



Artículo original

Estudio de resiliencia psicológica en pacientes con trasplante renal del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario «Arnaldo Milián Castro»



Study of psychological resilience in patients with kidney transplantation of the «Arnaldo Milián Castro» University Surgical Clinical Hospital

Yasmani Martínez-López,* Javier Cruz-Rodríguez,† María Julia González-González‡

* Licenciado en Psicología. Máster en Desarrollo Comunitario. Servicio de Nefrología, Hemodiálisis y Trasplante Renal.

† Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Doctor en Ciencias. Servicio de Cirugía.

‡ Licenciada en Defectología. Departamento de Psicología.

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario «Arnaldo Milián Castro». Santa Clara, provincia Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

ABSTRACT

Introducción: se hace una breve presentación del estado creciente de incidencia de la enfermedad renal crónica internacional y nacionalmente, se define la categoría central resiliencia psicológica. La problemática fundamental parte de la necesidad de estudiar la resiliencia psicológica en los pacientes con trasplante renal del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario «Arnaldo Milián Castro», con el objetivo de describir los niveles de la misma y su incidencia por grupos etarios, tiempo de trasplante y nivel de escolaridad. **Material y métodos:** el estudio se definió como descriptivo, transversal y con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Fue empleada como instrumento de evaluación la escala de resiliencia de Connor-Davidson CD-RISC (versión de 25 ítems) y el procesamiento estadístico fue realizado con el SPSS-20. **Resultados:** se obtuvo que 47.7% de los pacientes tienen nivel bajo de resiliencia, seguidos de 43.2% en nivel medio. La dimensión más afectada fue el control bajo presión, con un total de 25 pacientes en nivel bajo; mientras la de números más positivos resultó ser el control y propósito. **Discusión:** se abordaron aspectos relacionados con la resiliencia como la calidad de vida, el concepto de salud, alostasis y la significación de la resiliencia psicológica en la adherencia terapéutica, entre otros elementos.

Introduction: a brief presentation is made of the increasing incidence status of Chronic Kidney Disease internationally and nationally, the central category Psychological Resilience is defined. Part of the fundamental problem is the need to study Psychological Resilience in patients with kidney transplantation at the Clinical Surgical University Hospital «Arnaldo Milián Castro», with the aim of describing its levels and its incidence by age groups, transplant time and level of schooling. **Material and methods:** the study was defined as descriptive, cross-sectional and with a non-probabilistic convenience sampling. The Connor-Davidson CD-RISC Resilience scale (25 item version) was used as an evaluation instrument and the statistical processing was performed with the SPSS-20. **Results:** it was obtained that 47.7% of the patients have a low level of resilience, followed by 43.2% in medium level. The most affected dimension was the control under pressure, with a total of 25 patients at low level; while the one with more positive numbers turned out to be the control and purpose. **Discussion:** aspects related to Resilience were addressed, such as quality of life, the concept of health, allostasis and the significance of Psychological Resilience in therapeutic adherence, among other elements. **Conclusions:**

Citar como: Martínez-López Y, Cruz-Rodríguez J, González-González MJ. Estudio de resiliencia psicológica en pacientes con trasplante renal del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario «Arnaldo Milián Castro». Rev Mex Traspl. 2023; 12 (1): 15-22. <https://dx.doi.org/10.35366/109998>



Conclusiones: que predominan los niveles bajo y medio de resiliencia entre los pacientes de trasplante renal evaluados; el control y propósito, y la adaptabilidad y redes de apoyo son las dimensiones que mejor protegen la resiliencia, mientras la más afectada fue el control bajo presión.

Palabras clave: resiliencia psicológica, trasplante renal, grupo etario, tiempo de trasplante, nivel de escolaridad.

low and medium levels of resilience predominate among the renal transplant patients evaluated, with control and purpose and adaptability and support networks being the dimensions that best protect Resilience, while the most affected was control under pressure.

Keywords: *psychological resilience, kidney transplant, age group, transplant time, level of schooling.*

INTRODUCCIÓN

El abordaje integral de la enfermedad renal crónica (ERC) constituye un asunto priorizado del Ministerio de Salud Pública de Cuba. Al ser hoy una enfermedad en pleno ascenso por su negativa incidencia e impacto, tanto personal como social y económico. Para su atención se destinan cuantiosos recursos humanos y materiales. Sólo en 2009 se estimaba ya la incidencia mundial de la ERC sobre 50 millones de habitantes, con más de un millón que recibieron terapia renal de reemplazo.¹ En 2016 se incrementó la incidencia mundial de la ERC, al ocupar los primeros lugares Norteamérica, México, Singapur, Turquía y Malasia. Según los autores Méndez-Durán A y Pérez-Aguilar G, para el año 2020, en Norteamérica, se incrementará la incidencia a 14.4% y para 2030 a 16.7%.² En el contexto cubano, incluso, ya se ha llegado a calificar la situación como pandémica, Fariñas, plantea una cifra de 5.2% de incidencia en este año.³

En el escenario particular de investigación, el Hospital Clínico Quirúrgico Universitario «Arnaldo Milián Castro» (HAMC) es un centro de atención regional a los trasplantados de riñón de la región central de Cuba, específicamente de las provincias Villa Clara, Cienfuegos y Sancti Spíritus, regiones que reúnen al momento del estudio 189 trasplantados con injerto funcional; mientras la sala de hemodiálisis de esta institución atiende unos 156 pacientes.

Al día de hoy, por parte de los administrativos, se plantean como problemáticas fundamentales no solamente la supervivencia del paciente y el injerto, sino también la calidad de vida de estos. Un paciente estable no sólo es un logro médico, sino además un logro social, por la repercusión que representa sobre la familia y la comunidad, la cual tiene que movilizarse menos en aras de su atención; asimismo es un logro económico, toda vez que el sistema de salud cubano es gratuito y universal, pues cada hospitalización representa cuantiosos gastos por concepto de medicamentos y estadía.

Estas alertas indican la necesidad innegable de que la salud tenga un abordaje sistémico, donde una

verdadera recuperación incluya no sólo los niveles orgánico funcionales acordados, sino además parámetros psicosociales que garanticen la movilización de recursos adaptativos y evolutivos dentro de la enfermedad, cuya lógica se maneja no desde su eliminación, lo cual es virtualmente imposible, sino persiguiendo los mayores índices posibles de calidad de vida.

Para este artículo se presentan resultados acerca de un estudio de resiliencia psicológica realizado en el HAMC, con pacientes que padecen ERC, pero cuya particularidad es la de ser trasplantados de riñón. El resultado se enmarca dentro de un proyecto institucional y cuenta con la aprobación del comité de ética de la institución.

Una arista importante, y motivación fundamental para la investigación, es la consideración arraigada de que, luego de practicado el injerto del órgano, los parámetros fisiológicos deben mejorar ostensiblemente en relación con los otros métodos sustitutivos de la función renal, hecho innegable pero que subvalora el comportamiento de la psiquis en dicho proceso, pues se tiende a relacionar por transitividad que todo paciente con injerto renal mejora *per se* su condición psicológica y los recursos adaptativos.

Algunos autores, como Cubillo y colaboradores, continúan considerando el seguimiento clínico y paracínico como esenciales para la supervivencia del injerto, al ser «elementos fundamentales de observación en los pacientes trasplantados».⁴

Este enfoque, en el que domina el protagonismo en la medicina en el proceso salud-enfermedad del paciente, limita ocasionalmente una visión más integral que contenga la psiquis como un eslabón fundamental en la recuperación del trasplantado, y por ende el abordaje de la calidad de vida se ve supeditado a parámetros biofisiológicos, más que a psicosociales.

La propuesta de este estudio se basa en un acercamiento a la resiliencia psicológica, cuyas posibilidades para aglutinar determinadas dimensiones, en aras de una mejor comprensión de la recuperación del paciente trasplantado, resultan interesantes; dado que

éste siempre será sujeto y protagonista de su recuperación. No hay nada que pueda hacer la medicina o las ciencias de la salud sin que medie de antemano el empoderamiento de la propia persona, así como sus procesos volitivos y motivacionales.

Se entiende la resiliencia psicológica como una «cualidad de la personalidad, es la capacidad de los individuos, grupos o colectivos para afrontar diferentes tipos de adversidades y haciendo uso de recursos personales y sociales, asumir acciones resueltas para lograr éxitos, auto o sociorealización y transformar dicha realidad».⁵

No se manifiesta de igual forma en todos los individuos, ni en la misma magnitud, mucho menos en su desarrollo ontogenético los pacientes llegan a desarrollar aspectos psicológicos que articulen los procesos adaptativos y desarrolladores necesarios para afrontar la enfermedad. Se considera el afrontamiento de la ERC como un proceso muy complejo, mediado en alto grado por tendencias psicopatológicas y desadaptativas:

«(...) las repercusiones psicológicas más relevantes de la estancia en hemodiálisis, la posición pesimista y fatalista hacia el futuro, pacientes que no logran adaptarse a nuevas exigencias; el reflejo de agresividad, ansiedad, comportamientos reactivos ante la enfermedad, intolerancia, egocentrismo, tendencia a la dependencia y minusvalía, reacciones patológicas de temor, hipocondría, dificultades en las relaciones interpersonales y conflictos familiares».⁶

No se debe perder de vista el hecho de que el grueso de los pacientes trasplantados de riñón proviene de hemodiálisis, diálisis peritoneal y, en menor cuantía, de trasplante precoz. Por tanto, el arrastrar repercusiones psicológicas puede ser significativo. En tal sentido, sin duda, la evolución positiva del injerto renal no es para nada un asunto exclusivamente médico, orgánico o fisiológico.

Partiendo de esta realidad surge la siguiente interrogante: ¿qué niveles de resiliencia psicológica poseen los pacientes de trasplante renal del HAMC, para enfrentar y sobreponerse a eventos adversos en el transcurso de la enfermedad renal crónica?

Se propuso como objetivo general dar respuesta a esta pregunta.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se basó en un paradigma cuantitativo, que fue descriptivo,⁷ transversal y con un muestreo no probabilístico por conveniencia.⁸ De un universo

de 189 pacientes en la región con trasplante renal, para el momento del corte evaluativo, se seleccionaron 44 pacientes para integrar la muestra, básicamente hospitalizados en la sala de trasplante, sin patología psiquiátrica y con consentimiento informado. Esto representó 23.3% de los pacientes encuestados. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 20 para el análisis y procesamiento de la información. Se desarrolló el estudio entre el segundo y tercer trimestre de 2019.

Como instrumento de evaluación fue empleada la escala de resiliencia de Connor-Davidson CD-RISC (versión de 25 ítems), validada para la población cubana en la Universidad Central «Marta Abreu» de Las Villas.⁹

De manera general, la técnica de Connor-Davidson es una escala que consta de 25 ítems que se responden en una escala desde cero = «en absoluto» hasta cuatro = «siempre». El constructo se compone de cinco factores: persistencia-tenacidad-autoeficacia (ítems 10-12, 16, 17 y 23-25), sus valores bajos y altos corresponden de 23-30 puntos, respectivamente; control bajo presión (ítems 6, 7, 14, 15 y 18-20), sus valores bajos y altos corresponden de 17-24 puntos, respectivamente; adaptabilidad y redes de apoyo (ítems 1, 2, 4, 5 y 8), sus valores bajos y altos corresponden de 14-19 puntos, respectivamente; control y propósito (ítems 13, 21 y 22), sus valores bajos y altos corresponden de 9-12 puntos, respectivamente; y espiritualidad (ítems 3 y 9), sus valores bajos y altos corresponden de 5-8 puntos, respectivamente. Las puntuaciones de cada ítem se suman y se interpreta que a mayor puntuación en cada dimensión, más indicadores de resiliencia muestra el individuo.⁹ La resiliencia psicológica como categoría principal está comprendida entre los valores 70 (baja) y 88 (alta).

Dado que los valores comprendidos entre los niveles bajos y altos anteriormente expuestos no quedan con una clara definición, se decidió designar a los ubicados en el rango entre bajo y alto como valores medios para cada variable o dimensión, incluyendo a la resiliencia psicológica.

Dentro de las variables demográficas consideradas se tomaron: grupos etarios, nivel de escolaridad y tiempo de trasplante. Como variable principal la resiliencia psicológica (RS), cuya definición ya quedó establecida en la introducción, y sus dimensiones: persistencia-tenacidad-autoeficacia (PTA), control bajo presión (CBP), adaptabilidad y redes de apoyo (ARA), control y propósito (CP), y espiritualidad (ESP); éstas se corresponden con los factores del CD-RISC.

Tabla 1: Tabla de contingencia resiliencia y grupo etario.

Resiliencia	Grupo etario (años)						Total
	23-30	31-38	39-46	47-54	55-62	63-70	
Bajo	3	5	7	3	3	0	21
Medio	1	1	3	9	3	2	19
Alto	2	1	0	1	0	0	4
Total	6	7	10	13	6	2	44

Dimensiones de resiliencia:

1. Tenacidad-autoeficacia-persistencia: es la convicción que tiene una persona al saber que posee la capacidad para enfrentar cualquier situación, pues aunque ésta sea repentina puede buscar y encontrar soluciones.
2. Control bajo presión: se refiere a la confianza en la intuición, la tolerancia del afecto negativo y los efectos de fortalecimiento del estrés, al tener la capacidad para aceptar o sobrellevar los acontecimientos con expectativas positivas sobre las acciones de uno mismo.
3. Adaptabilidad y redes de apoyo: se refiere a la tolerancia al cambio, a la habilidad para ser flexibles y adecuarse a nuevas situaciones, además, a la posibilidad de entablar relaciones con otras personas que brinden apoyo, confianza y permitan el crecimiento personal.
4. Control y propósito: es la capacidad que se posee para impulsar el bienestar hacia sí mismo, al tomar las decisiones que mejor dirigen hacia las metas que se han trazado en la vida.
5. Espiritualidad: se consideran los beneficios que una persona posee al tener una vida espiritual.¹⁰

Las variables grupos etarios, tiempo de trasplante y nivel de escolaridad fueron agrupadas ajustándose a las características de la muestra:

Grupos etarios en años de edad: 23-30, 31-38, 39-46, 47-54, 55-62 y 63-70.

Tiempo de trasplante: menos de 1 año, 1-5 años, 6-10 años, 10-15 años y más de 15 años.

Nivel de escolaridad: noveno grado, bachiller y superior.

Se realizaron cálculos de frecuencia y por ciento, así como el procesamiento mediante tablas de contin-

gencias, para describir y relacionar las variables planteadas.

RESULTADOS

Las variables de grupos etarios, tiempo de trasplante y nivel de escolaridad se comportaron según su distribución de la siguiente manera:

Los grupos etarios más representativos en la muestra fueron el de 47-54 años de edad, con un total de 13 miembros (29.5%); seguidos por el de 39-46 años, con un total de 10 miembros (22.7%); el menos representativo resultó ser el grupo de entre 63-70 años con sólo dos miembros (4.5%). El resto estuvo entre los seis y siete miembros. Respecto al tiempo de trasplante resaltan los de menos tiempo, menos de un año con 14 representantes (31.8%), de 1-5 años con 13 representantes (29.5%), el de 6-10 años de trasplante con nueve representantes (20.5%); los grupos restantes tuvieron cuatro miembros cada uno (9.1%, respectivamente).

Por su parte el nivel de escolaridad se comportó con bastante paridad, el noveno grado fue el más representativo con 17 miembros (38.6%), seguido por el grupo de bachillerato con 15 miembros (34.1%); y el de nivel superior estuvo representado por 12 miembros (27.3%).

Respecto a la resiliencia psicológica, ésta arrojó que 90.9% corresponde a los niveles bajo y medio; el primero fue el de más peso estadístico en la muestra, pues casi la mitad de los miembros fue evaluada con baja resiliencia, es decir, 21 pacientes (47.7%); en el nivel medio estuvieron 19 pacientes (43.2%); y sólo cuatro (9.1%) fueron evaluados con alta resiliencia.

Estos datos son muy significativos e indican que en el futuro la resiliencia requiere especial atención, al ser un factor importante en la calidad de vida de los pacientes.

En resultados, la primera dimensión planteada «tenacidad-autoeficacia-persistencia» coincide exactamente con la variable principal, que es la resiliencia psicológica.

Queda patente por un lado que los factores que más están afectando a la resiliencia son, en primer lugar, el «control bajo presión», al portar más de la mitad de los casos con bajo nivel, 25 en total (56.8%), que además reflejó 16 casos en nivel medio (36.4%) y tres casos (6.8%) con nivel alto para esta dimensión. Les sigue por orden de significación la «tenacidad-autoeficacia-persistencia» y «adaptabilidad y redes de apoyo», esta última con un mejor balance entre casos con niveles bajos y altos: bajos 18 casos (40.9%), medios 11 casos (25%) y altos 15 casos (34.1%).

La dimensión que refleja las mayores fortalezas de los pacientes en relación con la resiliencia psicológica fue el «control y propósito», con 17 casos en nivel alto (8.6%), 11 casos en nivel medio (25%) y 16 casos en nivel bajo (36.4%). Esta dimensión, aunque presenta un balance entre casos con niveles alto y bajo, resultó ser la de balance más positivo.

La «espiritualidad» tuvo un equilibrio entre los niveles alto y bajo, con idéntico balance de 13 casos (29.5%), y en el nivel medio fueron 17 casos (38.6%).

En las tablas de contingencias se puede observar el comportamiento de la resiliencia psicológica en relación con las variables «grupos etarios», «tiempo de trasplante» y «nivel de escolaridad»:

En la [Tabla 1](#) se observa la distribución, los valores más significativos para el caso de la baja resiliencia fueron los siete pacientes pertenecientes al grupo de entre 39-46 años de edad. Luego, la cifra más elevada de pacientes correspondió a nueve con valores medios de resiliencia psicológica en el grupo de 47-54 años. De los tres pacientes con alta resiliencia, dos fueron jóvenes de entre 23-30 años y uno se ubicó en el grupo de 31-38 años.

En relación con el tiempo de trasplante, los valores significativos coinciden con los valores bajos de resiliencia en el grupo de 1-5 años de trasplantados ([Tabla 2](#)). Mientras los valores medios se comportaron con igual cifra, pero en los pacientes con menos de un año de trasplante.

La resiliencia según el nivel de escolaridad muestra un dato muy interesante ([Tabla 3](#)), ya que el mayor número de casos con baja resiliencia, que fue de nueve, coincidió con los pacientes con mayor nivel de escolaridad, este grupo a su vez fue el de menos exponentes en la muestra. Por otro lado, los pacientes con noveno grado de educación estuvieron en su mayoría entre los niveles medio y bajo, al igual que los bachilleres. Parece ser que el nivel de instrucción no coincide necesariamente con recursos resilientes. Esto no entra en contradicción con la psicología, específicamente, con la psicología que defiende desde hace tiempo el papel de las emociones y la inteligencia ligada a ellas, como factores protectores y trascendentes en los procesos adaptativos.

De manera general predominaron los casos con baja resiliencia psicológica, seguidos por los de nivel medio. Los grupos más afectados fueron los comprendidos en el rango de edad de 30 a 50 años, periodo intermedio de la vida, donde se adquiere mayor estabilidad y madurez, así como el replanteamiento de los propios sentidos psicológicos, la valoración de objetivos cumplidos, etcétera.

En cuanto al tiempo de trasplante, sin duda, las dos primeras etapas resultan las más significativas respecto al número de baja y media resiliencia. Aquí las expectativas, la personalidad premórbida, la orientación y la propia resiliencia juegan un papel importante, dado que el trasplante fue un suceso reciente, éste tiende a generar más incertidumbre.

Queda patente que los factores que más aprovechan los pacientes para movilizar niveles de resiliencia son el «control y propósito» y la «adaptabilidad y

Tabla 2: Tabla de contingencia resiliencia y tiempo de trasplante.

Resiliencia	Tiempo de trasplante (años)					Total
	Menos de uno	De 1 hasta 5	De 6 hasta 10	De 10 hasta 15	Más de 15	
Bajo	4	8	4	4	1	21
Medio	8	4	4	0	3	19
Alto	2	1	1	0	0	4
Total	14	13	9	4	4	44

Tabla 3: Tabla de contingencia nivel de escolaridad y resiliencia.

Nivel de escolaridad	Resiliencia			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Noveno grado	7	9	1	17
Bachillerato	5	8	2	15
Superior	9	2	1	12
Total	21	19	4	44

redes de apoyo». Es decir, por un lado, la convicción al tomar la decisión de realizarse el trasplante y hacer frente tanto a la intervención quirúrgica como a la recuperación, donde los factores motivacionales posiblemente jueguen un papel fundamental en situaciones de tensión durante el proceso. Por otro lado, el rol de los familiares y cuidadores que constituyen la red de apoyo, a la que se suma el papel del personal de atención. Este último elemento debe seguirse de cerca, pues de las acertadas orientaciones del personal de salud, su sistematicidad y conducción ética, es que se derivan buenas praxis.

DISCUSIÓN

El estudio de la resiliencia psicológica en relación con la salud no es algo nuevo, otras investigaciones han probado que las personas resilientes tienen una recuperación y resistencia mayor ante los procesos de la enfermedad, así como en el afrontamiento del dolor. Una persona resiliente es capaz de afrontar la adversidad de la salud propia y/o ajena, al salir fortalecida de la situación. Las fortalezas aparecen cuando la persona resiliente está a la altura de las circunstancias de la adversidad y es capaz de modificar el concepto de sí mismo. Además, ante situaciones adversas, es capaz de fortalecer las relaciones interpersonales.¹¹

El trabajo arduo por posicionar esta categoría, que engloba una óptica de abordaje de la salud más integradora, se ha traducido inclusive en intentos por reconsiderar los procesos adaptativos y de autogestión como un eslabón fundamental para definir a una persona como sana.

Machteld Huber y su equipo, citados en Marcelo Korc y colaboradores, propusieron desde el 2011 modificar la definición clásica de salud de la OMS, a fin de resaltar «la capacidad de adaptarse y valerse por sí mismo para afrontar retos sociales, físicos y emocionales», con lo que llevaron la cuestión de la resiliencia directamente al campo de la salud.¹²

En el caso de enfermedades crónicas, por su duración e impacto durante periodos prolongados de tiempo, es imperativo generar salud no sólo desde los conceptos asistencialistas arraigados tanto en personal de salud como en pacientes y familiares, sino también desde la autogestión personal y la movilización de recursos de personalidad, que viabilicen los procesos adaptativos y de aprendizaje dentro de las contingencias, es decir, pacientes que salgan fortalecidos luego de procesos de recaída, complicaciones propias de la enfermedad, etcétera. Se plantea que es clave en un proceso resiliente «una fría comprensión y aceptación de la realidad», así como entender la enfermedad, ya que esto permite disminuir los niveles de incertidumbre en los pacientes crónicos.¹³

En el caso particular del trasplante renal suelen encontrarse resultados ambivalentes especialmente en la fase o proceso postrasplante, éste es un periodo de conflictos personales y familiares que oscilan entre el miedo y la esperanza, así como la dependencia y la independencia. En este proceso, resulta de especial trascendencia una buena adherencia terapéutica para la supervivencia del órgano trasplantado. Sin embargo, y a pesar de su importancia, muchos pacientes no desarrollan una buena adherencia terapéutica.¹⁴

Por su parte Ana Carolina Londoño, en 2017, planteó que en el periodo intermedio (7-36 meses) los pacientes sufren un deterioro al volver a los niveles pretrasplante. Una posible explicación para ello es que, en la fase inmediatamente posterior al trasplante, los pacientes tienen un sentimiento de liberación, al haber finalizado la incertidumbre de la cirugía y la espera del órgano de trasplante, pero conforme pasa el tiempo han de afrontar diversos problemas somáticos (los efectos secundarios de los medicamentos, las complicaciones médicas, etcétera) y sociales (la reincorporación laboral, la vida social, etcétera). Estos problemas podrían explicar el deterioro percibido por ellos, lo cual ocurre antes de que se logre una adaptación definitiva al trasplante.¹⁵ Este descubrimiento tiene un alto grado de coincidencia con los resultados obtenidos en la presente investigación, como se puede constatar, los índices de menor resiliencia correspondieron al grupo de entre 1 a 5 años de trasplantados, seguidos por los que llevan menos de un año, en este caso sobresalieron los niveles medios para afrontar con resiliencia la enfermedad.

El concepto de resiliencia se ha asociado, inclusive, con factores neurobiológicos. En 2009, Bruce McEwen propuso un nuevo concepto para entender la adaptación del individuo a las fluctuaciones y perturbaciones,

definido como alostasis, que es la capacidad de lograr estabilidad a través de producir cambios, y esta capacidad es crítica para la supervivencia. Por medio de la alostasis, nuestro sistema nervioso autónomo, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, el sistema cardiovascular, el sistema inmune, el sistema endocrino y el metabolismo protegen nuestro cuerpo preparándolo para afrontar tanto el estrés interno como el externo, este concepto de alostasis complementa el concepto de estrés.¹⁶

La carga alostática puede provocar una crisis en el individuo, donde se le presenta una bifurcación que lo puede llevar a salir fortalecido de la misma o a presentar un estrés crónico. De ahí que se valore actualmente el concepto de resiliencia.¹⁶

Sin duda el abordaje integral y sistemático de variables psicológicas y fisiológicas constituye un campo no sólo necesario, sino un deber científico, pues el reconocimiento del ser humano como ser integral, único e indisoluble parece estar más en el discurso que en la misma práctica científica, donde se opera con el dualismo heredado de Descartes. Aunque se haya avanzado, el ejemplo más fehaciente es el abordaje del estrés como reacción integral del organismo ante determinadas situaciones que lo desbordan; aunque éste más enfocado en la enfermedad. Parece que la resiliencia puede ser una herramienta categorial que, al igual que otras como la calidad de vida y el bienestar psicológico, permita esta integración desde una óptica más salutogénica, al objetivar aquellos factores del medio y de la personalidad que permitan un mejor funcionamiento tanto fisiológico como psicológico, inseparables en sí.

Un ejemplo práctico, donde se puede considerar hoy el papel de un paciente resiliente, es el de la adherencia terapéutica, tan reconocido e importante para la efectividad de la medicina. La investigación basada en la evidencia ha sido concluyente, al afirmar que la resiliencia es una variable protectora de salud física y mental en momentos de enfermedad. Una alta resiliencia se puede asociar a una buena adherencia en el tratamiento.¹⁴

Las dimensiones de resiliencia planteadas por la escala de Connor-Davidson muestran diversos factores que interactúan en la dialéctica hacia una mayor o menor resiliencia psicológica, pero no son las únicas. De cualquier manera, es necesario profundizar en los estudios de esta categoría en pacientes con trasplante renal, pues no son abundantes en la literatura existente.

En última instancia, no es la resiliencia psicológica un constructo acabado; por un lado, ha demostrado su utilidad práctica; por otro, todavía falta continuar su desarrollo. Múltiples autores han pro-

puesto en las últimas décadas un sinnúmero de dimensiones susceptibles para investigar; por ejemplo, se han propuesto, entre otras cosas, la actitud positiva, el sentido del humor, orientación hacia la meta, búsqueda de novedad, regulación emocional y orientación positiva hacia el futuro.⁵

Con esta lógica de integración categorial es posible encontrar para las ciencias psicológicas un nicho de trabajo que confluya con la medicina y a la vez contribuya a que esta ciencia, la psicología, salga del entramado psicopatológico en la atención a los enfermos con ERC.

CONCLUSIONES

1. Predominan los niveles bajo y medio de resiliencia psicológica entre los pacientes con trasplante renal del HAMC, con 21 y 19 casos, respectivamente. Ambos constituyen 90.9% del total de pacientes evaluados.
2. Por dimensiones la persistencia, autoeficacia y tenacidad ofrece idénticos valores a la resiliencia psicológica. Mientras que la de valores más significativos en el nivel bajo fue el control bajo presión, lo cual indica el aspecto más vulnerable dentro de los pacientes evaluados.
3. Las dimensiones de la resiliencia psicológica que destacan por su papel protector fueron el Control y Propósito, en primer lugar, con 38.6% de los pacientes en nivel alto; en segundo lugar, la adaptabilidad y redes de apoyo con 34.1%.
4. La espiritualidad no ofreció datos significativos, pues su comportamiento fue bastante parejo en todos los índices.
5. El grupo etario más afectado fue el de 39-46 años de edad, seguido del de 31-38 con siete y cinco casos, respectivamente.
6. Por tiempo de trasplante resultó más afectado el grupo de 1-5 años de trasplante, con ocho casos (18.9%), mientras que el de menos de un año tuvo ocho casos (18.9%) en nivel medio.
7. Mientras que por nivel de escolaridad la cifras más interesantes fueron los nueve casos (20.4%) que presentaron un nivel bajo en pacientes con escolaridad superior.

REFERENCIAS

1. Arce S. Trasplante renal y enfermedad renal crónica. Sistema de leyes integradoras. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
2. Méndez-Durán A, Pérez-Aguilar G. Tendencias futuras de las terapias sustitutivas en la enfermedad renal crónica. Un punto

- de vista global desde México. *Gac Med Bilbao*. 2016; 113 (4): 157-161. Disponible en: <http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/130>
3. Fariñas L. Riñones en apuros. *Diario Granma*. 2018, p. 8. Disponible en: <http://www.granma.cu/todo-salud/2018-04-08/rinones-en-apuros-08-04-2018-19-04-32>
 4. Cubillo J, Fernández CM, Canal FA, Perdomo DF, Montalvo CA. Evaluación clínica y paraclínica de los pacientes con trasplante renal en 3 años de seguimiento de la Unidad de Trasplante Renal del Hospital Universitario de Neiva. *Uro Col*. 2017; 26 (3): 169-179. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2016.07.004>
 5. Piña J A. Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología*. 2015; 31 (3): 751-758. Disponible en: <http://revistas.um.es/analesps>
 6. Martínez Y, González MJ, Gayol EG. Negativa al trasplante renal. Factores estructurantes y visión desde la Percepción Social. *Revista Katharsis*. 2019; 27: 59-72. doi: <https://doi.org/10.25057/25005731.1141>
 7. Hernández S, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. México D.F: McGraw Hill; 2014.
 8. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J Morphol*. 2017; 35 (1): 227-232. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
 9. Rodríguez MB, Moleiro PO. Validación de instrumentos psicológicos. Criterios básicos. Santa Clara: Editorial Feijóo; 2012.
 10. Valenzuela AYW. Adaptación de la escala de resiliencia de Connor-Davidson en pacientes diabéticos en un hospital del distrito del cercado de Lima, 2017 [Tesis]. Lima: Universidad César Vallejo. Facultad de Humanidades; 2017.
 11. García del Castillo JA, García del Castillo-López A, López-Sánchez C, Días P. Conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud. *Salud y drogas*. 2016; 16 (1): 59-68.
 12. Korc M, Hubbard S, Suzuki T, Jimba M. Salud, resiliencia y seguridad humana: hacia la salud para todos. Centro de Japón para el Intercambio Internacional y la Organización Panamericana de la Salud; 2016.
 13. Vinaccia S, Quiceno JM. Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica – IRC. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 2011; 20 (3): 201-211. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281922826002>
 14. Doalto MY, Cruz VR, Carretón MML. Factores asociados a la resiliencia y adherencia terapéutica en pacientes con injerto renal funcionante. *Enferm Nefrol*. 2018; 21 (2): 123-129. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842018000200003>
 15. Londoño RAC. Influencia de los patrones psiquiátricos y psicológicos sobre la calidad de vida en el trasplante renal y hepático [Tesis]. Alicante: Universidad Miguel Hernández. Departamento de investigación clínica; 2017.
 16. Rodríguez RR, Rodríguez PJ. Psico-neuro-inmuno-endocrinología (PNIE), el Pensamiento Complejo y la Medicina Naturista. *Medicina Naturista*. 2009; 3 (2): 86-91.

Correspondencia:

Yasmani Martínez-López

E-mail: yasmaniml@infomed.sld.cu
yasmani1979@nauta.cu