

Personalidad en donadores renales

Blanca P.
Ríos-Martínez,¹
Gloria
Huitrón-Cervantes,¹
Gabriela Alejandra
Rangel-Rodríguez,²
Luis G.
Pedraza-Moctezuma³

RESUMEN

Objetivo: la realización de trasplantes ha aumentado en los últimos años, es por ello que resulta importante conocer a fondo al receptor y al donador. El presente estudio tiene como finalidad conocer y describir si existe algún perfil psicológico que caracterice a los donadores renales.

Métodos: antes del trasplante se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (versión 1) a 110 personas que decidieron ser donadores renales. Los resultados fueron analizados a través de la *t* de Student para comparar grupos independientes y conocer si existían diferencias de personalidad entre sexos.

Resultados: se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$) en las escalas de psicastenia (ansiedad) e introversión: los hombres fueron más ansiosos (60.33 *adversus* 56.12) y las mujeres tuvieron mayores niveles de aislamiento social (59.18 *adversus* 54.97).

Conclusiones: en general los donadores tienden a buscar el reconocimiento de la gente, muestran temor a la donación, por la consecuencia que tendrá en su salud, así como leves síntomas depresivos. Es importante el apoyo psicológico en los donadores para que acepten el papel que desempeñan al brindar un órgano y no disminuya su calidad de vida.

SUMMARY

Background: the renal transplantation occurrence has increased over the last 20 years, increasing as well, the importance of knowing personality traits of both donor and recipient deeply. The aim was to understand and describe the psychological profile (personality and psychopathology) that characterizes kidney donors.

Methods: the Minnesota Multiphase Personality Inventory MMPI (version 1) was applied to 110 subjects who decided to be kidney donors (before undergoing intervention) the results were analyzed by Student *t* test for comparison of independent groups and to know whether there are gender differences in personality.

Results: significant differences in the scales of introversion and psychasthenia (anxiety) were found, men being the most anxious and women having higher levels of social isolation.

Conclusions: in general, donors tend to seek social recognition, reflecting fear to donation and concern about the effects it may have on their health as well as mild depressive symptoms. That is why we remark the importance of psychological support to kidney donors.

¹Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", Secretaría de Salud

²Centro de Apoyo Tecnológico para la Comunicación y el Aprendizaje, Universidad de las Américas

³Instituto de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud

Distrito Federal, México

Comunicación con:
Blanca P.
Ríos-Martínez.
Tel: (55) 5652 4500.
Correo electrónico:
blanca_rios@hotmail.com

Palabras clave
donadores vivos
riñón
psicopatología
emociones
personalidad
trasplantes

Key words
living donors
kidney
psychopathology
emotions
personality
transplants

Introducción

Los trasplantes renales han comenzado a tener mayor importancia en los últimos tiempos gracias al acelerado progreso en esta área. Mucho se sabe de la factibilidad de utilizar esta intervención en personas con problemas renales, quienes anteriormente no tenían posibilidad de cura o de mejora en la cali-

dad de vida.¹ Asimismo, conforme ha pasado el tiempo existen menores riesgos tanto para los donadores como para los receptores en el ámbito físico, psicológico y social.^{2,3} Lo que origina que esta práctica adquiera mayor auge en el sector hospitalario.

Existen diferentes tipos de donadores: los cadavéricos y los vivos (clasificados en relacionados y no relacionados; en esta investigación nos centrare-

mos en los segundos). Las primeras donaciones con personas vivas se dieron en los trasplantes de riñón y después en los de hígado, páncreas, pulmón e intestino, y solo eran permitidas (legalmente en México) por personas que tuvieran un parentesco por consanguinidad (padres, hijos, hermanos) o que estuvieran emocionalmente relacionados (parientes cercanos, cónyuges, concubenarios).⁴ En 2004 se eliminó esta restricción de la *Ley General de Salud*⁵ y se permitió la existencia de donadores no relacionados o altruistas, los cuales han representado entre 0.9 y 5 % del total de los trasplantes.⁶

El donador vivo de órganos se define como un “sujeto sano que inesperadamente se ve involucrado en la solución de un problema que en realidad no le pertenece”.⁷ La donación de órganos por una persona ofrece varias ventajas:⁸ mejor rehabilitación y supervivencia del paciente, alta calidad de órganos, menor tiempo de espera para el trasplante y reducción de costos de la atención médica.

Respecto a la esfera psicológica de los donadores renales se ha demostrado que generalmente tienen un carácter altruista y con sentimientos solidarios.⁴ Sin embargo, tienen fuertes sentimientos ambivalentes ante la donación: temor a donar un órgano frente a la necesidad de ayuda al ser querido (en el caso de los donadores relacionados)⁷ e incertidumbre y preocupación sobre lo que sucederá durante y después de la intervención quirúrgica.⁴

Ahora bien, algunos estudios demuestran que una vez que se ha donado se presenta una asimilación del proceso de pérdida (duelo por el órgano),⁴ de tolerancia al dolor en el posoperatorio (menor en

los hombres) y, en ocasiones en donadores relacionados, hostilidad por la atención centrada en el receptor.⁹ En general, el impacto psicológico a largo plazo es benéfico caracterizado por incremento en la autoestima² e, incluso, mejor calidad de vida, directamente proporcional con el estado y función del receptor: a mejor estado del receptor, mejor calidad de vida del donador y ante el deterioro del receptor, efecto negativo en la calidad de vida del donador.¹⁰

Para disminuir los conflictos psicológicos que genera la donación se han utilizado intervenciones de orientación, apoyo y expresión de información suficiente sobre el procedimiento, entre otras.⁷ Ahora bien, cabe señalar que existen pocas investigaciones sobre los aspectos psicológicos de los donadores, sobre todo en términos de conocer si hay o no un perfil psicológico característico del donador. Se decidió llevar a cabo la presente investigación con la finalidad de llenar el vacío de conocimiento en estos ámbitos, a través de la aplicación de una prueba de personalidad.¹¹

Métodos

Participantes

La muestra estuvo integrada por 110 personas (60 hombres y 50 mujeres) que decidieron ser donadores renales, con edades entre 18 y 57 años (edad media de 29.8; mujeres 31.9, hombres 28.07), que acudieron al Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” entre 2000 y 2006. La selección de los donadores en esa institución está determinada de la siguiente manera: tener algún parentesco directo (por consanguinidad) o relación emocional fuerte (parientes cercanos, cónyuges) con el receptor, no tener psicopatología o enfermedad física importante y no recibir recompensa económica al donar su órgano; por lo que el presente estudio siguió los mismos estándares como criterios de inclusión y exclusión. Asimismo, se tomó como criterio de exclusión que los donadores fueran analfabetos o tuvieran un coeficiente intelectual limitado, ya que el cuestionario para la presente investigación es autoaplicable, por lo que es necesario que el paciente sepa leer y comprender el cuestionario.

Instrumentos utilizados

Antes de la donación se aplicaron tres pruebas a los participantes: se les presentó el dibujo de la figura humana y la figura de una persona bajo la lluvia y

Cuadro I
Análisis descriptivo del MMPI en donadores renales

	<i>n</i>	Media	DE
Mentira	110	56.05	9.71
Validez	110	63.03	12.82
Corrección	110	53.41	10.10
Hipocondriasis	110	57.33	12.24
Depresión	110	62.76	9.96
Histeria	110	54.45	10.10
Desviación psicopática	110	61.79	11.13
Masculinidad-feminidad	110	58.75	7.52
Paranoia	110	58.93	12.21
Psicastenia	110	58.42	10.79
Esquizofrenia	110	65.74	13.77
Manía	110	59.36	10.47
Introversión/extroversión	110	56.88	8.04

se les solicitó contestar el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI).^{11,12} Para la presente investigación solo se exponen los resultados del MMPI por ser un estudio cuantitativo (a diferencia de los otros) y por constituir una prueba con alto grado de validez y confiabilidad estadísticas. El MMPI consta de 566 enunciados afirmativos de autorreferencia con opción de respuesta de cierto y falso, tiene 13 escalas (10 clínicas y tres de validez) que proporcionan información sobre los rasgos de personalidad y psicopatología del paciente.¹² Las escalas clínicas que se valoran son hipocondriasis (preocupación por el cuerpo y temores concomitantes a la enfermedad), depresión, histeria (quejas corporales generales, sistemáticas o específicas), desviación psicopática (conducta antisocial, rebelión hacia figuras de autoridad),¹³ masculino-femenino (intereses en cuanto al género), paranoia (desconfianza y suspicacia), neurosis obsesiva-compulsiva o psicastenia (ansiedad), esquizofrenia (aislamiento social), manía y extroversión/introversión. Las escalas de validez¹² son *L* (mentira, mide el grado de intento por falsificar las puntuaciones), *F* (evalúa la validez total del protocolo), *K* (factor de corrección para discriminar las escalas clínicas medidas).

El inventario da una puntuación (en esta investigación se tomará en cuenta solo la estandarizada, puntuación *T* codificación de Hathaway¹⁴) de cada escala clínica medida y mientras mayor sea, mayor el desorden de personalidad. Se considera psicopatología cuando la puntuación *T* es superior a 70. Se considera como normalidad una puntuación *T* de 50 ± 20 puntos. Cabe destacar que la interpretación de estas escalas también depende de la combinación de las mismas.¹⁴

Es importante aclarar que se utilizó el MMPI (primera versión) ya que esta información fue recopilada de 2000 a 2006. Cabe resaltar que se intentó

hacer un seguimiento con el mismo instrumento seis y 12 meses después de la donación. Sin embargo, el número de personas a las que se pudo contactar para dar un seguimiento fue escaso (11 a los seis meses y ocho a los 12 meses), por lo que estadísticamente no fue posible analizar estos datos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones del MMPI de la muestra total. Se obtuvo una comparación por sexo de cada escala para tener una mejor visión de los resultados obtenidos y saber si existían diferencias significativas entre éstos en cuanto a la personalidad. Se utilizó *t* de Student para grupos independientes. En este estudio se hizo la comparación entre sexos dado que el MMPI tiene una escala que se califica diferente según el sexo.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 110 donadores con rango de edad entre 18 y 57 años (edad media de 29.8), 54.5 % hombres y 45.5 % mujeres. En cuanto al estado civil, 35.45 % de los participantes era casado, 47.27 % soltero y 13.64 % divorciado; el nivel de estudios más alto fue en general primaria concluida, seguida de primaria no concluida y preparatoria (27.27, 23.64 y 20.91 %, respectivamente).

Los resultados de la muestra total en el MMPI (cuadro I) oscilaron entre 54 y 66 puntos, mayores en las escalas de esquizofrenia (65.74), depresión (62.76) y desviación psicopática (61.79).

Al realizar la comparación entre sexos (hombre y mujer) se pudieron encontrar algunas similitudes: tanto hombres como mujeres tienen preocupación por

Cuadro II
Análisis descriptivo del MMPI de donadores renales por sexo

Sexo		L	F	K	Hs	D	Hi	Pd	Mf	Pa	Pt	Es	Ma	Is
M	Media	57.02	62.46	51.5	56.86	63.08	54.94	62.22	57.98	60.82	56.12	63.68	58.86	59.18
	DE	9.97	12.33	8.77	8.87	9.16	9.46	10.52	7.34	12.75	10.21	12.63	9.7	8.35
H	Media	55.23	63.5	55	57.72	62.5	54.05	61.43	59.4	57.35	60.33	67.45	59.78	54.97
	DE	9.5	13.3	10.91	14.54	10.65	10.67	11.69	7.67	11.62	10.98	14.54	11.14	7.3

H = hombre, *M* = mujer, *L* = mentira, *F* = validez, *K* = corrección, *Hs* = hipocondriasis, *D* = depresión, *Hi* = histeria, *Pd* = desviación psicopática, *Mf* = identidad sexual (masculino-femenino), *Pa* = paranoia, *Pt* = psicastenia, *Es* = esquizofrenia, *Ma* = manía, *Is* = extroversión/introversión

su salud, gran necesidad de ser reconocidos y llamar la atención, muestran temor a la aceptación de la situación de donar, hay poco apego a las reglas sociales, poseen buenos niveles de actividad y energía y presentan síntomas depresivos entre los niveles de leve a moderado. Se identificó una ligera diferencia (no significativa, $p > 0.05$) entre los papeles que tienden a desempeñar: los hombres fueron más proclives a ser pasivos, en comparación con las mujeres que mostraron mayor fortaleza. Asimismo, las mujeres fueron más suspicaces, defensivas y desconfiadas que los hombres (figura 1, cuadro II).

Las escalas que tuvieron diferencias significativas al realizar la comparación entre sexos fueron la psicastenia (ansiedad) y la introversión: los donadores hombres tendieron a ser más ansiosos (60.33 *adversus* 56.12, $p = 0.041$) que las mujeres donadoras, quienes por su parte mostraron mayores niveles de aislamiento social que los hombres (59.18 *adversus* 54.97, $p = 0.006$).

Discusión

En un trasplante renal los mayormente involucrados son los donadores, los receptores y los familiares o conocidos de ambos. Cada uno es afectado de alguna manera por la enfermedad o la intervención quirúrgica, lo que los induce a pasar por una serie

de cambios y fases difíciles tales como el duelo, la aceptación y adaptación al papel que desempeñan en torno a la enfermedad del receptor. Las aflicciones o duelo de los involucrados dependerá de la información que posean de la enfermedad y del procedimiento, de la comunicación entre ellos y con los profesionales de la salud, entre otros.¹⁵

En el trasplante, los más cercanos a la institución de salud son el paciente y el donador. Sin embargo, pareciera que hay una fuerte tendencia a centralizar la investigación, atención y el apoyo en el paciente renal y se soslaya a los donadores. Esta investigación muestra la importancia de no solo dar apoyo a quien recibe el órgano sino también a quien lo brinda.

Aun cuando se han instituido leyes que amparan y protegen al donador,⁵ parece no ser necesario instaurar intervenciones psicológicas formales y rutinarias.

La muestra utilizada para este estudio descriptivo refleja un perfil de personalidad característico del donador (aunque cabe resaltar que posteriormente habría que realizar un estudio comparativo con otro grupo para tener validez de los resultados), por lo que podemos decir que en general los donadores tienen la necesidad de ser reconocidos y llamar la atención, lo que puede explicar por qué deciden donar; es decir, además de su carácter altruista y sentimientos solidarios,¹⁶ al brindar su órgano podrían buscar el reconocimiento no solo del paciente que lo recibirá sino también de su esfera familiar y social, incluso de sí mismos. Sobre este aspecto es necesario informar que el carácter altruista del donador, el compromiso (familiar o de amistad con el receptor) y la obligación que puede tener por ser el más compatible con el paciente o algún otro interés (comercial no confesado) no son suficientes para someterse a la intervención quirúrgica.

Asimismo, los resultados de este estudio han concordado con los informados en otros al demostrar que los donadores sienten temor al aceptar la donación,⁷ preocupación por las consecuencias que ello les traerá a su salud,⁴ leves síntomas depresivos y en los hombres, mayores síntomas ansiosos. Las mujeres tienden a ser más suspicaces, defensivas y desconfiadas, lo que probablemente explica su tendencia a aislarse socialmente.

Ahora bien, en términos de intervención se sugiere que se realicen, entre otras, sesiones informativas con los donadores para expresarles el papel que van a desempeñar y hacer hincapié en que están involucrados en la solución de un problema que no les pertenece,⁷ para evitar que se sientan res-

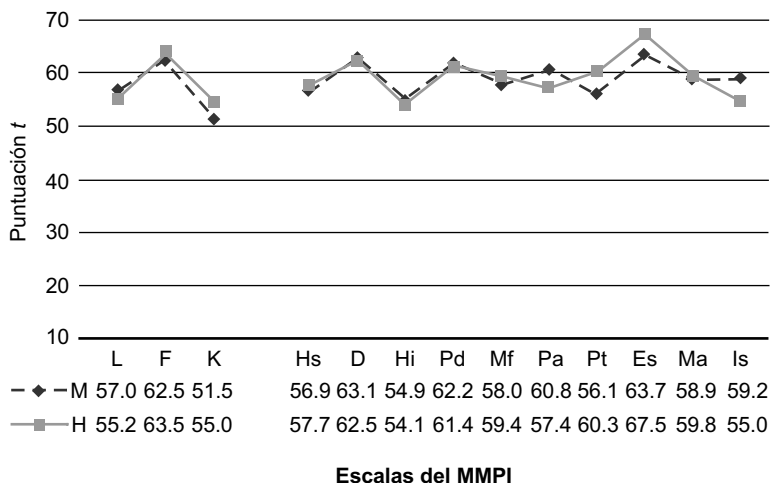


Figura 1. Perfil global (medias) de personalidad, comparación por sexo. L = mentira, F = validez, K = corrección, Hs = hipocondriasis, D = depresión, Hi = histeria, Pd = desviación psicopática, Mf = identidad sexual (masculino-femenino), Pa = paranoia, Pt = psicastenia, Es = esquizofrenia, Ma = manía, Is = extroversión/introversión, H = hombre, M = mujer

ponsables por la salud del enfermo renal o, como se ha identificado en otros análisis,¹⁰ basen su calidad de vida en el estado de salud del receptor. Lo anterior con la finalidad de evitar que se originen algunos trastornos como depresión y ansiedad (en esta investigación de intensidad leve a moderada) ocasionados al estar comprometidos con la salud del paciente renal.

De igual forma consideramos importante realizar investigaciones y plantear intervenciones postratamiento en los donadores de un trasplante fallido; a pesar de que no hay literatura al respecto, hemos identificado que este tipo de donadores presentan sentimientos de culpa, depresión, ansiedad y conductas compensatorias hacia el receptor.

Por otro lado, cabe hacer énfasis en que como profesionales de la salud es necesario no pasar por alto proporcionar información que el candidato tiene derecho a saber antes de tomar una decisión sobre la donación. Es decir, hay que explicarle el tipo de procedimiento al que será sometido y las consecuencias físicas y psicológicas que podría conllevar (riesgos a corto, mediano y largo plazos).²

Por otra parte, parece interesante expresar la dificultad para el seguimiento de estos individuos (de 110 solo fue posible dar seguimiento a 11 después de seis meses y a ocho después de 12 meses), debido probablemente a que los donadores no sienten la necesidad de ayuda médica o psicológica por ser "personas sanas". Creemos importante lograr un buen apego psicológico para tener un seguimiento adecuado como forma de control de la salud física y mental de estos individuos.

La importancia de este estudio radica en demostrar la necesidad de ver el problema renal crónico como un asunto que interfiere en diversos ámbitos y actuar en consecuencia. Es decir, validar la intervención multidisciplinaria no solo entre especialistas de la salud (medicina y psicología) sobre un mismo paciente, sino entre el grupo de personas involucradas y afectadas por la enfermedad (donadores, receptores, familiares, amigos, etcétera). Por ello es necesario seguir realizando investigaciones sobre estos grupos, antes, durante y después de la donación,^{2,4,9,10} con la finalidad de tener un panorama más completo y revelador respecto al trasplante.

Conclusiones

A través del presente estudio se pudo conocer y describir las características psicológicas y psicopatológicas de los donadores renales, en quienes

se percibió que pasan por una serie de cambios que les provoca temor y preocupaciones que de alguna manera inciden sobre su calidad de vida. Es por ello que se recomienda establecer planes de tratamiento para lograr una mejor adaptación y aceptación del papel que desempeñan tanto el donador como el receptor, y hacer énfasis en la importancia de la valoración psicológica pre, postrasplante y durante el seguimiento.

Agradecimientos

A todos los pacientes renales y donadores que participaron en esta investigación.

Referencias

1. Cruz RM, Contreras GN, Jaramillo PR, Kaji KJ, Adame PM, Manifacio RG, et al. Trasplante renal: experiencia de 10 años en el Hospital Regional 1 de Octubre, ISSSTE. *Bol Col Mex Urol* 2002;17(3):125-128.
2. Arroyo C, Gabilondo F, Gabilondo B. El estudio del donador vivo para trasplante renal. *Rev Invest Clin* 2005;57(2):195-205.
3. Caravia I, de Reyes R, de la Concepción GO. Complicaciones urológicas de los trasplantes renales: influencia de las técnicas de ureteroneocistostomía y el uso del tutor ureteral. *Rev Urol Panam* 1999;11.
4. Jiménez MS, Chávez RP, Arrebillaga LA. Actitud del donador vivo en pre y postrasplante de riñón. *Rev Enferm IMSS* 2000;8(1):11-16.
5. Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforma de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud. México: Diario Oficial de la Federación del 5 de noviembre de 2004. p. 21-22.
6. Jacobs CL, Roman D, Garvey C, Kahn J, Matas AJ. Twenty-two nondirected kidney donors: an update in a single center's experience. *Am J Transplant* 2004;4(7):1110-1116.
7. Reyes-Acevedo R. Ética y trasplantes de órganos: búsqueda continúa de lo que es aceptable. *Rev Invest Clin* 2005;57(2):177-186.
8. Pascual M, Theruvath T, Kawai T, Tolkoff-Rubin N, Cosimi AB. Strategies to improving long-term outcomes after renal transplantation. *N Engl J Med* 2002;346(8):580-590.
9. Cuéllar CH, Félix VR, Ramírez RG. Análisis biopsicosocial de los pacientes con trasplante renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, México. *Nefrol Mex* 1998;19(4):154-158.

**Ríos-Martínez BP
et al.
Personalidad
en donadores renales**

10. Giessing M, Reuter S, Schönberger B, Deger S, Tuerk I, Hirte I, et al. Quality of life of living kidney donors in Germany: a survey with the validated short form-36 and Huyesen subjective complaints list-24 questionnaires. *Transplantation* 2004;78 (6):864-872.
11. Hathaway SR, Seisdos N, Cordero A, Charnely J. Cuestionario de personalidad MMPI: Manual. España: TEA Ediciones; 1983.
12. Graham JR, Velázquez JA, Rivera-Jiménez O. MMPI: guía práctica. México: El Manual Moderno; 1987.
13. Folino JO, Mendicoa G. La psicopatía, el MMPI y la Hare PCL R. *Alcmeon Rev Argent Clin Neuropsiq* 2006;13(2):43-54. Disponible en http://www.alcmeon.com.ar/13/50/4_folino.htm
14. Núñez R. Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología. Segunda edición. México: El Manual Moderno; 1979.
15. Gutiérrez-Samperio C. La bioética ante la muerte. *Gac Med Mex* 2001;137(3): 269-276.
16. Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Compendio de psiquiatría. Barcelona: Salvat; 1996.