

Universidad Abierta Interamericana



Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

**IMAGEN CORPORAL Y RESILIENCIA EN
PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO**

Autor: Jesica Daniela Paronik

Legajo: 38832

Tutor: Mg. Jéssica López Peláez



FACULTAD DE PSICOLOGIA Y RELACIONES HUMANAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

DEFENSA DE TESIS

Dictamen _____

Nota _____

Jurados:

Fecha _____

Agradecimientos

A todos los docentes que me han acompañado en este recorrido quienes han contribuido a mi formación académica fomentando en mi una mirada crítica y reflexiva.

Agradezco especialmente a la Mg. Jéssica López Peláez quien ha tutorado mi tesina con gran dedicación y por sobre todas las cosas por motivarme a hacer lo que me gusta.

A los pacientes que con gran pasión me brindaron sus historias de vida las cuales me han enriquecido profesional y sobretodo personalmente.

Por último, agradezco a mi familia y amigos por su confianza, apoyo y cariño.

Resumen

El objetivo de este trabajo fue analizar la relación existente entre Imagen Corporal y Resiliencia en Pacientes con Trasplante Hepático.

El término resiliencia viene del latín *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006). Hoy en día es utilizado y definido en las ciencias humanas como la capacidad de sobreponerse, desarrollarse exitosamente y salir fortalecido de eventos adversos (Garmezy, 1991). Por otro lado Raich (2000) define la imagen corporal como la manera en que un sujeto percibe, siente, piensa y actúa en relación a su cuerpo. Un trasplante en la vida de un paciente resulta un hecho adverso que supone integrar un nuevo órgano en la imagen que el receptor tiene de sí mismo.

Para la medición de dichos constructos se administró un protocolo compuesto de tres instrumentos: Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) (versión española por Botella, Ribas y Benito, 2009), Escala de Resiliencia (Wagnild & Young, 1993; versión argentina: Rodríguez et al., 2009) y una Encuesta Sociodemográfica.

Para la selección de la muestra se siguió un diseño no probabilístico, la misma estuvo conformada por 31 pacientes que concurrían al Hospital Italiano para ser atendidos, todos ellos argentinos.

Los resultados obtenidos mostraron una correlación inversa entre la preocupación por la Imagen Corporal y Resiliencia, es decir, los pacientes más resilientes mostraron menor preocupación por el cuerpo.

Palabras clave: Imagen Corporal - Resiliencia - Trasplante Hepático

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| Resumen | 4 |
| Introducción | 10 |
| Capítulo I: Imagen Corporal | 13 |
| 1.1 Evolución del concepto..... | 13 |
| 1.2 Definición..... | 16 |
| 1.3 Trastornos de la imagen corporal..... | 18 |
| 1.4 Líneas de investigación..... | 20 |
| 1.4.1 Líneas de investigación en el área de la salud..... | 21 |
| 1.4.1.1 Cáncer de mama..... | 21 |
| 1.4.1.2 Lipodistrofia..... | 23 |
| 1.4.1.3 Cirugía bariátrica..... | 24 |
| 1.4.1.4 Trasplante de órganos..... | 24 |
| Capítulo II: Resiliencia | 26 |
| 2.1 Evolución del concepto..... | 26 |
| 2.1.1 La casita: ¿Cómo se construye la resiliencia?..... | 30 |
| 2.2 Definición de resiliencia..... | 31 |
| 2.3 Afrontamiento..... | 36 |
| 2.4 Líneas de investigación..... | 38 |
| 2.4.1 Investigaciones de la primera generación..... | 39 |
| 2.4.2 Investigaciones de la segunda generación..... | 41 |
| 2.4.2.1 Investigaciones de la segunda generación relacionadas con la salud..... | 43 |
| Capítulo III: Trasplante hepático | 46 |

| | |
|--|-----------|
| 3.1 Antecedentes históricos..... | 46 |
| 3.2 Tipos de donante..... | 47 |
| 3.3 Indicaciones y contraindicaciones para el trasplante y asignación de órganos..... | 49 |
| 3.3 Alteraciones psicológicas..... | 51 |
| 3.4 Investigaciones..... | 52 |
| Capítulo IV: Diseño metodológico..... | 55 |
| 4.1 Objetivos..... | 55 |
| 4.1.1 General..... | 55 |
| 4.1.2 Específicos..... | 55 |
| 4.2 Hipótesis..... | 55 |
| 4.3 Diseño..... | 55 |
| 4.4 Participantes..... | 55 |
| 4.5 Instrumentos..... | 56 |
| 4.5.1 Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)..... | 56 |
| 4.5.2 Escala de Resiliencia..... | 57 |
| 4.5.3 Encuesta sociodemográfica..... | 58 |
| Capítulo V: Procedimiento..... | 60 |
| 5.1 Análisis de datos..... | 60 |
| Capítulo VI: Resultados..... | 61 |
| 6.1 Características de la muestra..... | 61 |
| 6.2 Descripción de las variables..... | 65 |
| 6.2.1 Niveles de Imagen Corporal..... | 65 |
| 6.2.2 Niveles de Resiliencia..... | 66 |
| 6.3 Cruce de variables..... | 66 |

| | |
|--|-----------|
| 6.3.1 Análisis de normalidad..... | 66 |
| 6.3.2 Análisis de la correlación de las variables..... | 67 |
| 6.4 Niveles de Imagen corporal y Resiliencia en relación a las características sociodemográficas..... | 68 |
| 6.4.1 Imagen Corporal y características sociodemográficas..... | 68 |
| 6.4.2 Resiliencia y características sociodemográficas..... | 70 |
| Capítulo VII: Discusión..... | 71 |
| Capítulo VIII: Conclusiones..... | 74 |
| Referencias..... | 75 |
| Anexos..... | 86 |
| Anexo 1..... | 86 |
| Anexo 2..... | 88 |
| Anexo 3..... | 90 |
| Anexo 4..... | 92 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico I. La construcción de la resiliencia en niños..... | 31 |
| Gráfico II. Distribución de la muestra según tiempo en lista de espera..... | 62 |
| Gráfico III. Distribución de la muestra según motivo del trasplante..... | 63 |
| Gráfico IV. Distribución de la muestra según años que pasaron tras el trasplante..... | 64 |
| Gráfico V. Distribución de la muestra según tipo de injerto..... | 64 |
| Gráfico VI. Distribución de la muestra según reingresos..... | 65 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla I. Características de la muestra..... | 62 |
| Tabla II. Resúmenes estadísticos de los niveles de Imagen Corporal..... | 65 |
| Tabla III. Resúmenes estadísticos de los niveles de Cuidado del | |
| Aspecto Físico..... | 66 |
| Tabla IV. Resúmenes estadísticos de los niveles de Resiliencia..... | 66 |
| Tabla V. Prueba de Normalidad..... | 67 |
| Tabla VI. Correlación Imagen Corporal - Resiliencia..... | 68 |
| Tabla VII. Correlación Imagen Corporal - características sociodemográficas... | 69 |
| Tabla VIII. Correlación Resiliencia - características sociodemográficas..... | 70 |

Introducción

El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica para muchos pacientes que tienen problemas graves en el funcionamiento de algún órgano vital, esta intervención les ofrece mayor calidad y cantidad de vida. En este sentido, la medicina ha realizado importantes avances en este ámbito desde la investigación de nuevas técnicas para mejorar la supervivencia de los pacientes trasplantados hasta el uso de nuevos fármacos para mejorar la calidad de vida, sin embargo desde la Psicología ha sido un tema poco explorado. Los escasos estudios existentes en Latinoamérica se centran en analizar la sintomatología psicológica que presentan los pacientes trasplantados comparándolos con la población normal, la mayoría de ellos no toman en cuenta la influencia que en dichos síntomas pueden ejercer variables como los episodios de rechazo, el tipo de órgano trasplantado, el apoyo de la familia y del equipo de trasplantes, etc. (Pérez San Gregorio, Rodríguez y Galán Rodríguez, 2005).

En Argentina, el INCUCAI señala que cada año se realizan más de 100.000 trasplantes a nivel mundial y se estima que 250.000 pacientes se encuentran en espera de uno. España es el país con mayor número de donantes contando con 35 por cada millón de habitantes, en Argentina se estima unos 15 donantes por cada millón de habitantes, alcanzando en el 2012 una tasa de 15,7 que lo "posiciona a la vanguardia" en la región en materia de donación.

El trasplante hepático ha tenido notables avances en los últimos años, tanto en la técnica como en el manejo de los pacientes, lo que lo ha llevado a ser hoy en día aceptado como un tratamiento definitivo para la mayoría las enfermedades hepáticas terminales. Anualmente se realizan más de 9000 trasplantes ortotópicos hepáticos en Estados Unidos y Europa, en su mayoría por donantes con muerte encefálica y de un 4 a 8% por donantes vivos (Vetencourt Rivas y Carretta, 2007).

La salud está compuesta por diversos factores incluyendo aspectos tanto médicos como psicológicos. Tomando en cuenta esto, desde la psicología de la salud se intenta promocionarla haciendo énfasis en la importancia de la interdisciplinariedad (Raich, 2004). En la década de los 80's se focalizaba la

atención de forma exclusiva en los efectos patológicos de la vivencia traumática, es decir, en una “cultura de la victimización” en la cual se asume una visión pesimista de los seres humanos, posteriormente surge el concepto de Resiliencia definido por Garmezy (1991) como “la capacidad para recuperarse y mantener la conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse el evento estresante”, esto además implicaría según otros autores, superar las adversidades y ser transformados positivamente por ellas (Melillo, Estamatti & Cuestas, 2001). Este concepto lleva a salir del enfoque centrado meramente en la enfermedad, poniendo énfasis en los aspectos positivos del ser humano.

Cuando una persona es diagnosticada de una enfermedad grave, se genera en su vida una serie de cambios en su contexto, los cuales conllevan implicaciones a nivel tanto social como familiar. En los pacientes que requieren de un trasplante la experiencia de esperar un donante representa una carga física, emocional, social y económica; por lo tanto los pacientes conviven con la incertidumbre de cuando se realizará la intervención y su vida comienza a estar atravesado por exámenes, citas médicas rutinarias y a la espera de ser llamados para que se realice el procedimiento (Leite Araujó Borges et al., 2012).

Un trasplante supone integrar un nuevo órgano en la imagen que el receptor tiene de sí mismo. Siguiendo ésta línea, Raich (2000) define la imagen corporal como la manera en que un sujeto percibe, siente, piensa y actúa en relación a su cuerpo, va a ser saludable si es flexible, si las representaciones del cuerpo pueden cambiar influenciadas por las sensaciones internas, eventos psíquicos y externos, como una intervención de este tipo. En el ámbito de la psicología es un tema poco estudiado, las escasas investigaciones se centran en analizar los efectos patológicos que se pueden producir en las personas que viven este hecho adverso.

Debido a las escasas investigaciones en el campo de la salud que hacen hincapié en las características positivas de los pacientes, como las que los ayudan a sobreponerse ante las situaciones adversas y mejorar la percepción de ellos mismos, el objetivo de esta investigación fue indagar la relación inversa entre preocupación de la Imagen Corporal y Resiliencia en Pacientes con Trasplante Hepático.

Los profesionales del área de la salud podrán beneficiarse de los aportes del presente trabajo, los cuales permitirán conocer la relación entre los constructos psicológicos antes mencionados y posteriormente ayudará a implementar las mejores estrategias de intervención, a partir de la manipulación de dichas variables, que permitan mejorar y promover la salud de los dichos pacientes.

Capítulo I: Imagen corporal

En la sociedad actualmente se le da mucha importancia a la belleza, a prolongar la juventud y la salud, por tanto no es extraño encontrar un aumento en la preocupación por la apariencia física en las personas. Se gastan millones cada año para mejorar el aspecto físico, siendo uno de los negocios más lucrativos desde el campo estético, imponiéndose como moda. La inquietud exagerada por la imagen corporal puede ser perturbadora e incapacitante para mucha gente cuando se convierte en un núcleo central de su vida (Raich, 2004).

La imagen corporal es la forma en que se representa la figura del cuerpo en la mente de las personas y como ésta es experimentada psicológicamente, es decir, que actitudes y sentimientos despierta además de cómo éstas sensaciones se organizan internamente (Schilder, 1980 en Martins Saur, Pasian y Loureiro, 2010).

El cuerpo solo puede ser percibido a través de su representación mental. Cuando se producen cambios en el mismo tales como cirugías, estos deben ser traducidos en cambios en la imagen corporal (Freltas Azevedo y Mendoza Lopes, 2010).

1.1 Evolución del concepto

Los estudios sobre la percepción del cuerpo, lo que hoy se conoce como la imagen corporal, comenzaron a tomar importancia en el siglo XX. Fueron los neurólogos interesados en comprender fenómenos tales como el miembro fantasma y la anosognosia, quienes comenzaron a estudiar qué ocurría cuando una persona tenía una percepción distorsionada de su cuerpo. El interés estaba puesto en el entendimiento de casos clínicos, Henry Head y Paul Schilder fueron los primeros investigadores que estudiaron el tema en los años 20 (Russo Leite Ribeiro, Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares y Silva Caetano, 2012). Henry Head, desde el punto de vista neurológico, empezó a utilizar el término “esquema corporal” para aludir a que cada individuo construye una imagen de sí mismo que constituye un modelo con el cual se comparan los movimientos del cuerpo (Baile, 2003).

Posteriormente, a principio de la década de los sesenta, las definiciones en torno a este concepto adquirieron una perspectiva psicológica, Brunch (1962 en Baile, 2003) hace hincapié en la importancia de la alteración de la imagen corporal en la anorexia nerviosa, este término es fuertemente ligado a los trastornos de la conducta alimentaria, y por ende comienzan a hacerse estudios siguiendo esta línea.

Las primeras definiciones sobre este concepto parten de que la imagen corporal del hombre es tridimensional, es decir, está compuesta por una integración de factores biológicos, psicológicos y sociales (Allport, 1968 en González, 2001) que permiten a los sujetos representarse su cuerpo en las coordenadas de espacio y tiempo.

Por otra parte, Schilder a partir de 1935 generó diversas definiciones que fueron evolucionando con el tiempo y que hoy en día siguen estando vigentes. En 1950 propone un análisis multidimensional sobre imagen corporal, es decir, abarcando aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales inherentes a toda experiencia corporal percibida por los individuos, así inicialmente la define como: “la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos” (Baile Ayensa, 2003). Posteriormente, hace una definición en la cual complementa e integra los aportes de la neurología y de las ciencias sociales tomando de esta última otros conceptos como la autoestima y el autoconcepto. Mediante estas contribuciones define esquema corporal como “la capacidad de las personas de representarse su cuerpo en las coordenadas del espacio, de una manera tridimensional” (González, 2001). Finalmente y hacia 1989 propone una definición de este constructo desde la experiencia psicológica, centrándose en actitudes y sentimientos que cada individuo tiene sobre su propio cuerpo. Así definió la imagen corporal como la experiencia individual y subjetiva que tienen las personas sobre su cuerpo. Postuló que los individuos se encargan de organizar las sensaciones corporales al ser la primera forma de patrones para interpretar el mundo que le rodea. La percepción del cuerpo es la primera experiencia vivida por el niño y es fundamental para la construcción de la imagen corporal (Russo Leite Ribeiro, Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares y Silva Caetano, 2012).

Otro de los investigadores más importantes que desde el campo de la psicología comienza a estudiar este concepto es Seymour Fisher. Este autor, se dedicó durante más de treinta años a realizar estudios sobre la imagen corporal desde perspectiva psicodinámica. Una de sus principales preocupaciones fue la dispersión y desarticulación entre las investigaciones sobre la imagen corporal que se estaban produciendo durante la segunda mitad del siglo XX. Toma el concepto de "conciencia corporal", es decir, la forma en la cual los individuos perciben su cuerpo, como un aspecto esencial para la construcción de la imagen corporal. Sus investigaciones giraron en torno a comprender la evolución de la percepción de la imagen corporal (Russo Leite Ribeiro, Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares y Silva Caetano, 2012).

A partir del análisis de sus investigaciones, Fisher (1990), se plantea algunas cuestiones: ¿Cuándo un niño toma conciencia de la diferencia de su propio cuerpo en relación con otros objetos? ¿Cuándo se logra el aprendizaje de la espacialidad y la direccionalidad del cuerpo? ¿Cómo afecta las respuestas de los otros el atractivo físico? ¿Cuál es la relación entre la imagen corporal y adquisición de habilidades cognitivas? ¿Cuál es la relevancia de la experiencia corporal en el desarrollo del concepto de sí mismo del niño? ¿Cuál es la función del objeto transicional cuando se coloca cerca del cuerpo? ¿Cuáles son los cambios en el conocimiento del cuerpo y las actitudes de los adolescentes? Respondiendo a estas preguntas el autor propone que el funcionamiento de la imagen corporal se puede dividir en cuatro momentos: a) Organización de las fronteras b) Significados asignados a las partes del cuerpo c) Conciencia del cuerpo general d) Distorsiones en la percepción del cuerpo. Finalmente en 1986, Fisher propone que durante el desarrollo hay tres puntos de mayor importancia en lo que concierne a la evolución de la imagen corporal (Russo Leite Ribeiro, Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares y Silva Caetano, 2012):

- Durante los últimos meses del segundo año de edad el niño comienza a identificar su espacio corporal como la única referencia de sí mismo.
- Entre cuatro y cinco años, hay un avance notable en el desarrollo de la conciencia corporal, una considerable expansión de conocimientos sobre el

cuerpo y la capacidad para producir representaciones corporales similares a los de la realidad.

- Finalmente, durante los nueve años aparece la capacidad de desarrollar descripciones de cuerpo real, la percepción del mismo parece ser la primera forma de experiencia corporal experimentado por cada individuo. A través de la percepción el niño puede comunicarse con el mundo y se tiene una percepción de sí mismo de manera diferente (Russo Leite Ribeiro, Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares y Silva Caetano, 2012).

El interés en el cuerpo desde la perspectiva psicológica ha aumentado en los años recientes, sin embargo las definiciones que se encuentran al respecto son pocas, dándole mayor importancia a la investigación de la imagen corporal en relación diferentes contextos. Por tal motivo podemos observar que la definición de imagen corporal no ha evolucionado como si ha pasado con otros conceptos, de los cuales a pesar de haber surgido desde tiempo atrás se sigue discutiendo su significado (Kowner, 2002).

1.2 Definición

Clásicamente se ha definido imagen corporal como la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000).

Las definiciones han variado en función de la perspectiva desde donde se la ha estudiado, así ha sido denominada como: esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, yo corporal, límites del cuerpo y concepto corporal.

Raich (2000) expone dos de las principales definiciones sobre este concepto:

- Desde el punto de vista neurológico es "una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona". Asimismo se ha definido a la alteración de imagen corporal como "el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical por ejemplo el miembro fantasma que es el fenómeno psicológico que aparece en las personas a las que se les ha amputado una parte de su cuerpo por diferentes motivos y que afirman que sienten dolor o molestias en esa parte del cuerpo"
- Desde la perspectiva psicoanalítica se define este concepto como el límite corporal percibido por cada sujeto. Asimismo, desde esta perspectiva se

postula que: el cuerpo es el único objeto que se percibe y al mismo tiempo forma parte del sujeto, cuya percepción es intensa y diferente implicándose en sus sentimientos todo su yo.

Siguiendo esta misma línea, desde la teoría de la Gestalt se define imagen corporal como la representación que nos formamos mentalmente de nuestro cuerpo. Éste término está relacionado con el de autoconcepto, salvo que en éste último hay un parámetro de comparación relacionado con un modelo social (González, 2001).

Asimismo, desde la perspectiva cognitiva, Rosen (1992) define imagen corporal de una forma más dinámica, como la manera en que una persona percibe, imagina, siente y actúa en relación a su propio cuerpo. Esta concepción contempla aspectos perceptivos, subjetivos (satisfacción e insatisfacción), y conductuales:

a) Perceptivos: referido a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad (Thompson,1990). Imágenes, valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo (Cash y Pruzinsky, 1990).

b) Subjetivos: relacionado con cognitivo- afectivo. Se refiere a las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo (Thompson,1990). La focalización de la atención en el cuerpo y creencias asociadas al mismo y la experiencia corporal así como también de placer – displacer, satisfacción – insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa (Cash y Pruzinsky, 1990).

c) Conductuales: son las conductas que provocan la percepción del cuerpo y sentimientos asociados al cuerpo. Entre los comportamientos relacionados con hábitos no saludables se encuentra: la evitación de situaciones en las que expone el cuerpo, rituales de comprobación del cuerpo (pesarse muchas veces, mirar continuamente su cuerpo en el espejo, compararse con otras personas, entre otras), hacer ejercicio excesivo, etc. (Thompson,1990).

Según Raich (2000) la imagen corporal incluye la percepción que tienen los individuos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, así como también los movimientos y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, valoraciones y los comportamientos derivados de las cogniciones y sentimientos que experimenta cada sujeto. Asimismo postula que la imagen corporal que tiene cada persona, no es fija si no que puede modificarse a lo largo de de la vida.

La imagen corporal es la forma como las personas visualizan mentalmente su propio cuerpo, es una representación de su apariencia física, el tamaño y la forma (Azevedo Marques, Legal y Aparecida Höfelmann, 2012), no es necesariamente igual la apariencia física real. Las personas que al evaluar sus dimensiones corporales, muestran juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal (Vaquero Cristóbal, Alacid, Muyor y López Miñarro, 2013). En la sociedad se sobrevaloran los cuerpos fuertes y delgados lo cual lleva a sentimientos de insatisfacción corporal definida como la diferencia entre la forma en que la persona percibe su cuerpo, como desearía que fuera y como es realmente (Azevedo Marques et al., 2012).

La percepción de la imagen corporal es construida y modificada por medio de la experiencia con el mundo exterior dado que el comportamiento es el reflejo de una cultura que favorece establecer como prioridades una buena apariencia y perfecta, aparentemente sana (Freltas Azevedo y Mendoza Lopes, 2010).

La apreciación de nuestra imagen corporal tiene componentes perceptivos, cognitivos y emocionales. Aspectos tales como el atractivo físico, la feminidad/masculinidad y confianza en sí mismos tienen que ver con la apreciación de la imagen corporal (Freltas Azevedo y Mendoza Lopes, 2010).

1.3 Trastornos de la imagen corporal

Una imagen corporal saludable es aquella que es flexible, en la cual las representaciones del cuerpo pueden cambiar influenciadas por las sensaciones internas, eventos psíquicos y externos.

Existen diversos trastornos en los cuales se ve afectada la imagen corporal tales como el trastorno dismórfico corporal, pero es en los trastornos de la alimentación en los cuales ésta forma una parte nuclear del cuadro ya que el inicio de los mismos siempre consiste en la aparición y reiteración de cogniciones relacionadas con el cuerpo y la valoración estética del mismo, la anomalía se produce cuando estos pensamientos aumentan convirtiéndose en un tema exclusiva, asociando a una creciente ansiedad. Así la actitud hacia la propia imagen adquiere una importancia determinante en estos trastornos.

En el DSM III formaba parte de los criterios diagnósticos para los trastornos de la conducta alimentaria: "tener una autoestima excesivamente influenciada por la figura y el peso o la distorsión de la imagen corporal para la bulimia nerviosa". Y para la anorexia nerviosa "la alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exagerando su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso" (Fernández y Turón, 1998).

Posteriormente, en el DSM IV los trastornos de la imagen corporal adquieren aspectos más cognitivos, enfatizando al sentimiento y a las actitudes negativas en relación al propio cuerpo. Por ejemplo, en los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa se encuentra la "alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, así como también la exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro del bajo peso". Por otro lado, en los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa aparece como uno de ellos "la autoevaluación exageradamente influenciada por el peso y las siluetas corporales" (Fernández y Turón, 1998).

Las anoréxicas y las bulímicas comparten la preocupación por la imagen corporal pero en general está mucho más distorsionada en las primeras. En la bulimia la tríada clásica es atracón, purgas, preocupación por la imagen corporal. En la anorexia el rechazo a mantener un peso corporal dentro de los límites normales está acompañado de una distorsión importante en la imagen corporal que les hace verse "gordas" aunque estén debajo de su cuerpo (De la Serna, 1998).

Para la evaluación de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación se distingue entre el componente perceptual (referido al grado de inexactitud con el que el paciente estima sus dimensiones corporales),

componente afectivo (como se siente el paciente con su imagen) y cogniciones respecto del propio cuerpo (Fernández y Turón, 1998).

1.4 Líneas de investigación

El concepto de imagen corporal tanto en Latinoamérica como en Europa, ha sido relacionado con otros constructos como el de autoestima y ansiedad social, así es reflejado en múltiples investigaciones que se han realizado.

Por un lado, Secord y Jourard en 1953 realizaron un estudio con el propósito de conocer si los sentimientos sobre el cuerpo son acordes con los sentimientos acerca del yo. Los resultados encontrados sugirieron que sentimientos negativos sobre el cuerpo también están asociados con la ansiedad y con una sensación de inseguridad sobre el yo (Kowner, 2002).

Siguiendo la misma línea, Guinn, Semper y Jorgensen (1997 en Kowner, 2002) realizaron un estudio cuyo objetivo fue examinar la relación entre la percepción de la imagen corporal con la autoestima, la participación de la actividad física y la composición corporal en mujeres adolescentes de origen mexicano. La muestra estuvo compuesta por 254 mujeres y los datos fueron recogidos a través de una encuesta de autoinforme en relación a la imagen corporal y la autoestima. Se observó que a mejor percepción de la imagen corporal mayor autoestima. Los resultados sugieren que existe menos distorsión de la imagen corporal en mujeres adolescentes de origen mexicano sometidas a intervenciones destinadas a promover una imagen corporal saludable y la actividad física. También se encontró que el género parece tener un impacto considerable en la autoevaluación de estima corporal, las mujeres habitualmente subestiman su propio cuerpo en comparación con los hombres. Esto se debe a que las mujeres son más defensiva y menos abiertas sobre la cuerpo, además de que los criterios sociales son más estrictos en relación al atractivo físico (Russo Leite Ribeiro, Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares y Silva Caetano, 2012).

La mayoría de los investigadores han estudiado el concepto de imagen corporal a nivel individual, principalmente teniendo en cuenta el fenómeno de los trastornos alimentarios. En este sentido, la cultura, junto con el género, la clase social y a la edad parecen ser un factor importante en la determinación la

imagen y autoestima corporal (Raich, 2000). La cultura formula ideales físicos, de hecho, cada grupo cultural tiene su propia y única definición de atractivo físico, su propio conjunto de ideales corporales (Kowner, 2002).

1.4.1 Líneas de investigación en el área de la salud

Hoy en día el interés en la investigación del cuerpo dentro del área de la salud ha aumentado, es así como el concepto de imagen corporal ha comenzado a relacionarse con distintos fenómenos dentro de este contexto, saliendo de la posición que lo reducía a los trastornos de la alimentación (Kowner, 2002). Así se ha generado interés en el estudio de enfermedades crónicas que generan alteraciones en la imagen corporal como por ejemplo el cáncer.

A continuación se presenta una serie de investigaciones relacionadas con la imagen corporal dentro del área de la salud.

1.4.1.1 Cáncer de mama

En los años recientes diversos autores (López Pérez, Polaino Lorente y Arranz, 1992; Olivares, Martín, Román y Moreno, 2010; Rincón Fernández, Pérez San Gregorio, Borda y Rodríguez, 2012; Vázquez Ortiz, Antequera y Blanco Picabia, 2010) han investigado la relación entre el cáncer de mama y la imagen corporal.

Por un lado, López Pérez et al. (1992) realizaron un estudio con el objetivo de conocer las repercusiones en la imagen corporal de pacientes con cáncer de mama que había sido mastectomizadas. La muestra estuvo conformada por 58 pacientes a las cuales les administraron los cuestionarios: la Escala de Hamilton y Beck para evaluar depresión, la Técnica Q de Fierro adaptada por Reig de Wallston para evaluar autoconcepto y un cuestionario para valorar los cambios en la imagen corporal. En los resultados se identificaron dos grupos: con y sin problemas en la imagen corporal. Encontraron diferencias en variables psicológicas tales como depresión, ansiedad, autoconcepto y lugar de control. Por otro lado encontraron que

independientemente de los resultados el 84% de las mujeres mostraron cambios en la imagen corporal.

Siguiendo la misma línea, Olivares et al. (2010) realizaron un estudio con el objetivo de conocer la valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria. La muestra estuvo constituida por 438 mujeres con dicho diagnóstico. Las variables estudiadas fueron: sociodemográficas y médicas, se aplicaron los siguientes instrumentos: Ansiedad- depresión (HADS), Calidad de Vida (QLQ-C30), Calidad de Vida en Mama (QLQBR23) e Imagen Corporal (BIS). Los resultados dan cuenta que las pacientes sometidas a mastectomía presentaron un nivel más elevado de síntomas de ansiedad y una peor imagen corporal. Las mujeres que recibieron cirugía reconstructiva, por el contrario, presentaron mejores niveles en calidad de vida en general, más específicamente en el plano emocional.

En concordancia con las investigaciones anteriores, Vázquez Ortiz et al. (2010) realizaron un estudio con el objetivo de analizar las repercusiones que tiene la mastectomía por cáncer de mama en la adaptación psicosexual y la imagen corporal de las mujeres. La muestra estuvo compuesta por 60 mujeres mastectomizadas (30 con menos de un año de operación y otras 30 con más de un año) y 30 mujeres sanas como grupo control. Utilizaron como instrumentos de medida: las Escalas de Excitación y Satisfacción, la Subescala de Autoconcepto Físico de la Escala de Autoconcepto de Tennessee y una entrevista estructurada creada por los autores. Los resultados encontrados dan cuenta que cerca del 50% de las mujeres que expresaron que tras la mastectomía estuvieron preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales, tuvieron miedo al rechazo de la pareja y habían notado una disminución de su interés sexual. Asimismo, un número significativamente mayor en ambos grupos de mujeres mastectomizadas expresó no recibir caricias en la zona del pecho por parte de sus parejas, manifestaron más problemas relacionados con la propia desnudez y tuvieron una valoración más negativa de su atractivo físico. En relación a los indicadores de la imagen corporal según los resultados obtenidos concluyeron que la mastectomía por cáncer de mama no se asocia a una autovaloración negativa de la imagen física cuando ésta se realiza de forma global. Sin embargo, encontraron que se ven afectadas ciertas áreas de la imagen corporal como son las actitudes ante

el propio cuerpo desnudo o la autovaloración del atractivo físico. Concluyeron que las mujeres mastectomizadas presentan alteraciones en la sexualidad y en la imagen corporal que perduran transcurrido el primer año desde la mastectomía cuando no hay intervención psicológica.

Un estudio más reciente en relación con esto fue realizado por Rincón Fernández et al. (2012) con el objetivo de identificar el impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal. La muestra estuvo conformada por un total de 72 pacientes a los que les administraron los siguientes cuestionarios: Encuesta Psicosocial, la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), el Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC (QLQ-BR23) y el Test de Medición del Grado de Satisfacción Corporal. Los resultados encontrados dieron cuenta de que en general las pacientes con reconstrucción mamaria muestran una mayor satisfacción estética, así como una mayor autoestima, un menor deterioro de su imagen corporal y una menor preocupación por el futuro o por la pérdida del cabello en relación a las pacientes mastectomizadas que no tienen cirugías reconstructivas.

1.4.1.2 Lipodistrofia

En una línea diferente, Fleury Seidl y Almeida Machado (2008) realizaron un estudio con el objetivo de conocer los efectos de la lipodistrofia en el bienestar psicológico. La muestra estuvo compuesta por 21 pacientes con HIV de entre 29 y 52 años aquejados de lipodistrofia en función de la percepción de los síntomas del síndrome. Para esto se realizó un cuestionario abierto en el que se les preguntaron aspectos relacionados con la lipodistrofia: nivel información y conocimientos sobre la misma; percepción inicial de los signos del síndrome; reacción psicológica antes el descubrimiento inicial, impacto psicológico actual (especialmente la autoestima, la autoimagen; cambios en el estado de ánimo, las relaciones familia, el trabajo, el amor, el sexo y sociales generales), los cambios en el estilo de vida. Los resultados encontrados dan cuenta que en relación al presente los pacientes tienen una percepción negativa de su imagen propia, evitan contactos sociales, cambios negativos en el estado de ánimo y baja confianza en sí mismo.

1.4.1.3 Cirugía bariátrica

Rodrigues de Castro, Silva de Carvalho, Nolasco Ferreira y Caputo Ferreira (2010) realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de conocer cómo es la imagen corporal de mujeres que se han sometido a una cirugía bariátrica contando para esto con una muestra de 20 mujeres quienes había bajado de peso un promedio de 74 kilogramos después de la operación. Como instrumento utilizaron la entrevista semi – estructurada. Entre los cambios que expresaron tener después de la pérdida de peso se encuentran los siguientes: recuperación de las funciones corporales, autonomía para asumir viejos roles sociales (por ejemplo, trabajo). En general manifestaron experimentar sentimientos de satisfacción y alta autoestima que hasta el momento no habían experimentado.

1.4.1.4 Trasplante de órganos

En relación con el trasplante de órganos, Pérez San Gregorio y Rodríguez (2002) realizaron una investigación en la que indagaron sobre la relación entre imagen corporal y variables psicológicas en pacientes trasplantados. Los resultados dan cuenta de que hay una correlación positiva entre imagen corporal y depresión, es decir a imagen corporal negativa corresponde un estado de ánimo bajo. Los pacientes con una imagen corporal pobre experimentan con más frecuencia, en relación a los otros, aspectos tales como: tristeza, desánimo respecto al futuro, sentimientos de fracaso, insatisfacción por las cosas, sentimientos de culpa, de ser castigado, descontento consigo mismo, autocrítica, pérdida de interés por los demás, dificultad para tomar decisiones, preocupación por el aspecto físico, trastornos del sueño y cansancio. En una investigación similar, Pérez San Gregorio, Rodríguez y Galán Rodríguez (2005) analizaron los problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. Encontraron en relación a la insatisfacción corporal que algunos pacientes tienen dificultad de integrar psicológicamente el órgano del donante al propio cuerpo.

En los últimos años, la psicología clínica y la psiquiatría se han dedicado al estudio de la imagen corporal, en particular las investigaciones han girado en torno a los trastornos alimenticios. El conocimiento producido sobre el tema ha

sido profundo y útil, tanto que ha servido como un importante propulsor para la investigación de la imagen corporal en otras áreas tales como las enfermedades crónicas (Cash, 2004).

Capítulo II: Resiliencia

Todos conocen historias de personas que a pesar de vivir experiencias que pudieron haber sido traumáticas siguieron desarrollándose y llegaron a tener éxito en su vida.

El concepto de resiliencia ha tomado importancia en el área de la salud, donde se ha cambiado de un enfoque que pone la mirada en la enfermedad a otro en donde se le da importancia a promover el potencial humano y que intenta comprender como las personas son capaces de superar y sobreponerse a las adversidades (Infante, 2001). Con este nuevo concepto se pone énfasis en las diferencias individuales en relación a cómo las personas reaccionan cuando se enfrentan a situaciones estresantes, qué habilidades y actitudes promueven el proceso de adaptación y transformación exitosa a pesar de los riesgos (Fiorentino, 2008).

2.1 Evolución del concepto

Scoville (1942) fue el primero en utilizar el concepto de resiliencia al relatar como niños expuestos a los horrores de la guerra eran capaces de resistir y no desarrollar ningún tipo de enfermedad. Observó que el factor que tenía mayor incidencia en la vulnerabilidad de estos niños, más que la guerra en sí, era el desarraigo de la familia. Posteriormente, a medida que distintos investigadores fueron realizando estudios y observaciones (Garmezy y Masten, 1985 en Becoña, 2006; Rutter, 19993; Werner, 1989 citado en Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997) en contextos diferentes en los que se obtuvieron resultados semejantes este término adquirió mayor uso.

Las investigaciones en torno a este concepto iniciaron en el campo de la psicopatología, fue Werner (1989 en Kotliarenco et al., 1997) quien realizó un estudio con una muestra compuesta por 49 jóvenes cuyos padres tenían problemas de abuso de alcohol, quienes además habían sufrido conflictos familiares tempranos y vivían en pobreza. Los resultados mostraron que a los 18 años, el 41% de estos jóvenes había tenido problemas de aprendizaje, sin embargo, el grupo restante se había desarrollado con normalidad. Dicho grupo difería del primero en una serie de características: eran afectivos y receptivos, desarrollaron mayor nivel intelectual, tenían mayor autoestima y autocontrol,

tenían familias más pequeñas y dentro de ellas había menor incidencia de conflictos. Se atribuyó las diferencias entre los grupos a las características de los jóvenes y el entorno creado por sus cuidadores. Para nombrar esta cualidad de desarrollarse de forma adecuada a pesar de estar expuestos a situaciones de riesgo, en primer lugar se utilizó el término “invulnerables”.

Posteriormente, Rutter (1993) propone utilizar el término resiliencia que refiere a que la persona se expone a una adversidad y tiene la capacidad de sobreponerse y salir fortalecido de ella, siendo una habilidad dinámica, es decir, la persona puede tener más o menos capacidad de resiliencia según el hecho al que se enfrente. Explica que es inadecuado utilizar el término invulnerable ya que implica:

- a) Una resistencia absoluta a los daños, como si la persona fuera impenetrable.
- b) Que la persona es invulnerable a todas las situaciones de riesgo, es un concepto estático. El concepto de resiliencia implica que este mecanismo va a variar según los factores de riesgo a los que la persona esté expuesta.
- c) Que es una característica intrínseca de la persona.
- d) Que es una característica inmutable, estable en el sujeto.

Las primeras diferencias en la conceptualización de resiliencia surgieron en torno a si era un rasgo de personalidad o un proceso dinámico. Asimismo los primeros estudios que se realizaron fueron en niños que vivía situaciones adversas, consideradas como tales una crianza deficiente, pobreza, falta de vivienda, eventos traumáticos, desastres naturales, violencia, guerra y enfermedad física. Investigaciones posteriores (Herrman, Stewart, Diaz Granados, Berger DPhil, Jackson y Yuen, 2011) se centraron en las contribuciones de los sistemas familiares y la comunidad como componentes que facilitan la capacidad de resiliencia.

Este concepto ha sido desarrollado principalmente desde dos países, Francia y Estados Unidos (Poseck, 2005):

- Los autores franceses entienden la resiliencia como la capacidad no sólo de salir adelante de una experiencia adversa sino de aprender de ella y mejorar.

- Los autores norteamericanos la definen como el proceso de afrontamiento que ayuda a la persona enfrentada a un suceso adverso a mantenerse intacta.

Lo que si es que dos características son inseparables al hablar del concepto: la resistencia a un trauma y la evolución posterior satisfactoria y socialmente aceptable (Poseck, 2005).

El concepto de resiliencia ha evolucionado a medida que el conocimiento científico ha aumentado. Diversas disciplinas como la psicología, psiquiatría, sociología y recientemente biología se han interesado en el estudio de este tema, buscando determinar cómo algunas personas resisten la adversidad sin presentar resultados negativos en la salud física y mental. En la actualidad, se la define como la capacidad de las personas de adaptarse de forma positiva o la capacidad para mantener o recuperar la salud mental, a pesar de experimentar situaciones altamente estresantes (Fiorentino, 2008).

Los factores personales, biológicos y ambientales son consideradas un modelo interactivo de la resiliencia del que depende que se aumente o reduzca la capacidad de recuperación de las personas denominada también, homeostasis (Herrman et al., 2011). Estos están compuestos por diversos factores:

- Individuales: a) La inteligencia entre media y alta es considerada un factor de protección; b) En relación al temperamento se considera que tener autocontrol, interpretar las emociones de los otros, tener metas en la vida, tener creencia de que las personas pueden cambiar su medio ambiente y el resultado de los acontecimientos (locus de control interno) y de que se puede aprender de las experiencias positivas y negativas ayuda a las personas a ser más resilientes. Además de éstas, tener capacidad de introspección y adecuada tolerancia a la frustración; c) Ser flexible, es decir, tener la capacidad de adaptarse a las circunstancias de la vida, para esto ser cooperativo, amable y tolerante es de gran ayuda; d) Tener sentido del humor, capacidad para reírse sobre las situaciones de la vida y de uno mismo; e) Alta autoestima; f) Habilidades comunicativas; g) Ser creativo, independiente, responsable; h) Tener la capacidad de relacionarse estableciendo lazos afectivos.

- Familiares: a) Apego y apoyo: tener una relación cercana con al menos un adulto es un factor protector, basada en la cohesión y la comunicación, esto va a llevar que la persona tenga mayor seguridad y estabilidad emocional; b) Disciplina y monitorización: que en la familia haya límites definidos pero no rígidos y que se tenga algún control sobre los hijos sin dejar que pierdan la autonomía; c) Calidez y apoyo apropiado; d) Preocupación por el bienestar, presencia de apoyo incondicional; e) Fomento de creencias religiosas.
- Comunitarios: a) Adecuada integración en las redes sociales, tener pares y amigos; b) Vecindario: cohesión en la comunidad, supervisión de los jóvenes por adultos y participación en organizaciones locales; c) Participación en un grupo religioso, así como la conexión con organizaciones en pro de la sociedad.

Esta definición en la cual se reconocen factores individuales, familiares y comunitarios da cuenta de dos características de la resiliencia (Herrman et al., 2011):

- a) Los diversos factores y sistemas que contribuyen como un proceso interactivo, dinámico que aumenta la resistencia a la adversidad.
- b) La resiliencia se da en un contexto y tiempo específico y no puede estar presente a través todos los ámbitos de la vida.

Siguiendo la misma línea, Rutter (1992; en Prado y Águila, 2003) establece que hay tres fuentes de resiliencia: ambiente social facilitador, fuerza psíquica interna y habilidades sociales en el manejo de situaciones y competencia en resolución.

Por otro lado, Kumpfer y Hopkins (1993; en Becoña, 2006) señalan que son siete los factores que componen la resiliencia en jóvenes, estos son: optimismo, empatía, *insight*, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, determinismo y perseverancia. Estos factores estarían asociados con habilidades de afrontamiento específicas que se adquieren a través de la interacción con el ambiente desde niños. Estas habilidades serían de tipo emocional, de manejo, interpersonales, intrapersonales, sociales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación, así como también habilidades para la vida y para solución de problemas.

Posteriormente, Vanistendael (1995; en Fiorentino, 2008) señala que la resiliencia tiene dos componentes: a) La resistencia frente a los eventos estresantes, es decir, la capacidad de las personas de proteger su propia integridad frente a eventos adversos; b) La capacidad de forjar un comportamiento positivo a pesar de las situaciones estresantes. Además el autor nombra cinco factores que ayudan a las personas a desarrollar la resiliencia: a) Redes sociales informales. En niños esto llevaría en general a tener una buena relación con los adultos; b) Tener un proyecto de vida que estaría relacionado con, además, encontrarle sentido; c) Autoestima positiva: la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas porque se siente valioso y merecedora de atención; d) Presencia de aptitudes y destrezas: desarrollar competencias y confiar en ellas; e) Sentido del humor: ser capaz de jugar, reír y de disfrutar de sus experiencias (Vanistendael 1997 en Kalawski y Haz, 2003).

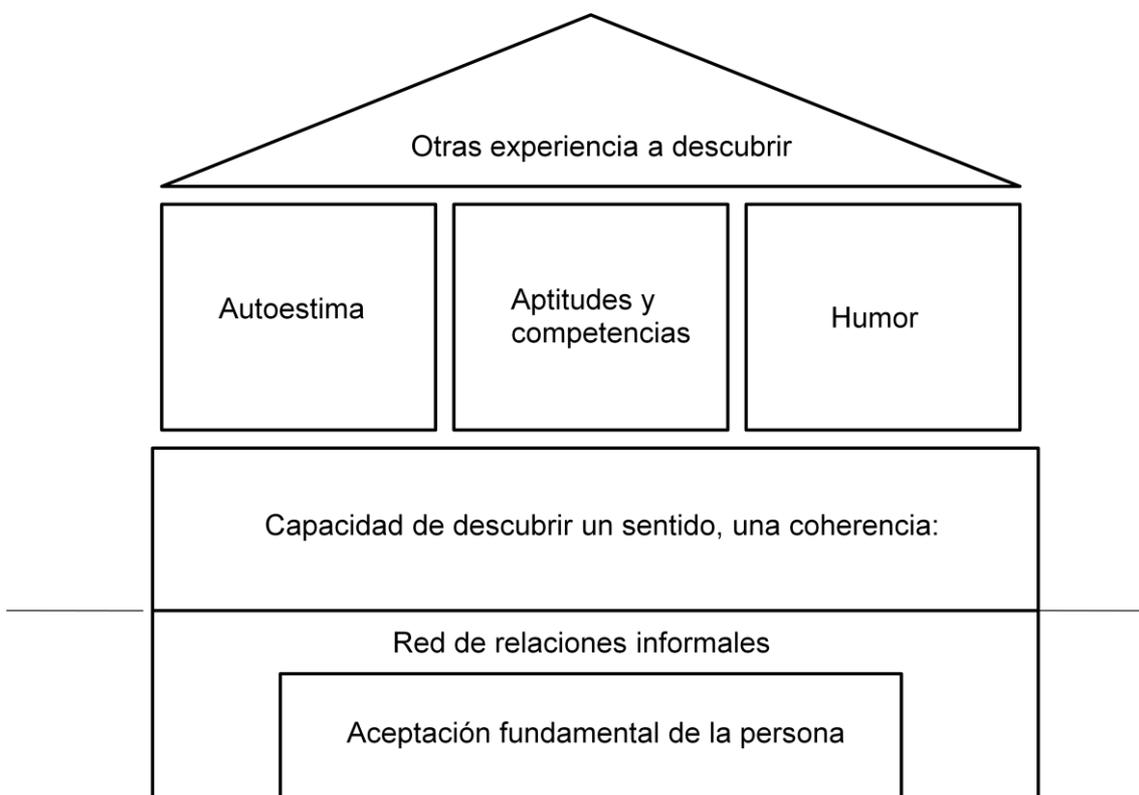
2.1.1 La casita: ¿Cómo se construye la resiliencia?

Vanistendael (2002; en Fiorentino, 2008) realizó un aporte que es utilizado para explicar cómo se construye la resiliencia en niños. Este enfoque que denomina “la casita” explica, con esta metáfora el proceso:

- Suelo, los cimientos, sobre los que está construida la casa: se encuentran las satisfacciones de necesidades básicas como la alimentación y cuidados elementales, pero hay que tomar en cuenta que según el contexto en el que se esté la jerarquía de las necesidades puede cambiar.
- Subsuelo: en este se encuentra la aceptación incondicional del niño de por lo menos una persona significativa de su entorno, según Vanistendael (2002; en Fiorentino, 2008), esta se da con mayor facilidad en las relaciones informales con amigos y familiares, enfatizando la importancia de las redes de apoyo para la construcción de la resiliencia.

- Planta baja: ahí se encontraría la capacidad de encontrar un sentido a la propia vida, además de tres habitaciones la autoestima, las competencias y aptitudes y el humor.
- Attilo: formado por la apertura a otras experiencias que pueden contribuir a la resiliencia.

Gráfico I: La construcción de la resiliencia en niños (Vaniestandael, 2005)



2.2 Definición de Resiliencia

El término resiliencia viene del latín *resilio* que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Es un concepto utilizado en la ingeniería civil y la física, para definir la capacidad de un material de recuperar su forma original al ser expuesto a una presión deformadora. Hoy en día es utilizado y definido en las ciencias humanas como la capacidad de sobreponerse, desarrollarse exitosamente y salir fortalecido de eventos adversos (Becoña, 2006).

En un contexto en el cual se focalizaba la atención de forma exclusiva en los efectos patológicos de la vivencia traumática, es decir, en una “cultura de la victimización” en la cual se asume una visión pesimista de los seres humanos considerando: a) que el trauma siempre conlleva grave daño y b) que el daño siempre refleja la presencia de trauma (Gillham y Seligman, 1999 en Poseck, 2005) surge lo que se conoce como la Psicología Positiva. Fue Martin Seligman quien desde 1998 postuló la necesidad de un cambio de perspectiva en la psicología donde se considere que las personas tienen la capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y crecimiento personal ante experiencias traumáticas (Yunes, 2003).

Así el estudio de la psicología, dentro de la rama positivista, comienza a centrarse en la comprensión de los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano, es decir, la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones adversas, lo que se ha denominado resiliencia (Poseck, 2005) y definido como la capacidad de las personas que enfrentan una situación traumática de mantener un equilibrio sin que ésta afecte su rendimiento y su vida cotidiana. Este fenómeno ha tendido a ser considerado como raro o propio de personas excepcionales, sin embargo, está demostrado que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas que han conseguido seguir desarrollándose, incluso en un nivel superior (Masten, 2001 en Poseck, 2005).

Desde el surgimiento de este concepto, diversos autores han estudiado este término cuya definición varía según el contexto histórico social en el cuál surgió y la orientación teórica. A continuación se exponen las principales definiciones:

- Habilidad de los sujetos para adaptarse, recuperarse y restaurar el equilibrio al ser expuestos a situaciones adversas. Implica también salir adelante exitosamente y triunfar. Está compuesta por autoconfianza, curiosidad, autodisciplina, autoestima y control sobre el ambiente (Beardslee, 1989 en Becoña, 2006; Cyrulnik, 2002 en Villalobos Torres y Castelán García, 2006; Fiorentino, 2008; Garmezy, 1991 en Becoña, 2003; Kern del Castro y Jiménez

Moreno, 2007; Saavedra y Villalta Paucar, 2008; Tarter y Vanyukon, 1999 en Becoña, 2006; Villalobos Torres y Castelán García, 2006).

- Conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que se da por la interacción entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural, es el fenómeno del desarrollo exitoso de una persona que vive bajo condiciones adversas. Posibilita tener una vida sana independientemente de las experiencias adversas vividas (Braveman, 1999 en Becoña, 2006; Rutter, 1991 en Fiorentino 2008).
- Concepto genérico que se refiere al resultado de un proceso dinámico entre factores de riesgo y los factores de protección producto por el cual la persona es capaz de sortear, de afrontar, las adversidades. Es producto de una relación entre los factores ambientales, personales (como el temperamento) y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños cuando son muy pequeños (Omar, Paris, Uribe Delgado, Ameida de Silva Junior & Aguiar de Souza, 2011; Osborn, 1993 en Kotliarenco et al. 1997; Suárez, 1995 en Kotliarenco et al. 1997).
- Capacidad para mantener el funcionamiento adaptativo tanto físico como psicológico en situaciones estresantes. No es una capacidad estática “es el resultado de un proceso dinámico y evolutivo que varía según las circunstancias, la naturaleza del trauma, el contexto y la etapa de la vida” (Manciaux, 2001 en Poseck, 2005). Significa recuperarse, ir hacia adelante tras una enfermedad, un trauma o un estrés (Canavan, 2008; Poseck, Baquero y Giménez, 2006).

Otro de los autores más destacados en el estudio de la resiliencia es Grotberg (2001) quien la define como “la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” así mismo habla de nuevos descubrimientos que fueron surgiendo a partir de la investigación de este concepto:

- La resiliencia está ligada al desarrollo y crecimiento humano, es decir, es posible la promoción de la resiliencia de acuerdo a diferentes etapas etarias,

por ejemplo, desde el nacimiento a el primer año promover el desarrollo de la confianza básica

- Promover factores de resiliencia y tener conductas resilientes requieren diferentes estrategias. La autora menciona tres fuentes divididas en las siguientes categorías:
 - a) Yo tengo: está referido al soporte externo, alude la importancia de tener figuras que apoyen incondicionalmente, al apoyo que la persona cree que puede recibir.
 - b) Yo soy, yo estoy: son factores que evidencian fortalezas y condiciones intrapsíquicas de la persona.
 - c) Yo puedo: está relacionado con las conductas de afrontamiento necesarias en situaciones adversas. Son las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas.
- No hay relación entre nivel socioeconómico y resiliencia. Grotberg (1999) realizó un estudio en veintisiete lugares en veintidós países, encontró que no hay conexión entre resiliencia y nivel socioeconómico. La diferencia hallada fue únicamente en la cantidad de factores resilientes que utilizaban.
- No es lo mismo resiliencia que factores de riesgo y de protección: la resiliencia aparece frente a una adversidad, mientras que los factores de protección resguardan, dan inmunidad, frente al riesgo.
- La resiliencia puede ser medida y es parte de la salud mental, es reconocida como un aporte para la promoción y el mantenimiento de ésta, ya que da herramientas a las personas para enfrentar las adversidades, ser fortalecidos y transformados por esas experiencias. Hoy en día existen números instrumentos para medirla.
- Las diferencias culturales disminuyen cuando los adultos son capaces de valorar ideas nuevas y efectivas para el desarrollo humano. Esto tiene que ver con valor las otras culturas y estar abiertos a los beneficios que pueden llegar a tener.

- La resiliencia se relaciona con la prevención y promoción de la salud. Con prevención da las herramientas suficientes a los sujetos para evitar conductas de riesgo y por otro lado promoviendo actitudes para hacer frente a las adversidades de forma adecuada.

La mayoría de los autores concuerdan al definir la resiliencia en que el desarrollo de ésta implica un afrontamiento positivo de una situación estresante (Luthar y Cushing, 1999 citado en Becoña, 2006). Asimismo se la considera como un estado de la persona en un momento y ante una situación determinada, no como un rasgo de personalidad, todo esto fundamentado en las diferencia individuales (Fiorentino, 2008).

Infante (2001) plantea que en muchas de estas definiciones distinguen tres componentes que deberían estar en el concepto de resiliencia:

- a) Definición de adversidad, trauma, riesgo, estrés: estos términos pueden referir a una amplia gama de factores de riesgo, por ejemplo en el caso del presente estudio nos referimos a los sujetos que han sido trasplantados de hígado (adversidad y estrés agudo).
- b) La adaptación positiva o superación de adversidad: considerada así cuando el sujeto alcanza las expectativas sociales relacionadas con su etapa de desarrollo o cuando no presenta signos de desajuste.
- c) El proceso dinámico: es decir la interacción entre factores de riesgo y factores resilientes. Además, implica descartar la idea de la resiliencia como una característica que se puede dar como no según la persona y el evento al que se enfrente.

Para terminar, Vanisteda el (2005) realiza una conceptualización donde define una serie de factores los cuales se nombran al hablar de resiliencia, éstos podrían resumir lo expuesto por los diversos autores que investigan sobre el tema:

- a) Se trata de una capacidad que permite sobreponerse y crecer a partir de las dificultades.

- b) Esta capacidad se apoya en una serie de elementos positivos como la amistad, el proyecto de vida, una espiritualidad que permitan la construcción o la reconstrucción de la vida.
- c) Esta capacidad nunca es absoluta.
- d) Esta capacidad se presenta bajo la forma de un proceso de vida que se construye con otras personas del entorno, y que permanece siempre variable.
- e) Este proceso necesita la articulación de responsabilidades entre diferentes personas, diferentes grupos, diferentes niveles en la sociedad y comprende la responsabilidad de la víctima para con su propio futuro.
- f) La resiliencia es un proceso de crecimiento, una evolución positiva a través de grandes dificultades, un crecimiento hacia una nueva etapa de vida.

La resiliencia surge cuando los individuos se encuentran expuestos a una adversidad donde sus esfuerzos por sobrellevarla terminan logrando una adaptación positiva. Ante una situación estresante hay tres escenarios posibles de respuesta: que los individuos en riesgo muestren una mejor evolución a la esperada, que la adaptación positiva se mantenga a pesar de la situación estresante o que se llegue a una buena recuperación después del trauma. La resiliencia es un proceso dinámico que cualquier individuo puede tener e implementar para que el desarrollo normal se lleve a cabo en diversas condiciones biológicas, genéticas y socio ambientales a pesar de la adversidad (Monroy Cortés & Palacios Cruz, 2011).

2.3 Afrontamiento

El concepto de afrontamiento ha sido ampliamente relacionado con el de resiliencia ya que en varias ocasiones se define esta última como la capacidad de afrontar y adaptarse a situaciones estresantes.

Desde la década de los 80' se investiga el modo en que la gente enfrenta los acontecimientos adversos para esto se utilizó el término "estrategias de afrontamiento" entendido como las conductas específicas que

realizan las personas para enfrentarse a una situación (Bermejo, Magaña, Villacieros, Carabias y Serrano, 2011). En ésta línea, Lazarus y Folkman (1984) sostienen que la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediadas por un proceso de valoración cognitiva que la persona realiza:

- Valoración primaria: las consecuencias que la situación tiene.
- Valoración secundaria: si la situación es una amenaza o un desafío, la persona valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación. Esta valoración sería la capacidad de afrontamiento (*coping*) entendida como un proceso psicológico que se pone en funcionamiento cuando una situación o el entorno resultan amenazantes.

El concepto de afrontamiento hace referencia a los recursos de los individuos con los cuales enfrentan los sucesos vitales estresantes (Lazarus y Folkman, 1984), en cambio la resiliencia hace referencia a la capacidad de las personas de enfrentar las adversidades de la vida, superarlas y ser transformados de forma positiva por ellas (Becoña, 2006).

Diversos autores (Meichenbaum y Turk, 1982; Endler y Parker, 1990; Folkman, Lazarus, Dunkel-Scetter, De Longis y Gruñe, 1986) intentaron clasificar las estrategias de afrontamiento. Finalmente Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

1. Confrontación: son los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
2. Planificación: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación secundaria de la situación.
3. Aceptación de la responsabilidad: refiere el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema.
4. Distanciamiento: son los esfuerzos que realiza el sujeto por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte.
5. Autocontrol: indica los intentos que la persona realiza por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales. Éste se considera un modo de afrontamiento activo.
6. Reevaluación positiva: está relacionado con percibir en una situación estresante los posibles aspectos positivos.

7. Escape o evitación: apunta a desconocer el problema. A nivel conductual, está relacionado con el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos improductivos.
8. Búsqueda de apoyo social: Supone la búsqueda de consejos, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral acudiendo a la ayuda de terceros.

Otros autores (Calderón Prada, Espinosa Pezzia, y Techio, 2004) mencionan que cuando las personas se enfrentan a situaciones traumáticas, desarrollan estrategias dirigidas a enfrentarlas. Existen personas que a pesar de haber enfrentado situaciones adversas, parecen recuperarse de estas de forma más adaptativa que otros, presentando lo que en psicología se denomina un afrontamiento resiliente. Esta estrategia de afrontamiento podría manifestarse como un crecimiento personal, que permite aprender sobre las propias capacidades, habilidades y resistencia personal, una mejora del conocimiento sobre sí mismo y los otros, apreciar lo que uno tiene y sobre las prioridades importantes de la vida.

2.4 Líneas de investigación

En el ámbito de la salud, las investigaciones sobre la resiliencia han cambiado la forma en que se percibe al ser humano. En un contexto focalizado en la patología, basado en las necesidades y en la enfermedad, que privilegia la “cultura de la victimización” que antes se ha mencionado, se ha pasado a un modelo de prevención y promoción basado en las fortalezas y recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor (Cyrulnik, 2002 citado en Acosta y Sánchez, 2009).

Existen dos generaciones de investigación en cuanto a resiliencia, en cada una de ellas el objetivo y la población fue cambiando. Los primeros estudios se basaron en la observación de niños que vivían situaciones consideradas adversas, posteriormente el interés por el tema se fue ampliando, hasta llegar

a la actualidad en donde los estudios sobre resiliencia son de interés en diversas poblaciones.

En la primera generación: el interés estaba puesto en descubrir factores de protección que estaban en la base de la adaptación positiva de niños que vivían situaciones adversas (Kaplan, 1999 citado en Infante, 2001).

En la segunda generación, el énfasis de investigación es el proceso, es decir, ¿qué implica la dinámica entre los factores de riesgo y el desarrollo de la resiliencia que permite a los sujetos superar las adversidades? Por otro lado, también se orientó a la búsqueda de modelos para promover la resiliencia dentro de programas sociales y se comenzó a estudiar la población en general, no solo niños (Infante, 2001).

2.4.1 Investigaciones de la primera generación

La primera generación de investigaciones sobre resiliencia comenzó en los años setenta y se centró en comprender el comportamiento humano mal adaptado. El interés estaba puesto en encontrar los factores que distinguían a los niños que viviendo situaciones adversas se adaptaban positivamente a la sociedad de los que no (Omar et al., 2011). La mayoría éstas podrían clasificarse en el modelo triádico de resiliencia en el que se organizan los factores resilientes y de riesgo en individuales, familiares y de la comunidad (Infante, 2001).

Garnezy en las décadas de los '40 y '50 realizó un estudio con niños que consideraba en riesgo de desarrollar una esquizofrenia por tener padres con alguna enfermedad mental; el objetivo del mismo fue pronosticar la probabilidad de desarrollar trastornos mentales. Este autor, pudo observar que muchos de ellos no desarrollaron ninguna patología (Becoña, 2006) y a partir de estos resultados comenzó a estudiar cuáles eran las características que los hacían resistir tales condiciones de vida y desarrollarse con normalidad. Posteriormente y gracias a lo encontrado en éste estudio, Garnezy junto con Masten (1985 en Becoña, 2006) hicieron una investigación que denominaron "niño resiliente" cuyo objetivo era estudiar las cualidades personales entre ellas autonomía y alta autoestima. Encontraron tres factores implicados en el

desarrollo de la resiliencia: 1) atributos de los propios niños 2) aspectos de la familia 3) características de su amplio ambiente social.

Por otro lado Werner y Smith en 1954 realizaron un estudio longitudinal durante 32 años, con una población inicial de 698 niños nacidos en Kauai, una isla de Hawai, a los que se les realizó un seguimiento periódico 1, 2, 10, 18 y 31 años. La muestra estaba conformada por niños que habían estado expuestos a la pobreza, el estrés perinatal, cuadros psicopatológicos de los padres y violencia familiar. El objetivo consistió en identificar factores que diferenciaban a aquellos individuos que se adaptaban bien a la sociedad de los que no. A los 18 años las personas supervivientes era 614 y a los 32 años solo 505. Durante los seguimientos realizados, encontraron que había 201 niños y niñas que a la edad de 2 años tenían indicadores biológicos y psicosociales para predecir trastornos del desarrollo y psicopatología, sin embargo 72 de ellos evolucionaron favorablemente sin intervención terapéutica, convirtiéndose en jóvenes adultos bien adaptados con un buen desempeño en la escuela, una vida familiar y social saludable. A estos niños se les llamaron resilientes. Posteriormente, se constató que todos ellos se desarrollaron con un adulto cercano que le daba su apoyo incondicional. Esta hipótesis está relacionada con la teoría del apego de Bowlby (1989) que postula que un apego saludable (apego seguro) durante la infancia constituye una base sólida para futuras relaciones (Becoña, 2006; Fiorentino, 2008).

Otra de las investigaciones destacadas, es la realizada por Rutter (1993), quien elaboró una revisión de estudios en medicina y biología; encontró que la resiliencia no es habitual en quienes evitan situaciones de riesgo o experimentan únicamente experiencias agradables, hace una analogía con la inmunidad a enfermedad, dice esta se deriva de la exposición, ya sea inducida a propósito o no, al virus y no a través de su evitación. La segunda conclusión que destaca a partir de este análisis es que la resiliencia ante el riesgo proviene es un proceso que se da desde experiencias en la temprana edad. La última conclusión que plantea, es que los denominados “factores de riesgo” debería ser llamadas mecanismos de riesgo y no factores de riesgo, esto lo postula tomando en cuenta que un factor de riesgo puede ser de protección en otro contexto, pone como ejemplo el hecho de ser adoptado, por un factor de

protección si la familia biológica esta desviada pero, aunque en menor medida, también puede ser un factor de riesgo.

2.4.2 Investigaciones de la segunda generación

La segunda generación de investigaciones sobre resiliencia comenzó en los noventa. Uno de los aspectos que la define es el estudio de los procesos asociados a la adaptación positiva en personas que han vivido situaciones adversas así como la búsqueda de métodos para medir la resiliencia (Infante, 2001).

Luthar y Cushing (1999; en Salgado 2005) hacen una distinción de los distintos métodos para medir adversidad, adaptación positiva y proceso:

- 1) Medición de adversidad puede ser mediante:
 - a) Medición de riesgo a partir de múltiples factores: por ejemplo la “Escala de Sucesos de Vida” en donde la persona debe marcar los sucesos que son considerados estresantes por el colectivo que ha vivido.
 - b) Situaciones de vida específicas: enfermedades crónicas, por ejemplo en el presente estudio el trasplante de hígado
 - c) Constelación de múltiples factores: considera la interacción entre factores sociales, comunitarios, familiares e individuales
- 2) Medición de adaptación positiva:
 - a) Adaptación según factores múltiples: en base al logro de la meta de acuerdo a la etapa de desarrollo de la persona, consultando a las profesores, padres y amigos (por eso factores múltiples). Varía en cada comunidad por la noción de riesgo en las mismas.
 - b) Ausencia de desajustes: se utiliza en personas con riesgo de psicopatología, el énfasis está en la superación de la adversidad y en no presentar sintomatología. Esta forma está restringida a personas que están el riesgo.
 - c) Constelación de adaptación: basada en diferentes conductas o tipos de adaptación. Incorpora puntaje de pruebas y escalas y opiniones de personas. Por ejemplo en la escuela: calificaciones, conducta y entrevistas con profesores y compañeros.

- 3) Medición del proceso de resiliencia: unión entre adversidad y adaptación positiva:
- a) Modelos basados en variables: análisis estadístico que evalúa que tipo de relación existe entre la adversidad y la adaptación.
 - b) Modelos basados en individuos: compara individuos a la largo del tiempo. Por ejemplo un estudio longitudinal de niños en situación de pobreza, trata de capturar interacciones que se dan en el ámbito natural y plantear hipótesis en relación a que fue lo que hizo que se adaptaran.

Dentro de los estudios realizados, diversos autores (Fergusson y Lynskey, 1996 en Kotliarenko et al. 1997; Prado y Aguila 2003) se interesaron por investigar si hay una relación entre características sociodemográficas y resiliencia, en general estas investigaciones concluyeron en que éstas características no determinan la capacidad de resiliencia de las personas. Dentro de ellos, Saavedra Guajardo y Villalta Paucar (2008) realizaron un estudio con el objetivo de describir y comparar los puntajes generales y por factores de la resiliencia, en sujetos de diferentes edades y de ambos sexos. El mismo se realizó a partir de la aplicación de la escala de resiliencia SV-RES en una muestra compuesta por 288 sujetos de ambos sexos y edades entre 15 y 65 años pertenecientes a la comuna de Curicó, Chile durante el 2007. Con los resultados encontrados concluyeron que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de resiliencia de mujeres y hombres, del mismo modo, los niveles de resiliencia no están asociados directamente a la edad.

Un estudio con una línea diferente, lo realizó Nguyen Gillham (2008) con el objetivo de explorar cualitativamente la construcción de la resiliencia de jóvenes palestinos tomando en cuenta las condiciones deshumanizantes y anormales en las que viven al estar en una zona de constante guerra. La muestra estuvo compuesta por 321 estudiantes palestinos entre 15 y 18 años, de ambos sexos de 15 escuelas en Ramallah y los pueblos de los alrededores. La investigación se llevó a cabo mediante reuniones grupales realizadas en las instalaciones de la escuela y por lo general durante las vacaciones escolares, durante 10 semanas, en las cuales se planteaban una serie de preguntas abiertas en relación a: las actividades cotidianas, la vida presiones y

preocupaciones, estrés emocional y físico, formas de afrontamiento y recursos. Los resultados encontrados son consistentes con investigaciones previas sobre el valor de las relaciones de apoyo, tales como familias y amigos para afrontar los momentos de adversidad.

2.4.2.1 Investigaciones de la segunda generación relacionadas con la salud

A partir de la segunda generación de investigaciones, se abre un abanico más amplio para el estudio de la resiliencia. Dado lo extenso del concepto, comienza a ser relacionado con diversas y numerosas áreas como la educacional, la comunitaria e incluso empieza a estudiarse la resiliencia aplicada a desastres naturales, dictaduras, atentados, enfermedades crónicas, etc.

Asimismo, en el campo de la salud, comienzan a realizarse estudios, con el objetivo de conocer los factores que ayudan a los pacientes crónicos a superarse a pesar de la enfermedad. Dentro de esta área, particularmente inició el estudio de enfermedades como el cáncer dada la prevalencia de este en el mundo y la forma en la que se ha observado enfrentarla a muchas personas.

Siguiendo esta línea, Acosta López de Llergo y Sánchez Araiza (2009) realizaron un estudio con el objetivo de describir los factores de protección que favorecen la resiliencia en pacientes crónicos hospitalizados. La muestra estuvo conformada por 213 pacientes, que tenían diabetes, insuficiencia renal, enfermedad cerebro vascular, neuropatía, cáncer, cardiopatías, enfermedades hepáticas, VIH, los cuales estaban internados en el Hospital General Regional en México. El método utilizado fue la entrevista en profundidad y se encontró dos tipos de factores de protección:

a) Individuales:

- Un alto nivel de espiritualidad, esperanza y una actitud positiva frente a su diagnóstico hacía ver a los pacientes de un modo más positivo el pronóstico.
- Una característica observada de manera constante en los enfermos fue la fortaleza reflejada en sus ganas de vivir y afrontar la situación adversa. Dentro de la orientación psicológica brindada, los enfermos manifestaron situaciones

de crisis anteriores que resolvieron de forma satisfactoria. Es importante resaltar que este factor contiene dos características, las herramientas y recursos utilizados y la resolución del conflicto en sí. Ambas generaron una notable confianza en sí mismos que a su vez reforzó la autoestima para enfrentar factores de riesgo futuros.

En síntesis, los factores individuales resilientes que encontraron fueron: autoestima adecuada, actitud positiva frente a la enfermedad, autocuidado, espiritualidad, sentido del humor, fortaleza, ganas de vivir, capacidad reflexiva, motivación, inteligencia emocional, esperanza actuar de manera independiente, capacidad intelectual, resolución de crisis pasadas (estrategias de afrontamiento), habilidades en el procesamiento del estrés, salud mental adecuada.

- b) Familiares y comunitarios: dentro de esta categoría los factores que se encontraron fueron: red de apoyo familiar, vínculo afectivo fuerte, red de apoyo de amigos, tener nuevos proyectos, calidad en los servicios de salud recibidos, religión, estilos de vida saludables, relación sociales adecuadas, búsqueda de ayuda externa y calidad del entorno.

Por otro lado, Vinaccia y Quiceno (2011) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual - religioso en pacientes con insuficiencia renal crónica. La muestra estuvo conformada por 40 pacientes colombianos con diagnóstico de insuficiencia renal, a los cuales se les aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Resiliencia (RS), Escala de Resiliencia Breve (CD-RISC2), Cuestionario Breve de Percepción de Enfermedad (IPQ-B), Inventario de Sistema de Creencias (SBI-15R), Escala Estrategias de Afrontamiento Espirituales (SCS) y Cuestionario de Salud (MOS SF-36). Los resultados obtenidos indican que la resiliencia, así como las creencias y afrontamiento espiritual religioso, juegan un papel importante como variable de protección en la calidad de vida a nivel salud mental en estos pacientes. Asimismo, se encontró que estos sujetos tienen autoconfianza en sus capacidades, son perseverantes, se adaptan a los cambios y recuperan fácilmente de las crisis

(competencia personal) y tienen aceptación tanto de sí mismo como de la vida (resiliencia).

De igual manera, estos mismos autores (Vinaccia y Quiceno, 2012) realizaron un estudio complementario con el propósito de identificar si hay alguna relación entre resiliencia, características sociodemográficas y clínicas en pacientes crónicos. La muestra estuvo compuesta por 121 pacientes colombianos con diagnóstico de artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia renal crónica. Los resultados encontrados no muestran diferencias significativas de resiliencia en función de las características sociodemográficas, ni en función de la enfermedad. En relación a las características clínicas encontraron que los años del diagnóstico son un factor que tiene peso negativo sobre la resiliencia.

A pesar de que se han realizado diversas investigaciones, aún no sabemos con exactitud qué implica la dinámica entre los factores de riesgo y el desarrollo de la resiliencia que permite a los sujetos superar las adversidades.

En el área de la salud son los pacientes quienes muestran las fortalezas y recursos que el ser humano tiene en sí mismo y a su alrededor (Cyrulnik, 2002 citado en Acosta y Sánchez, 2009) para salir fortalecido de las adversidades. Por lo tanto, queda mucho por investigar dentro de esta área para poder mejorar la calidad de vida de las personas que se ven expuestas ineludiblemente a estas situaciones.

Capítulo III: Trasplante hepático

Una alternativa terapéutica para los pacientes que tienen problemas graves en el funcionamiento de algún órgano vital, es el trasplante (Pérez San Gregorio, Rodríguez y Galán Rodríguez, 2004), el cual les ofrece mayor calidad y cantidad de vida.

Debido a su papel en la recuperación de la salud y por el mejoramiento de la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas el trasplante es considerado uno de los mayores avances de la medicina (Engle, 2001).

3.1 Antecedentes históricos

Históricamente desde el año 3500 AC, en civilizaciones como la egipcia y la hindú se menciona el trasplante de tejidos, sin embargo, no se comienza a hablar de trasplante de órganos a partir de la segunda mitad del siglo XX gracias a avances científicos tales como el desarrollo de técnicas quirúrgicas y medicamentos moduladores de la respuesta inmunológica (Stanley, Growing & Dumpy, 1959).

Según David Hamilton se pueden encontrar los trasplantes de órganos, excepto el de hígado, desde principios de 1900, sin embargo, los archivos más antiguos se remiten recién a 1951 cuando se realizó el primer trasplante, el cual fue de riñón y al que siguieron un gran número de ensayos para trasplante órganos tales como córnea, hígado y glándulas endocrinas (Castro Martínez, 2010).

En relación al trasplante hepático, las investigaciones estaban encaminadas a desarrollar una técnica quirúrgica experimental en animales que después podría ser aplicada en el hombre, éstas dieron inicio en 1958 a cargo del Dr. More en Boston y del Dr. Starzl en Denver. Sus primeros experimentos fueron realizados en perros en donde encontraron la dificultad de conseguir una supervivencia aceptable debido a la sensibilidad y capacidad inmunitaria que provocaba el rechazo del órgano. Posteriormente, en 1965, el Dr. Garner, en París, encontró que la crisis de rechazo de trasplante en cerdo era menos grave que en perro, a partir de entonces toda la investigación se traslada a este animal (Vetencourt Rivas y Carretta, 2007).

En 1963, Starlz en Denver, realiza el primer intento de trasplante hepático en humanos, pero no fue sino hasta julio del 1967 que se realiza el primer trasplante con supervivencia prolongada realizado en la Universidad de Colorado en una niña de un año y medio (Vetencourt Rivas y Carretta, 2007). Desde entonces se ha logrado progresos en la supervivencia del injerto y del paciente, reducciones en el tiempo de hospitalización requerido para el procedimiento, disminución en las complicaciones mortales y en una rápida y exitosa rehabilitación social y física de los pacientes con trasplante de hígado (Vetencourt Rivas y Carretta, 2007).

Hoy en día, a nivel mundial la supervivencia al año del trasplante fluctúa entre el 75 y 90%, dependiendo el tipo de paciente intervenido y la experiencia del centro donde se realiza el procedimiento. Estos resultados han llevado a considerar el trasplante hepático como un método terapéutico destinado a ser aplicable ampliamente (Vetencourt Rivas y Carretta, 2007). a ser apreciado como una realidad clínica para pacientes con enfermedad crónica, avanzada e irreversible del hígado, y desde 1983 es considerado por el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos como un tratamiento convencional para pacientes afectados de insuficiencia hepática terminal (Giménez et al. 2010).

3.2 Tipos de donante

El trasplante de hígado, ha pasado de ser un procedimiento experimental a un tratamiento aceptado para pacientes con enfermedades hepáticas agudas y crónicas irreversibles que ha permitido ofrecerles un futuro con una importante mejoría en su calidad de vida. Sin embargo, su mayor obstáculo es que el número de órganos cadavéricos disponibles para ser trasplantados no se ha incrementado en la misma proporción que los pacientes en lista de espera con enfermedad hepática terminal. Debido a ello y luego de varios años de investigación y experimentación hoy en día existen dos tipos de donante: el donante vivo y el donante cadavérico.

Actualmente se han desarrollado nuevas técnicas con el objetivo de compensar esta disparidad incrementando el número de órganos, entre ellas se encuentran (Conesa, Ríos, Ramírez, Rodríguez y Parrilla, 2003; Del Valle et al., 2012; Prieto et al., 2003; Vilatobá, Eckhoff y Contreras, 2005):

- División de un hígado en dos injertos: es utilizar segmentos del hígado de un donador vivo, también se le llama *split*.
- Donante en asistolia: también llamado a corazón parado, son los donantes diagnosticados de muerte por el paro irreversible del latido cardíaco.
- Donante subóptimo: definido éste como personas que reúnen uno o más de los siguientes criterios: edad mayor o igual a 60 años, causa de muerte encefálica no traumática o accidente cerebro vascular (ACV) no relacionado con patología vascular preexistente, masa corporal mayor o igual a 35, hipernatremia mayor o igual a 160 mEq/L, presencia de esteatosis leve, tiempo de isquemia total mayor 12 horas.
- Xenotrasplante: refiere a la utilización de órganos de animales para su implantación en el hombre.

Los programas de trasplante hepático de donante vivo iniciaron en el año 1989 por primera vez en Brasil y rápidamente se fueron desarrollando en la mayoría de los programas de trasplante hepático en el mundo. Este procedimiento consiste en retirar el hígado del paciente enfermo y reemplazarlo por un segmento del hígado del donante vivo. En principio fueron creados para la población pediátrica dado que se encontraba en desventaja en la listas de espera de donante cadavérico debido a que la mortalidad comenzó a disminuir. Al experimentar el éxito en el trasplante con donante vivo en los niños, se comenzó a llevar a cabo en adultos. Esta modalidad de trasplante se caracteriza por tener como ventaja la posibilidad de programar el tiempo de trasplante para evitar que la enfermedad hepática progrese, lo cual supone la disminución de la estancia hospitalaria y poder seleccionar injertos en óptimo estado que han sido evaluados extensamente (Del Valle et al., 2012).

El trasplante hepático de donador vivo presenta consideraciones especiales tanto en el donador y como en el receptor. Sin embargo, existen algunas desventajas, entre ellas se encuentran utilizar una masa hepática demasiado pequeña que puede provocar la pérdida del injerto de manera temprana y menor sobrevida del mismo comparado con cadavéricos completos, y por otro lado y en relación al donador el riesgo de mortalidad o complicaciones serias tempranas y/o tardías (Vilatobá et al., 2005)

Por otra parte, cuando el órgano procede de un donante vivo puede establecerse una relación conflictiva entre el receptor y el donante descrito como el Síndrome Psiquiátrico Paradójico, el cual puede ocurrir a pesar de que el trasplante haya sido realizado con éxito. Este síndrome está compuesto por cuatro elementos: 1) conflictos relacionados con el trasplante, por ejemplo, sentimientos de culpa respecto al bienestar del donante; 2) reacción adaptativa, por ejemplo, depresión; 3) complicación tardía después del trasplante hepático (dentro del primer año después del trasplante); y 4) un estado médico favorable, tanto en los donantes, como en los receptores, sin rechazo y sin complicaciones médicas graves. Y si el órgano procede de un donante cadáver, los trasplantados pueden reaccionar de dos formas: 1) fantaseando con las características físicas y psicológicas del donante lo cual puede producir sentimientos de culpa porque piensan que otra persona ha muerto para que ellos puedan vivir; e 2) intentan ignorar el origen del órgano debido al miedo de ser deudor de la salvación (Pérez San Gregorio et al., 2004)

3.3 Indicaciones y contraindicaciones para el trasplante y asignación de órganos

Existen criterios mínimos para la inclusión de pacientes en lista de espera de trasplante hepático entre los que se encuentran la necesidad inmediata de ésta intervención como consecuencia de una pobre supervivencia y la estimación de una ésta al año menor del 90 % (Suárez, Hernández Perera, González Rapado y Ramos Robaina, 2005).

Actualmente se conocen como los principales indicadores de trasplante hepático:

- Cirrosis hepática: en el mundo occidental es la causa más frecuente la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC), seguida de la CH por alcohol y la enfermedad hepática grasa no alcohólica (Santos, 2012). La cirrosis a causa del virus de la hepatitis C (HVC) constituye la indicación más frecuente de trasplante hepático, representado del 30 al 50 % de las indicaciones de este proceder en la mayoría de los centros (Suárez, 2005).
- Enfermedad hepática por alcohol: para considerar un paciente con cirrosis alcohólica como candidato para trasplante hepático la mayoría de centros exige

un tiempo mínimo de abstinencia de 6 meses, sin embargo, en la actualidad muchos expertos opinan que más que un tiempo de abstinencia determinado se requiere la adherencia a un programa de rehabilitación y de un buen soporte social y familiar (Santos, 2012)

- Pacientes con enfermedades hepáticas progresivas en las que no sean posibles otras medidas terapéuticas y en las que la supervivencia esperada al año sea inferior a la que se conseguiría con el trasplante (Prieto et al., 2003)
- Falla hepática aguda (Santos et al., 2012)

El trasplante hepático sólo se debe indicar si existe una posibilidad de tener una supervivencia prolongada después de recibirlo. Se consideran contraindicaciones las situaciones que impiden técnicamente la realización del trasplante o que disminuyen significativamente la supervivencia después del mismo. A medida que la experiencia en el área ha aumentado, la lista de las situaciones que se consideran contraindicaciones se ha reducido (Prieto et al., 2003).

Se consideran contraindicaciones absolutas para el trasplante hepático (Santos et al., 2012):

- Presencia de enfermedad cardiopulmonar avanzada que tenga un riesgo vital para el procedimiento quirúrgico, en esta también se incluye la enfermedad coronaria sintomática, la disfunción ventricular severa, la cardiomiopatía avanzada y la hipertensión pulmonar severa.
- Presencia de una malignidad extrahepática no controlada o curada según criterios oncológicos (excepto cáncer superficial de piel).
- Los procesos infecciosos sistémicos no controlados.
- La falta de un adecuado soporte psicosocial y el abuso activo de alcohol o psicotóxicos.

En la misma línea, son contraindicaciones relativas para trasplante hepático pero que podrían ser consideradas como tal se encuentran: a) la adicción activa a drogas y alcohol; b) no contar con un soporte sociofamiliar adecuado debido a que se compromete sobremanera el resultado final

satisfactorio, por lo que puede incluso constituir una contraindicación; c) la presencia de una enfermedad mental grave dadas las dificultades que puede implicar en la comprensión de las exigencias que supone el trasplante hepática y en el cumplimiento del tratamiento inmunosupresor (Prieto et al., 2003).

3.4 Alteraciones psicológicas

Los sujetos que se encuentran en la espera de un trasplante presentan ansiedad, esto causa que su temperamento y ciclos de sueño se alternen, que dejen actividades laborales, entre otras cosas. Presentan síntomas como: pérdida de peso, encefalopatía, deterioro físico, diabetes, gastritis, insuficiencia renal, entre otros. Algunos de estos pacientes consideran que post trasplante algunos de estos aspectos vuelven a la "normalidad" (Burgos Camacho y Ballesteros de Valderrama, 2007) sin embargo algunos estudios demuestran lo contrario (Pérez, Martín, Gallego y Santamaría, 2000).

Pérez, Martín, Gallego y Santamaría (2000) realizaron un estudio en el cual consideraron los trastornos psicológicos que suelen aparecer tras el trasplante de órganos, estos se pueden resumir en:

- *Alteraciones del estado de ánimo:* lo más frecuente es la depresión causada, en muchas ocasiones, por la aparición de complicaciones médicas o por el temor al rechazo y a una evolución desfavorable del trasplante.
- *Trastornos de ansiedad.*
- *Disfunciones sexuales:* los trasplantados suelen presentar alteraciones del deseo, de la excitación y del orgasmo, muchos estos pacientes se sienten debilitados y por ellos consideran que no pueden realizar ningún tipo de esfuerzo, de ahí que teman la muerte durante el coito.
- *Alteraciones neurológicas.*
- *Alteraciones de la imagen corporal:* al principio, el nuevo órgano es percibido y experimentado como un cuerpo extraño que ha de integrarse en la nueva

imagen somática que el receptor tiene de sí mismo. A veces este proceso fracasa y los pacientes se sienten confeccionados con trozos de cadáveres, lo que repercute negativamente en su estado anímico, esto ha sido denominado como "Síndrome de Frankenstein".

- *Problemas de identificación con el donante y sus familiares:* tras el trasplante, muchos pacientes desean conocer las características del donante.

3.5 Investigaciones

El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica para muchos pacientes. En este sentido, la medicina ha realizado importantes avances en este ámbito, sin embargo desde la psicología ha sido un tema poco investigado. Los escasos estudios existentes se centran en analizar la sintomatología psicológica que presentan los pacientes trasplantados en comparación con la población normal, la mayoría de ellos no tienen en cuenta la influencia que en dichos síntomas pueden ejercer variables como los episodios de rechazo, el tipo de órgano trasplantado, el apoyo de la familia y del equipo de trasplantes.

Dentro de las investigaciones realizadas desde la psicología, Pérez M. A. et al. (2000) realizaron un estudio en el cual se analizó la influencia que ejerce en la recuperación psicológica (tomando como variables; ansiedad, depresión, tipo de pensamientos, autoconcepto físico y conductas de afrontamiento de los trasplantados), una serie de variables médicas (tales como tipo de órgano trasplantado y hospitalización) y variables psicosociales como tiempo transcurrido desde el implante, expectativas hacia la enfermedad y tipo de relaciones familiares tras el trasplante. Para ello se contó con una muestra constituida por 100 pacientes trasplantados de los cuales: 59 eran de riñón, 23 de hígado y 18 de corazón, los cuales completaron una Encuesta Psicosocial (datos sociodemográficos, médicos, etc.) y una batería de instrumentos psicológicos: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Inventario de Depresión de Beck, Escala de Autoconcepto Físico y Cuestionario de Conductas de Afrontamiento. Los resultados encontrados dan cuenta que el tipo de órgano trasplantado y el tiempo de hospitalización tras el trasplante no

ejercen una influencia importante en la recuperación psicológica de los trasplantados y, por otro lado, que los desequilibrios psicológicos de estos pacientes aumentan cuando ingresan en el hospital debido a alguna complicación médica, si tienen unas expectativas negativas hacia su enfermedad y cuando sus relaciones familiares empeoran tras el trasplante. En relación al autoconcepto, se encontró que tener expectativas negativas en relación a la enfermedad una vez que se ha realizado la intervención, empeora la perspectiva física de los sujetos, es decir cómo se perciben. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, los resultados encontrados dan cuenta que se asocia a una mayor adaptación psicológica a los pacientes que utilizan estrategias aproximativas en comparación con lo que utilizan evitativas

Por otra parte, Burgos Camacho y Ballesteros de Valderrama (2007) realizaron un estudio con el objetivo de describir y evaluar la calidad de vida de pacientes con trasplante hepático en los últimos 15 años en Colombia. Para tal propósito contaron con la participación voluntaria de 25 trasplantados. La calidad de vida se evaluó mediante una entrevista semiestructurada previamente evaluada por tres expertos, que incluía ítems en formato de escala. La información se analizó con base en las categorías definidas a partir de la fundamentación teórica y la aplicación de pruebas estadísticas. Los resultados dan cuenta que el trasplante de hígado mejora marcadamente la calidad de vida de los pacientes en la etapa final de la enfermedad hepática, tanto en el aspecto psicológico como en el físico. También se encontró que la calidad de vida se correlaciona con la independencia y con un incremento de la habilidad para el trabajo y, por consiguiente, con el reintegro a éste.

En otra línea y en relación a la actitud hacia la donación de órganos, Conesa, Ríos, Ramírez, Rodríguez y Parrilla (2003) realizaron un estudio con el objetivo de valorar la actitud hacia la donación de órgano cadavérico, las diferentes variables psicosociales que pueden influir sobre dicha actitud, así como también la opinión hacia la donación de donante vivo renal y hepático. La muestra estuvo compuesta por 245 personas del medio urbano y 150 de zonas rurales. Los resultados en relación al medio urbano dan cuenta de que: a) el 60% tenía una actitud favorable hacia la donación de órganos propios tras el fallecimiento; b) en cuanto a la donación de donante vivo de riñón, el 29% estaría a favor, porcentaje que aumenta al 89% cuando el receptor es un

familiar, índices ligeramente inferiores en el donante vivo de hígado (21 y 74%, respectivamente). Cuando se plantea si uno aceptaría ser receptor de un órgano donado por un familiar, el porcentaje de los que lo aceptarían es del 67% para el riñón y del 60% para el hígado. En conclusión la actitud hacia el donante vivo es significativamente más positiva entre los que están a favor de la donación de cadáver y entre los que han tenido experiencia previa con la donación.

Estas investigaciones, dan cuenta que todavía queda mucho por estudiar en relación al estado psicológico de los pacientes que se someten a un intervención quirúrgica de tal índole como es el trasplante, esto ayudaría a una recuperación positiva que les permita tener una mejor calidad de vida.

Capítulo IV: Diseño metodológico

4.1 Objetivos

4.1.1 General

- Indagar la posible relación existente entre Imagen Corporal y Resiliencia en Pacientes con Trasplante Hepático.

4.1.2 Específicos

- Determinar la Imagen Corporal de los Pacientes con Trasplante Hepático.
- Determinar los niveles de Resiliencia en los Pacientes con Trasplante Hepático.
- Establecer si existe una correlación negativa entre Imagen Corporal y Resiliencia
- Realizar un aporte que colabore a la promoción de la salud en pacientes con trasplante hepático.
- Caracterizar los niveles de Resiliencia en función de las variables demográficas.
- Caracterizar los niveles de Imagen Corporal en función de las variables demográfica.

4.2 Hipótesis

- Los pacientes con trasplante hepático que presentan menor preocupación por la imagen corporal tendrán niveles más altos de resiliencia.

4.3 Diseño

- Tipo de investigación: correlacional
- Tipo de estudio: descriptivo-exploratorio

4.4 Participantes

La muestra fue elegida siguiendo un muestreo no probabilístico, el cual consistió en la selección de una muestra representativa del universo de

pacientes con trasplante hepático que acuden al Hospital Italiano. La misma estuvo conformada por un total de 31 pacientes.

Los pacientes debieron cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Haber sido trasplantados de hígado hace no menos de 12 meses.
- Estabilidad de la situación clínica y ausencia de enfermedades graves.
- Tener de entre 40 a 70 años de edad.
- Aceptar el consentimiento informado.

Asimismo, fueron criterios de exclusión:

- Trastornos psiquiátricos (trastornos del estado del ánimo, entre otros).
- Trastornos de la conducta alimentaria (o con antecedentes de).
- Embarazo o periodo de lactancia.
- Cirugías estéticas.

4.5 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para el presente estudio son:

- *Multidimensional Body Self Relations Questionnaire* (MBSRQ) (versión española por Botella, Ribas y Benito, 2009).
- Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993; versión argentina: Rodríguez et al., 2009).
- Encuesta sociodemográfica.

A continuación se presenta una explicación de cada uno de ellos.

4.5.1 Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ)

El MBSRQ fue creado por Cash (1990) como un inventario autoadministrable compuesto por 69 ítems con el objetivo de evaluar la actitud, los pensamientos y la conducta de los sujetos en relación a su imagen corporal. Este instrumento se desarrolló por primera vez en 1983 contando con 294 ítems que fueron siendo depurados.

La muestra para validar el instrumento en castellano fue de 261 participantes, dividida en dos grupos: a) 131 estudiantes universitarios y b) 130 pacientes que se sometieron a una cirugía estética. El rango de edad fue de 21 a 44 años ($M=26,6$; $DE=2,9$). De esta versión emergen cuatro factores en lugar de siete como en la versión original, por tanto se configuro un cuestionario más breve de 45 en lugar de 69 ítems, a su vez esta versión se compone por dos partes diferenciadas en lugar de tres: una referida a evaluación general de la imagen corporal y otra a la evaluación del grado de satisfacción con varias áreas corporales por separado (Botella, Ribas y Benito, 2009).

Los cuatro factores en los cuales se agrupan los ítems son los siguientes: a) Importancia Subjetiva de la Corporalidad: está conformado por los ítems 1, 3, 4, 8, 10, 14, 15(-), 18(-), 21, 24, 25(-), 27, 29, 34(-), 38(-), 39, 43 (-), 46, 49 (-), 50, 52, 55, 56, 63 (-), 64 (-), 65 (-). 66 (-), 67 (-), 69 (-). Arroja puntajes que van de 30 a 150; b) Conductas Orientadas a Mantener la Figura Física: está conformada por los ítems 6(-), 16(-), 26, 33(-), 35, 44, 53. Arroja puntajes que van de 7 a 35; c) Atractivo Físico autoevaluado: conformado por los ítems 5, 11, 30, arroja puntajes que van de 3 a 15; y d) Cuidado del Aspecto Físico: conformado por los ítems 12, 20, 22, 41, arroja puntajes que van de 4 a 20. Cada una de los ítems que se enuncian en el inventario se responden en función de una escala likert: 1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= De acuerdo y 5= Totalmente de acuerdo. Puntajes altos indican mayor insatisfacción con la imagen corporal (ver anexo 1).

4.5.2 Escala de resiliencia

A partir del concepto de resiliencia se han creado diversos instrumentos para medirla, sobre todo en la lengua inglesa. Wagnild y Young (1993) crearon una escala diseñada para identificar las cualidades de las personas que las hacen tener una adaptación resiliente, tomando como base los relatos de 24 mujeres mayores de la nacionalidad estadounidense que había superado satisfactoriamente situaciones adversas. La escala se aplicó a una muestra 1500 personas y resulto ser buena predictora de dicha capacidad.

Para la validación nacional argentina de la Escala de Resiliencia se realizó la traducción y adaptación de los ítems al español hablado en Argentina.

La misma fue realizada por Rodríguez, Pereyra, Gil y Jofré (2009) con una muestra compuesta por 222 argentinos (152 mujeres y 70 hombres) con un rango de edad de 18 a 70 años (M=30,93; DE=12,12).

Dicha escala está conformada por 25 afirmaciones y consta de tres dimensiones: a) Capacidad de Autoeficacia (ítems 1 al 15); b) Capacidad de Propósito y Sentido de Vida (ítems 16 al 20); y c) Evitación Cognitiva (ítems 21 al 25). Mientras que las dos primeras dimensiones refieren a atributos, capacidades, habilidades o actitudes positivas necesarias para el afrontamiento eficaz de situaciones traumáticas, la tercera alude a un mecanismo de defensa protector del impacto del hecho traumático y que tiende a favorecer el autocontrol del sujeto.

El sujeto debe responder una escala likert frente a cada una de las afirmaciones que se enuncian en función de lo siguiente: 1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= De acuerdo y 5= Totalmente de acuerdo.

El puntaje total se obtiene de la suma de los puntajes de la escala y va de 25 a 125. Puntajes mayores a 105 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 105 y 86 indica moderada resiliencia; y valores menores a 85 indican baja resiliencia (Ver anexo 2).

4.5.3 Encuesta sociodemográfica

Por último, se desarrolló una encuesta con el objetivo de determinar si existe una relación entre las características sociodemográficas de los pacientes, imagen corporal y resiliencia. (Burgos Camacho & Ballesteros de Valderrama, 2007; Pérez, Martín, Gallego, & Santamaría, 2000; Pérez San Gregorio, Rodríguez, & Galán Rodríguez, 2004; Vetencourt Rivas & Carretta, 2007).

Este instrumento indaga datos personales: edad, sexo, nacionalidad, lugar de residencia, estado civil, cantidad de hijos, personas con las que convive el paciente, estudios, ocupación, información médica y psicológica, fecha en la cual se realizó el trasplante, motivo de la cirugía, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad al trasplante, tipo de injerto,

tiempo de hospitalización tras el trasplante, reingresos al hospital, antecedentes familiares de la misma enfermedad.) (Ver anexo 3).

Capítulo V: Procedimiento

Esta investigación fue evaluada y aprobada por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación (CEPI) y por la dirección del Hospital Italiano quienes facilitaron la obtención de la muestra.

Los instrumentos se administraron a pacientes con trasplante hepático dentro del Hospital Italiano.

Se entregó a cada sujeto en forma individual un protocolo que incluía los instrumentos, los cuales a su vez presentaban una breve descripción introductoria en la cual figuraba la consigna de cada test.

Antes de ser administrados se presentó a los pacientes el consentimiento informado (Ver anexo 4) mediante la explicación de: el objetivo de la investigación, en qué consisten los protocolos que le fueron tomados, como se mantendrá la confidencialidad y anonimidad de los datos y cuáles son sus derechos como participante de éste estudio.

5.1 Análisis de datos

Para el análisis, recopilación y relación de datos se utilizó por el programa informático SPSS Versión 19.0 tomando como variables dependientes Resiliencia e Imagen Corporal y como variable independiente Trasplante Hepático.

Capítulo VI: Resultados

6.1 Características de la muestra: N=31

Distribución según género:

- Femenino: 52%
- Masculino: 48%

Distribución según edad:

- Entre 60 y 70 años: 52%
- Entre 40 y 49 años: 35%
- Entre 50 y 59 años: 13%

Distribución según estado civil:

- Soltero: 32%.
- Casado: 32%
- En pareja: 16%
- Separado: 7%
- Divorciado: 7%
- Viudo: 6%

Distribución según nivel de estudios:

- Secundario incompleto: 35%
- Terciario / universitario incompleto: 29%
- Primario incompleto: 10%
- Secundario completo: 10%
- Primario completo: 6%
- Terciario / universitario completo: 6%

Distribución según situación ocupacional:

- Desocupados: 58%
- Ocupados: 42% (cuidador de persona (1), remisero (4) y vendedor (8))

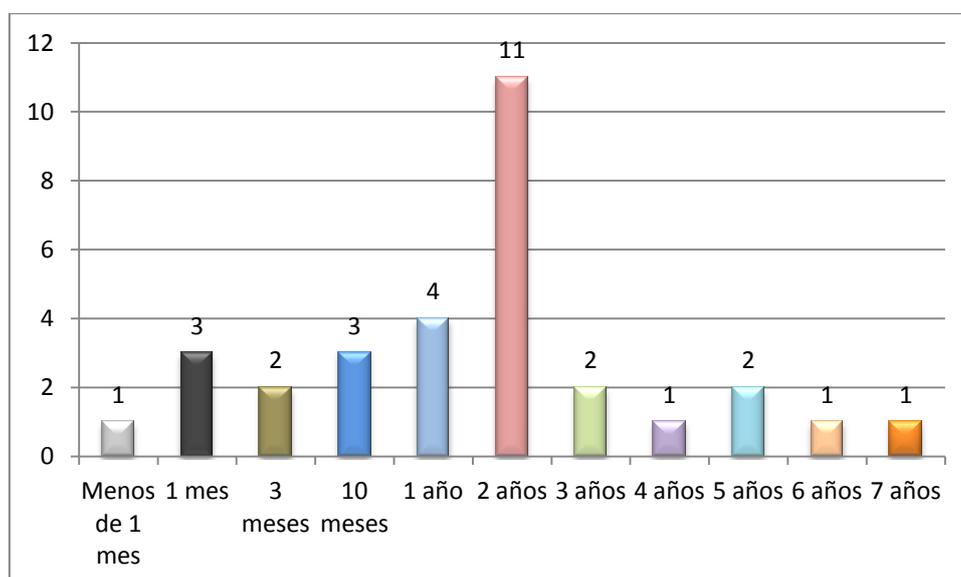
Distribución según si recibe a tratamiento psicológico actualmente:

- No: 93%
- Si: 7%

Tabla I. Características de la muestra

| | | Femenino | Masculino |
|---|----|----------|-----------|
| Género % | | 58% | 48% |
| Variable | n | M | DT |
| Edad (años) | 31 | 56,03 | 10,06 |
| Tiempo en lista de espera (meses) | 31 | 23,68 | 21,33 |
| Tiempo trascurrido tras trasplante (años) | 31 | 8.68 | 5,16 |

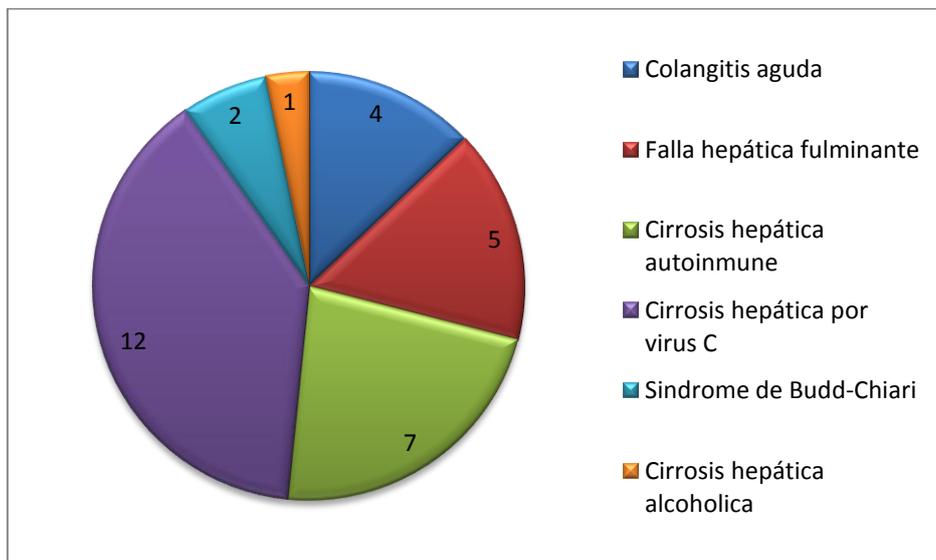
Gráfico II. Tiempo en la lista de espera.



Distribución según motivo de trasplante:

- Cirrosis hepática a causa del virus de hepatitis C: 39%
- Cirrosis hepática autoinmune: 23%
- Falla hepática fulminante: 16%
- Colangitis aguda: 13%
- Cirrosis hepática a causa del alcohol: 3%

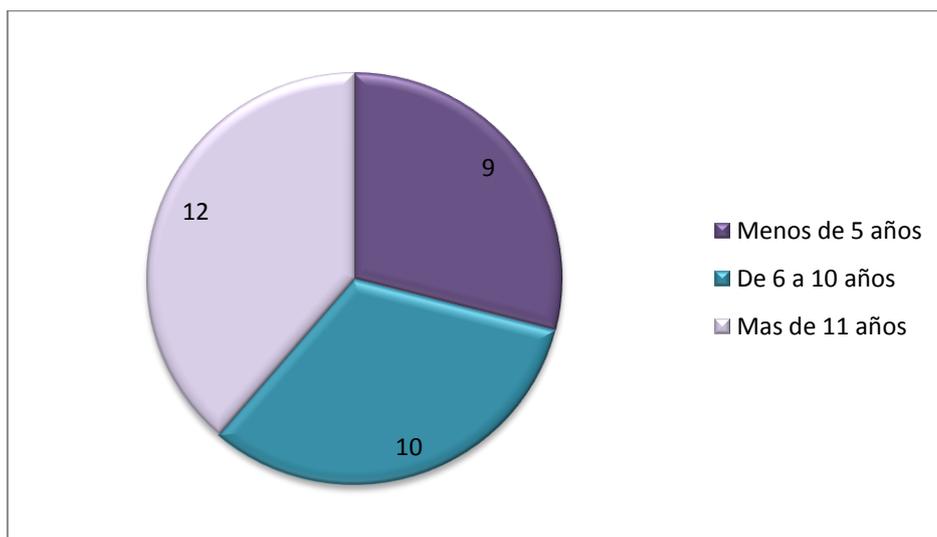
Gráfico III. Motivo del trasplante.



Distribución según años que pasaron tras el trasplante (mínimo 1, máximo 17):

- Menos de 5 años: 29%
- De 6 a 10 años: 32%
- Hace más de 11 años: 39%

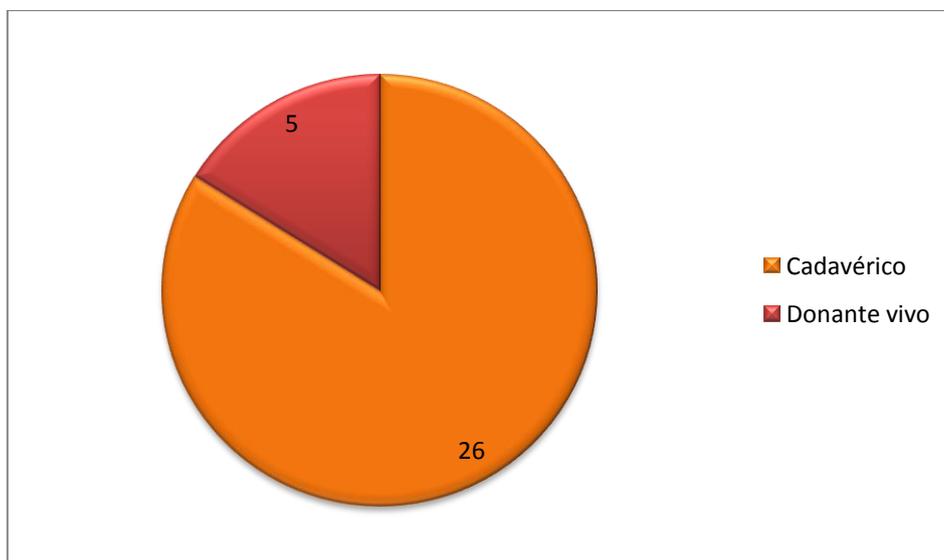
Gráfico IV. Años que pasaron tras el trasplante.



Distribución según tipo de injerto:

- Injerto cadavérico: 84%
- Donante vivo: 16%

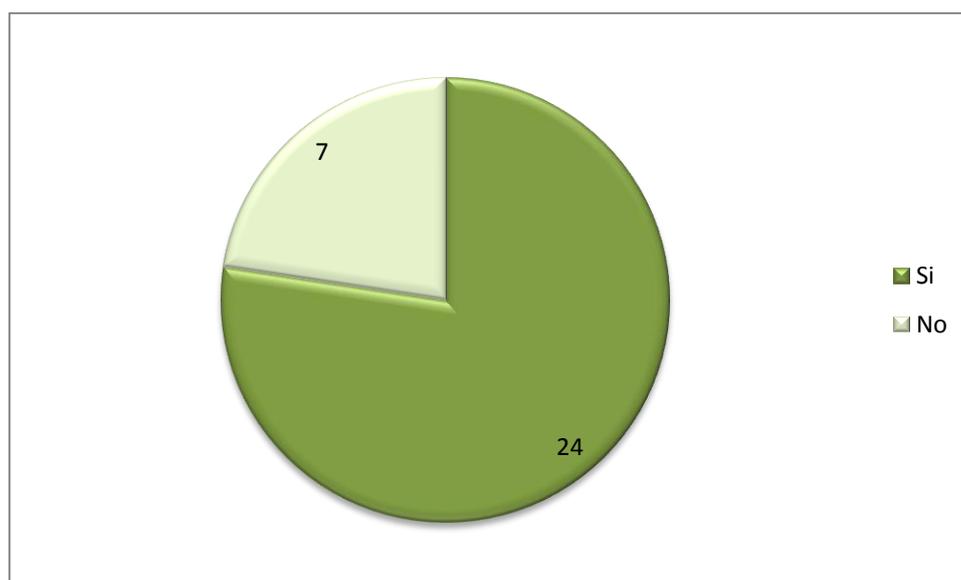
Gráfico V. Tipo de injerto.



Distribución según si hubo reingresos:

- Si: 77%, 44% debido a problemas asociados a la medicación, 33% debido a un rechazo del injerto trasplantado.
- No: 23%

Gráfico VI. Reingresos.



6.2 Descripción de las variables

6.2.1 Niveles de Imagen Corporal

Los pacientes con trasplante hepático muestran una moderada Importancia Subjetiva por la Corporeidad, moderadas Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física, moderado Cuidado del Aspecto Físico y un Atractivo Físico Autoevaluado positivo, cabe aclarar que la muestra ha sido comparada con las medias obtenidas en la población española en donde se adaptó este instrumento al habla castellana y dado a la falta de baremo para la Argentina.

Tabla II. Resúmenes estadísticos de los niveles de Imagen Corporal.

| Variable | N | M | DT | Min. | Max. |
|---|----|-------|------|------|------|
| Importancia Subjetiva de la Corporeidad | 31 | 57,74 | 5,12 | 48 | 66 |
| Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física | 31 | 18,03 | 2,63 | 13 | 23 |
| Atractivo Físico Autoevaluado | 31 | 13,00 | 2,64 | 7 | 18 |

Tabla III. Resúmenes estadísticos de los niveles de Cuidado del Aspecto Físico.

| Variable | N | Md | Min. | Max. |
|----------------------------|----|-------|------|------|
| Cuidado del Aspecto Físico | 31 | 11,00 | 7 | 17 |

Nota: Se calcula mediana ya que la variable no se distribuye de forma normal.

6.2.2 Niveles de Resiliencia

Los pacientes con trasplante hepático mostraron moderados niveles de Resiliencia, baja Capacidad de Autoeficacia, moderada Capacidad de Propósito y Sentido de Vida y moderada Evitación Cognitiva.

Tabla IV. Resúmenes estadísticos de los niveles de Resiliencia.

| Variable | N | M | DT | Min. | Max. |
|--|----|--------|-------|------|------|
| Resiliencia Total | 31 | 102,49 | 7,94 | 89 | 125 |
| Capacidad de Autoeficacia | 31 | 24,61 | 4,348 | 15 | 33 |
| Capacidad de Propósito y Sentido de Vida | 31 | 10,41 | 2,642 | 5 | 18 |
| Evitación Cognitiva | 31 | 12,54 | 3,731 | 5 | 19 |

6.3 Cruce de variables

6.3.1 Análisis de normalidad

Se realizó el análisis de la normalidad utilizando la Prueba de Shapiro-Wilk para las 4 dimensiones que conforman la Escala de Imagen Corporal: Importancia subjetiva de la Corporeidad, Conductas Orientadas a Mantener la Figura Física, Atractivo Física Autoevaluado y Cuidado del Aspecto Físico; y para las 3 dimensiones que conforman la Escala de Resiliencia: Capacidad de Autoeficacia, Capacidad de Propósito y Sentido de Vida y Evitación Cognitiva.

Tabla V. Prueba de Normalidad.

| | Shapiro-Wilk | gl. | p. |
|---|--------------|-----|------|
| Capacidad de Autoeficacia | 0,95 | 31 | 0,24 |
| Capacidad de Propósito y Sentido de Vida | 0,95 | 31 | 0,28 |
| Evitación Cognitiva | 0,93 | 31 | 0,07 |
| Importancia Subjetiva de la Corporalidad | 0,95 | 31 | 0,23 |
| Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física | 0,96 | 31 | 0,32 |
| Atractivo Físico Autoevaluado | 0,95 | 31 | 0,22 |
| Cuidado del Aspecto Físico | 0,93 | 31 | 0,04 |

Todas las dimensiones de las dos variables analizadas se distribuyeron de forma normal a excepción de Cuidado del Aspecto Físico de la variable Imagen Corporal.

6.3.2 Análisis de la correlación entre las variables.

Las variable Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (COMFF) presentó una relación estadísticamente significativa con las variables Capacidad de Autoeficacia (CA) ($r = -0,37$; $p = 0,05$) y Capacidad de Propósito y Sentido de Vida (CPSV) ($r = -0,41$; $p = 0,05$).

En los dos casos las correlaciones fueron inversas, es decir que a mayores Conductas Orientadas a mantener la Forma Física menores niveles de Capacidad de Autoeficacia, Capacidad de Propósito y Sentido de vida.

Por otro lado la variable Importancia Subjetiva a la Corporeidad (ISC) presentó una relación estadísticamente significativa con la variable Evitación Cognitiva (EC) ($r=-0,44$; $p=0,05$).

Tabla VI. Correlación Imagen Corporal - Resiliencia

| | r | p |
|-----------------------------|-------|------|
| Correlación de COMFF - CA | -0,37 | 0,05 |
| Correlación de COMFF - CPSV | -0,41 | 0,05 |
| Correlación de ISC - EC | -0,44 | 0,05 |

6.4 Niveles de Imagen corporal y Resiliencia en relación a las características sociodemográficas

6.4.1 Imagen Corporal y características sociodemográficas

Se realizó un análisis de la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones de la variable Imagen Corporal.

Se encontró que los años transcurridos tras el trasplante correlacionaron con las variables Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (COMFF) ($r= 0,44$; $p= 0,05$), Importancia Subjetiva de la Corporeidad (ISC) ($r= -0,69$; $p=0,001$) y Cuidado del Aspecto Físico (CAF) ($r= 0,65$; $p= 0,001$).

En relación a la variable conductas orientadas a mantener la forma física la correlación fue positiva lo cual indica que a medida que aumentan los años que pasaron desde que se realizó el trasplante aumenta también las conductas que realiza el sujeto por mantener una forma física.

En relación a la variable importancia subjetiva de la corporeidad la correlación fue inversa lo cual indica que a medida que aumentan los años que pasaron desde que se realizó el trasplante disminuye la preocupación por el cuerpo.

En relación a la variable cuidado del aspecto físico correlacionó de forma positiva, esto indica que medida que aumentan los años que pasaron desde el trasplante aumenta también el cuidado que el sujeto le da a su aspecto físico, se pudo observar que en esta investigación más que ver con la preocupación por el cuerpo es debido a la preocupación por la salud.

Por otra parte, el tiempo en lista de espera correlacionó con Cuidado del Aspecto Físico ($r= 0,37$; $p= 0,05$), es decir que mientras más tiempo estuvieron en la lista de espera más cuidan su aspecto físico.

Siguiendo la misma línea, el tiempo de hospitalización tras el trasplante también correlacionó, aunque de forma inversa, con Cuidado del Aspecto Físico ($r= -0,47$; $p= 0,001$), esto da cuenta de que mientras más tiempo pasaron hospitalizados después del trasplante menos cuidaban su aspecto físico.

Tabla VII. Correlación Imagen Corporal - características sociodemográficas

| | r | p |
|---|-------|-------|
| Correlación años tras trasplante - COMFF | 0,44 | 0,05 |
| Correlación años tras trasplante - ISC | -0,69 | 0,001 |
| Correlación años tras trasplante - CAF | 0,65 | 0,001 |
| Correlación tiempo en lista de espera - CAF | 0,37 | 0,05 |
| Correlación tiempo de hospitalización - CAF | -0,47 | 0,001 |

6.4.2 Resiliencia y características sociodemográficas

Se realizó un análisis de la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones de la variable Resiliencia.

Se encontró que el tiempo en la lista de espera correlacionó con Evitación Cognitiva (EC) ($r = -0,41$; $p = 0,05$) y con Resiliencia total (R) ($r = 0,37$; $p = 0,05$).

En el caso de evitación cognitiva la correlación fue inversa, esto da cuenta que a medida que aumentó el tiempo en el estuvieron en la lista de espera disminuyó la evitación cognitiva.

Por otra parte, la correlación con resiliencia fue positiva, es decir que las personas que estuvieron más tiempo en lista de espera tenían mayor resiliencia.

Tabla VIII. Correlación Resiliencia - características sociodemográficas

| | r | p |
|--|-------|------|
| Correlación tiempo en lista de espera - EC | -0,41 | 0,05 |
| Correlación tiempo en lista de espera - R | 0,37 | 0,05 |

Capítulo VII: Discusión

Debido a las escasas investigaciones en este campo y a la importancia de poder realizar un aporte desde la psicología positiva durante el presente estudio se buscó conocer la relación entre imagen corporal y resiliencia en pacientes que han sido trasplantados de hígado.

El principal motivo de trasplante encontrado en la población evaluada fue cirrosis hepática a causa del virus de hepatitis C (39% de la muestra), esto es concordante con otras investigaciones (Suárez, 2005) que dan cuenta que es la causa más frecuente la infección crónica constituyendo la indicación más frecuente de trasplante hepático, representado del 30% al 50 % de las indicaciones de este proceder en la mayoría de los centros.

Los resultados obtenidos permitieron confirmar la hipótesis planteada de la investigación acerca de la relación inversa que existe entre la preocupación por la Imagen Corporal y Resiliencia. En los resultados se observaron relaciones estadísticamente significativas con coeficientes de correlación negativos, los cuales indican que a medida que los niveles de preocupación por la Imagen Corporal disminuyen, concomitantemente van aumentando los de Resiliencia.

En relación a la variable Imagen Corporal, se pudo observar que los pacientes con trasplante hepático obtuvieron niveles moderados en las dimensiones Importancia Subjetiva por la Corporeidad, Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física y Cuidado del Aspecto Físico, esto indica una actitud promedio en relación a la media, su preocupación por el físico está más ligado a lo relacionado con la salud que a mantener una buena imagen. Por otro lado se observó un Atractivo Físico autoevaluado positivo, es decir que se sienten bien con su apariencia física después de al menos un año de la intervención. Estos resultados no van en la línea con lo encontrado por Kaba, Thompson y Burnard (2000, en Pérez San Gregorio, Rodríguez y Galán Rodríguez, 2005) quienes analizaron los problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos y encontraron en los pacientes insatisfacción corporal lo cual asociaron a la dificultad de integrar psicológicamente el órgano del donante al propio cuerpo.

Por otra parte y en concordancia con la investigación de Burgos Camacho y Ballesteros de Valderrama (2007) se pudo encontrar después del trasplante de hígado los pacientes pudieron integrar el nuevo órgano a su esquema corporal mejorando si el aspecto físico autopercebido. Los resultados dan cuenta que quienes llevaban más tiempo de la intervención presentaron menor preocupación por la imagen corporal.

En relación a la variable Resiliencia los pacientes obtuvieron puntajes promedio en Capacidad de Propósito y Sentido de Vida y Evitación Cognitiva, esto da cuenta que estos pacientes han reconstruido y resignificado esta intervención quirúrgica de modo que se han sobrepuesto logrando desarrollándose exitosamente y saliendo fortalecidos. En concordancia con esto y siguiendo los aportes de Luthar y Cushing (1999; en Salgado 2005) se podría decir que los pacientes entrevistados en este estudio se adaptaron positivamente después de la intervención, basándonos en diferentes conductas o tipos de adaptación, en los puntajes que obtuvieron escalas administradas y en la opinión de sus médicos tratantes. También se realizó la medición del proceso de resiliencia: unión entre adversidad y adaptación positiva mediante el análisis estadístico que evalúa que tipo de relación existe entre la adversidad y la adaptación, esta dio cuenta de una acomodación satisfactoria. Este resultado también constata lo encontrado en otras investigaciones (Acosta López de Llergo y Sánchez Araiza, 2009), resultaron ser factores individuales que favorecen la resiliencia: una actitud positiva frente a la enfermedad, autocuidado, ganas de vivir, actuar de manera independiente, resolución de crisis pasadas (estrategias de afrontamiento).

Por otro lado, se pudo observar bajos puntajes en Capacidad de Autoeficacia, esto se puede explicar dada la creciente ansiedad que experimentan tanto al estar a la espera de un órgano para ser trasplantados y debido a que esta intervención implica un riesgo de vida, así como también por todos los cambios que se producen en su vida después del trasplante tanto a nivel laboral como personal, por ejemplo, no poder hacerse cargo de los quehaceres del hogar, no poder aportar ingresos.

En relación a las variables sociodemográficas y en concordancia con otras investigaciones (Fergusson y Lynskey, 1996 en Kotliarenco et al. 1997; Prado y Aguila 2003; Vinaccia y Quiceno, 2012), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Resiliencia e Imagen Corporal según características sociodemográficas como edad, género, estado civil, nivel de estudios y situación ocupacional. Si se encontraron diferencias en relación a los años que pasaron desde el trasplante, el tiempo en la lista de espera y el tiempo de hospitalización.

Se encontró que los años transcurridos tras el trasplante, el tiempo en la lista de espera y de hospitalización correlacionaron con las dimensiones de la variable Imagen Corporal, esto se explica, más que a la preocupación por la figura, a lo que concierna a la salud, muchos de los pacientes argumentaron como importante para la misma la realización de actividades físicas por más que algunos por suscripciones médicas actualmente no las puedan hacer. Esto no concuerda con lo encontrado por Pérez San Gregorio et al. (2000) quienes no hallaron diferencias psicológicas en función de estas variables.

En relación a las dimensiones de Resiliencia, se puede decir que el tiempo en la lista de espera es un factor a la hora de asumir una actitud resiliente. Se observó mayor puntaje en resiliencia en los sujetos que pasaron más tiempo en la espera, esto se podría deber a que tuvieron más tiempo de forjar un comportamiento positivo ante dicha adversidad. Esto se contradice a lo encontrado en otra investigación (Vinaccia y Quiceno, 2012) en las que se halló una relación entre ésta característica clínica y una baja resiliencia.

Capítulo VIII: Conclusiones

En un contexto en el cual se focalizaba la atención en los efectos patológicos de la vivencia traumática (Gillham y Seligman, 1999 en Poseck, 2005) surge la necesidad de un cambio de perspectiva en la psicología donde se considere que las personas tienen la capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y crecimiento personal ante experiencias traumáticas (Yunes, 2003). En este estudio se pudo encontrar en los sujetos que vivenciaron un trasplante hepático un alto nivel de resiliencia que compenso su preocupación por la imagen corporal.

Dado que la salud está compuesta por factores tanto médicos como psicológicos es indefectible que estos deberían seguir estudiarse conjuntamente.

Habría que seguir preguntándose que sucede con los sujetos que no presentan alteraciones psicológicas después de un hecho adverso para conocer si la resiliencia funciona como un factor que los protege de éstas y así poder generar programas que la promuevan como una herramienta y al servicio de mejorar la salud psíquica. Así mismo, sería interesante, dados los resultados de esta investigación, evaluar la imagen corporal de los pacientes antes de ser trasplantados y trabajar con aquellos que presenten preocupación por la misma antes de ser intervenidos, en aquellos casos en los que se pudiera dada la urgencia, o después de la intervención.

Sería interesante para futuras investigaciones indagar si existen diferencias en las características evaluadas en este estudio entre pacientes que fueron trasplantados con un injerto cadavérico y quienes fue por donante vivo, ya que en este estudio no se pudo llevar a cabo dada la poca población entrevistada de pacientes que recibieron donante vivo, siendo una limitación del mismo.

En conclusión, realizar estrategias que promuevan la resiliencia en los pacientes podría favorecer sentimientos positivos en ellos como lo referente a la imagen corporal lo cual traería altos beneficios para su salud psíquica y su recuperación física.

Referencias

- Acosta López de Llergo, I. C. & Sánchez Araiza, Y. I. (2009). Manifestación de resiliencia como factor de protección en enfermos crónicos hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 17 (2): 24-320.
- Azevedo Marques, F., Legal, E. J. & Aparecida Höfelmann, D. (2012). Body dissatisfaction and common mental disorders in adolescents. *Rev Paul Pediatric*, 30 (4): 553-561.
- Baile Ayensa, J. I. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Cuadernos de Marqués de San Andrés: Revista de humanidades*, 2: 53-70.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11 (3): 125-146.
- Benítez, C. (2010). Infecciones tras el trasplante hepático: Infecciones por Citomegalovirus. *Gastroenterol Latinoam*, 21 (2): 245-248.
- Bermejo, J. C., Magaña, M., Villaceros, M., Carabias, R., & Serrano, I. (2011). Estrategias de afrontamiento y resiliencia como factores mediadores de duelo complicado. *Revista de psicoterapia*, 22(88), 86.
- Botella García del Cid, L., Ribas Rabert, E. & Benito Ruiz, J. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de clínica psicológica*, 18 (3): 253- 264.
- Burgos Camacho, V. A. & Ballesteros de Valderrama, B. P. (2007). Calidad de vida en pacientes con trasplante de hígado. *University of psychology*, 6 (2): 383-397.
- Calderón Prada, A., Espinosa Pezzia, A., & Techio, E. M. (2004). Resiliencia, afrontamiento, bienestar psicológico y clima socio-emocional después de los atentados del 11 de marzo. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 265-276.

Canavan, J. (2008). Resilience: cautiously welcoming a contested concept. *Child Care in Practice*, 14 (1): 1-7.

Cash, T. F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.

Cash, T. F. (2004). Body image: Past, present, and future. *Body Image*, 1(1), 1- 5.

Cash, T. F. & Pruzinsky, T.E. (1990). *Body images: development, deviance and change*. New York: Guilford Press.

Castro Martínez, D. C. (2010). *Diabetes en pacientes que reciben trasplantes de órganos*. Universidad Nuestra Señora del Rosario, Bogotá, Colombia.

Conesa, C., Ríos, A., Ramírez, P., Rodríguez, M. & Parrilla, P. (2003). La población ante una nueva realidad del trasplante: el donante vivo. Encuesta de opinión. *Cir Esp*, 74 (4): 228- 234.

Czikszentmihalyi, M. (1998). *Aprender a fluir*. (5ta Ed.). Barcelona: Kairós.

De la Serna, I. (1998). *Comer no es un placer: Anorexia, Bulimia, Obesidad*. Madrid: Litofinter.

Del Valle, D., Pestana, E., Guglielmo, M., Agüero, L., Marín, D., Castillo, R., Silva, V., Lozada, C., Sala, A., Malavé, H., Vasallo, M., Rodríguez, C., Kato, T. & Rivas Vetencourt, P. (2012). Características clínicas y evolución de los donantes de hígado para trasplante hepático modalidad vivo a vivo. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*, 66 (2): 76-80.

Endler, N.S. y Parker, J.D. (1990). "Stress and Anxiety: Conceptual and Assessment Issues: Special Issues" II-1. *Stress Medicine*, 3, 243-248.

Engle, D. (2001). Psychosocial Aspects of The Organ Trasplant Experience: What Has Been Established and What We Need for the Future. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 521- 549.

Fernández, F. y Turón, V. (1998). *Trastornos de la Alimentación: Guía básica de tratamiento en Anorexia y Bulimia*. Masson.

Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15 (1): 95-114.

Fisher, S. (1990). The evolution of psychological concepts about the body. Em T. Cash & T. Pruzinsky (Orgs.), *Body images: development, deviance and change* (pp. 3-20). Nova Iorque: The Guilford Press.

Fleury Seidl, E. M. & Almeida Machado, A. C. (2008). Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV. *Psicología em Estudo*, 13 (2): 239-247.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986). "Dynamics of Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes". *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Freitas, L. A. & Downey, G. (1998). Resilience: a dynamic perspective. *International Journal of Behavioral Development* , 22 (2): 263-285.

Freltas Azevedo, R. & Mendoza Lopes, R. L. (2010). Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (6): 1067-1070.

Frota da Rocha Morgado, F., Caputo Ferreira, M. E., Rodrigues Maia Andrade, M. & Josiany Segheto, K. (2009). Analysis of the body image evaluation instrument. *Fitness Performance*, 8 (3): 204-211.

Garassini, M. E. (2006). Resiliencia y familiares de pacientes oncológicos. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 9 (1): 93-104.

Garmezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34 (1): 416-40.

Giménez A., Parquet, G., Brunstein, D., Doria, O., Aguayo, O., Díaz, R., Sánchez R., Rojas, R., Torres, O., Caballero, M., Goto, P., Acuña, W., Cáceres, H., Rodríguez, R., Canata, J., Centurión, F., López, L. L., Llano, E., Filártiga, A. & Agüero, G. (2010). Trasplante de hígado. *Tendencias en Medicina*, 5 (1) :98-101.

González, G. A. (2001). Imagen corporal: cuerpo vivido, cuerpo escindido. *Perinatol Reprod Hum*, 15 (1): 145-151.

Grotberg, E. (2001). Nuevas tendencias en resiliencia. En Melillo Aldo, *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (1ª Ed, pp. 97-111) Buenos Aires. Paidós.

Guinn, B., Semper, T., & Jorgensen, L. (1997). Mexican American female adolescent self-esteem: The effect of body image, exercise behavior, and body fatness. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 19 (4), 517-526.

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz Granados, N., Berger DPhil, E. L., Jackson, B. & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 56 (5): 258-265.

Infante F. (2001). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En Melillo Aldo, *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (1ª Ed, pp. 31-53) Buenos Aires. Paidós.

Kalawski, J. P. & Haz, A. M. (2003). Y ¿Dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual. *Revista Interamericana de Psicología*, 37 (2): 365-372.

Kern del Castro, E. & Jiménez Moreno, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología en Estudio*, 12 (1): 81- 86.

Kotliarenco, M. A., Cásares, I. & Fontecilla, M. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. Washington D. C: Organización Panamericana de la Salud.

Kowner, R. (2002). Japanese body image: structure and esteem scores in a cross-cultural perspective. *International Journal of Psychology*, 37 (3): 149-159.

Lameiras Fernández, M., Calado Otero, M., Rodríguez Castro, Y. & Fernández Prieto, M. (2002). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3 (1): 23-33.

Lazarus, R. & Folkman, J. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, New York: Springer.

Leite Araujó Borges, M. C., Sales de Silva, L. M., Cavalcante Guedes, M. V. & Áfio Caetano, J. (2012). Desvelando o cuidado de enfermagem ao paciente transplantado hepático em uma unidade de terapia intensiva. *Escola Anna Nery*, 16 (4): 754-760.

López Pérez, M. D., Polaino Lorente, A. & Arranz, P. (1992). Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis*, 13 (10):423-428.

Maganto, C. & Cruz, S. (2000). La imagen corpora y los trastornos alimenticios; una cuestión de género. *Cuaderno de Psiquiatría y Psicoterapia de Niño y del Adolescente*, 30 (1): 45-48.

Martins Saur, A., Pasian, S. R. & Loureiro, S. R. (2010). Desenho da figura humana e a avaliacao da imagem corporal. *Psicologia em Estudo*, 15 (3): 497- 507.

Mattar Yunes, M. A. (2003). Psicologia positiva e resiliencia: o foco no indivíduo e na familia. *Psicologia em estudo*, 8 (1): 75- 84.

Meichenbaum, D. y Turk, D. (1982). "Stress, Coping, and Disease". En R.W. Neufeld (Ed.), *Psychological Stress and Psychopathology*. New York: McGraw-Hill.

Mejía, R. (2003). Resiliencia: ilusión o realidad. *Revista CED Medicina*, 17 (1): 57-62.

Miró, J. M., Montejó, M., Rufic, G., Bárcenas, R., Vargase, V., Rimolaa, A., Bañares, R., Valdivieso, A., Fabregat, J., Vicent, E., Margarite, C., Morena, A., Miralles, P., Aguirrebengoa, K., Xiol, F. X., Castón, J. J. & Torre-Cisneros, J. (2004). Trasplante hepático en pacientes con infección de HIV: una realidad en el año 2004. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 22 (9): 529-538.

Monroy Cortés B. G. & Palacios Cruz L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud mental*, 34 (3): 237-246.

Nguyen Gillham, V. (2008). Normalising the abnormal: Palestinian youth and the contradictions of resilience in protracted conflict. *Health and Social Care in the Community*, 16 (3): 291-298.

Nieves de Mota, L. A., Soares Vieira Rodrigues, L. F. & Gomes Pereira, I. M. (2011). A transição no transplante hepático; um estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (5): 19-26.

Olivares, M. E., Martín, M.D., Román, J. M. & Moreno, A. (2010). Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología*, 7 (1): 81- 97.

Omar, A., Paris, L., Uribe Delgado, H., Almeida de Silva Junior, S. H. & Aguiar de Souza, M. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en niños y adolescentes. *Psicología em estudo*, 16 (2): 269-277.

Orozco Zepeda, H. (2005). Un poco de historia sobre el trasplante hepático. *Revista de Investigación Clínica*, 57 (2): 124-128.

Palmar Santos, A. M., Pedraz Marcos, A., Rubiales Paredes M. D., Solís Muñoz M., Hernández Rivas A. & Rodríguez Montes J. A. (2007). La idea de corporeidad analizada en pacientes trasplantados del corazón. *Nure Investigación*, 36.

Pérez Gil, S. E. & Romero, G. (2010). Imagen corporal en mujeres de tres zonas rurales de México: percepción y deseo. *Salud Pública de México*, 52 (2): 111- 119.

Pérez, M. A., Martín, A., Gallego, A. & Santamaría, J. L.(2000). Influencia de algunas variables médicas y psicosociales en la recuperación psicológica de los trasplantados. Futuras líneas de intervención psicológica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5 (1): 71-87.

Pérez San Gregorio, M. A., Rodríguez, M. A. & Galán Rodríguez, A. (2004). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1): 99- 114.

Pérez San Gregorio, M. A. & Rodríguez M. A. (2002). Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados. *Revista de psicología general y aplicada*, 55 (3): 439-453.

Pérez San Gregorio, M. A., Rodríguez A. M. & Galán Rodríguez A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1): 99-114.

Poseck, B. (2005). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva, *Revista de Psicología Positiva*. Recuperado el 15 de diciembre del 2012 de: <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>.

Poseck, B., Carbelo Baquero, B. & Vecina Giménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimientos postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27 (1): 40-49.

Prado Álvarez, R. & Águila Chávez, M. (2003). Diferencias en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, 6: 179-196.

Prieto, M., Clemente, G., Casafont, F., Cuende, N., Cuervas-Mons, V., Figueras, J., Grande, L., Herrero, J. I., Jarai, P., Mas, A., Mata, M. & Navasa

M. (2003). Documento de consenso de indicadores de trasplante hepático. *Gastronterol Hepatol*, 26 (6): 355-375.

Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22 (1): 15-27.

Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.

Rincón Fernández, M. E., Pérez San Gregorio, M. A., Borda, M. & Rodríguez, A. M. (2012). Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 11 (1): 25-42.

Rodrigues de Castro, M., Silva de Carvalho, R., Nolasco Ferreira, V. & Caputo Ferreira, M. E. (2010). Funcao e imagem corporal: uma análise do discurso de mulheres submetidas á cirurgia bariátrica. *Revista Brasileira de Ciênci*, 13 (2): 167-183.

Rodriguez, M., Pereyra, M., Gil, E. & Jofré, M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9, 72-82.

Rosen, J. C. (1992). Body image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. En J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll, & M.A.P. Stephens (eds.), *The aetiology of bulimia: The individual and familial context* (pp. 157-177). Washington D.C.: Hemisphere Publishing Corporation.

Russo Leite Ribeiro, P., Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares, M. & Silva Caetano, A. (2012). Contribuições de Fisher para a compreensão do desenvolvimento da percepção corporal. *Psico-USF*, 17 (3): 379-386.

Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 14: 626-631.

Saavedra Guajardo, E. & Villalta Paucar, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14 (1): 31-40.

Salgado Lévano, A. C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11: 41-48.

Santos Augusto, V. (2012). Physiotherapist, physiotherapy and liver transplantation. *Revista Medicina*, 45 (1): 99-101.

Santos, O., Marín, J., Muñoz, O., Mena, A., Guzmán, C., Hoyos, S., Restrepo, J. & Correa, G. (2012). Trasplante hepático en adultos: Estado del arte. *Rev Col Gastroenterol*, 27 (1): 21-31.

Scoville, M. C. (1942). Wartime tasks of psychiatric social workers in great britain. *American Journal og Psychiatry*, 99: 358-363.

Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Happiness, escellence, and optimal human functioning. *American psychologist*, 55 (1):5-183.

Silva, J. C. (2005). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad / resiliencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (3): 201-209.

Silva, L. C. (2008). Cáncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionadosao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13 (2): 231-237.

Stanley WJ, Growing D & Dumpy E. (1959) Transplantation of tissues. *Am J of Surge* 98: 55-91.

Suárez, S. M., Hernández Perera, J. C., González Rapado, L. & Ramos Robaina, L. (2005). Aspectos específicos relacionados con el trasplante hepático en la hepatopatías por virus C. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 34 (2). Recuperado el 1 de junio del 2013 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572005000200009&Ing=es&nrm=iso. ISSN 1561-3046.

Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.

Valdebenito, E., Loizo, J. M. & García, O. (2009) Resiliencia: una mirada cualitativa. *Fundamentos en Humanidades*, 10 (1): 195-206.

Vanistedaël, S. (2005). *La resiliencia desde una inspiración hacia cambios prácticos*. Documento presentado en 2º Congreso Internacional de los Trastornos del Comportamiento en Niños y Adolescentes, Madrid, España.

Vaquero Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. & López Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (1): 27-35.

Vázquez Ortiz, J., Antequera, R & Blanco Picabia, A. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7 (3): 433- 451.

Vetencourt Rivas, P. A. & Carretta, M. (2007). Trasplante hepático en Venezuela. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*, 61 (2): 147- 149.

Vilatobá, M., Eckhoff, D. E. & Contreras, J. L. (2005). Selección del receptor para trasplante hepático. *Revista de Investigación Clínica*, 57 (2): 244-251.

Vilatobá, M., Eckhoff, D. E. & Contreras, J. L. (2005). Trasplante hepático de donador vivo adulto-adulto. *Revista de Investigación Clínica*, 57 (2): 252-261.

Villalobos Torres M. & Castelán García E. (2006) Resiliencia: el arte de navegar en los torrentes. *Revista panamericana de pedagogía*, 8: 287-303.

Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2011). Resiliencia y calidad de vida relacionado con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 20 (3): 201-211.

Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2012) Resiliencia y características sociodemográficas en pacientes crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 29 (1): 87-104.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M. & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud de enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28 (2): 366- 377.

Anexos

Anexo 1

Cuestionario de imagen corporal

Instrucciones

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta. Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación con respecto a usted. No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo.

Por favor sea lo más sincero posible.

Gracias.

| | Totalmente en desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Indiferente | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------|------------------------|-------------|---------------------|-----------------------|
| 1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto | | | | | |
| 2. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física | | | | | |
| 3. Para mi es importante tener mucha fuerza | | | | | |
| 4. Mi cuerpo es sexualmente atractivo | | | | | |
| 5. No hago ejercicio regularmente | | | | | |
| 6. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física | | | | | |
| 7. Me preocupo constantemente de poder llegar a estar gordo/a | | | | | |
| 8. Me gusta mi aspecto tal y como es | | | | | |
| 9. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo | | | | | |
| 10. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme | | | | | |
| 11. Tengo una buena capacidad de resistencia física | | | | | |
| 12. Participar en deportes no es importante para mi | | | | | |
| 13. No hago cosas que me mantengan en forma | | | | | |
| 14. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mi | | | | | |
| 15. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños | | | | | |
| 16. Casi todo el mundo me considera guapo/a | | | | | |
| 17. Es importante para mi que mi aspecto sea siempre bueno | | | | | |
| 18. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas | | | | | |
| 19. Estar en forma no es una prioridad en mi vida | | | | | |

| | Totalmente en desacuerdo | Bastante en desacuerdo | Indiferente | Bastante de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|--------------------------|------------------------|-------------|---------------------|-----------------------|
| 20. Hago cosas que aumenten mi fuerza física | | | | | |
| 21. Raramente estoy enfermo | | | | | |
| 22. A menudo leo libros y revistas de salud | | | | | |
| 23. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa | | | | | |
| 24. No soy bueno en deportes o juegos | | | | | |
| 25. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas | | | | | |
| 26. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física | | | | | |
| 27. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada | | | | | |
| 28. Me gusta como me siento la ropa | | | | | |
| 29. Presto especial atención al cuidado de mi pelo | | | | | |
| 30. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas | | | | | |
| 31. Trato de estar físicamente activo | | | | | |
| 32. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo | | | | | |
| 33. Nunca pienso en mi aspecto | | | | | |
| 34. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico | | | | | |
| 35. Me muevo de forma armónica y coordinada | | | | | |
| 36. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente | | | | | |
| 37. Hago deporte regularmente a lo largo del año | | | | | |
| 38. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud | | | | | |
| 39. Al primer signo de enfermedad voy al médico | | | | | |

A continuación se le presenta una escala para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen.

| | Muy insatisfecho/a | Bastante insatisfecho/a | Punto medio | Bastante satisfecho/a | Muy satisfecho/a |
|---|--------------------|-------------------------|-------------|-----------------------|------------------|
| 40. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies) | | | | | |
| 41. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago) | | | | | |
| 42. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos) | | | | | |
| 43. Tono muscular | | | | | |
| 44. Peso | | | | | |
| 45. Aspecto general | | | | | |

Anexo 2

Escala de Resiliencia

Instrucciones: Usted deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones poniendo una cruz (X) en la opción que más se coincida con usted. Por favor no deje ningún ítem sin responder. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| 1 Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista. | | | | | |
| 2 -La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles. | | | | | |
| 3 -Soy decidido. | | | | | |
| 4 -Usualmente manejo los problemas de distintos modos. | | | | | |
| 5 -Siento que puedo manejar varias cosas a la vez. | | | | | |
| 6 -Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida. | | | | | |
| 7 -Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás. | | | | | |
| 8 -Usualmente encuentro cosas de que reírme. | | | | | |
| 9 -En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar. | | | | | |
| 10 -Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida. | | | | | |
| 11 -He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes. | | | | | |
| 12 -Me basto a mí mismo si lo creo necesario. | | | | | |
| 13 -A veces yo hago cosas quiera o no. | | | | | |

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| 14 -Mantengo interés por las cosas. | | | | | |
| 15 -Mi vida tiene sentido. | | | | | |
| 16 -Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer. | | | | | |
| 17 -Soy autodisciplinado. | | | | | |
| 18 -Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí. | | | | | |
| 19 -Cuando hago planes los llevo a cabo hasta el final. | | | | | |
| 20 -Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación. | | | | | |
| 21 -Soy amigable conmigo mismo. | | | | | |
| 22 -Hago las cosas de a una por vez. | | | | | |
| 23 -Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas. | | | | | |
| 24 -No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto. | | | | | |
| 25 -Me siento cómodo si hay gente que no me agrada. | | | | | |

Anexo 3

Encuesta sociodemográfica

Edad:

Sexo: Femenino Masculino

Nacionalidad:

Lugar de residencia:

Estado civil:

Soltero Casado Separado Divorciado Viudo En pareja

Hijos:

Con quien convive:

Estudios:

Primario incompleto

Primario completo

Secundario incompleto

Secundario completo

Universitario / Terciario incompleto

Universitario / Terciario completo

Ocupación:

Recibe algún tipo de tratamiento psicológico: Si No

En caso de que si ¿Hace cuanto?

Fecha de la cirugía:

Motivo:

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad al trasplante:

Tipo de injerto: cadáver donante vivo

Tiempo de hospitalización tras el trasplante:

Hubo reingresos: Si No

Antecedentes familiares de la misma enfermedad:

Actualmente ¿toma alguna medicación para dormir o ansiolítico? Si No

¿Cuál?

¿Desde cuándo?

Fumador: Si No

Alcohol: S No

Iniciales del Paciente:

**INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

Investigador: Jesica Paronik

Tutorada por la Mg. Jéssica López Peláez

Por la presente brindo mi libre conformidad para completar la *Encuesta Sociodemográfica*, la *Escala de Resiliencia de Wagnild y Young* y el *Cuestionario de Imagen Corporal* que será llevada a cabo por la profesional que se menciona al pie. A continuación se describen dichos instrumentos:

-Encuesta sociodemográfica: con el objetivo de determinar si existe una relación entre las características sociodemográficas de los pacientes, Imagen Corporal y Resiliencia. La misma ha sido elaborada para el objetivo de la presente investigación.

- **Escala de Resiliencia** (Wagnild & Young, 1993; versión argentina: Rodríguez et al., 2009): Está conformada por 25 afirmaciones. El sujeto deberá responder frente a cada una de las afirmaciones que se enuncian en función de lo siguiente: 1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= De acuerdo y 5= Totalmente de acuerdo.

-Cuestionario de Imagen Corporal (MBSRQ) (versión española por Botella, Ribas y Benito, 2009): Está conformada por 45. El sujeto deberá responder frente a cada una de las afirmaciones que se enuncian en función de lo siguiente: 1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= De acuerdo y 5= Totalmente de acuerdo.

A los efectos de este estudio, usted tiene derecho a saber cuál es el objetivo de la misma , cómo se selecciona a los pacientes, qué procedimientos se emplearán, cuáles son los posibles beneficios y qué es lo que se espera de usted como participante de una investigación. Este proceso se denomina "*consentimiento informado*". Se le solicitará que lea atentamente este formulario de consentimiento. Cuando haya comprendido la información y haya decidido participar, se le solicitará que firme y feche este consentimiento y se le entregará una copia del mismo.

- **Objetivo de la investigación**

Determinar si hay una relación entre Imagen Corporal y Resiliencia en pacientes con trasplante hepático, con esto se busca realizar un aporte que colabore a la promoción de la salud en pacientes con trasplante hepático.

- **Duración del estudio**

La duración será de 15 minutos aproximadamente, tiempo en el cuál se le pedirá que responda a:

-Encuesta sociodemográfica.

-Escala de Resiliencia.

- Cuestionario de Imagen Corporal.

Usted tendrá el derecho de solicitar los resultados de los inventarios que ha contestado.

- **Participación voluntaria / Retiro del estudio**

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede negarse a seguir proporcionando información para este estudio en cualquier momento. Su decisión no afectará en modo alguno la disponibilidad o calidad de su actual o futuro tratamiento médico.

- **Acceso a los registros y confidencialidad**

Todos los registros o datos que pudieran identificarlo serán protegidos con acceso estrictamente restringido a su archivo. Sólo sus iniciales lo identificarán a usted en toda la información.

La confidencialidad de sus datos personales será protegida en la medida permitida por las leyes y disposiciones vigentes. Los resultados de este estudio de investigación podrán ser presentados en una tesis de licenciatura o publicaciones psicológicas pero en ningún caso se revelará su identidad.

Consentimiento del paciente

He leído las declaraciones y demás información detallada en este formulario de consentimiento. Todas mis preguntas concernientes al estudio me fueron contestadas. Entiendo que puedo rehusarme a participar en este estudio de investigación.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento firmado y fechado.

He sido informado que podré negarme a realizar la encuesta o bien retirarme de la misma en cualquier momento, sin que ello genere modificación alguna en mi atención médica.

Se me ha informado que mi identidad permanecerá confidencial y no será divulgada bajo ninguna circunstancia.

Acepto participar en el estudio titulado: "Imagen Corporal y Resiliencia en Pacientes con Trasplante Héptico".

Gracias por su colaboración

Firma:

Nombre:

Fecha: