en público, le sudan manos y se pone muy nerviosa, por temor a que vaya a equivocarse y los que estén ahí se burlen de ella, es por eso que muchas veces se guarda lo que quiere decir por temor a las burlar, se considera una persona introvertida no quiere más amigos, porque siente que con los que tiene es suficiente, menciona que a veces es consejera de sus amigos y es la más centrada del grupo.

A ella no le incomoda que los demás sepan que tiene un trasplante de riñón, al contrario le gusta contar su experiencia, dice que no le da miedo que la rechacen, porque nadie lo ha hecho hasta la fecha, refiere que la gente quiere saber, se pone curiosa y pregunta mucho pero no la hace sentir mal por su condición. En algún momento le dio miedo que la fueran a rechazar y veía que la gente que la conocía y sabía de su situación se le quedaba viendo intentando buscarle algo raro o algo que se le notara a simple vista, lo cual si ere un poco incómodo para M puesto que ella se considera una persona normal, con una limitante pero eso no la hace diferente de los demás.

ÁREA ESCOLAR

M refiere que estudio el kínder, primaria y secundaria en villa de allende de donde es originaria, y donde viven sus padres, a la edad de 15 años se vino a estudiar la preparatoria a la ciudad de Toluca, a partir de esa fecha y hasta el día de hoy ella ha vivido en casa de sus tías; su etapa de estudiante y sobre todo de preparatoria no fue muy buena, por estar tan consentida no le ponía valor al esfuerzo que hacían sus tías en pagar su escuela, ellas cubrían ese gasto, porque siempre la han querido mucho, su padre nunca estuvo de acuerdo con que ellas pagaran su escuela y que se fuera a vivir lejos de su casa, pero M refiere se empeñó en querer venir a estudiar a la ciudad y que

sus tías pagaran sus estudios, después estudio una carrera técnica en trabajo social, a ella le hubiera gustado estudiar psicología pero al final eligió otra opción, ahí fue donde conoció a dos de sus mejores amigas, las cuales lo siguen siendo hasta la fecha, menciona que ella hubiera querido estudiar una licenciatura pero justo en ese punto de su vida fue que se enfermó y todas las cosas empezaron a cambiar.

ÁREA LABORAL

M refiere que le estresa el no poder encontrar un trabajo normal. Menciona que tiene amigos a los cuales les han negado el trabajo por su condición, aunque por un lado le da orgullo el haber pasado por este proceso, también le da miedo el rechazo por que la gente no está informada correctamente.

Menciona que el solo pensar que no te puedan dar un trabajo por tu condición te provoca impotencia, te sientes agredida sin estarlo porque de cierta manera te sientes discriminada, limita y diferente, pero a pesar de ello M se siente feliz y sabe que el tener un trasplante renal es una bendición.

M ha tenido varios trabajos en diferentes lugares, ya que menciona que se aburre pronto y que no le gusta trabajar, lo cual dice es uno de sus peores defectos: tuvo un trabajo como asistente de recurso humanos, el cual fue antes de su trasplante, después fue empleada en el zoológico; como secretaria, trabajó en una tienda de colchas como vendedora, estuvo como recamarista en un hotel; lo cual era su sueño, menciona que desde pequeña ella siempre había querido trabajar de recamarista, que aunque suene absurdo ella se sentía muy complacida y cómoda en ese empleo. Actualmente trabaja dando clases de trabajo social en una escuela; lunes, miércoles y viernes, menciona que le gusta poder compartir sus conocimientos con sus alumnos, que ser maestra está bien, además es un trabajo que no requiere esfuerzo físico, y le sobra tiempo para poder estar pendiente de su salud.

ÁREA DE SALUD

Desde que nació M se mostró como una niña y feliz, casi no se enfermaba y cuando se llegaba a e enfermar se recuperaba muy rápido, cabe mencionar que eran enfermedades de bajo riesgo (gripa, estomago), pero siempre fue muy delgada de esta manera vivió su infancia y adolescencia de una forma normal, fue hasta la edad de 25 años cuando empezó a presentar ciertos malestares que indicaban una enfermedad persistente.

En los últimos nueve años M refiere que ha pasado mucho tiempo de hospital en hospital, A la edad de 24 años comenzó a sentirme mal físicamente, tenía cansancio, sueño, nauseas, moretones en su cuerpo, resfriados muy constantes acompañados de fiebres. Menciona que ella intuía que algo muy grave le estaba ocurriendo, pero le daba mucho miedo saber que era, estuvo así alrededor de dos meses.

Comenta que cierto día comenzó a sentir una sensación de ahogo y a presentar un cuadro de tos con flemas prácticamente de la nada, dejó de comer y al sentirse muy agotada; fue entonces que su familia se dio cuenta que algo le sucedía, la llevaron al médico general a una consulta, refiere que ella estaba muy lejos de imaginar que esa consulta sería la primera de un largo peregrinar de visitas constantes con médicos.

Refiere que su primer diagnóstico fue anemia crónica, acompañada de estudios generales, al día siguiente muy temprano se realizó los estudios, necesitaba internarse para tratar la tos crónica que presentaba y para realizar estudios más específicos. Ese mismo día en la noche la internaron, le pusieron un nebulizador que la hacía toser aún más y sentirse peor. Menciona que a la mañana siguiente le realizaron más estudios y por la tarde el resultado estaba listo, M tenía insuficiencia renal crónica; sus riñones estaban dejando de orinar y su cuerpo estaba intoxicado por todas las toxinas que sus riñones no podían sacar. El medico recomendó ver a un nefrólogo lo más pronto posible, ya que la situación era realmente grave.

M comenta que en ese momento no comprendía lo que le estaba ocurriendo, no entendía la gravedad del asunto. En el primer encuentro con un nefrólogo este se sorprendió al ver sus estudios, ya que menciona que se veían muy mal, que tenía una creatinina de 1.5, cuando en un ser humano con una función renal sana es de 1 punto y la suya estaba en

1.5. El nefrólogo recomendó hacer una diálisis, de inmediato; que es un tratamiento para limpiar las toxinas de la sangre.

Refiere que tuvo que pasar tres días en la sala de espera del IMSS, para conseguir un turno y pasar a que le colocaran un catéter donde pasaría una solución que limpiaría las toxinas que ya estaban en su cuerpo. La diálisis fue para ella una etapa muy fuerte, donde perdía peso, estaba más débil, no podía dormir, refiere que a raíz del tratamiento presentaba ansiedad y muchas veces pensaba en como sería todo cuando muriera, que sería de su familia, la cual seguramente sufrirían mucho su ausencia, M pensaba que le faltaban muchas cosas por hacer y por vivir, ya que menciona que sentía muchas emociones encontradas; como tristeza, enojo, frustración y desesperación, pero también tenía unas ganas inmensas de salir adelante, por el mal manejo del tratamiento presento crisis convulsivas.

Los primeros seis meses fueron muy duros y difíciles, ya que su cuerpo se estaba acostumbrando al tratamiento y su vida estaba cambiando, refiere que había cosas que ya no podía hacer, ya no podía comer otras y siempre tenía que cuidar que el ambiente estuviera lo más limpio posible para evitar una infección, refiere que era difícil cambiar sus hábitos de vida, pero era aún más difícil sentir desesperación por no saber qué iba a pasar mañana; con ella, con la enfermedad, con su vida.

M refiere que las primeras diálisis peritoneales se las realizaron en el hospital, tenía que ir al tratamiento tres veces al día, después de unos días el tratamiento siguió en su casa; a ella y a su familia les enseñaron como debía dializarse desde casa, se tenía que conectar a una maquina toda la noche, lo que permitía que durante el día pudiera hacer otras actividades más allá de solo estar en el hospital todo el tiempo, esta nueva forma de administras el tratamiento la hacía sentirme mejor físicamente.

Casi al mismo tiempo comenzó acudir al hospital de nutrición salvador zubivan en la ciudad de México, hace mención que fue donde comenzó un protocolo de trasplante. En un inicio su hermana Roxana seria su donadora, ya estaba todo listo, refiere que es un proceso de mucha emociones encontradas, pero su hermana no pudo donar, ya que tenía un problema en sus riñón izquierdo y lógicamente era descartada, era una esperanza para poder estar mejor y en ese momento la esperanza se estaba terminado, M refiere

que lloro mucho hasta que entendió que Dios así lo había querido y que ella tenía que seguir.

Entonces después de que ya no tenía esperanzas, su hermano se ofreció a donarle su riñón, el protocolo fue más rápido y el 10 de septiembre del 2009, su hermano le devolvía la esperanza de una vida mejor, por lo cual menciona que le esta infinitamente agradecida.

Menciona que su familia siempre estuvo con ella, desde el integrante más pequeño, hasta el más grande, todos de forma diferente pero apoyando para que el proceso de M fuera más llevadero, refiere que ellos también sufrieron con ella ya que pasaron días y noches, entre hospitales, doctores y medicamentos que desconocían. M nos compartió que eso le daba fuerzas para recuperarse y le impulsaba para seguir viviendo con más fuerzas, el amor de su familia y amigos que la rodeaban, le hacían darse cuenta que la vida no era tan dura en ese momento y la quería vivir.

Comenta que el primer año fue muy difícil, se la vivía en el hospital todo el tiempo, pero que no cambiaría por nada el momento cuando después de la cirugía le retiraron la sonda y pudo orinar sola otra vez, ya que durante su diálisis dejo de orinar porque sus riñones no podían hacer esa función. Refiere que para la mayoría es un acto normal para ella era lo más maravilloso que podía pasarle, sentía mucha felicidad.

M refiere que a los cinco años de trasplantada tuvo un rechazo de riñón, ya no estaba orinando lo suficiente y su cuerpo estaba enfermando al injerto, ya que su sangre es muy acida y eso perjudica al riñón, el cual ya no estaba realizando su función adecuada, estuvo internada 7 días en el hospital y con ayuda de los médicos logro salir adelante del rechazo, M nos comparte que cuando se enteró del rechazo, se puso muy triste pero aun así tenía esperanzas de que to iba a estar bien.

Hace un año aproximadamente M nos comparte que tuvo una infección en el riñón, lo cual también provoco que estuviera internada un par de días, esta situación fue más leve y refiere logro salir adelante, aunque es una situación a veces desgastante, por tanto hospital y médicos M se siente satisfecha por estos años de vida que lleva con su riñón. Para M tener un trasplante renal es algo maravilloso, aunque tengas que estar

constantemente en chequeos y tomando medicamentos, que le da mucha felicidad el tener una nueva oportunidad de vivir, que se siente una mujer plena y satisfecha con la vida que tiene.

Menciona que se siente muy feliz, que aunque su vida ha cambiado en cuestión de hábitos, tiene una mejor calidad de vida, gracias a su trasplante renal. Le llena de orgullo ser trasplantada, aun con la dificultad es una esperanza de vida

ÁREA SEXUAL

M refiere que no le incomoda el tener intimidad con su pareja ya que él conoce y ha estado en algunos momentos de este proceso que ella ha vivido, se han separado por algún tiempo por problemas de pareja, pero ahora están juntos, los problemas han sido porque él tiene un trabajo que le demanda mucho tiempo, tiene que viajar constantemente, además es divorciado y tiene cuatros hijos y a veces la convivencia con ellos es un tanto complicada según refiere M.

M comenta que le tiene mucha confianza a su pareja es por ello que sabe que ella tiene ciertas cicatrices en el estómago por su cirugía del trasplante, las cuales no le da pena mostrarle.

Con su pareja lleva 9 años, comento que se llevan muy bien, el entiende su situación y la comprende. Se preocupa por ella y siempre está al pendiente de sus necesidades, que su vida no es normal como las demás personas, pues no puede estar expuesta a muchas cosas y debe de tomar ciertas precauciones, aunque ella es feliz con eso, M menciona que su pareja también acepta la idea de que no puede tener hijos por su situación de salud, lo cual a ella le da estabilidad y seguridad con respecto a su relación.

ÁREA PERSONAL

M menciona que desde que ella recuerda es una persona feliz, llena de virtudes y con autoestima alta, con ganas de enfrentar cualquier situación que se le pudiera presentar en la vida.

El enterarse de su enfermedad le origino estrés y miedo y sabía que muchas cosas iban a cambiar, de tal forma que M se volvió más fuerte.

Durante la diálisis M comenta que no hablaba de lo que sentía porque pensaba que la estaban castigando por lo que le estaba pasando, reprimía sus sentimientos, pero después del trasplante se hizo un poco más abierta y le cuesta menos trabajo hablar de lo que siente.

Se describe como una persona que trata de ser feliz, con su situación, muy pocas veces se siente triste, pero cuando esto llega a pasar le da mucha hambre y después angustia, dice que es muy difícil que cuente sus problemas, los cuales en su mayoría solo le comparte a su hermana la menor, porque siente que no cualquiera la va a entender, se considera una buena persona, le gusta ayudar a los demás , no le gustan las injusticias, no suele enojarse tanto, en ocasiones se siente manipulada por personas que ven que es buena gente y se aprovechan de la situación. Cuando alguien la molesta si logran que se enfade pero eso es muy rara vez.

le gusta leer, se considera analítica y reflexiva, se describe mala para las matemáticas, hizo mucho hincapié que le gustaría hacer una licenciatura, en algunas cosas se considera dependiente, un poco miedosa para salir sola a la calle, a la hora de hacer algo y no poder hacerlo se frustra y se desespera.

M menciona que se siente una persona muy afortunada, porque aunque el proceso sea difícil, ahora tiene una nueva oportunidad de vida.

Le gusta saber que ella es una más de aquellas personas que son como una esperanza de vida, que es algo que puede contar y sentirse orgullosa como persona, ya que no es algo fácil.

Refiere que su vida a raíz del trasplante ha cambiado en muchos aspectos, tiene que cuidarse más y estar al pendiente de sus consultas y medicamentos. Que su vida ya no es como antes y que nunca volverá hacer igual, pero acepta la idea de que algunas cosas han cambiado por su bienestar.

(ANEXO 3) ENTREVISTA

DATOS GENERALES

NOMBRE:

_____ EDAD: _____

SEXO: _____ RELIGIÓN: _____

OCUPACIÓN: _____ ESTADO CIVIL: _____

1. ¿Cuánto tiempo tienes de trasplantada?
2. ¿Cómo ha sido tu vida en estos años de trasplante?
3. ¿Qué ha sido lo más difícil de ser una persona trasplantada?
4. ¿Cómo lograste desenvolverte ante la sociedad siendo una persona trasplantada?
5. ¿Cómo afecto tu trasplante la relación con tus amigos?
6. ¿Tu trasplante afecto en tu ámbito laboral? ¿Cómo?
7. ¿Qué cosas cambiaron en tu familia a raíz de tu trasplante?
8. ¿Qué extrañas de tu vida, antes del trasplante?
9. ¿Hay algo que cambiarías de ti, en este momento de tu vida?
10. ¿Qué es lo que te gusta más de ti, en este momento de tu vida?

(ANEXO 4) ENTREVISTA

DATOS GENERALES

NOMBRE: M

EDAD: 35 años

SEXO: Mujer

RELIGIÓN: Creyente

OCUPACIÓN: Maestra

ESTADO CIVIL: Soltera

1. ¿Cuánto tiempo tienes de trasplantada?

9 años

2. ¿Cómo ha sido tu vida en estos años de trasplante?

Mejoro mi calidad de vida con el trasplante, pero tengo muchas restricciones

3. ¿Cómo mejoras tu calidad de vida.

Subí de peso, pude comer bien; cuando estaba enferma todo me daba náuseas, pude orinar como la gente normal

4. ¿Qué te refieres con restricciones?

No poder salir mucho a la calle por la contaminación, no poder comer lo que yo quiero, porque no todo me hace bien, no poder trabajar en cualquier lado.

5. ¿Qué ha sido lo más difícil de ser una persona trasplantada?

No poder tener hijos, porque pone en riesgo mi salud y la de un futuro bebé por los medicamentos que tomo

6. ¿Cómo lograste desenvolverte ante la sociedad siendo una persona trasplantada?

Con el apoyo de mi familia

7. ¿Cómo te apoyó tu familia?

Dejándome seguir mi vida con normalidad y mi familia estando siempre para mí, cada momento y recaída

8. ¿Cómo afectó tu trasplante la relación con tus amigos?

No afectó, mis amigos me siguieron tratando igual que antes de mi trasplante

9. ¿Tu trasplante afectó en tu ámbito laboral? ¿Cómo?

Sí, por el cansancio no rindes de la misma manera

10. ¿Porque es el cansancio?

Porque los medicamentos, me agotan físicamente

11. ¿Solo te agotan físicamente?

Si

12. ¿Tus médicos te han comentado si tus medicamentos te mueven emociones y tú lo has notado?

Si

13. ¿Cómo que emociones?

Enojo, por no poder hacer las cosas como las hacía antes, por tener que tomar muchos medicamentos, poca tolerancia a la frustración, a veces me pongo de malas con facilidad, tristeza, porque hay días que no quiero hacer nada, en ocasiones no me quiero levantar de la cama, no tengo mucho ánimo

14. ¿Qué opinan los médicos de esas emociones que presentas?

Que las emociones que presento son normales por los medicamentos que son inmunosupresores y me han mandado tomar terapia con la psicóloga

15. ¿Estás en proceso terapéutico?

Por ahora no, hace algún tiempo fui una vez

16. ¿Porque dejaste de ir a terapia?

Empecé a sentirme mejor emocionalmente

17. ¿Cómo te sientes el día de hoy?

Emocionalmente estable, estoy contenten con lo que tengo y con lo que soy

18. ¿Qué cosas cambiaron en tu familia a raíz de tu trasplante?

Empezaron a preocuparse más por su salud, se preocupan más por mi alimentación, por mi estado de ánimo y me cuidan mucho

19. ¿Qué extrañas de tu vida, antes del trasplante?

Como tal no extraño nada, solo valoro muchas cosas como mi salud, la independencia, el no tener que tomar medicamentos para tener una buena calidad de vida.

20. ¿Hay algo que cambiarías de ti, en este momento de tu vida?

Cambiaría mi inseguridad, pero he sido así toda mi vida

21. ¿Qué es lo que te gusta más de ti, en este momento de tu vida?

Que soy una persona fuerte

22. ¿Porque fuerte?

No me he dejado vencer tras las adversidades de mi vida

ANEXO (5)

Reporte de resultados de pruebas psicológicas

MANUAL Y GUÍA DE LA INTERPRETACIÓN DE LA TÉCNICA DEL DIBUJO PROYECTIVO (HTP)

DATOS GENERALES

Nombre: M Edad: 35 años Sexo: Femenino Estado civil: Soltera

Profesión: Trabajadora social Estudios: Carrera técnica Ocupación: Profesora

RESULTADO:

CASA: Se muestra un dibujo simétrico y centrado, con proporción adecuada y líneas un poco débiles, lo que proyecta su relación familiar un poco rígida, con necesidad de apoyo y de seguridad, ansiosa, obsesiva compulsiva, le gusta estar aislada, evade ciertas situaciones, M se muestra como una persona indecisa en cuestión de sus decisiones, con inseguridad y debilidad del yo, que necesita el apoyo de los demás para hacer algunas actividades que le originan miedo.

ARBOL: Se muestra un dibujo simétrico y centrado, que refleja que M tiene cierta oposición al ambiente, se aísla de los demás, en ocasiones se siente inferior a otras personas, es un poco fantasiosa, muestra una dependencia hacia los otros en relación a que le ayuden hacer ciertas cosas, le da miedo expresarse ante los demás y le da temor el equivocarse.

PERSONA: es una imagen centra y simétrica, muestra rigidez, aislamiento de los demás, rechazo hacia algunas cosas, habla de una dependencia, de agresión, narcisismo, indecisión, miedo de hacer ciertas cosas lo cual le provoca inseguridad

CONCLUSIÓN:

M se refleja en su prueba como una persona que busca necesidad de apoyo de los demás, es insegura y le cuesta relacionarse con las personas, prefiere aislarse y evadir lo que no es de su agrado, es indecisa para tomar decisiones, pero cuando lo hace suele ser muy rígida con lo que eligió o quiere. En su prueba no muestra alucinaciones, ni paranoia, tampoco presenta depresión o tristeza, así como no presenta rechazo hacia su persona.

(ANEXO 6) INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

DATOS GENERALES

Nombre: M Edad: 35 años Sexo: Femenino Estado civil: Soltera

Profesión: Trabajadora social Estudios: Carrera técnica Ocupación: Profesora

RESULTADO:

Los aspectos que se evaluaron en M fueron sobre; estado de ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, castigo, disgusto consigo mismo, ideas suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, cambio de imagen corporal, dificultad en el trabajo, insomnio, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de libido.

Hubo dos afirmaciones muy importantes para la interpretación de prueba para ver si M tiene rasgos de depresión, la 16, cambios en el patrón del sueño y la 18, cambios en el apetito. En la 16 no ha experimentado ningún cambio en el patrón del sueño y en la 18 eligió la que su apetito es menos al habitual, en las dos afirmaciones se nota que no presenta rasgos de depresión, de igual manera en las demás afirmaciones sus opciones son positivas.

CONCLUSIÓN:

Como puntuación final de todas las afirmaciones, M sacó un total de 10, lo cual indica que se encuentra en un rango de 0-13, que refleja que tiene rasgos mínimos de depresión. Lo cual se podría interpretar como que M no presenta depresión.

Entre los resultados obtenidos de la información de M encontramos el resultado de las dos pruebas psicológicas aplicadas para el mejor entendimiento de la investigación y así poder tener una base sólida sobre algunas emociones que se desencadenaron en M después de su trasplante de riñón, pero sobre todo para descartar si presenta características de una persona depresiva a raíz de este proceso.

En la primera prueba que es el manual y guía de la interpretación de la técnica del dibujo proyectivo (HTP) se refleja a M como una persona que busca necesidad de apoyo de los demás, es insegura y le cuesta relacionarse con las personas, prefiere aislarse y evadir lo que no es de su agrado, es indecisa para tomar decisiones, pero cuando lo hace suele ser muy rígida con lo que eligió o quiere. En su prueba no muestra alucinaciones, ni paranoia, tampoco presenta depresión o tristeza, así como no presenta rechazo hacia su persona.

En la segunda prueba que se aplicó, que fue el inventario de depresión de Beck (BDI-II) como puntuación final con respecto a las afirmaciones, M sacó un total de 10, lo cual indica que se encuentra en un rango de 0-13, que refleja que tiene rasgos mínimos de depresión. Lo que indica que M no presenta depresión.