

**UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TESINA DE LICENCIATURA
EN PSICOLOGÍA**

**“BIENESTAR PSICOLÓGICO EN
DEPORTISTAS TRASPLANTADOS”**

ALUMNA: Jessica Sabina Estalella

DIRECTOR: Magíster Daniel Venturini

- Setiembre 2011 -

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL:

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Lic. Daniel Venturini

Calificación:

AGRADECIMIENTOS

A mis papás, Sergio y Gabriela, por ser mis guías favoritos, por haberme dado todas las herramientas para ser mejor persona, por su apoyo incondicional, por la confianza depositada y por el amor que siempre me dan.

A mis queridos hermanos, Hernán y Cristian, por ser los dos soles que iluminan mi vida y me acompañan en todo, por los momentos compartidos, por hacer mi vida más motivante y por el incondicional amor que nos tenemos.

A mi querida ACC (Amiga, Compañera y Colega), Berenice, por haberme acompañado codo a codo en cada una de las etapas de mi carrera, por haberla hecho mucho más amena y por ser mi dupla favorita.

A las hermosas amigas que me completan el “cuarteto loco”, Karen y Gaby, por ser las otras dos patitas que sostienen esta mesa de risas, de encuentros, de mates, de estudio y sobre todo, de una gran amistad.

Al Magíster Daniel Venturini, una excelente guía profesional, por su atención, sus consejos, su orientación y su tiempo, no sólo durante el proceso de tesina, sino durante toda la carrera.

A quienes conforman la Fundación APPTO, ADETRA y a los deportistas trasplantados que participaron en este trabajo, por su tiempo, por la apertura, por su enseñanza y por permitirme compartir la maravillosa alegría de la vida.

A Andrés por la contención, por tener una mano tendida siempre y por el amor que me da las fuerzas necesarias para no desistir jamás.

A mi extensa familia y a mis grandes amigas, que siempre estuvieron en los momentos más bellos de esta etapa acompañándome y creciendo a la par.

“Nuestro trabajo consiste en aumentar la salud, ¿sabes lo que significa?
Significa mejorar la calidad de vida, no sólo retrasar la muerte”

Patch Adams

ABSTRACT

The aim of this quantitative research paper is to study the degree of psychological well-being in people who have undergone organ and/or tissue transplantation, bearing in mind the contributions of Sports Psychology in order to develop scientific knowledge in this field of Psychology.

This research also seeks to determine if practicing sports can be considered as a means to contribute to the psychological well-being of people who have had a vital surgery such as organ or tissue transplantation.

This is an exploratory and descriptive study, with a cross-sectional design and a purposive, non-probability sample of 30 subjects who have undergone transplantation and practice sports.

The assessment tools used were a self-made questionnaire, consisting of 8 sections on different aspects of the subjects' lives, and the Spanish version of Carol Ryff's Scales of Psychological Well-Being.

The obtained results show that people who have undergone transplantation and practice sports tend to feel more satisfaction during and after the practice of sports, be in a better mood, and have better health, all of which contribute to their psychological well-being.

Keywords: Sports Psychology. Organ transplantation. Psychological well-being.

RESÚMEN

El presente trabajo de investigación cuantitativa tiene como objetivo investigar el grado de Bienestar Psicológico en personas que han recibido un trasplante de órganos y/o tejidos, teniendo en cuenta los aportes realizados desde la Psicología Aplicada al Deporte para contribuir al desarrollo del conocimiento científico de este campo de la disciplina psicológica.

Se procura determinar si el deporte puede ser considerado como una herramienta que contribuye al bienestar psicológico de personas que han sobrellevado una intervención quirúrgica vital como un trasplante de órganos o tejidos.

Es un estudio exploratorio y descriptivo, con un diseño trasversal y una muestra intencional y no probabilística de 30 sujetos de investigación, que comparten el hecho de haber sido trasplantados y que practican algún tipo de deporte.

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron un Cuestionario de construcción propia, compuesta de 8 apartados que indagan sobre diversas áreas de la vida de los sujetos, y la adaptación española de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff.

Los resultados obtenidos muestran que las personas trasplantadas que realizan algún tipo de deporte tienden a percibir mayor grado de satisfacción durante y luego de la práctica deportiva, mejor estado de ánimo y mayor grado de salud, lo que contribuye al bienestar psicológico.

Palabras claves: Psicología del deporte. Trasplante de órganos. Bienestar psicológico.

ÍNDICE

Título	2
Hoja de evaluación	3
Agradecimientos.....	4
Abstract.....	6
Resumen	7
Índice	8
Introducción.....	11
I Parte: MARCO TEÓRICO	13
Capítulo 1: El Trasplante de órganos	14
1. 1 Conceptos fundamentales	15
1. 2 Historia del trasplante.....	17
1.2.1 Orígenes del trasplante de órganos.....	17
1.2.2 Primeros intentos de trasplante en el siglo XIX	18
1.2.3 Avances en trasplante: el siglo XX.....	18
1.2.4 Consolidación del trasplante de órganos	20
1.2.5 Avances en la inmunología.....	22
1.2.6 Historia de los Trasplantes en la República Argentina: Desarrollo local...23	
1.3 El pretrasplante	25
1.3.1 Los trasplantes de órganos sólidos	25
1.3.2 Los trasplantes de tejidos.....	29
1.4 De la donación al trasplante.....	32
1.4.1 Factores Médicos	33
1.4.2 Factores Psico-sociales	34
1.4.3 Factores Éticos.....	35
1.4.3.1 <i>Los años cincuenta: la ética de la Mutilación</i>	36
1.4.3.2 <i>Los años sesenta: la ética de la Experimentación</i>	37
1.4.3.3 <i>Los años setenta: la ética de la Donación</i>	38
1.4.3.4 <i>Los años ochenta: la ética de la Distribución</i>	38
1.4.3.5 <i>Los años noventa: la ética de la Organización</i>	39
1.4.3.6 <i>Año 2011: ¿la ética de la Concientización?</i>	40
1.4.3 Factores Legales	41
1.5 El postrasplante	46

Capítulo 2: Psicología del Deporte	50
2.1 Introducción.....	51
2.2 Historia de la Psicología aplicada al Deporte	51
2.3 Conceptualización del deporte y de la Psicología del Deporte	54
2.4 Deporte Individual y Deporte Grupal	55
2.4.1 Deporte Individual	56
2.4.2 Deporte Grupal	56
2.5 Dos orientaciones en Psicología del Deporte	58
2.5.1 Orientación hacia el alto rendimiento competitivo.....	58
2.5.2 Orientación deportiva hacia la calidad de vida.....	59
Capítulo 3: Bienestar Psicológico: una aproximación a la psicología de la salud	62
3. 1 Hacia una Psicología de la Salud.....	63
3.1.1 La evolución y concepción sobre salud y enfermedad	63
3.1.2 ¿Prevención de la enfermedad o Promoción de la salud?	66
3.1.2.1 <i>Prevención y control del riesgo a enfermar</i>	67
3.1.2.2 <i>Promoción de la salud</i>	68
3.2 Psicología de la Salud.....	70
3.3 Psicología Positiva.....	72
3.4 Bienestar Psicológico en la Psicología Positiva	73
3.4.1 Algunas investigaciones sobre Bienestar Psicológico y Trasplante de Órganos.....	76
3.4.2 Bienestar Psicológico y su relación con el Ejercicio Físico y el Deporte ..	79
II Parte: MARCO METODOLÓGICO	82
Capítulo 4: Metodología.....	83
4.1 Planteamiento del problema, preguntas y objetivos de investigación	84
4.2 Tipo de investigación	85
4.3 Diseño de investigación.....	85
4.3 Descripción de la muestra	86
4.5 Instrumentos metodológicos.....	87
4.5.1 Cuestionario.....	87
4.5.2 Adaptación Española de la Escala de Bienestar Psicológico de C. Ryff...91	
4.5.2.1 Descripción de la Escala.....	91
4.5.2.2 Administración y Evaluación	92
4.6 Procedimiento.....	93

Capítulo 5: Presentación y Análisis de los resultados	95
5.1 Presentación de los resultados	95
5.1.1 Presentación de los datos obtenidos del Cuestionario	95
5.1.1.1 Datos demográficos	95
5.1.1.2 Datos sobre el trasplante.....	100
5.1.1.3 Datos de las relaciones sociales y familiares.....	104
5.1.1.4 Datos acerca de la práctica deportiva	110
5.1.2 Presentación de los datos obtenidos de la Adaptación Española de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff	118
5.1.2.1 Medias estadísticas según el género	119
5.1.2.2 Medias estadísticas según el tipo de trasplante	120
5.1.2.3 Medias estadísticas según la provincia de origen.....	121
5.1.2.4 Medias estadísticas según el apoyo familiar recibido	122
5.1.2.5 Medias estadísticas según el tipo de deporte realizado	123
5.1.2.6 Medias estadísticas de la población argentina y española.....	124
5.2 Análisis de los resultados	125
5.2.1 Análisis de datos obtenidos del Cuestionario	125
5.2.2 Análisis de los datos obtenidos de la Escala de Bienestar Psicológico.....	128
Conclusiones.....	133
Referencias bibliográficas	140
Anexos.....	145
Ley 24.193	146
Ley 26.066.....	162
Proyecto de Ley 3441/10.....	167
Cuestionario.....	174
Escala de Bienestar Psicológico	181

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación cuantitativa tiene como objetivo investigar el grado de Bienestar Psicológico en personas que han recibido un trasplante de órganos y/o tejidos, teniendo en cuenta los aportes realizados desde la Psicología del Deporte para contribuir al desarrollo del conocimiento científico de este campo de la disciplina psicológica.

En el mismo se intenta abordar un tema poco investigado, ya que Psicología Aplicada al Deporte es una disciplina muy joven y los beneficios que se pueden obtener de su práctica no han sido lo suficientemente explotados aún. Y si a esto le sumamos que la población con la que queremos trabajar son personas que han sido trasplantadas, el número de posibles estudios se acota mucho más.

El interés sobre la temática surge por los importantes beneficios que proporciona la práctica deportiva a la salud de las personas, no sólo a nivel físico, sino también a nivel mental. Y a la inversa de lo que puede pensarse, una persona que haya sido trasplantada de un órgano no tiene impedimentos para practicar deportes. El ejercicio físico, en dosis individualizadas, es totalmente recomendable siempre y cuando exista la autorización y supervisión de un médico.

La presentación de la tesina está organizada en dos grandes partes: la primera, el Marco Teórico, y la segunda, el Marco Metodológico.

El *Marco Teórico* está dividido en tres capítulos. El Capítulo 1 trata sobre el “Trasplante de órganos”, haciendo un recuento histórico a nivel mundial y en la República Argentina, teniendo en cuenta el proceso desde el Pretrasplante, el paso de la Donación al Trasplante y el Postrasplante, con las características propias de cada etapa.

Luego, en el Capítulo 2 “Psicología del Deporte”, se desarrolla brevemente la historia de esta joven disciplina y la conceptualización de la misma y del deporte. Además se hace una distinción entre los tipos de deportes y las orientaciones en Psicología del Deporte.

El cierre de esta Primera Parte la da el Capítulo 3 de “Bienestar Psicológico: una aproximación a la psicología de la salud”, abordando el Bienestar Psicológico en el marco de la Psicología de la Salud y la Psicología Positiva. Por último, se destacan algunas investigaciones que relacionan Bienestar Psicológico con trasplante de órganos y con el ejercicio físico y el deporte.

La Segunda Parte, el *Marco Metodológico*, está compuesta por dos capítulos. En el Capítulo 4, “Metodología” se plasma de modo claro y sintético la metodología empleada en este trabajo, finalizando con la presentación y análisis de los resultados.

Posteriormente, se presentan las *Conclusiones* y aportes personales que se desprenden del análisis y presentación de la temática abordada.

Finalmente, se encuentran las *Referencias bibliográficas* y los *Anexos* correspondientes al trabajo de investigación.

I. PARTE

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

1. 1 CONCEPTOS FUNDAMENTALES.

Para tener una noción de la relevancia del tema es necesario conocer y comprender de qué estamos hablando. Para hablar de trasplante necesitamos informarnos qué implica cada uno de ellos, y también saber qué es la donación de órganos, ya que trasplante va necesariamente de la mano de la donación.

El vocablo *trasplante* proviene del latín trans-plantare, que significaba transportar de una parte a otra. El Trasplante, según el glosario del INCUCAI (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante), es un reemplazo de un órgano o tejido enfermo por otro sano indicado por el médico cuando ya no existe otra forma de tratamiento alternativa para el paciente. Una vez diagnosticada la necesidad de un trasplante, el médico inscribe al paciente en lista de espera.

El ser humano a lo largo de toda su historia y aunque fuera de forma un tanto empírica, siempre ha deseado prolongar su vida, combatiendo a las enfermedades y pretendiendo mantener el funcionalismo de todo su cuerpo. Por ello, afirman Andreau Periz y Force Sanmartín (2004), el prolongar la vida amenazada por la dificultad de un órgano, y con su sustitución por un órgano saludable, procedente de otro ser vivo o muerto, ha sido una de las hazañas grandiosa de la ciencia médica.

El trasplante de órganos no sólo permite salvar vidas, sino que también ha facilitado el conocimiento y el desarrollo de ciencias fundamentales para la vida como la biología y la genética.

Además hay que tener en cuenta que “un trasplante, no es una forma aislada de tratamiento sino que permite tener un mejor conocimiento de la vida, prolongándola, mejorar su calidad y solucionando enfermedades que no tenían cura”. (Andreau Periz y Force Sanmartín, 2004).

Como mencioné anteriormente, para realizar un trasplante es necesario que haya una donación previa. Etimológicamente la palabra *donación* proviene de los vocablos griegos, “doron” que quiere decir, don, y “doreisthai” que significa donar, o sea que sería entregar una cosa en don, como liberalidad, sin esperar nada a cambio.

El Donante de órganos (INCUCAI), es toda Persona mayor de 18 años de edad, que haya manifestado por escrito su voluntad de donar sus órganos y/o tejidos. Existen dos tipos de donantes, el donante real y el donante vivo.

El donante real o cadavérico, refiere a la persona fallecida con muerte encefálica o cerebral, ocurrida en las unidades de terapia intensiva, a la cual se práctica la ablación de al menos un órgano efectivo para trasplante.

Sólo el 1% de los fallecimientos son aptos para la donación de órganos con fines de trasplante, ya que deben producirse por causas que no afectan a los órganos a trasplantar. Los órganos que se pueden extraer son corazón, intestino, páncreas, pulmones, riñones e hígado, y también tejidos como córneas, huesos, válvulas cardiacas y piel. Estos últimos se los denomina donantes de tejidos, con los cuales se hacen injertos. Son los donantes fallecidos a causa de un paro cardíaco y la donación debe ser comunicada inmediatamente, ya que el proceso de procuración no debe exceder de 6 horas desde la muerte hasta la ablación.

Un término de gran importancia en la donación de órganos es el de Compatibilidad que el INCUCAI, en su glosario lo describe como el grado de identidad existente entre dos individuos. Se trata de la coincidencia del grupo sanguíneo, el tamaño del órgano y características biológicas.

Para definir un Donante vivo relacionado partiremos del artículo 15 de la Ley de trasplante N° 26.026 (ver anexo), donde se expresa que la Persona donante debe ser mayor de 18 años y dona a un pariente consanguíneo o por adopción hasta el cuarto grado, o su cónyuge, o una persona que, sin ser su cónyuge, conviva con el donante en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida. Este lapso se reducirá a dos años si de dicha relación hubieren nacido hijos.

El donar en vida, sólo ante una necesidad extrema, y frente a la falta de donantes cadavéricos, se refiere únicamente al caso trasplantes renales y hepáticos, cuando se estima que no afectará la salud del donante y existan perspectivas de éxito para el receptor. El órgano más común que se dona en vida es el riñón, ya que una persona puede desarrollar una vida normal con un solo riñón en funcionamiento. Parte del hígado también puede ser trasplantado, ya que éste es el único órgano que tiene la capacidad de regenerarse.

Existe donación en vida de personas que no tengan lazos de parentesco, en el caso del trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (CPH), conocido como trasplante de médula ósea. En este tipo de intervenciones, el donante siempre es un donante vivo y puede no ser siempre familiar. La ley habilita a ser donante de CPH a

cualquier persona mayor de 18 años que lo desee, sin las limitaciones de parentesco estipuladas para los trasplantes de órganos.

La donación y el trasplante de órganos y tejidos se rige en Argentina por la Ley 24.193, que desde el 22 de enero de 2006 incorpora las modificaciones introducidas por la Ley 26.066, también conocida como Ley de Donante Presunto. Somos todos presuntos donantes, salvo que haya expresado, en vida, la oposición. En tanto, la negativa es respetada cualquiera sea la forma en que se haya manifestado.

1.2 HISTORIA DEL TRASPLANTE.

Una mirada a la historia facilita la reflexión sobre la evolución del trasplante. Actualmente hay pocas dudas sobre la utilidad real de la terapéutica de muchos trasplantes de órganos. Superados los problemas técnicos y controlado el rechazo como principal dificultad clínica, muchos trasplantes de órganos constituyen una opción válida en el arsenal terapéutico, resolviendo situaciones que comprometen la vida del paciente y mejorando su calidad de vida otras veces. (Carral Novo y Parellada Blanco, 2003). Todo ello con una característica singular: para poder realizarse, necesitan de toda la sociedad, echando mano de la solidaridad como elemento insoslayable.

1.2.1 Orígenes del trasplante de órganos.

Puede pensarse la historia del trasplante desde tiempos remotos y relacionados a la mitología, en donde se mostraba una modificación de la morfología del cuerpo humano, con metamorfosis que unieran caracteres de animales con cualidades humanas y divinas, como por ejemplo, las vistas en figuras de la mitología griega como el minotauro o la sirena de mar. (Andreau Periz y Force Sanmartín, 2004).

También podemos remontar la historia del trasplante a la Biblia, en donde existe la idea que el primer trasplante fue realizado a Eva, quien nació del “trasplante” de una costilla de Adán. (Moreno Azcoita, 1996).

En el siglo XV aparece representada una de las primeras ideas de trasplante con donante cadavérico con fines terapéuticos cuya imagen quedó plasmada en el óleo “Milagro de San Cosme y San Damián”. A estos hermanos médicos que vivieron en el

siglo III se les atribuye el reemplazo de la pierna de un soldado con cáncer por la de un hombre que acaba de fallecer.

En el siglo XVII se practicaron las primeras transfusiones de animales a hombres, por Colle de Belluno (1628), F. Folli (1654) y R. Lower (1665). La primera transfusión realizada entre hombres es la que se llevó a cabo en 1492 al Papa Inocencio VII, en el cual dos hombres murieron exanguinados y el Papa también falleció. (Moreno Azcoita, 1996).

Los casos científicamente comprobados surgen recién el siglo XIX, acompañados de otros avances médicos que permiten su desarrollo. Sin embargo, es en los inicios del siglo XX cuando el procedimiento para irrigar los órganos injertados abre la posibilidad técnica y quirúrgica de realizar un trasplante. Este es el inicio de la trasplantología moderna y los trasplantes comienzan a convertirse en una práctica terapéutica habitual. (INCUCAI).

1.2.2 Primeros intentos de trasplante en el siglo XIX

A partir del siglo XIX se potencia el desarrollo científico de la cirugía del trasplante, permitiendo que se realicen mayor número de operaciones exitosas que antes se habían practicado sólo de forma experimental por medio de ciencias como la zoología y la biología, durante los siglos XVI y XVII, en injertos de plantas y animales.

Es en 1869 que se obtienen los primeros éxitos de injertos epidémicos en el hombre, realizados por un cirujano italiano. Luego se comenzaron a realizar autoinjertos o injertos de otras personas u animales, no sólo de piel, sino también de otras partes, como el hueso. (Carral Novo y Parellada Blanco, 2003).

Durante este siglo se producen grandes avances en la cirugía vascular, sobre todo gracias al gran impulso que dio a la cirugía en general el uso de la anestesia. Esto permitió que en el siguiente siglo se comenzaran a realizar con éxito los primeros trasplantes de órganos en animales.

1.2.3 Avances en trasplante: el siglo XX

En 1901, Alex Carrel en Francia describe la sutura circular en los vasos sanguíneos y abre la posibilidad técnica y quirúrgica de realizar un trasplante. En 1902, en Austria, Emerich Ullmann realiza el primer trasplante renal en un perro, y en el

mismo año Carrel, en una publicación científica explica que el autoinjerto en el perro puede sobrevivir indefinidamente, pero el aloinjerto (proveniente de otro perro) rápidamente cesa en sus funciones. (INCUICAI). Carrel desarrolló las anastomosis vasculares por triangulación y los trasplantes, por lo que recibió el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1912. (Castillo Olivares, 2008).

A partir de estas intervenciones es donde se comienza a hablar del rechazo del organismo hacia el órgano injertado, ya que el sistema inmunológico del receptor reconoce este órgano como un cuerpo extraño y genera anticuerpos de defensa. Al plantearse el rechazo inmunológico, comienzan las investigaciones sobre la identidad biológica entre el donante y el receptor, llamada histocompatibilidad.

Paralelamente, otros científicos realizaban experiencias similares. Zirm, en 1905 en Checoslovaquia realiza el primer trasplante de córneas. El paciente no recibe medicación que ayude a evitar el rechazo del tejido injertado. Además, tiene que mantener sus párpados cerrados por 10 días antes de saber si el procedimiento ha funcionado. La operación es un éxito y el paciente, un obrero de 43 años que había perdido la visión por un accidente laboral, puede volver a ver.

Nuevamente en el escenario francés, en 1906, el profesor Jaboulay lleva a cabo el primer trasplante renal en un ser humano con un órgano proveniente de un cerdo. El órgano es implantado en una mujer con síndrome nefrótico que logra sobrevivir por el lapso de una hora, que fracasa por problemas vasculares.

Como éste hubo varios experimentos e intentos fallidos de trasplante de órganos de diferentes animales que, según el órgano procediera del mismo individuo, de otro de la misma especie o de otra especie, permitieron que se comenzara a indagar en la inmunología del trasplante.

Así, en 1909 en Austria, Landsteiner clasifica la sangre humana en los grupos A, B, AB y O, y demuestra que las reacciones adversas generadas por las transfusiones ocurren cuando se recibe sangre de un grupo diferente. Se comprueba luego que la compatibilidad no sólo es necesaria para las transfusiones sanguíneas sino también para los trasplantes.

Horak efectúa el primer trasplante óseo en el año 1914 en Checoslovaquia, utilizando el hueso de un cadáver para sustituir el húmero de una mujer afectada de un sarcoma.

Durante la Primera Guerra Mundial se dan los mayores pasos en trasplante de piel, mientras que en 1928, Argentina se destaca por ser uno de los países pioneros en

implantes de tejidos, a cargo del doctor Manes que realiza el primer trasplante de córneas en el Hospital Rawson, Buenos Aires.

Llegado el año 1933, la experimentación animal continuó, y el ruso Voronoy concreta el primer trasplante renal entre seres humanos, llamado homotrasplante, con el órgano proveniente de un donante cadavérico para el tratamiento de una insuficiencia renal aguda. El grupo sanguíneo entre donante y receptor es diferente.

Ya en el año 1940, el doctor Medawar en Inglaterra sienta las bases del carácter inmunológico del rechazo del injerto de piel al afirmar que la reacción de rechazo es de origen inmunitario. Desde entonces, progresan las investigaciones sobre la participación del sistema inmune en el rechazo de los trasplantes.

Esto conduce al desarrollo de drogas que permitan evitar el rechazo del órgano o tejido implantado. A mediados de siglo, el saber y la tecnología médica están en condiciones de poder controlar el proceso inmunológico del rechazo y derribar esta segunda gran barrera para la realización del trasplante. (INCUCAI)

Durante la Segunda Guerra Mundial la investigación en el campo de los trasplantes se vio obligada a detenerse hasta 1947, en donde se realiza el primer trasplante renal con supervivencia del receptor, en el Hospital Peter Bent Brigham de Boston. A partir de este éxito y desde 1959 en Francia, Inglaterra, EEUU y Canadá se comunican trasplantes exitosos.

1.2.4 Consolidación del trasplante de órganos

El primer éxito real y duradero tuvo lugar en 1954 en EEUU, logrado por Murray entre gemelos univitelinos (idénticos). Se trasplanta un riñón de Ronald Herrick a su hermano Richard, quien vive por otros 8 años. Este éxito ratifica la idea de la necesidad de la compatibilidad genética en los trasplantes.

Así se fueron desarrollando con éxito diversos tipos de trasplantes. En 1956, también en EEUU, Thomas realiza el primer trasplante de médula ósea con donante vivo relacionado que resulta en una larga supervivencia del receptor, un paciente que padece una leucemia. Un año después publica un informe que demuestra una total remisión de la enfermedad.

En el año 1957, en Argentina, Lanari realiza el primer trasplante renal en el Instituto de Investigaciones Médicas dependiente de la Universidad de Buenos Aires. En ese mismo año se crea el primer banco de tejidos a través de la Ley 17.041.

Un año más tarde, Dausset (París), Payne (Stanford) y Van Rood (Leidin) realizan trabajos fundantes del conocimiento de los Antígenos Leucocitarios Humanos (HLA). Estos antígenos presentes en los glóbulos blancos dan la identidad biológica. Entre otras funciones, son los encargados de defender al organismo de un cuerpo extraño.

El primer trasplante hepático se efectúa entre humanos a un niño de 3 años que padece una atresia biliar, en el año 1963 por el doctor Starzl en EEUU. El trasplante no prospera pero el conocimiento ganado acerca de la inmunosupresión le resulta fundamental para llevar a cabo el primer trasplante hepático exitoso 4 años más tarde.

En este mismo escenario, Hardy realiza el primer trasplante pulmonar a un hombre de 58 años. Sin embargo, el paciente sobrevive por pocos días debido a la falta de drogas inmunosupresoras efectivas.

Cuatro años más tarde aparece en escena el continente Africano, en donde se realiza el primer trasplante cardíaco por Bernard. La donante es una joven víctima de un accidente automovilístico. El receptor, un hombre de 54 años con una enfermedad cardíaca incurable. El corazón se implanta y funciona. A los 10 días el paciente camina por la habitación, pero luego una neumonía bilateral, como resultado de su deprimido sistema inmune, provoca su muerte. Este trasplante es la piedra inaugural de este tipo de cirugías y estimula que el año siguiente se realicen cerca de 100 trasplantes cardiacos en el mundo.

Nuevamente EEUU pasa a ser el escenario en donde se realizan nuevos trasplantes. Denton Cooley realiza el primer trasplante del block cardiopulmonar, mientras Lillehei y Kelly realizan el primer trasplante de páncreas, ambos en 1968.

A partir de este año se acepta y cristaliza la muerte encefálica finalmente en el del Comité de la Facultad de Medicina de Harvard el cual se creó a los efectos de examinar la definición de muerte cerebral. Hoy en día, es posible diagnosticar el fallecimiento de una persona utilizando criterios neurológicos y definir el mantenimiento cadavérico para la correcta conservación de los órganos para trasplante.

El primer trasplante con donante no relacionado es un trasplante de médula ósea, realizado en 1973 por un equipo del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York. El paciente de 5 años padece un síndrome de inmunodeficiencia severo y el donante es encontrado en Dinamarca a través de un banco de sangre en Copenhague.

1.2.5 Avances en la inmunología

La historia de la inmunosupresión está ligada a la historia del trasplante y el gran desarrollo de esta parte de la medicina ha sido por esta causa. (Moreno Azcoita, 1996). Esto demuestra que es necesario un trabajo multidisciplinario para el desarrollo de las ciencias.

La inmunología es una rama amplia de la biología y de las ciencias biomédicas que se ocupa del estudio del sistema inmunitario, entendiendo como tal al conjunto de órganos, tejidos y células que, en los vertebrados, tienen como función reconocer elementos extraños o ajenos dando una respuesta inmunitaria, tal como ocurre cuando una persona es trasplantada.

El gran desafío de los trasplantes no es la técnica quirúrgica en sí, sino la posibilidad de que sea aceptado por el cuerpo del receptor. En los humanos el sistema inmunitario, lo protege de agentes invasores como bacterias, virus y parásitos y evita el desarrollo de células malignas.

Esta rama, adquirió gran importancia entre los investigadores que fueron concientes que debían continuar estudiando la compatibilidad genética entre los donantes y receptores para evitar el rechazo y procurar el éxito del trasplante.

Andreau Periz y Force Sanmartín (2004), destacan que en 1959 “se describen las cadenas pesadas y ligeras de los anticuerpos, y también se avanza en la identificación de los antígenos que intervienen en el rechazo, descubriéndose finalmente el sistema HLA” (p. 6).

Para el sistema inmune el órgano trasplantado siempre es un cuerpo extraño; es por esto que la medicina ha desarrollado drogas que desactiven esta defensa. A principio de los sesenta se empieza a tratar a los enfermos trasplantados con drogas inmuno-supresoras que están destinadas a evitar el rechazo al órgano o tejido implantado. La primera en aparecer es la azatioprina es 1962, que bloquea el rechazo que el cuerpo produce ante tejidos extraños, y luego aparece la cortisona.

En 1976, aparece la primer droga inmunosupresora efectiva, la ciclosporina, que evita en gran medida las crisis de rechazo, bajando las defensas del sistema inmune del receptor. (Andreau Periz y Force Sanmartín, 2004). Esta droga, entre otras, se utiliza hasta la actualidad como medicación indicada después del trasplante, la cual es indispensable para la vida del órgano trasplantado y que debe ser ingerida de por vida.

Es así que la utilización de una terapia inmunosupresora tiene tres objetivos principales: 1) prevenir el rechazo agudo precoz, 2) prevenir su aparición durante un largo periodo de tiempo y 3) tratar el rechazo agudo y crónico.

1.2.6 Historia de los Trasplantes en la República Argentina: Desarrollo local.

En la República Argentina la historia acerca de trasplante se remonta al año 1928, año durante el cual, y luego de varios intentos e investigaciones el doctor Antonio Manes junto a su equipo, en las instalaciones del Hospital Rawson, realizan el primer trasplante de corneas.

Veinte años más tarde, tras un largo periodo de falta de investigaciones producto de la situación internacional, el doctor Otolengui realiza el primer trasplante de hueso en las instalaciones del Hospital Italiano. En 1951, se continúa investigando sobre otros trasplantes de tejido, en este caso de córneas y vasos, creándose el primer Banco Nacional de Corneas y Vasos, pudiendo tomar esto como una institución precursora de la futura creación del actual INCUCAI.

En el año 1957, debido a los éxitos obtenidos en los trasplantes de huesos en años anteriores, el Estado redacta la Ley 17.041 que regula el primer banco de tejidos que se ubicaría en un principio en el Hospital Dr. Torcuato de Alvear.

Luego del éxito y el impacto que se logró con el primer trasplante de corazón en Sudáfrica. El doctor Belizzi logra llevar a cabo el primer trasplante cardíaco en nuestro País, en las instalaciones de la Clínica Modelo de la ciudad de Lanús, en 1968.

Muchos de los doctores argentinos iban a especializarse a Europa. Este es el caso del doctor Félix Cantarovich -especializado en nefrología en la ciudad de Lyon , Francia- , quien llega a ser Jefe del Servicio del primer centro de diálisis que se construyó en toda Latinoamérica, ubicado en el Hospital Militar Central del Ejército Argentino.

En 1980 el prestigioso Doctor Favalaro desarrolla el primer programa de trasplante cardíaco, cuyos aportes fueron reconocidos a nivel mundial. A partir de este momento se comienza con los trasplantes de corazón en forma sistemática y exitosa. Durante este año y luego de muchos proyectos se desarrolla el primer programa de trasplante cardíaco para todo el País.

Ocho años más tarde al primer trasplante de corazón, se efectúa el primer trasplante de riñón y el primero de hígado. El primer trasplante de riñón se realiza a un

Oficial en actividad del Ejército, constituyendo en una de las Instituciones del Estado pionera que mantiene a sus integrantes en actividad luego de un trasplante, dejando un precedente jurídico en el mundo para este tipo de Instituciones. El encargado del mismo fue el doctor Alfredo Lanari.

Luego de la aparición de los inmunosupresores como la ciclosporina, De Santibáñez realiza el primer trasplante hepático a una paciente de 19 años en el Hospital Italiano de Buenos Aires. En Latinoamérica solamente hay un único antecedente de trasplante hepático en San Pablo, Brasil.

A comienzo de los `90 el equipo de Favalaro lleva a cabo el primer trasplante de bloque cardiopulmonar y utiliza por primera vez el procedimiento dominó. Este método consiste en trasplantar el corazón y los pulmones de un donante cadavérico al receptor "X" y el corazón del receptor "X" en otro receptor "M".

Luego de varias investigaciones se efectúa se realiza el primer trasplante de páncreas. Mientras que el primer trasplante de intestino, se concreta recién en 1999.

En 1995, nos introducimos en la historia del trasplante desde una nueva mirada. La Argentina participa por primera vez en los décimos Juegos Mundiales para Personas Trasplantadas en Inglaterra, constituyéndose en el primer país de Latinoamérica que se integra y demuestra a través de las actividades deportivas la calidad de vida de las personas trasplantadas.

Un año más pasa, y nuestro país tiene el agrado de organizar los primeros Juegos Argentinos para Personas Trasplantados en las Instalaciones del Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo (CENARD), precursores en Latinoamérica y antecesores de los Juegos Latinoamericanos. Al finalizar el evento se crea la Asociación Deportistas Trasplantados de la República Argentina (ADETRA), precursora en la región, y que tiene por objetivo promulgar la donación de órganos y los trasplantes.

Los años siguientes sirvieron para concretar la práctica quirúrgica de trasplante, crear campañas de concientización sobre la donación de órganos e insertar a la mayor población de personas trasplantadas en el deporte por medio de la participación en los Mundiales que siguieron desarrollándose en diversos países.

Por último, en el 2006, por primera vez, la cantidad de trasplantes de órganos realizados en el año en nuestro país supera los mil. La cifra récord es de 1023 personas trasplantadas. Por otra parte, también el número de trasplantes de córneas registra un aumento significativo al pasar de 278 en 2005 a 860 en 2006.

Al mes de mayo del presente año, la cantidad de donantes de órganos en Argentina aumentó un 32,8% en comparación con las estadísticas del año pasado, (informe del INCUCAI). Hasta este mes se realizaron 528 trasplantes de órganos en el país, gracias a 239 donantes reales.

En lo que va del año, las estadísticas muestran que existen 6884 pacientes en lista de espera, 901 trasplantes realizados, 412 donantes reales.

1.3 EL PRETRASPLANTE.

Sustituir órganos enfermos o destruidos anatómicamente o funcionalmente, cuya función es indispensable para la vida, por otros sanos, prolongando con ello la vida del hombre, es uno de los anhelos no sólo de la Medicina, sino de toda la Humanidad.

Ahora bien, ¿por qué una persona llega a tal punto de necesitar un trasplante de órganos o de tejidos? ¿Qué está fallando en su organismo para que sea necesario someterse a ésta práctica quirúrgica de gran envergadura? ¿Por qué es tan vital un trasplante en esa persona?

Cierto es que poco conocemos del tema, y es lo que se propone informar a continuación.

La persona que espera el trasplante no es ajena al proceso que está viviendo. Algunos órganos implican una sensación de urgencia vital, pero siempre la persona trasplantada tiene la sensación de haber vuelto a la vida.

Los órganos sólidos que se pueden ablacionar (extraer) en nuestro país, con fines de trasplante son hígado, riñón, páncreas, corazón, pulmón, intestino y sus combinaciones: corazón - pulmón, reno - páncreas, hepato - renal. Y tejidos como: córneas, piel, huesos, médula ósea, válvulas cardíacas y vasos.

1.3.1 Los trasplantes de órganos sólidos.

Los llamados órganos sólidos son implantados directamente en el receptor en un plazo de tiempo no mayor a las 10 horas promedio variando los tiempos para cada tipo de órgano. Como se mencionó anteriormente, sólo puede concretarse si la muerte sucede en una unidad de terapia intensiva (únicamente bajo criterios de muerte

encefálica) por donantes cadavéricos, excepto en los trasplantes de riñón y de hígado que pueden provenir de donantes vivos.

A continuación se detalla brevemente la función de cada órgano, y las causas por las que éstos llegan a plantear la necesidad de ser reemplazados por uno sano.

Hígado: Desempeña un importante papel en la metabolización de proteínas, grasa, hidratos de carbono, vitaminas y minerales; produce la mitad del colesterol del organismo. Fabrica los factores coagulantes sanguíneos, descompone las sustancias nocivas elaboradas por el organismo o absorbidas por el intestino. (Parr y Mize, 2003). En resumen, es el órgano que regula la energía, produce proteínas y elimina desechos de la sangre.

La insuficiencia hepática fulminante es la aparición repentina de una enfermedad grave del hígado en una persona que hasta ese momento gozaba de buena salud. La razón más común para un trasplante de hígado en los niños es la atresia biliar, que implica la obstrucción de los conductos (vías) que transportan un líquido llamado bilis desde el hígado hasta la vesícula biliar. Éste líquido ayuda a eliminar los desechos del hígado y transportan sales que ayudan a que el intestino delgado descomponga las grasas.

En los adultos, la razón más común para es la cirrosis, donde se produce una cicatrización del hígado que impide que éste trabaje bien y puede empeorar a insuficiencia hepática. Las causas más comunes de cirrosis son: la infección prolongada con hepatitis B ó C ó el alcoholismo prolongado. Otras causas pueden ser por envenenamiento, una sobredosis accidental o una administración acumulativa de varios fármacos prescritos. (Parr y Mize, 2003).

Riñones: están situados a ambos lados del abdomen medio. La función principal de los riñones es filtrar los desechos, el exceso de sodio y el agua del organismo, y ayudar a su eliminación a través de la orina. (Parr y Mize, 2003). Si se produce una insuficiencia o fallo renal los riñones no funcionan adecuadamente, ya no eliminan desechos, se produce un exceso de líquidos, no producen hormonas que mantengan los huesos fuertes y la sangre saludable, aumentando así el nivel en sangre de los productos de desecho metabólico, lo cual provoca el envenenamiento del organismo.

Se llega a una Insuficiencia Renal Crónica (IRC), que consiste en la degradación progresiva de la función renal con el transcurso del tiempo, cuando existe presión arterial alta; la obstrucción del tracto urinario, los trastornos renales; la diabetes mellitus y algunos trastornos inmunológicos. Un paciente que ha llegado a este extremo debe someterse a un proceso de diálisis hasta el momento que sea trasplantado. Existen dos tipos de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

Diálisis peritoneal: recurre al propio sistema orgánico del paciente. Se inserta un catéter en la membrana semipermeable de dos capas que reviste la pared de la cavidad abdominal, el peritoneo, que ejerce la función de filtro natural y, por lo tanto, se bombea un líquido estéril hacia el interior de la cavidad abdominal, dando paso de las sustancias tóxicas, pero no de la sangre, que de esta forma es filtrada.

Hemodiálisis: la sangre del paciente se conduce entubada desde el organismo hasta una máquina llamada “riñón artificial”. A través de un filtro de limpieza (dializador), se produce el intercambio entre el líquido del dializador y la sangre; así va recogiendo las sustancias tóxicas de la sangre y aportando otras beneficiosas, y retorna de nuevo al cuerpo.

Este proceso trae aparejado muchos problemas, ya que está relacionado al deterioro de la calidad de vida de los pacientes, porque las sesiones son muy largas, varias veces a la semana y además están expuestos a contraer infecciones. (Baltar, Ortega, Rebollo, Gómez, Laures y Álvarez-Grande, 2002).

Páncreas: es un órgano glandular, que mide unos 13 cm de largo, y se considera que forma parte de los sistemas digestivo y endocrino. Está formado por dos tipos de tejido básicos: los acinos, que producen las enzimas digestivas, y los islotes, que fabrican las hormonas que controlan los niveles de azúcar en sangre (la insulina y el glucagón). (Parr y Mize, 2003).

El trasplante de páncreas se diferencia de la mayoría de los demás trasplantes en que normalmente no se lleva a cabo como solución final, como última medida para salvar la vida del paciente, sino que el trasplante de este órgano se lleva a cabo únicamente por problemas en la secreción de insulina (una hormona que hace descender el nivel de azúcar en sangre), es decir, de diabetes tipo I, y da al paciente una oportunidad de volverse independiente de las inyecciones de insulina y también de evitar los riesgos mortales que trae aparejado esta enfermedad.

La insulina transporta glucosa, que es azúcar, desde la sangre hasta los músculos, la grasa y las células del hígado donde puede usarse como combustible. En las personas con diabetes tipo 1, el páncreas no produce suficiente insulina, o algunas veces nada. Esto lleva a que la glucosa se acumule en la sangre, provocando altos niveles de glucemia. Un procedimiento experimental llamado trasplante de células de los islotes trasplanta sólo las partes del páncreas que producen la insulina. Aunque esto es muy reciente, los resultados son prometedores.

Corazón: es un órgano musculoso situado cerca del centro del tórax. Su principal función es suministrar oxígeno al organismo y eliminar el dióxido de carbono. Bombea la sangre sin oxígeno a los pulmones, donde se extrae el dióxido de carbono y se oxigena la sangre. De este modo, el corazón bombea la sangre oxigenada a los tejidos de todo el organismo. Por lo tanto cuando existe algún problema cardíaco la situación es grave. (Parr y Mize, 2003).

Las indicaciones más frecuentes para realizar este tipo de trasplante pueden ser por una disfunción miocárdica severa y la enfermedad arterial coronaria. La miocardiopatía es irreversible ya que no responde a tratamiento y cuya expectativa de vida no supera los tres meses, lo que implica un trastorno del músculo del corazón que reduce la intensidad de las contracciones cardíacas, lo cual provoca una disminución en la eficiencia de la circulación sanguínea. (Ubilla, Mastrobuoni, Arnau, Cordero, Alegría, Gavira, Iribarren, Rodríguez-Fernández, Herreros y Rábago, 2006). Los síntomas suelen ser fatiga, dolor en el tórax y palpitaciones. Mientras que la enfermedad arterial coronaria es una patología de los vasos sanguíneos que a través de la aorta (la principal arteria del organismo) transportan la sangre desde el ventrículo izquierdo del corazón hasta las restantes partes del cuerpo. Se puede manifestar por dolor en el tórax, también conocido como “angina”, normalmente relacionado con el esfuerzo o la ansiedad, y el ataque cardíaco. (Parr y Mize, 2003).

Pulmones: son la parte de mayor tamaño del sistema respiratorio. Sus funciones consisten en eliminar el dióxido de carbono (el producto de desecho de la respiración) de la sangre venosa, que el corazón bombea hacia su interior, y en oxigenar esa sangre, la cual es enviada mediante el bombeo cardíaco a los tejidos corporales.

Este trasplante se realiza como último recurso para la insuficiencia pulmonar y se pueden recomendar para pacientes con cualquier enfermedad pulmonar severa. La

más frecuente que suele encontrarse es la fibrosis quística, que es una enfermedad hereditaria que provoca la acumulación de moco espeso y pegajoso en los pulmones y el tubo digestivo. Esta enfermedad frecuente para el trasplante pulmonar en niños, representa casi la mitad de los casos. El otro grupo importante lo constituyen las enfermedades vasculares pulmonares y con menor frecuencia las neumopatías. (Espinosa, Rodil, Goikoetxea, Zulueta, Seijo, 2006).

Aunque no existe un acuerdo generalizado respecto a los estándares que hacen necesario un trasplante pulmonar, en su artículo Espinosa y otros (2006), afirman que el candidato ideal es “un paciente sintomático no corticodependiente, que padece una enfermedad pulmonar con insuficiencia respiratoria crónica irreversible, que sigue un tratamiento médico adecuado y que presenta un deterioro grave en su función pulmonar, una pobre calidad de vida, y un pronóstico de supervivencia limitada que no excede los 3 años”. (p. 106)

Intestino: su función radica en que una vez que se ha deglutido el alimento, éste se dirige desde el estómago, donde empieza a desintegrarse, hasta el intestino delgado, lugar en el que continúa la digestión y donde se absorben sus nutrientes, que pasan al torrente sanguíneo.

Cuando la persona ya no tiene más venas por dónde suministrar la nutrición parenteral, cuando existe una insuficiencia hepática (la nutrición parenteral prolongada produce daños en el hígado, por lo que a veces se efectúa junto al trasplante de hígado), o cuando el catéter por donde ingresa la alimentación produce reiteradas infecciones decimos que el paciente está en condiciones de ir al trasplante.

Otras indicaciones aceptadas de trasplante intestinal son el fallo intestinal irreversible asociado a pérdida significativa de accesos venosos profundos y casos de fracaso intestinal que conducen habitualmente a muerte precoz, como cuadros de intestino ultracorto, diarreas intratables, y fallo intestinal asociado a elevada morbilidad y mala calidad de vida. (López Santamaría y Hernández Oliveros, 2007).

1.3.2 Los trasplantes de tejidos.

En el caso de los tejidos (córneas, piel, hueso y células progenitoras hematopoyéticas), se procesan y almacenan criopreservados (conservación a muy bajas temperaturas) en bancos para ser utilizados en el momento que se requieran.

Este tipo de trasplante permite mejorar la calidad de vida de quienes lo reciben, como en el caso de personas ciegas que mediante un trasplante de córneas recuperan la visión. En otros casos, un reemplazo de hueso puede evitar una amputación, o con la utilización de válvulas cardíacas cadavéricas que tienen enormes ventajas sobre las válvulas mecánicas.

Pueden ser donados hasta 6 horas después de ocurrida la parada cardíaca, provenientes de donantes cadavéricos, excepto en el caso de las células progenitoras hematopoyéticas cuyos donantes son donantes vivos, y sin necesidad de que exista un vínculo familiar.

Piel: es el mayor órgano del cuerpo humano. Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras. El trasplante en estos casos se da en pacientes con severas quemaduras, por medio de un parche cutáneo que se extrae quirúrgicamente de un área del cuerpo y se trasplanta o se pega a otra área. Los injertos de piel se pueden recomendar para: heridas muy grandes, quemaduras, úlceras venosas, úlceras de decúbito o úlceras diabéticas que no sanan, cirugías que necesitan injertos de piel para sanar, áreas donde ha habido infección que causó una gran cantidad de pérdida de piel, razones estéticas o cirugías reconstructivas donde ha habido daño de la piel o pérdida de ésta, como también para una cirugía para cáncer de piel.

Córneas: una de las enfermedades más comunes que requiere trasplante de cornea es el queratocono. En estos casos la córnea pierde su característica esférica y toma una forma cónica, deformando las imágenes que llegan al fondo del ojo, produciendo un defecto muy importante de la visión, por lo que su práctica está direccionada para que las personas recuperen la vista.

El lente de contacto que se usa habitualmente para mejorar la visión no siempre es tolerado, con el tiempo puede lesionar la parte del cono lo que hace necesario un trasplante de córnea. Existen otras causas, menos frecuentes, de opacificación de la cornea: cicatrices como consecuencias de heridas o infecciones, acumulación de líquido anormal, edema de córnea por enfermedad de alguna de las capas que la componen, opacificaciones congénitas o que aparecen después del nacimiento.

La ventaja que supone a diferencia de otros órganos trasplantados es que, al ser un tejido avascular, las consecuencias del rechazo son puramente locales y en general pueden ser manejadas de forma adecuada con el uso de inmunosupresores. Este privilegio inmunológico hace que no sea necesario realizar estudios de histocompatibilidad. (Garralda, Epelde, Ituralde, Compains, Maison, Altarriba, Goldacena y Maraví-Poma, 2006).

Huesos: Un solo donador puede beneficiar hasta 250 personas que recibirán un trasplante de hueso. No se trata de una intervención vital puesto que existen otras alternativas terapéuticas: se pueden utilizar otros materiales (menos adecuados) o se puede proceder a la amputación de los segmentos lesionados con la consecuente mutilación o invalidez que, por ejemplo, se intenta prevenir en pacientes que padecen cáncer de hueso.

En comparación con estas alternativas, el trasplante de tejido óseo presenta grandes ventajas, ya que es una modalidad quirúrgica con menor morbilidad y ofrece una mejor calidad de vida al trasplantado. Los implantes de esta clase de tejidos se utilizan para paliar numerosas clases de lesiones, pero las más habituales son los recambios de prótesis de caderas aflojadas o infectadas y las reconstrucciones de ligamentos cruzados de rodilla. Al contrario de lo que sucede en la mayoría de los trasplantes, estas operaciones no provocan problemas de rechazo, ya que los huesos no tienen células vivas.

Válvulas cardíacas: este procedimiento permite tratar enfermedades cardíacas, ya que si funciona mal se produce un obstáculo al normal funcionamiento del corazón como bomba. Se realiza por ejemplo cuando existen soplos cardíacos.

Células progenitoras hematopoyéticas: más conocido como el trasplante de médula ósea. Ésta es un tejido esponjoso de consistencia densa que se encuentra en las cavidades y canalículos de los huesos. Sus funciones son las de formar tejido hematopoyético (el 95% de las células sanguíneas) así como participar en la síntesis de anticuerpos y en las reacciones de inmunidad celular.

La médula ósea es un tejido graso y suave que se encuentra dentro de los huesos y produce células sanguíneas (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas). Los

glóbulos rojos transportan oxígeno por todo el cuerpo, los glóbulos blancos actúan para evitar infecciones y las plaquetas ayudan en la coagulación de la sangre.

Este tipo de trasplante se realiza cuando hay deficiencia de glóbulos rojos (anemia aplásica) y de glóbulos blancos (leucemia o linfoma); en los tratamientos agresivos contra el cáncer (quimioterapia o radioterapia), en las enfermedades hereditarias (genéticas) tales como la talasemia; o en los trastornos del sistema inmunológico, tales como la neutropenia congénita y el síndrome de inmunodeficiencia combinada severa leucemia.

Existen dos tipos principales de trasplante de médula ósea, el autólogo y el alogénico. En el primero, el enfermo es tanto el donante como el receptor, se utilizan sus propias células madre para restaurar el funcionamiento de la médula ósea; en primer lugar se recolectan células madre hematopoyéticas de la sangre del paciente para poder dar altas dosis de quimioterapia y después reponer la médula ósea. En el alogénico la médula proviene de un donante sano, compatible y diferente al receptor, se utilizan las células madre de donante familiar, los bancos de médula ósea seleccionando aquella más compatible, o puede utilizarse sangre de cordón umbilical de donantes compatibles para reponer la médula ósea después de altas dosis de quimioterapia. (Bellver y Moreno, 2009).

Es decir, que primero se le destruyen las células enfermas mediante tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia. Luego, se infunden al paciente las células extraídas del donante o las suyas propias, y finalmente, éstas reemplazarán a las enfermas y comenzarán a producir células sanguíneas propias en un plazo relativamente corto.

1.4 DE LA DONACIÓN AL TRASPLANTE

El trasplante de un órgano no se trata sólo de un acto terapéutico que habitualmente realiza el cirujano, en el que le es suficiente conocer las enfermedades, sus indicaciones y la técnica quirúrgica. El trasplante comienza siempre con una donación de órganos, que es un proceso complejo, en el que interaccionan numerosos factores psico-sociales, médicos, éticos y legales, que los cirujanos deben conocer tan

bien como el resto de los profesionales implicados en todo el proceso de donación-trasplante. (Parrilla, Ramírez y Ríos, 2008).

Por lo tanto, se trabaja desde un enfoque multidisciplinario, que es el que a continuación se detalla para un análisis más específico del mismo.

1.4.1 Factores Médicos

Dadas las condiciones específicas para que pueda efectivizarse, la donación de órganos es posible sólo en 5 de cada 1000 fallecimientos. Un operativo de donación de órganos es una carrera contra reloj. En ella participan hasta 150 profesionales que asumen el compromiso de concretar la voluntad del donante y la esperanza de los pacientes en lista de espera, a la cual se suman siete pacientes diarios.

Para comprender la complejidad del proceso operativo es importante tener presente que las condiciones para donar órganos y tejidos difieren unas de otras en cuanto al tipo de donante, a los criterios de histocompatibilidad, a la distribución de órganos y a los pasos necesarios y finales para concretarse el trasplante.

Ya hemos hecho alusión a los donantes de órganos y tejidos: al donante cadavérico y al donante vivo.

Una vez diagnosticada la muerte, los cuidados intensivos están destinados a mantener la oxigenación de los órganos para garantizar su viabilidad durante el tiempo de isquemia (sin circulación sanguínea). Este tiempo puede variar dependiendo el órgano. La duración viable fuera del cuerpo del Riñón es hasta 20 horas, Corazón hasta 4 horas, Hígado hasta 15 horas, Pulmón hasta 6 horas, Block Cardiopulmonar hasta 4 horas, Páncreas hasta 12 horas, Intestino hasta 10 horas y Córneas hasta 14 días. Los órganos se preservan dentro de soluciones que sirven para conservarlos fuera del organismo, bajo hipotermia a 4°C. (INCUCAI).

También se realizan estudios de laboratorio para determinar qué órganos son viables para el trasplante, para garantizar ausencia de enfermedades infectocontagiosas y establecer la búsqueda de receptores evaluando los criterios de histocompatibilidad a través de un sistema informático llamado SINTRA. Estos criterios implican: las características biológicas (como similitud de edad y peso, para no causar desproporciones) y grupo sanguíneo.

Además se tienen en cuenta otros criterios para la distribución equitativa de los órganos en el país: antigüedad en la lista de espera; situación clínica, dando prioridad a

los que están en emergencia nacional (riesgo de vida); y región donde se procura el órgano o tejido (para mantener un equilibrio en el país y considerar el tiempo de isquemia del órgano).

Una vez asignados los órganos, los centros de trasplante preparan a sus pacientes para la intervención quirúrgica. Al mismo tiempo, en el hospital donde se encuentra el donante se inicia la ablación (extracción de los órganos). Luego el cuerpo fallecido, es entregado a la familia en perfectas condiciones, sin alterar su apariencia.

El traslado de órganos y tejidos se realiza con equipos especiales que garantizan su total asepsia (ausencia de microbios o de infección), hasta que finalmente, los equipos médicos de los centros de trasplante implantan los órganos a los receptores, en una intervención quirúrgica que puede durar entre dos y diez horas.

1.4.2 Factores Psico-sociales

Las creencias y actitudes sobre temas relacionados con la donación de órganos junto con las experiencias previas en el tema y el diálogo familiar pueden predecir mejor la postura de los sujetos hacia la donación de sus órganos, los de sus familiares y la intención de inscribirse voluntariamente al registro único de donantes. Es por ello que es importante destacar los factores psicológicos y sociales que influyen en el proceso de donación de órganos, como también en la persona trasplantada y de su familia, de cual nos ocuparemos luego.

Los coordinadores de trasplantes ocupan mayor cantidad de tiempo en ayudar a aceptar la pérdida que en la solicitud de donación, en donantes cadavéricos. Se dispone de muy poco tiempo para lograr el consentimiento, dos o tres horas, porque demorarlo, retrocedería el dispositivo posterior, que tarda entre doce a catorce horas, una vez que se comunica al organismo encargado del trasplante (INCUCAI).

Para no correr el riesgo de una negativa, es necesario saber que toda actuación que busque propiciar un buen clima hacia la donación precisará conocer y analizar los aspectos cognitivos de las actitudes y creencias de la población sobre la que se hay que trabajar.

El componente conductual de las actitudes contribuye a la ejecución de acciones manifiestas y de verbalizaciones relacionadas con el comportamiento. Es importante, por consiguiente, el reforzamiento de toda conducta prosocial. (González, Martínez García y Manrique, 1991).

En un estudio realizado por González y otros (1991), en Madrid, sobre los aspectos sociales de la donación, determinaron que la posibilidad de aumento en la donación de órganos se ve limitada, en gran medida, por la falta de conocimiento sobre el cómo y el dónde acudir para realizar el compromiso de la donación; que existe un conocimiento insuficiente sobre estos temas; y que prevalecen miedos, desconfianzas y suspicacias en gran medida a razones biológicas (riesgo de muerte aparente a la hora de extracción de los órganos) y emotivas (desagrado por la utilización del cadáver).

Para Calvo y Mena (1995), los aspectos psicológicos intrínsecos de cada individuo pueden ejercer influencia en la actitud de los sujetos hacia la donación y en su decisión final, cuando se les presenta la ocasión para que su postura personal se materialice. Aún así, los estudios que analizan las variables psicológicas son escasos y sólo algunos han detectado relaciones significativas.

Algunas de las variables psicológicas que implican una actitud desfavorable hacia la donación se asocian con baja autoestima, mayor ansiedad, estado anímico deprimido, relaciones familiares inadecuadas, lugar de control externo, menor grado de altruismo, menor estabilidad emocional y menor grado de apoyo social.

En una investigación realizada en España, se llegó a la conclusión de que para aumentar el número de donaciones sería conveniente presentar campañas que inciten a dialogar con la familia sobre el tema, presentando personas trasplantadas que transmitan la utilidad de los trasplantes y la necesidad de órganos, así como expertos que expliquen la transparencia del proceso de donación extracción- trasplante, intentando desmitificar los ritos de entierro. (Calvo y Mena, 1995)

Y en relación a los aspectos sociales, en general, los resultados revelan que los sujetos participantes en este estudio que tienden a tener una actitud positiva hacia la donación de los órganos de un familiar suelen ser más extrovertidos, más independientes con respecto al grupo, menos radicales en las relaciones interpersonales, y pertenecen a ambientes familiares más abiertos, donde las ideas son expresadas de forma más libre.

1.4.3 Factores éticos

Diversos y complejos cuestionamientos éticos han surgido desde los primeros años, ya que la bioética y los trasplantes, surgieron y evolucionaron a la par, y no por casualidad.

La práctica de trasplante, surgida a mediados del siglo XX, han ido incrementando su eficacia y seguridad en las décadas siguientes de modo tan significativo, que antes de finalizar el siglo se habían constituido ya en un arma fundamental en la lucha contra la enfermedad y la muerte. (Gracia, 2001)

Este avance no sólo ha sido técnico, sino que además se ha tenido que avanzar en nuevas técnicas de información, de obtención del consentimiento, de comunicación de malas noticias, etc. Es este el punto en donde se fomenta la ética médica, definida como "Conjunto de valores, principios morales y de acciones relevantes del personal responsable de la salud (médicos, enfermeras, técnicos y funcionarios) dirigidos a cumplir con los objetivos de la medicina". (Reyes–Acevedo, 2005).

Gracia (2001), realiza un análisis de los cuestionamientos éticos que plantea la medicina de trasplante por décadas, en donde existe un problema ético dominante. Nunca hay, por supuesto, un único problema ético, pero sí uno que concentra una mayor atención. A continuación se exponen brevemente.

1.4.3.1 *Los años cincuenta: la ética de la Mutilación*

La mutilación exigía la donación en vida, por lo que el debate ético de esta década gira en torno al trasplante renal. El problema ético que se planteaba era, pues, el de la extracción de un órgano de un sujeto vivo y sano, a fin de trasplantarlo a otro y de ese modo salvar su vida. La extracción de un órgano funcionante y sano de una persona viva era, jurídicamente, considerado un delito en todos los códigos penales del mundo, y era la de «mutilación».

Quienes discutían sobre este problema ético manejaban una tesis tradicional, la de «el fin no justifica los medios.» Por tanto, no pueden permitirse fines en sí malos para la consecución de fines buenos.

Luego de varios planteos y discusiones del orden filosófico, es Tomás de Aquino quien “se pregunta si una persona puede elegir el respeto de su propio cuerpo en vez de la vida de otra persona, o, en otras palabras, si debe amar más a su hermano que a su cuerpo. Su respuesta es que poner en peligro la propia vida por el beneficio de otro, no puede ser considerada una obligación perfecta o de justicia, sino sólo imperfecta o de beneficencia”. (Gracia, 2001).

Este acto de beneficencia se funda en el amor de caridad y, por tanto, resulta incompatible con el comercio, y poner la propia vida en peligro a favor de otro es una acción de este tipo.

Llegado este punto se dedujeron varias consecuencias muy importantes. Una, que la extracción de órganos de un individuo vivo y sano es moralmente justificable, pero siempre que se den varias condiciones, como que se trate de un familiar y que se haga por amor y no por dinero. Es por ello que aparece el término de la «donación». Y también, que el deber moral de donar se considera imperfecto o de beneficencia, no perfecto o de justicia. Por tanto, nadie puede obligar a otra persona a donar un órgano, y tampoco puede coaccionarle moralmente, diciendo que se trata de una obligación moral el salvar la vida de una persona en peligro, máxime cuando se trata de un familiar.

La donación es un acto altruista que uno puede exigirse a sí mismo, pero que nadie tiene derecho a exigir a los demás.

1.4.3.2 *Los años sesenta: la ética de la Experimentación*

El éxito conseguido a partir de 1954 con el trasplante de riñón animó a los investigadores a probar con otros tipos de trasplantes. Así nace esta nueva etapa.

La teoría crítica que comenzó a circular, muchas veces llenas de agresividad e indignación, es que se estaban utilizando seres humanos como conejillos de indias, sin ningún tipo de reparos. Inmediatamente surgió el recuerdo de los experimentos en los campos alemanes de concentración durante la segunda guerra mundial.

La búsqueda de una solución se puso en manos de los Estados como mediadores, que debían empezar a regular este tipo de intervenciones, para que sean consideradas realmente como un auténtico interés científico, y no como la suma de prestigio personal por quines realizaban los trasplantes.

Los amplios estudios, avances científicos o experimentos realizados con los seres humanos, dieron lugar a que surgieran los Comités de Ensayos Clínicos, por lo que no era suficiente el criterio de investigador principal. El comité obligó a que se tengan en cuenta tres puntos: 1) Los derechos y el bienestar de los sujetos; 2) La pertinencia de los métodos utilizados para obtener el consentimiento informado; 3) La proporción riesgo/beneficio. A partir de ese momento todos los países comienzan a legislar y exigir un control cada vez más estricto de la investigación con seres humanos. (Gracia 2001).

1.4.3.3 *Los años setenta: la ética de la Donación*

Si bien en los cincuenta se implementó la teoría de la “donación”, ésta estaba determinada para donante vivo y solamente familiar, pero la dificultad de encontrar por esta vía órganos para todos los que los necesitaban se convirtió en un problema y la donación de vivo llegó a un cierto tope. En unos casos, porque se trataba de una donación imposible, dado que el órgano a trasplantar es único, como sucede con el corazón o el hígado; y en otros casos, porque el hecho de que la donación quede circunscrita al ámbito familiar hacía que por unas circunstancias u otras (como el miedo, la incompatibilidad) muchos pacientes no pudieran beneficiarse del trasplante.

Todas estas razones hicieron absolutamente necesaria la búsqueda de una fuente de órganos distinta del sujeto vivo y sano; y la posibilidad ideal era la donación de cadáver. La solución llegó en 1968, año en que se publica el Informe del Comité Especial de la Escuela Médica de Harvard, que ponía a punto los llamados «criterios de Harvard» para la definición del «coma irreversible».

Luego de varios estudios y de debates de índole médica, filosófica y ética, al final de la década de los setenta, el consenso sobre la muerte cerebral estaba prácticamente establecido. De este modo, se hacía posible un nuevo modo de donación, la llamada donación de cadáver que era la más adecuada, porque se evitaban todos los problemas de posible coacción psicológica o física a los donantes, y también el peligro de la comercialización.

En esta década también se aplica la teoría del «consentimiento presunto», según la cual todo cadáver es donante si en vida no ha expresado su voluntad en contrario. A partir de esto se resolvieron varios de los grandes problemas que impedían el desarrollo de los trasplantes de órganos: la escasez de donantes y la dificultad de encontrar órganos histocompatibles, estableciendo organismos supranacionales que permitieran intercambiar órganos entre poblaciones muy numerosas y desarrollando inmunosupresores cada vez más eficaces y seguros.

1.4.3.4 *Los años ochenta: la ética de la Distribución.*

Aún resuelto el tema de la donación cadavérica, el número de potenciales donadores seguía siendo menor al de aquellos que esperaban un trasplante. Por ello, el

planteo que Gracia (2001) establece es: “¿Cómo distribuir recursos escasos? O dicho de otro modo, ¿cómo seleccionar o clasificar a los pacientes?”.

Para la selección o clasificación de pacientes se prohíben criterios como el rango social, el poder político, el nivel cultural, la situación económica, la belleza física, la nacionalidad o el color de la piel. Todos esos son criterios que se consideran incorrectos, y por tanto injustos, ya que constituyen criterios discriminativos o marginalizadores. El único criterio que se considera correcto es el estrictamente médico; por tanto, se evalúa el pronóstico para saber en qué pacientes el trasplante esta de veras «indicado.»

La primera indicación es que el paciente tenga una insuficiencia grave e irreversible de una función vital susceptible de ser tratada mediante trasplante. A partir de ello se comienzan a plantear los criterios de clasificación que refieren: histocompatibilidad, el tiempo de espera, la gravedad o urgencia del caso, la adecuación entre el volumen del órgano que se va a trasplantar y el de la cavidad en que va a ser colocado, y, la diligencia en procurar órganos de instituciones o de zonas geográficas y administrativas.

Lo cierto es que ninguno de estos criterios puede considerarse o ser único, sino que el proceso de elección es un proceso complejo en donde se evalúa que estén presentes la mayor cantidad de los mismos.

1.4.3.5 *Los años noventa: la ética de la Organización*

El éxito o fracaso de los programas de trasplantes dependía en buena medida de factores organizativos y no era un mero problema de distribución de recursos escasos.

La donación y el trasplante exigen una compleja estructura organizativa, que se caracteriza por ser en buena medida pública y burocratizada. Ésta debe abarcar un amplio espacio geográfico y un elevado número de habitantes, así como equipos muy especializados y complejos; y todo ello dispuesto para funcionar en cualquier momento y siempre contra reloj, ya que los períodos de tiempo de que se dispone para llevar a cabo todo el proceso, desde la extracción hasta el trasplante, son muy limitados. (Gracia, 2001)

La complejidad no es puramente del ámbito técnico-médico, sino que exige un elevado nivel motivacional, con valores fuertes y una clara conciencia ética de lo que se está haciendo.

Desde la perspectiva del razonamiento ético es necesario el control estricto de ciertas variables capaces de desmoronar cualquier sistema organizativo del área de los trasplantes. Estas variables son la máxima firmeza en el diagnóstico de la muerte cerebral o encefálica, la batalla por la no comercialización de los órganos del cuerpo humano y el rigor en los criterios de inclusión en las listas de espera y de selección de los pacientes entre los inscritos en la citada lista.

Otro de los puntos éticos de la organización a destacar es el manejo adecuado de la información y del trato con los pacientes y con sus familiares, en el cual es de suma importancia los aspectos psicológicos y los éticos. Los psicológicos refieren a las técnicas adecuadas y el entrenamiento en la entrevista de petición de los órganos para el trasplante, teniendo en cuenta el momento de duelo que está pasando la familia por la reciente pérdida y haciendo un buen uso de las habilidades básicas de comunicación para transmitir las “malas noticias”. Los éticos tienen que ver con el logro del consentimiento informado de la familia para que sea posible la ablación de los órganos, sin el cual no podría realizarse ninguno de los pasos del proceso. (Gómez Marinero y Guervós, 2004).

1.4.3.6 Año 2011: *¿la ética de la Concientización?*

Si bien Gracia termina su análisis en los años noventa, y desde aquella década hasta los tiempos actuales se ha consolidado a nivel terapéutico-médico-legal el tema de la práctica de los trasplantes de órganos y tejidos, creo que hoy en día es necesario mirar hacia la concientización sobre la donación.

En el cotidiano vivir uno se encuentra con miles de personas que no conocen sobre el tema. Al hablar de trasplante con conocidos, familiares o amigos, lo primero que se suele escuchar sobre tráfico de órganos y un arsenal de miedos, como no permitir que en el carnet de conducir se coloque que uno es donante por temor a que lo dejen morir si tiene un accidente; ser secuestrado, drogado y metido en una bañera llena de hielos para sacarle un órgano, entre otros. Estos mitos circulan en todos los países de Latinoamérica y se propagan más que la verdadera información sobre la claridad y transparencia con la que se realiza el proceso.

Reconozco que fui una persona más del común de estas opiniones y hasta que no me informé e interesé al respecto no pude comprender la importancia de la donación de órganos.

Actualmente, por las condiciones de vida a las que nos vemos expuestos día a día, por la mala calidad de vida que llevamos, sin realizar controles médicos, la mala alimentación, el estrés, la contaminación ambiental, la falta de ejercicio físico, entre otros, tenemos más probabilidad de esperar un trasplante que de ser donantes.

Creo que la falencia actual de los sistemas dedicados a la temática de trasplante está en las pocas campañas informativas sobre la misma, que promuevan la conciencia de los ciudadanos, y en este punto es donde, hoy por hoy, debemos afirmarnos.

1.4.4 Factores legales

Dada la importancia de establecer una normativa legal acerca del trasplante de órganos es absolutamente necesario que las legislaciones traten a fondo este procedimiento, para que garanticen el respeto a los derechos del donante y del receptor.

En la Argentina, se sanciona en 1977, por primera vez la Ley 21.541, que crea el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI). El mismo año, el Honorable Congreso de la Nación redacta la Ley 23.464, que regula la donación de órganos y control de los trasplantes bajo la supervisión del CUCAI, institución que se crea con esa finalidad. Esta Ley Nacional se constituye en la primera ley que regula esta actividad, integrando a la Argentina dentro del marco de los países más avanzados del mundo. Siendo el primer Director el doctor Félix Cantarovich (Propulsor de esta Ley en el Congreso).

Paralelamente se trabajaba en el aspecto legal, tanto que en 1986 se produce una modificación de la Ley 21.541, mediante la sanción de la Ley 23.464, en la que se reconsidera el criterio de muerte encefálica.

La década del `90 comienza con un nuevo cambio legal. El antiguo CUCAI se transforma en el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). A partir de la sanción de la Ley 23.885, pasa a ser un organismo descentralizado, con autarquía y conserva su dependencia del Ministerio de Salud de la Nación.

Durante 1993 se promulga la Ley 24.193, Ley de Trasplante de Órganos y Tejidos, modelo descentralizado de procuración de órganos en toda Latinoamérica, normativa que rige en la actualidad con las modificaciones incorporadas por la Ley 26.066.

A partir de este momento se consolidan los aspectos legislativos tanto a nivel nacional como provincial, y se logra que en la actualidad todas las provincias argentinas tengan, con un mayor o menor grado de desarrollo, organismos jurisdiccionales oficiales de procuración de órganos y tejidos para trasplante. En el caso de Mendoza es el Instituto Coordinador de Ablación e Implante de Mendoza (INCAIMEN).

Llegado el año 2003 comienza a funcionar el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (CPH) en el ámbito del INCUCAI. Esto permite la búsqueda de un donante para dar respuesta a los pacientes con indicación de trasplante de CPH que no cuentan con un donante familiar compatible. Además se lanza el Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos, para reducir el número de pacientes en lista de espera. Como resultado, se duplican los donantes por millón de habitantes y aumenta el número de trasplantes.

En el 2004, con el apoyo y la lucha de las personas trasplantadas, la Cámara de Diputados y de Senadores sanciona finalmente a la Ley de “donante presunto” y un año más tarde, se aprueba la Ley 26.066, modificatoria de la Ley 24.193, que incorpora esta figura del donante presunto, aprobada por unanimidad.

Haciendo un análisis de la Ley 24.193 con las modificaciones implementadas en la Ley 26.066 (Ver anexo), podemos destacar algunos aspectos que han sido nombrados anteriormente y otros novedosos, que vale la pena compilarlos en el siguiente listado:

- La ablación e implantación de órganos y tejidos se pueden realizar sólo cuando otros recursos o medios se hayan agotado o sean insuficientes o inconvenientes como alternativa terapéutica de la salud del paciente.
- Los médicos o equipos médicos son registrados, habilitados y controlados jurisdiccionalmente. Los mismos trabajan en equipo con un jefe y subjefe, que coordinan las actividades de los demás miembros, siempre que estén capacitados y que poseen experiencia en esa especialidad.
- Los trasplantes deben realizarse solamente en establecimientos con adecuada infraestructura física e instrumental, con personal calificado, y siendo inspeccionada cada dos años.

- Tanto los dadores como los receptores tienen derecho a recibir toda la información de forma clara, suficiente y adaptada a su nivel cultural, cuyo lapso de recibirla no debe ser menor a las 48 horas entre la recepción de la misma y la operación. Esta información abarca: riesgos de la operación de ablación e implante; secuelas físicas y psíquicas, ciertas o posibles; la evolución previsible; y, las limitaciones como las posibilidades de mejoría. Esta información es brindada también al grupo familiar, si el dador o el receptor no se oponen. En caso que cualquiera de éstos sean incapaces o menores de edad, se comunica con el representante legal o curador.
- En caso de donante vivo sólo es posible llevar a cabo cuando sea una persona capaz mayor de 18 años, y que se cumplan las dos condiciones siguientes:
 - Que no exista perjuicio a la salud del dador, existiendo a la vez perspectivas de éxito para conservar y mejorar la salud del receptor.
 - Que el receptor sea pariente consanguíneo o por adopción hasta el cuarto grado, cónyuge o conviviente en relación conyugal mayor a tres años en forma inmediata, continua e ininterrumpida, la cual se reduce a dos años si de la misma hubieran nacido hijos.
- En el caso de donante vivo de CPH, el dador puede ser cualquier persona capaz mayor de 18 años sin limitaciones de parentesco. Si es menor de 18 años puede ser dador según el parentesco, con el consentimiento del dador o representante legal.
- Los gastos de todo el proceso de ablación e implante corren por cuenta de las obras sociales o el Estado si las personas no tuvieran cobertura social, o si éstas no cubrieran los gastos.
- Existe un registro a cargo de las diversas autoridades provinciales en donde uno puede registrar su voluntad afirmativa o negativa sobre la ablación; se puede restringir la ablación a determinados órganos y tejidos; y también determinar si los órganos o tejidos extraídos serán para determinadas personas o para realizar estudios o investigaciones. Esta manifestación queda registrada en el Documento Nacional de Identidad de la persona.
- Se refiere que cualquier persona mayor de 18 años que no haya dejado expresa su oposición, es un donante presunto; aunque siempre se recurre a la

familia para conocer la última voluntad del fallecido y ésta es la que se respeta. Si el fallecimiento es de una persona menor de 18 años, sólo pueden autorizar la donación los padres o representante legal.

- Para proceder a la ablación es necesario que se presenten los siguientes signos de manera ininterrumpida durante las 6 horas después de su constatación conjunta: una irreversible respuesta cerebral con pérdida absoluta de conciencia; ausencia de respiración espontánea; sin reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas; inactividad encefálica corroborados por medios técnicos y/o instrumentales, ó si hay paro cardiorrespiratorio total o irreversible. Dicha certificación debe ser realizada por dos médicos (neurólogos o neurocirujanos), que no sean médicos del fallecido.
- Los derechos del cadáver son: la restauración estética sin costo alguno; que sea operado en el menor tiempo posible para devolver el cadáver a la familia; y, darle un trato digno y respetuoso.
- A las únicas personas que no se puede ablacionar son aquellas que hubiesen estado internados en neuropsiquiátrico o mujeres en edad gestacional.
- Está prohibido cobrar u obtener beneficios por la realización de un trasplante; la inducción o coacción al dador para tener una respuesta positiva; la publicidad sin autorización. Estos actos son penados con prisión, inhabilitación o multas; como también todos los hechos de mala praxis durante el proceso.
- El INCUCAI, es el organismo central que regula todo lo que se establece en esta Ley, y se presenta como una “entidad estatal de derecho público, con personería jurídica y anarquía institucional financiera y administrativa”. Además se encarga de tareas como actividades de docencia, capacitación y perfeccionamiento; promueve la investigación científica; lleva a cabo campañas intensas señalando el carácter voluntario, altruista, desinteresado y solidario de la donación de órganos. Está conformada por dos Consejos Asesores.

En la actualidad se está debatiendo el Proyecto de Ley Nacional 3441/10, (Ver anexo), por la protección integral para personas trasplantadas, impulsado por las

senadoras del Peronismo Federal, Sonia Escudero y Graciela Di Perna. Este proyecto de Ley surge del Consejo Asesor de Pacientes que forma parte del INCUCAI, siendo integrado por pacientes pertenecientes a las organizaciones que representan a personas trasplantadas y en espera de ser trasplantados.

El 30 de abril del presente año se organizó una marcha pacífica en todas las provincias de la República Argentina. La mayoría de los que participaron de esta marcha fueron personas trasplantadas autoconvocados, sus familiares, amigos y miembros de organizaciones. El objetivo fue informar a la gente sobre el Proyecto de Ley y sobre la importancia del mismo.

La segunda marcha se realizó con delegaciones provinciales de todo el país reunidas en la Plaza del Congreso el 30 de mayo, fecha en que se conmemora el Día Nacional de la Donación de Órganos en Argentina, establecida en homenaje al nacimiento del hijo de una mujer que recibió un trasplante hepático en un hospital público, lo que le representó la posibilidad de dar vida. En la misma participaron todas las delegaciones provinciales que se convocaron en su lugar de residencia un mes antes.

El primero de junio la Cámara de Senadores dio media sanción a este Proyecto de Ley que pretende asegurarles a los trasplantados todo lo concerniente a su integración familiar y social mediante la atención médica integral, la educación, la seguridad social y la inserción laboral.

Los puntos más relevantes a tratar por medio de este Proyecto de Ley son:

- La dificultad para obtener un trabajo, ya que las posibilidades de pasar un examen psicofísico son escasas.
- La ubicación de centros de atención médica de alta complejidad que sólo encuentran en Buenos Aires o Córdoba, por lo que todos los demás trasplantados del interior del país deben gastar en pasajes y estadías para sus tratamientos.
- Mayor integración y posibilidades educativas, a fin de que no pierdan sus posibilidades de formarse, como así también que estén reglamentadas las faltas cuando la persona trasplantada tenga que realizarse sus estudios.
- La recepción de medicamentos en tiempo y forma, tanto los inmunosupresores como los de enfermedades colaterales.
- Que existe la figura legal del trasplantado, ya que hoy en día este 'vacío legal' permite que muchos de los trasplantados sufran necesidades sin tener a

quién acudir, sin un marco legal que los respalde, quedando totalmente desprotegidos; ya que personas trasplantadas hoy no son consideradas discapacitadas, pero tampoco reciben el alta médica.

1.5 EL POSTRASPLANTE.

Para que ésta práctica sea exitosa, se deben tener en cuenta múltiples factores, donde la experiencia y el buen accionar del equipo profesional es imprescindible, pero no de menor importancia es la responsabilidad y participación del paciente en todo el proceso terapéutico. Para ello es necesario que, tanto el paciente que necesita un nuevo órgano o tejido, como su familia, tengan una adecuada preparación psicológica e información para que acepte el tratamiento y el compromiso que implica un trasplante. (Andreau Periz y Force Sanmartín, 2004).

Se necesita educar al paciente trasplantado antes de darle el alta, ya que para él comienza un nuevo período de su vida, en el cual puede alcanzar un alto grado de rehabilitación y de bienestar.

El paciente debe ser conciente que para garantizar el éxito del trasplante es imprescindible que “se someta a unos controles y a un tratamiento médico, además de adoptar unas medidas higiénico-dietéticas de forma permanente”, según Andreau Periz y Force Sanmartín (2004, p. 71). La actitud de educación debe ser optimista pero cautelosa, asegurándose que el paciente entiende el riesgo que conlleva no seguir las indicaciones médicas para todo tipo de trasplante en general, como las que se detallan a continuación. Muchos se confían de su bienestar actual, de sentir que “han vuelto a nacer” y hacen caso omiso a las indicaciones postrasplantes, que podrían nuevamente, costarle la vida.

Los puntos más sobresalientes sobre los que hay que educar son:

- *Controles médicos:* a medida que va avanzando el tiempo y si no se presentan complicaciones, los controles médicos específicos sobre el trasplante son más espaciados. Es conveniente que la persona se pese con frecuencia, y que además controle la temperatura, la presión arterial y el

pulso. Además, no debe dejar de realizar los controles que la población en general debería hacer: revisiones oftalmológicas, dentista o ginecólogo.

- *Dieta:* si bien el trasplante libera a las personas en cuanto a las restricciones dietéticas, es importante que la persona no realice desarreglos alimenticios en para evitar una predisposición a la obesidad, la hipertensión o la alteración de lípidos. El trasplantado puede comer “de todo”, como la población en general, pero se le recomienda una dieta variada, rica en fibra para evitar el estreñimiento, con un contenido moderado de grasas de origen animal, de proteínas y de sal. Si el tratamiento inmunosupresor es muy intenso conviene evitar alimentos fácilmente contaminables, como la leche fresca y sus derivados, frutas dañadas o sin pelar, o comidas que lleven tiempo cocinadas.
- *Medidas de higiene:* una vez trasplantado, las personas están más expuestas a contraer infecciones, por lo que tienen que adquirir hábitos de higiene más precavidos. Los primeros tiempos de ser trasplantados no deben permanecer mucho tiempo en espacios cerrados o con aglomeraciones, y evitar el contacto con personas que tengan síntomas de sufrir alguna infección, como la gripe, diarrea, o enfermedades eruptivas. Es curioso que las medidas de higiene que se les recomienda, deberían ser medidas que toda la población tenga incorporada en su cuidado personal, pero sabemos que no es así. Entre estas están: usar elementos de limpieza personales y no compartirlos; mantener la piel en buenas condiciones con una ducha diaria, uso de jabones neutros e hidratarla, y si es expuesta al sol utilizar protectores con altos índices de protección; lavarse frecuentemente las manos; si tiene una herida debe lavarla con agua y jabón y desinfectarla; y, realizar un adecuado cepillado de dientes después de cada comida.
- *Ejercicio:* la actividad física es imprescindible para el mantenimiento de la salud, y a pesar de cómo piensa la mayoría, se debe aconsejar a la persona trasplantada que haga ejercicio en forma regular. El único periodo donde se limita a la persona a realizar algún tipo de ejercicio es durante los dos o tres primeros meses después del trasplante. Es recomendable porque es una buena manera de reforzar los músculos, mantenerse en forma y evitar el exceso de peso. Un trasplantado puede retomar su actividad, o si no hacían ningún ejercicio pueden hacerlo progresivamente. La precaución lógica debe

ser evitar situaciones que impliquen riesgo de sufrir golpes que puedan lesionar el injerto. La actividad física que pueden realizar las personas trasplantadas va desde caminatas hasta deportes de alto rendimiento, como natación, atletismo, tenis, tenis de mesa, ciclismo, golf, voley, squash, mini maratón, bowling, ajedrez, entre otras. Es tal la capacidad para deportistas trasplantados que se realizan competiciones deportivas a nivel nacional, internacional e incluso mundial.

- *Medicación:* este aspecto es muy importante porque el paciente debe ser plenamente conciente que la única forma de evitar el rechazo es tomar siempre los medicamentos inmunosupresores para impedir la respuesta de defensa del organismo. Las recomendaciones generales que proponen Andreau Periz y Force Sanmartín (2004), son:
 - Reconocer el nombre, la dosis y el horario de la toma de los medicamentos.
 - No modificar nunca la dosis de los inmunosupresores sin la indicación expresa de su médico, ya que el éxito del trasplante puede depender en gran parte de esta medida.
 - No olvidar ninguna toma. Si se ha olvidado una dosis y falta más de cuatro horas para la dosis siguiente, debe tomarla.
 - Los vómitos frecuentes pueden alterar la absorción de los medicamentos, como también la diarrea.
 - Es necesario un orden en la toma de medicación: tomarla a la misma hora cada día.
- *Sexualidad y fertilidad:* la mejoría del estado general que se observa después del trasplante repercute también en la sexualidad. En los varones suele haber un aumento de la libido y una mejoría en la potencia sexual. En las mujeres también mejora la capacidad sexual y la fertilidad, ya que en las mujeres con edad fértil recuperan la capacidad reproductora. En el control de la natalidad puede realizarse con métodos de barrera, preservativo y diafragma, pero se desaconseja los fármacos anticonceptivos porque interfieren en el metabolismo de algunos inmunosupresores. Si una mujer desea quedar embarazada se recomienda que espere uno o dos años, para que esté totalmente recuperada, se hayan regulado las dosis de inmunosupresores y

eviten los mayores riesgos posibles, controlando el embarazo rigurosamente desde sus inicios.

CAPÍTULO 2

PSICOLOGÍA DEL DEPORTE

2.1 INTRODUCCIÓN

La importancia de conocer la historia, el desarrollo, la investigación actual y el continuo despliegue de la Psicología Deportiva, nace justamente para que podamos determinar cuáles son los factores psicológicos que necesitamos tomar en consideración para alcanzar un mejor rendimiento físico, o bien, para tener una buena calidad de vida.

Harris y Harris (1992), dicen que hay que “*Pensar con nuestros músculos*”, y esto es relevante porque casi nadie prepara y practica el necesario condicionamiento mental.

Como ya todos sabemos, lo físico y lo psíquico no son separables en el deporte, ya que todos cuando aprendemos a practicar un deporte, estamos adiestrando nuestra mente. No existe destreza deportiva en donde no participe nuestro cerebro y nuestra mente, y más adelante intentaremos ver los beneficios del deporte en estas dos áreas y en una más, la social.

2.2 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA APLICADA AL DEPORTE.

Si bien no hay una fecha precisa para determinar sus comienzos, los primeros estudios se registran a partir de fines del siglo XIX, en donde la Psicología comienza a interesarse en el deporte.

González (1998), divide la formación de la Psicología Deportiva en cuatro etapas.

1- Etapa de los Precursores (1890-1919)

El interés de los psicólogos surge por la demanda de los profesores de Educación Física, quienes empezaron a dar cuenta de la importancia de los factores psicológicos en el deporte de competición. Frente a esto, algunos autores, y de manera aislada, comienzan a prestar atención a esta relación y se lanzan los primeros escritos.

En el primer experimento realizado por Norman Triplett en 1898, se trabajó comparando el rendimiento de los ciclistas que corrían solos de los que lo hacían en equipo. Los resultados arrojaron que los ciclistas que corrían acompañados lo hacían

más rápido que los que iban solos. La motivación competitiva en este caso se traducía en una mejor actuación y rendimiento.

2- Etapa de Formación (1920-1944)

En este período comienzan a aparecer distintas concepciones en este ámbito de la psicología y se puede diferenciar el desarrollo en dos regiones: Europa y Norteamérica. En Europa tras la Primera Guerra Mundial, se dio lugar al nacimiento del primer laboratorio, en Berlín (1920), de la mano de Diem, realizando estudios experimentales centrados en la actividad física y la psicología del deporte entre 1921 y 1930. A partir del '30 hasta la Segunda Guerra Mundial, se destaca el trabajo realizado en la Universidad de Leipzig, sobre aprendizaje motor.

Por mientras, en Norteamérica, Griffith crea un laboratorio en 1925 en la Universidad de Illinois, para investigar de lleno un conjunto de problemas psicológicos relevantes en el rendimiento deportivo, abarcando tres áreas específicas: habilidades psicomotrices, factores de aprendizaje y variables de personalidad.

Estos trabajos fueron la base sobre la cual surgió la Psicología Deportiva como una especialidad aplicada a la Psicología.

3- Etapa de Crecimiento (1945-1964)

Tras la Segunda Guerra Mundial se acrecientan las investigaciones de los factores psicológicos que inciden en el deporte. Mucho peso tuvo el conductismo americano, ya que el punto de mayor estudio fue el del aprendizaje, en general, y el aprendizaje motor, en particular. Otras investigaciones se basaron en: reacciones emocionales de los atletas en deportes como fútbol y boxeo; agresividad en boxeadores y jugadores de lucha libre; e influencia del estrés sobre el rendimiento físico.

4- Etapa de Consolidación (1965 en adelante)

En esta etapa no sólo se investiga, sino que el conocimiento obtenido comienza a ser utilizado en la evaluación e intervención de la práctica deportiva. Dos son los sucesos que marcan el inicio de este período: el Primer Congreso Internacional

de Psicología del Deporte dictado en Roma en 1965, y la aparición de la primera asociación americana de Psicología del deporte en 1967.

En el Congreso realizado en Roma participaron más de 500 especialistas (psicólogos, psiquiatras, médicos deportivos, técnicos deportivos y profesores de educación física), donde se presentaron más de 200 trabajos. En el mismo se presentaron dos corrientes de estudio: sobre el aprendizaje motor y las capacidades motoras, la transferencia, las percepciones, la influencia del movimiento en determinados componentes de inteligencia (Estados Unidos), o sobre la personalidad, las motivaciones y las emociones (Europa). (Tamorri, 2004).

La Sociedad Norteamericana para la Psicología del Deporte y de la Actividad Física (NAPSPA), creada en 1967, surge en Las Vegas, con la labor de proteger y difundir la Psicología deportiva. Las dos acciones más destacables a sus comienzos fueron: la publicación semestral de un Boletín de Psicología del Deporte y la celebración de reuniones anuales para extender el conocimiento.

Luego del Segundo Congreso Internacional de Psicología del Deporte dictado en Washington, en 1968, surge un año más tarde la Sociedad Canadiense de Aprendizaje Psicomotor y la Psicología del Deporte (CDPLSP), que junto con la NASPSPA han sido una gran influencia en sus países y en el resto del mundo.

Cabe agregar, por las últimas contribuciones desde la Psicología del Deporte, una *quinta etapa*, que podría denominar *Etapa de profundización*, ya que ha habido una ampliación de los intereses de estudio y aplicación. Actualmente el objetivo principal es la optimización de las capacidades mentales, de los estados de ánimo y de la administración del estrés. Otros temas son la percepción en psicología y el burn-out y la ansiedad del final de carrera en psicopatología.

Tamorri (2004), propone que debe venir una tercera generación que se ocupe en un futuro sobre el estudio de las bases fisiológicas de las acciones mentales, para que se comprenda la interacción de la experiencia y el cerebro.

2.3 CONCEPTUALIZACIÓN DEL DEPORTE Y DE LA PSICOLOGÍA DEL DEPORTE

Etimológicamente la palabra *deporte* deriva de *disporte* (*dis* y *portare*), *sustraerse del trabajo*. Esta derivación de la palabra implica que el deporte es diversión, no tarea pesada.

Los deportes forman parte de los patrones de relación social y representan modalidades grupales de la necesidad de encuentro que experimenta nuestra sociedad. (Lawther, 1978), y un lenguaje universal de fácil interpretación desde cualquiera de las diferentes culturas. (Riera, 1985).

Son un producto cultural y una clase de juego pero, una categoría especial. Los juegos han sido caracterizados de diversas maneras, desde los de azar, de destrezas físicas y los de estrategias. Cuando los juegos se convierten en deportes suele necesitarse de mucha práctica y aprendizaje para adquirir entereza física y destreza, fuerza, velocidad, resistencia y precisión necesarias para sobresalir.

Según Lawther, (1978), pueden distinguirse los deportes que se realizan por *hobbie*, aquellos libres y voluntarios que se empiezan y se terminan cuando uno lo desea; o los *competitivos*, que poseen reglas y sanciones, y cuyo vencedor debe ganar por méritos, no por azar. Además, existe también la práctica de deportes por *razones de salud*.

Cox (2009), por su lado dice que existen dos tipos de deportes: los interactivos y los coactivos. Los primeros, como voleibol, basquetbol y fútbol requieren que los miembros del equipo interactúen entre si. Los otros son aquellas actividades como bowling, arquería y tiro al blanco que no requieren que los miembros del equipo interactúen entre sí para lograr el triunfo.

Frente a las diferencias en la conceptualización del deporte, y a que existen muchos prejuicios entre la mayoría de los entrenadores y algunos deportistas, ya que piensan que los psicólogos son personas que prestan ayuda solamente a quienes la sociedad cataloga como “desequilibrados” o “desajustados”, y nunca admiten que algunos deportistas “normales” tengan necesidad de ayuda de alguien que haya sido preparado en psicología deportiva (Harris y Harris, 1992); es que se empieza a delimitar el concepto de la Psicología del Deporte:

“La psicología del deporte es una disciplina que intenta aplicar los hechos y principios psicológicos al aprendizaje, a la performance y a la conducta humana relacionada con todo el ámbito de los deportes.” (Lawther, 1978, p. 11)

“La psicología del deporte es una amplia corriente de pensamiento en la que confluyen diversas doctrinas (psicología, medicina, psiquiatría, sociología, filosofía, higiene, educación física, rehabilitación, etc.) y, por consiguiente se trata de un asunto de competencia multidisciplinar abierto a la contribución que cada uno pueda aportar desde la base de su propia preparación específica” (Antonelli y Salvini, 1983a, p. 2, en Riera, 1985, p. 30)

“La Psicología deportiva constituye una especialidad de la psicología científica que investiga y aplica los principios del comportamiento humano a las materias concernientes a la práctica del ejercicio físico y del deporte.” (González, 1998, p. 35)

“La psicología del deporte investiga, como disciplina científica, las causas y los efectos de los procesos psíquicos que tienen en el ser humano antes, durante y después de una actividad deportiva” (Thomas, 1980, p. 28, en Riera, 1985, p. 31)

2.4 DEPORTE INDIVIDUAL Y DEPORTE GRUPAL

Los deportes pueden realizarse o bien de manera individual o con la compañía de otras personas. Son pocas las investigaciones acerca de la práctica deportiva individual, porque para muchos resulta poco atractiva frente a la práctica deportiva grupal. Pero es cierto que para definir el trabajo en equipos deportivos se tienen en cuenta el desempeño de los deportistas de manera individual.

A continuación se desarrollan estas dos formas de practicar deporte, intentando establecer ciertas comparaciones y particularidades de las mismas, teniendo en cuenta que estamos hablando de una práctica competitiva.

2.4.1 Deporte Individual

Lo que más se destaca en la práctica deportiva son las diferencias individuales en relación a los procesos cognitivos, motivacionales y emocionales, para el rendimiento deportivo. (González, 1998).

No se han encontrado relaciones directas entre los tipos de personalidad particulares con deportes específicos o con puestos diferentes dentro de un equipo.

El primer estudio sobre Psicología del deporte, realizado por Triplett en 1898, demostró que los ciclistas que corrían solos lo hacían con menor velocidad que los que corrían en compañía, porque la motivación sobre el rendimiento aumentaba debido a lograr el mejor nivel competitivo.

De todas formas, la competencia deportiva individual puede ser respecto a su propia marca o las marcas previamente establecidas por otros.

Lawther (1978), marca algunos beneficios del deporte individual que pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- Poseen mayores valores recreativos en la edad madura porque se tienen más posibilidades de practicarlos y de participar en ellos.
- La persona está “ensimismada” y por eso, quizás, es más precisa en la autoevaluación y en el autocontrol.
- Se pone mayor acento cuando se trata de responsabilidad individual y lo mismo ocurre con respecto a la técnica y precisión de la performance.
- Tienen menor atracción sobre las masas.
- Cuando las personas son de edad más avanzada tiene mayor probabilidad de realizarlos por las demandas de la vida diaria que insumen tiempo, y es difícil reunir un número necesario de jugadores para las prácticas de equipo.

2.4.2 Deporte Grupal

Un grupo debe constar de al menos dos personas, ser lo suficientemente pequeños para proporcionar conocimiento mutuo, interacción, interdependencia y continuidad en el tiempo. Pero para que un grupo se convierta en un equipo además

tienen que *coordinar* entre sí de forma perfecta y tener la misma *motivación* por la que luchan.

Muchos afirman que “los mejores individuos hacen a los mejores equipos”, pero la suma de las destrezas individuales no hace al equipo, sino que tiene que tenerse en cuenta la *interacción* de los individuos. Tal es el caso de la Selección Argentina de Fútbol, que posee a las mejores estrellas mundiales del fútbol, que brillan en distintos equipos a nivel internacional, pero cuando se juntan todos falla la interacción de sus miembros.

Para que esto no suceda se debería usar de forma efectiva sus recursos individuales, poniéndolos al servicio de una finalidad compartida (González, 1998), donde el rol del líder es muy importante, porque fomenta el desarrollo del sentimiento de “nosotros”, priorizando el funcionamiento grupal frente al individual con respeto mutuo y apoyo.

Los beneficios del deporte grupal o en equipos para Lawther (1978) son:

- Se basa en un aprendizaje de aceptación de las diferencias sociales, económicas, raciales y religiosas.
- Se lucha en pos de un triunfo común porque todos se sacrifican y empeñan en lograr lo mejor para el grupo.
- Se tiene en cuenta tanto el liderazgo como la cooperación de los seguidores en el aprendizaje.
- Se desarrolla un sentimiento de pertenencia y conformidad con las pautas adoptadas por el grupo.
- Se deben aprender cuando la persona es joven, fuerte, vigoroso y cuenta con mucho tiempo libre.

Cox (2009) agrega algo más a todo lo dicho sobre los equipos deportivos. Él dice que los equipos exitosos no sólo tienen la capacidad de trabajar juntos, sino también de *disfrutar* de una cierta atracción entre sí.

2.5 DOS ORIENTACIONES EN PSICOLOGÍA DEL DEPORTE

Dentro de los puntos en común que tienen algunos psicólogos sobre el entrenamiento psicológico en el deporte (Balaguer, 1994), consideran que es importante que éste no esté centrado únicamente en el rendimiento de los deportistas, sino también que incluya aspectos como asesoramiento, educación, capacitación para resolver problemas, entre otros, apuntando al desarrollo del deportista desde el crecimiento personal.

Existe una orientación destinada al alto rendimiento competitivo, y quizás es la más desarrollada desde este nuevo enfoque de la psicología, pero este trabajo de investigación se centra en la perspectiva del deporte orientada a lograr una mejor calidad de vida, ya que hay variables psicológicas como la autoestima, autoeficacia, competencia, estabilidad emocional y deseo de seguir luchando, que están influenciadas y ejercen influencia en el ejercicio físico.

A continuación se detalla brevemente cada una de estas orientaciones.

2.5.1 Orientación hacia el alto rendimiento competitivo.

Competir implica realizar un esfuerzo propio para probar la propia superioridad frente a otro, conquistar un premio u obtener reconocimiento sobrepasando los méritos del adversario. Las personas necesitan probarse a sí mismas superando sus propias marcas, y en contraposición a los demás.

Existen muy pocas dudas con respecto a que el hombre casi siempre se ha sentido complacido con la experiencia física de sus deportes y también queda fuera de dudas que ha buscado placeres adicionales tales como premio o recompensas siempre que demostró superioridad o resultó victorioso en algún evento deportivo. (Lawther, 1978).

La competitividad es entendida como la motivación de competir o buscar éxito en la competición. Un punto común en toda competición es que produce reacciones psicológicas ansiógenas muy intensas. (González, 1997). Competir es luchar por sobresalir, por superar, por alcanzar la perfección. (Lawther, 1978).

La condición de que un deporte sea competitivo, añade interés, incentivos adicionales y motivaciones que aumentan el valor de su práctica. Además, un rendimiento

uniforme dependerá de cómo aprendamos a regular nuestros conocimientos, desde un punto de vista cognoscitivo, durante la competición.

Por otra parte, el rendimiento deportivo también está influenciado por la edad, el medio social o el sexo, variables muy importantes a tener en cuenta a la hora de la práctica competitiva.

Murray entre las motivaciones constitutivas de la personalidad describe una en particular, la *motivación de logro*, que se manifiesta en lograr algo difícil de dominar, de superar obstáculos, de superarse a uno mismo, de superar a otros y de incrementar la autoestima mediante la actuación con éxito. Atkinson suma a la motivación por alcanzar el éxito, el motivo por evitar el fracaso.

2.5.2 Orientación deportiva hacia a la calidad de vida.

La Psicología del Deporte no solo se ocupa de recuperar a personas con problemas clínicos sino también a prevenirlos y a conseguir que las personas sanas, lo sean aún más.

El hombre desarrolla patrones de movimientos para satisfacer las necesidades de su vida, pero también ejercita estos patrones para la diversión, para la expresión del exceso de energía y de alegría de vivir sin límites. (Lawther, 1978).

El objetivo principal de la práctica deportiva puede ser una experiencia social de carácter relajador o meramente un pequeño pasatiempo después del cual el individuo vuelve del trabajo con mayor ímpetu y voluntad. (Harris y Harris, 1992)

La finalidad de la educación no es exclusivamente la adquisición de determinados conocimientos o habilidades, sino el desarrollo de un ser humano plenamente libre, creador y recreador de su propia cultura, con el fin último de mejorar su calidad de vida.

La Educación física es la área de la educación que educa al hombre a través del movimiento, desde y en lo psicomotor, hacia lo cognitivo-socioafectivo y en función de un diseño de hombre.

Algunos autores (Lawther, 1978) lo relacionan también con el hecho de que las personas cuando se dejan absorber por el juego pueden olvidar las frustraciones que tengan en otros campos de la vida humana, al menos temporalmente. Además, desde el punto de vista mental es muy favorable que los deportistas se abstraigan de sí mismo para centrar su atención en el entorno.

En suma, lo que hace que sea visto desde la perspectiva de calidad de vida es considerar a los deportes como un medio educativo para el desarrollo de características físicas y psicosociales, que pueda generalizar desde el deporte a la vida real para serles útiles.

La actividad físico-deportiva puede tener una influencia, directa o indirecta, sobre la calidad de vida en un doble sentido: por todo lo que puede aportar (mejorar la condición física, facilitar relaciones interpersonales, disfrute, etc.), y por todo lo que puede evitar (prevenir deterioros físicos, soledad, alteraciones emocionales, entre otros).

Arnold Toynbee, historiador inglés, opina que “*los deportes son esenciales para el **bienestar** de las personas si tenemos en cuenta las condiciones de la vida a que nos somete la moderna cultura industrial...*” (Lawther, 1978, p. 61, la negrita es propia).

Esta concepción de salud que no sólo se entiende como la ausencia de conflictos, sino que comprende un grado suficiente de bienestar físico, psicológico y social. (González, 1998)

El **bienestar físico** como es conocido por motivos estéticos, por estar en buena forma física, perder peso, favorecer el funcionamiento respiratorio y cardíaco, reducir la grasa corporal, aumentar la resistencia física, favorecer el crecimiento, combatir la osteoporosis, mejorar el tono y la tensión muscular y el funcionamiento general del organismo; alcanzando de esta forma destrezas deportivas e incrementando la salud.

Desde el **bienestar social**, Smoli propone un triángulo deportivo compuesto por el deportista, el entrenador y los padres del deportista. De esta forma Smoli asegura que el deporte tiene una influencia positiva y profunda en su desarrollo personal y social, integrando a las familias para que la unión sea más fuerte a través de resaltar el valor de la experiencia deportiva (Williams, 1991)

Por ello se habla de la práctica del deporte como una actividad social importante en donde se establecen nuevos vínculos de amistad y conlleva a fortalecer la unidad familiar. Además favorece en reforzar la identidad y la solidaridad grupales.

Entre los beneficios aportados a nivel socio-afectivo se pueden destacar la contribución a la reinserción social, la estimulación en participación e iniciativa, la promoción en el trabajo en equipo, y, también que favorece el autocontrol, enseña a superar las derrotas y ayuda a aceptar las normas.

El hecho de realizar deportes hace que las personas desarrollen un sentimiento de seguridad dentro de su grupo social, por lo que aumenta su autoestima y con ello contribuye a mejorar su bienestar psicológico.

Sobre el vínculo entre **bienestar psicológico**-salud mental y deporte, en gran parte está ligado a reducir la depresión, incrementar la confianza, mejorar la autoestima y el cambio positivo del humor. (González, 1997).

También gracias al deporte lleva a la persona a desarrollar destrezas de liderazgo, competitividad, capacidad de cooperación, deportividad, auto-realización y auto-confianza. (Williams, 1991). A través del ejercicio físico se modela el carácter, se desarrollan valores, un sentimiento de colaboración y de trabajo en equipo.

Muchos opinan que los beneficios a nivel psíquico del deporte implica una descarga de la tensión nerviosa, aporta sensación de bienestar, mejora los reflejos y la coordinación, estimula la actividad mental, tiene efectos tranquilizantes y antidepresivos, reduce el estrés, y además, potencia la autoestima y la autoimagen corporal.

Esta dimensión de bienestar psicológico será abordada ampliamente en el próximo capítulo.

CAPÍTULO 3

BIENESTAR PSICOLÓGICO: UNA APROXIMACIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.1 HACIA UNA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.1.1 La evolución y concepción sobre salud y enfermedad.

Para hablar de Psicología de la Salud primero debemos tener en cuenta el concepto de Salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptado en 1946, que la define como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección*”.

Este concepto marca los primeros pasos para su mención en términos afirmativos y positivos, al igualarla no sólo con la ausencia de enfermedad sino con el completo bienestar de la persona. Lo que la caracteriza es que, no sólo alude al área física del ser humano, sino también a la esfera de lo mental y lo social, buscando el bienestar no solo en el cuerpo, sino también en su mente y en sus relaciones con los demás.

Mirta Videla (1991), plantea a la salud como un derecho social básico y universal y a su apropiación como un camino hacia la mayor libertad del hombre. “Libertad en salud significa toma de conciencia de las necesidades de cada uno y la lucha por el derecho humano básico inobjetable de poder satisfacerlas.” (p.)

Haciendo un rápido repaso en la historia acerca de la concepción de la salud podemos hallar tres grandes modelos: lo sobrenatural, lo natural y lo moral. (Ballester, 1997).

En un principio los hombres atribuían todos los fenómenos a causas *sobrenaturales*, creyendo que las enfermedades del cuerpo eran producto de poderes espirituales terribles, que los castigaban por algún mal que ellos hubieran hecho. El ser humano atribuía las enfermedades a los dioses, los espíritus o las fuerzas de la naturaleza, consideraban que el cuerpo y la mente constituían una unidad indivisible, (Kaplan, 1975 citado en Ballester), y asumía que el “milagro” de la curación formaba parte del mundo de la magia.

La concepción de la salud desde el *modelo natural*, consideraba que la enfermedad era resultado del desequilibrio en el organismo de los elementos que integran el cosmos (fuego, tierra, agua y aire); y que cada uno de estos elementos actuaba en uno de los fluidos corporales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, respectivamente. Bajo esta concepción de la escuela hipocrática, se creía que el

organismo tenía una tendencia a sanar por sí mismo y lo único que podía hacer un médico era ayudar en ese proceso.

En la Edad Media aparece el *modelo moral de la enfermedad*, cuyo principio consistía en que la enfermedad era siempre un castigo por alguna conducta moralmente reprobable. “...*el hombre, según la religión judeo-cristiana, debería soportar pasivamente el sufrimiento de la enfermedad, porque la misma constituye una forma de expiación de los pecados cometidos*”. (Videla, M., 1991, p. 18)

En el Renacimiento se abandonaron los desarrollos del pensamiento higienista y el humanismo de los autores renacentistas devolvió el centro de la atención al hombre y a su potencial para explicar el mundo que le rodeaba; a la par que la medicina salía de manos de los religiosos y retornaba a los médicos.

En los siglos XVIII y XIX se comienza a apreciar la importancia de determinados factores (tales como la pobreza, las condiciones de trabajo o el hábitat) como causas de pérdida de la salud.

En las épocas posteriores, en vez de retomar lo ya desarrollado hasta el momento, y de enriquecer esos conocimientos con la mirada clínica dirigida a la enfermedad, se dio lugar a la exclusión de lo mental y de lo referente a la salud positiva. (Saforcada, 2002). Y es a partir del Siglo XIX que comienza a constituirse una primera etapa positivista.

Los modelos ecológicos y holísticos de salud se establecen recién en el siglo XX como consecuencia de modelos aplicados anteriormente. Los dos modelos preponderantes que se establecieron como lineamientos de lo que hoy en día se intenta propulsar en la Psicología de la Salud son el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial.

El **Modelo Biomédico** se basa en dos supuestos. El primero es el dualismo mente-cuerpo, que separa tajantemente el cuerpo como entidad física, de la mente como parte del dominio mental y espiritual, tal como lo propuso René Descartes.

El segundo supuesto es el reduccionismo, ya que se piensa que el complejo fenómeno de la enfermedad puede ser reducido al lenguaje de la química y la física.

El médico se concentra en el estado fisiológico de la persona, considerando las ramificaciones psicológicas y sociales de la enfermedad como aspectos periféricos (Engel, 1980, citado en Ballester Arnal, 1997).

Concibe entonces a la persona y su funcionamiento como equivalente al de una máquina. Cuando alguna de sus partes se “rompe” el médico tiene la función de

reponerla, repararla. Por ello, no tiene en cuenta los determinantes psicológicos, sociales y culturales de la enfermedad, ni tampoco presta atención a determinantes importantes de salud, como las medidas de salud pública, las condiciones sociales y las conductas de salud de las personas.

El principal promotor de las críticas hacia este modelo fue Engel, considerado el creador del Modelo Biopsicosocial. Él dice:

“...los profesionales de la medicina q menudo relegan a un segundo término aspectos tales como el sufrimiento de los enfermos o el modo en que éstos vivencian su enfermedad olvidando que un enfermo es más que un conjunto de órganos, uno de los cuales está dañado, da la misma forma que el mar es más que la suma de los billones de gotas de agua que lo conforman”. (Ballester Arnal, 1997, p. 41)

Ya que la mayor parte de estas enfermedades crónicas son producto de un determinado estilo de vida o de hábitos de salud perniciosos, aparece un nuevo paradigma en 1977; surge el **Modelo Biopsicosocial**. Éste tiene en cuenta, y en el mismo, nivel los factores biológicos, psicológicos y sociales, que deben ser considerados a la hora de estudiar determinantes de la enfermedad y su tratamiento.

Basándose en la Teoría General de los Sistemas de Bertalanffy (1968), parte de la idea que el cambio o perturbación de un nivel del sistema afecta jerárquicamente no sólo a ese nivel, sino también a los que están por encima y por debajo de él. Se maneja desde la autorregulación y la retroalimentación, por lo que los sistemas están orientados a una meta e intentarán alcanzar un equilibrio continuo en su funcionamiento. El enfermo es considerado como un ente global, que enferma o sana en su conjunto, y no como un simple agregado de órganos y sistemas fisiológicos.

La idea de que las emociones pueden llevar a una persona a enfermar o incluso a morir, se ha visto durante mucho tiempo como una idea sentimentalista de escaso rigor científico. Pero en ciertos casos de trasplante, las personas que han empezado a tener temor de un rechazo del órgano o pánico de que su personalidad cambiara porque su organismo estaba funcionando con el órgano de otra persona, han llegado a sufrir rechazos agudos de los mismos.

Por lo tanto, implica una mirada integral del ser humano con sus dolencias y bienestares, sus creencias y valores, su entorno familiar y social, el contexto político y el medio ambiental en el que se desarrolla, etc.

Este modelo apunta a un trabajo interdisciplinario y transdisciplinario, buscando la unión de las diversas disciplinas para congeniar no sólo en un criterio teórico acerca de la concepción salud/enfermedad; sino también en el abordaje práctico de la misma.

Un de los aspectos más destacables de este modelo es que incluye la dimensión comportamental, ya que junto con los comportamientos patógenos (conocidos como conductas de riesgo como, por ejemplo, fumar o el sedentarismo), aparecen los “factores comportamentales salutógenos”, que actúan como protectores frente a la enfermedad.

Pensar la salud como comportamiento, es entender que cualquier comportamiento o actividad que realice un individuo tiene una clara influencia en la salud. Por ello, la modificación de los hábitos de salud depende en cierta proporción de determinadas variables ambientales, pero el ser humano no se encuentra totalmente determinado por su ambiente, y en este sentido, es relativamente libre para automodificarse.

Sobre este modelo se basa la Psicología de la Salud que se desarrollará más adelante.

3.1.2 ¿Prevención de la enfermedad o Promoción de la salud?

Es cierto que cada vez más las ciencias de la salud están poniendo énfasis en la promoción de la salud, y no en la enfermedad. También es cierto que este camino es muy reciente y no son pocos quienes desean seguirlo, sino que es escasa la capacitación académica desde este ámbito.

¿Es mejor prevenir la enfermedad que promocionar la salud? ¿Qué hacemos con las enfermedades que están desarrolladas? ¿Dejamos de lado la atención clínica y nos dedicamos a promover los factores salutogénicos? ¿Sobre qué modelo de abordaje nos posicionamos a la hora de la práctica profesional?

Todos estos interrogantes abren las puertas a una nueva mirada. Hoy en día no podemos abocarnos solamente a una de estas corrientes que van de la mano, ya que la

salud y la enfermedad no son dos estados independientes entre sí, sino un continuo en que nos movemos las personas.

Debemos prevenir para no generar gastos en recursos de algo que ya conocemos y podemos evitar, tal como dice el refrán popular “*Es mejor prevenir que curar*”. Y además debemos promover los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Como lo dice Colomer Revuelta (2006) :

“...La prevención de la enfermedad se encuentra en la base y la promoción de la salud en lo alto, y la diferencia entre las personas que practican una o otra actividad radica en dónde fijan su mirada. Mientras ambas ascienden hacia la salud, una lo hace alejándose de la enfermedad sin perderla de vista, y la otra con el énfasis puesto en la salud...” (Concha Colomer Revuelta, p. 31)

3.1.2.1 Prevención y control del riesgo a enfermar.

Cuando utilizamos el término “prevenir” nos referimos a una acción de carácter anticipatorio, frente a los riesgos y peligros que amenazan a la salud.

Videla (1991), define a la Prevención como “...un abordaje metodológico, con estrategias que capacitan a recursos que se convierten en agentes multiplicadores de formas de cuidado y promoción en salud. Esto significa que se disminuyen las demandas de asistencia de las poblaciones y se moviliza la cronificación de pacientes internados o etiquetados apresuradamente como enfermos o desviados...” (p.)

Es muy importante que las actuaciones preventivas y curativas superen un control de calidad para que la población tenga la seguridad de que las pruebas y tratamientos que se le aplican van a beneficiarle, o al menos no perjudicarlo. Esto es, si uno trabaja en prevención con una comunidad específica, es absolutamente necesario poder comprender y respetar las construcciones y saberes sociales de la misma. (Colomer Revuelta, 2006).

Esta forma que implica el participar activamente con la comunidad, en pos de mantener la salud, respetando sus costumbres, creencias, cultura, y por ende sus propias

demandas, sin imponer las nuestras, hacen más eficaz el abordaje preventivo de las enfermedades.

La clásica clasificación de los tipos de prevención (primaria, secundaria y terciaria), propuesta por Caplan (1985), surgió en función de lo que ocurre en un proceso de enfermedad, que si bien fue pensada precisamente para el abordaje de las enfermedades mentales, han sido aplicables en general en las prácticas de salud.

La **Prevención Primaria** es la prevención propiamente dicha, que está dirigida a la reducción del riesgo a enfermar. Su objetivo es intervenir en poblaciones asintomáticas, independientemente si se encuentran en situación de riesgo o no. Este tipo de prevención es, estrictamente hablando, la única y verdadera estrategia preventiva.

La **Prevención Secundaria** está destinada a la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo. Busca disminuir la prevalencia de una determinada enfermedad o cualquier problema social. En la práctica ofrece una respuesta rápida y evita que ese problema se desarrolle en toda su intensidad y se cronifique.

Y por último, la **Prevención Terciaria** procura evitar la aparición de secuelas, complicaciones y en rehabilitar al sujeto para su reinserción social. Dentro de ello están las intervenciones dirigidas a mejorar las capacidades físicas, psicológicas y sociales de las personas que sufren o han sufrido un determinado trastorno para lograr que puedan desarrollar una vida lo más normal posible.

Desde un enfoque preventivo es entonces de fundamental importancia detectar los factores de riesgo, para promover en cada persona, familia y comunidad estilos de vida saludables.

3.1.2.2 Promoción de la salud.

La promoción de la salud se dirige a la población en su conjunto, y no sólo a un grupo de personas enfermas o en riesgo. Su objetivo es capacitarlos para que puedan controlar su salud y su enfermedad, y sean más autónomos e independientes de los servicios profesionales. ¿Será por esto último que la mayoría de los profesionales no apuntan a la promoción de la salud? ¿Será que vivimos en mundo tan individualista que no podemos pensar en los grandes beneficios sociales, físicos, psicológicos, económicos que ello trae aparejado? ¿Será que no somos capaces del cambio?

En 1984 comenzó el primer programa de promoción de la salud de la OMS, donde ésta fue definida como:

“...el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Es una perspectiva derivada de una concepción de la salud entendida como capacidad de las personas y los grupos para, por otro lado, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro, adaptarse al entorno o modificarlo. La salud se considera así un recurso para la vida cotidiana, no el objetivo por el cual vivir. En un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas...” (OMS 1984, en Colomer Revuelta, 2006, p. 33)

Para que esta sea posible la promoción de la salud no puede, ni debe desligarse de la educación de la salud, para lo cual se combinan métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo la comunicación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

La Carta de Ottawa redactada en 1986, fue el documento final con aceptación de la OMS, sobre la promoción de la salud en donde se establecieron las siguientes áreas de actuación:

- Construir políticas públicas saludables.
- Crear ambientes que favorezcan a la salud.
- Desarrollar habilidades personales.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Reorientar los servicios de salud.

Para llevar a cabo la promoción de la salud se debe involucrar a las personas para cambiar los entornos en que viven, buscando procesos de cambio social y trabajando de manera simultánea sobre el ámbito personal, organizativo y político. Estos aspectos proporcionan un nuevo marco de actuación sobre el que habrá que seguir construyendo camino.

3.2 PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Si bien el primer concepto de Psicología de la Salud como tal aparece recién en 1980, los psicólogos han estado participando activamente desde esta perspectiva sin que recibiera dicha etiqueta, incluso desde los mismos inicios de la Psicología como disciplina.

Durante la década del '50 y '60 hubo un aumento progresivo de diversos artículos publicados cuyos temas estaban relacionados con la Psicología de la Salud, la mayoría relacionado con temas acerca del dolor, los efectos del estrés y de los determinantes de psicológicos y conductuales de la salud sexual. En esta época fue cuando esta disciplina comenzó a cobrar auge.

En 1969 William Shofield publicó un artículo en el *American Psychologist*, que hizo estallar el rápido desarrollo de la Psicología de la Salud. Este contenía una recopilación de artículos destinados a la salud, un listado de psicólogos u otros profesionales que investigaban o trabajaban sobre la salud, de los cuales surgieron y conformaron la División de Psicólogos en el Servicio Público, en 1978. De esta División surgió el área de Investigación en Salud, para promocionar una nueva área de especialización dentro de la psicología, desarrollada durante la década del 70.

En 1980, Joseph Matarazzo, Doctor americano en Psicología, propuso la primera definición de la Psicología de la Salud:

“...el conjunto de aportaciones, tanto de tipo educativo como científico y profesional, que proporcionan las diversas áreas psicológicas para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y sus consecuencias”. A esta definición añadió poco tiempo después: “así como el análisis y la mejora de los sistemas sanitarios y de la política general de formación sanitaria.” (Matarazzo 1980, p.815, 1982, p.4, citado en Ballester Arnal, 1997, p. 132)

Diecisiete años después, Morales Calatayud, vicerrector en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba, a partir de su experiencia cubana en el desarrollo de la práctica en Psicología de la Salud, propuso otra definición:

“...la psicología de la salud es la rama aplicada a la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y del comportamiento del proceso de salud-enfermedad y de la atención de la salud [...] le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como en las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la presentación de los servicios de salud. Todo lo cual se expresa, en el plano práctico, en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que lo reciben. “(Morales Calatayud, 1997, citado en Saforcada, 2002, p. 202)

Esta disciplina se centra no sólo en la responsabilidad individual para el mantenimiento de la salud y el bienestar, sino también en los contextos sociales, políticos y económicos de la salud y las conductas de salud, cuyo objetivo es reducir los costes humanos y económicos asociados a determinadas condiciones que se pueden prevenir. Por lo que no podemos separar tajantemente la prevención de la promoción.

En la Argentina esta rama se la conoce como Psicología Sanitaria, surgida hace treinta y cuatro años, que apuntaba, y sigue apuntando, a que el accionar profesional del psicólogo se dirija hacia las facetas, los fenómenos y los factores de naturaleza psicosocial que inciden en el proceso salud-enfermedad, poniendo el mayor esfuerzo en el primer nivel de atención (APS). (Saforcada, 2002)

El mayor obstáculo que se presenta en la práctica e implementación de la APS es la imposibilidad de los profesionales y técnicos de trabajar participativamente con la comunidad. Imposibilidad generada por las imposiciones y los límites marcados a nivel de las prácticas y barreras políticas. Por ello debemos promover la creación de espacios y oportunidades de trabajo en el campo de la salud, donde tengamos la capacidad de demostrar con resultados prácticos, la posibilidad de nuestra disciplina.

Estas barreras deben ser derribadas, ya que en el campo de la salud es necesaria la acción cotidiana orientada hacia la psicología de la salud positiva y el desarrollo de estrategias de alto grado de participación, que involucren a las comunidades tanto en las actividades protectoras como las preventivas.

3.3 PSICOLOGÍA POSITIVA

La Psicología Positiva (PP) es una rama que se desprende específicamente de la Psicología de la Salud. Fue propuesta por Martín Seligman, presidente de la American Psychological Association (APA), porque observó que la psicología había hecho mucho para combatir los trastornos mentales, pero poco para promover la salud mental.

Así es que en 1998, en un discurso como presidente de la APA, señaló como una de las directrices básicas en “ir hacia una psicología *más positiva*”. Seligman propuso la PP como una nueva ciencia para el estudio de las experiencias positivas subjetivas, los rasgos positivos y las comunidades positivas, construyendo así una nueva perspectiva acerca de “*cómo vivir nuestras vidas bien*”.(Castro Solano, 2010).

Hacer Psicología Positiva no es olvidar que las personas sufren y se enferman, sino dejar de igualar salud mental con ausencia de enfermedad. Es encargarse de potenciar aquello que funciona bien.

La PP puede ser entendida como:

“...el estudio del funcionamiento psíquico óptimo tanto de personas, como de grupos o instituciones, o que vendría a corregir el desequilibrio entre la investigación psicológica y práctica centrada exclusivamente en variables psico-patológicas. Asimismo la PP intenta entender las condiciones, procesos y mecanismos que llevan a aquellos estados subjetivos, sociales y culturales que caracterizan una vida plena, haciendo hincapié en la rigurosidad del método científico...” (Linley, Joseph, Harrington y Wood, 2006, citado en Castro Solano, 2010, p. 19)

La idea base es que si bien cuando desaparecen los trastornos psicológicos existe un alivio para el sufrimiento humano, esto no implica un mayor bienestar psicológico. Es en este punto donde se comienza a dar lugar al optimismo en la psicología.

Los tres pilares de la PP, o como diría Seligman (2003), tres vías de acceso para una vida plena, que resultan complementarias, son:

1. el estudio de las *emociones positivas*. Consiste en incrementar, la mayor parte del tiempo, la cantidad de emociones positivas para ser feliz, para lograr una *vida placentera*;;
2. la *vida comprometida* porque el placer deriva del compromiso con la tarea efectiva y con la capacidad de experimentar flow, es decir, ese estado en el que la persona se encuentra completamente absorta en una actividad para su propio placer y disfrute. Este sería el punto de estudio de los *rasgos positivos, sobre todo las fortalezas y virtudes*;
3. la *búsqueda de sentido*, que consiste en aplicar las fortalezas para ayudar a los demás y hacer que estos puedan desarrollar sus potencialidades. Generalmente esto se da a través de *instituciones positivas* como la familia, escuela, trabajo, comunidad.

En el 2009 Seligman agregó un cuarto pilar de estudio:

4. *los vínculos positivos*- vida social- como vía de acceso a la felicidad. Esto tiene su origen en las investigaciones sobre el *bienestar psicológico*, que identifican a las personas extremadamente sociables como las más felices. (Castro Solano, 2010).

3.4 BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LA PSICOLOGÍA POSITIVA.

Seligman propone el estudio del Bienestar Psicológico (BP) como el cuarto pilar de la PP, y éste pasa a ser la temática central de esta corriente desde un enfoque salutógeno.

A lo largo de la historia varios autores se han dedicado a estudiar en qué consiste “vivir bien” o “sentirte bien”, y estos estudios han estado catalogados con términos como felicidad, satisfacción, bienestar o calidad de vida. Si bien son términos se han usado en ciertas ocasiones como sinónimos, diversas investigaciones han ido distinguiendo estos conceptos.

Pero la ciencia del bienestar, como algunos la llaman, existe desde hace sólo cuatro décadas. Surgió a la par de los estudios empíricos de la felicidad y la satisfacción con fuerza en la década de los ´80, pero aún no han logrado superar el número de investigaciones sobre el sufrimiento humano.

Varias investigaciones sostienen que las condiciones materiales como mejor educación, salud, mejores condiciones económicas, o, condiciones personales como más inteligencia o mejor atractivo físico; no traen aparejado mayor nivel de satisfacción y sólo representan el 10% de su bienestar, a pesar de lo que se creía. (Veenhoven, 1995; Lyubomirsky, 2007, citado en Castro Solano, 2010).

El BP es parte de la Salud en su sentido más general y se manifiesta en todas las esferas de la actividad humana. Cuando un individuo se siente bien es más productivo, sociable y creativo, puede proyectarse positivamente hacia el futuro, infunde felicidad y la felicidad implica la capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente controlando el medio.

Lyubomirsky (2007, en Castro Solano, 2010), p.45), establece el perfil de las personas felices destacando las siguientes características:

- *Disfrutan más de sus relaciones sociales.*
- *Se sienten mejor expresando gratitud hacia los demás.*
- *Son más propensas a tener conductas de ayuda hacia los demás.*
- *Son más optimistas respecto de su futuro.*
- *Disfrutan de lo que hacen y viven el presente.*
- *Hacen de la actividad física un hábito.*
- *Son generalmente más espirituales y religiosos.*

Cuando se intenta establecer una concepción acerca del BP nos encontramos con preguntas disparadoras como ¿Por qué algunas personas se sienten mejor que otras?, ¿cuáles son las causas de insatisfacción?, o ¿cuáles serían los factores relacionados con el bienestar psicológico y la satisfacción?.

Aún no existe un consenso sobre el concepto de BP, ya que algunas de las definiciones planteadas por diferentes investigadores en sus estudios, no son del todo precisas. Esto quizás se deba a lo que plantea Grau (1996), “*el bienestar es más fácil de medir que de definir*”. (Casullo, 2002, p. 79).

La OMS propone:

“...el bienestar psicológico es uno de los componentes de la salud y a la vez determinante de esta, relacionado con el mantenimiento de la salud física y mental, de manera que a altos niveles de salud corresponden altos niveles de bienestar psicológico...” (Citado en Rodríguez Pérez y Rodríguez Lafuente, 2008, p. 66)

Diener define el bienestar como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas. Luego en una investigación conjunta con Suh y Olshi (1997), agrega que el bienestar psicológico indica la manera en que la persona evalúa su vida, incluyendo como componentes la satisfacción personal y vincular, la ausencia de depresión y las experiencias emocionales positivas. (Castro Solano, 2010).

Veenhoven (1991), lo establece como “*el grado en el que un individuo juzga globalmente su vida en términos favorables*”. (Veenhoven, 1991, en Castro Solano, 2010, p. 12)

Campbell, Converse y Rodgers, en 1976, aluden a la satisfacción vital como una dimensión cognitiva, resultante de la valoración de la discrepancia entre las aspiraciones y los logros alcanzados. Diferencian que la satisfacción implica un juicio crítico y la felicidad una experiencia afectiva positiva o negativa. (Castro Solano, 2010)

Estas definiciones tienen puntos en común, que pueden confluir en lo que se denominan los **componentes básicos** del bienestar. Estos son:

- Afecto positivo.
- Afecto negativo.
- Componente cognitivo (denominado satisfacción vital o bienestar).

Los dos primeros, como estados emocionales son lábiles y momentáneos, y al mismo tiempo son independientes. El último es resultado del juicio cognitivo que las personas realizan acerca de cómo les fue (o les está yendo) en el transcurso de sus vidas, y resulta de la construcción más estable a lo largo del tiempo.

Lo importante desde esta perspectiva es la frecuencia con la que se presentan los afectos positivos y no la intensidad de los mismos para que sea una persona muy feliz. Una persona infeliz no necesita haber vivido eventos catastróficos, sino con

muchos eventos negativos de baja intensidad son suficientes para que esa persona se sienta desdichado.

Siguiendo esta línea Ryff plantea que el BP fue identificado con la emocionalidad positiva y la ausencia de emociones negativas. Pero esta autora realiza una crítica diciendo que el BP no es un constructo unidimensional, sino que es multidimensional; ya que no es sólo la ausencia de malestar o trastornos psicológicos, sino que se debe tener en cuenta la autorrealización, el ciclo vital, el funcionamiento mental óptimo y el significado vital.

Este carácter **multidimensional** amplía el concepto de bienestar no sólo a una simple estabilidad de afectos positivos a lo largo del tiempo, sino a otras dimensiones como la aceptación a sí mismo, el compromiso con la vida, el establecimiento de los buenos vínculos personales, entre otros.

Para concluir con el punto de vista de Ryff a continuación se mencionan las seis dimensiones por las que, para ella, está compuesto el BP: Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del Entorno, Propósito en la Vida y Crecimiento Personal. (Para ver una descripción completa de las dimensiones ir al apartado de Metodología).

Uno de los aportes modernos sobre el de bienestar es el de Csikszentmihalyi que estudió en 1998 a personas que vivían en estados plenos de felicidad, que él llama *flow*. Este estado o flujo hace referencia al momento en que una persona realiza alguna actividad sin darle importancia a lo que pueda estar sucediendo alrededor, sino que está completamente inmersa en disfrutar de esa experiencia que le resulta totalmente placentera. Esto sucede con las actividades artísticas, la música, los juegos y el deporte.

Csikszentmihalyi considera que *“la felicidad no es algo que sucede, no es producto del azar, sino que es una condición vital que hay que cultivar para alcanzarla”*. (Castro Solano, 2010, p. 56).

3.4.1 Algunas investigaciones sobre Bienestar Psicológico y Trasplante de Órganos.

Es cierto que pocas son las investigaciones que relacionan Bienestar Psicológico y Trasplante de Órganos, pero si se encuentran muchos artículos relacionados a la Calidad de Vida de los pacientes trasplantados o sobre las consecuencias psicológicas producidas en el entorno familiar del paciente.

Ante la posibilidad de recibir un trasplante las personas experimentan sensaciones ambivalentes, puesto que por un lado la operación representa la posibilidad de recuperar la salud, y por otra, genera miedo e incertidumbre ante las posibles complicaciones o la práctica de ablación.

Siguiendo la lógica del primer capítulo a continuación se presentan algunos resultados de investigaciones sobre bienestar psicológico en los pacientes pre-trasplante y post-trasplante.

Dos investigaciones destacan la importancia en relación al BP, en el PRETRASPLANTE. Una es con pacientes en hemodiálisis, la otra con personas en espera de un trasplante hepático.

La primera investigación fue realizada en México por Ortega Madrigal y Martínez Corona, (2002) que plantea el BP como un factor de dependencia, que surge cuando el ser humano tiene confianza en quienes lo atienden, como médicos, técnicos o enfermeros, y así delega la responsabilidad del tratamiento. El estudio fue de cohorte transversal con un total de 35 sujetos, que arrojó que paciente con en una etapa avanzada y sometidos al tratamiento de hemodiálisis consideran muy importante el trato humano que se le proporcionan.

Los autores estudiaron la ansiedad y el grado de depresión de estos pacientes a través del cuestionario de BECK, y concluyeron que el BP depende de la actitud y el comportamiento del personal para dar el tratamiento, destacando que la confianza y la seguridad de los pacientes aumentaba al ser “*tratados como un ser humano que necesita cariño, apoyo y afecto.*” (Ortega Madrigal y Martínez Corona, 2002, p. 20).

El otro estudio realizado con pacientes en espera de un trasplante hepático, realza la interrelación entre lo social y lo psicológico, donde lo social influye en lo psicológico a través del sentido que tenga para el sujeto, y lo psicológico influye en lo social de acuerdo a la postura que el individuo asume. (Rodríguez Pérez y Rodríguez Lafuente, 2008).

Esta investigación, basada en un estudio de diez casos, correlaciona Proyecto de Vida, Calidad de Vida y Bienestar Psicológico. Las conclusiones a las que llega es que en el Proyecto de Vida que trazan estas personas es a corto y mediano plazo, pero nunca a largo plazo, que priorizan lo que ellos consideran lo más importante en sus vidas, pero logran proyectarse en ello luego de la intervención quirúrgica. Ni la Calidad de Vida (medida por medio del cuestionario SF36), ni el BP (medido por CAVIAR) influyen en el Proyecto de Vida.

En general el nivel de bienestar psicológico de estos sujetos es alto, precisamente en el 91,55% de los casos.

Cuando se trata de POSTRASPLANTE el objetivo fundamental de la atención psicológica del paciente es garantizar la estabilidad emocional requerida y la cooperación activa, de modo que, estados emocionales agudos no impidan que la intervención sea exitosa y que haya un adecuado diagnóstico y/o rehabilitación.

Hernández Meléndrez (2007), en un hospital de Cuba realizó un estudio sobre 20 pacientes trasplantados de corazón, con un rango de supervivencia entre 4 y 9 años, para medir la calidad de vida.

En relación al BP, uno de los indicadores de esta investigación fue el grado de satisfacción después del trasplante de corazón, apuntando al estudio de los estados agudos de ansiedad y depresión. La medición se realizó a través del inventario de depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado de Charles Spielberger (IDARE), y además se aplicaron entrevistas psicológicas. La clasificación realizada fue de estado emocional alterado y no alterado.

Los resultados de los inventarios informaron que la mayoría de los pacientes presentaban un estado emocional no alterado tanto antes como después del trasplante cardíaco (65% antes y 85% después), esto es la no presencia de estados agudos de ansiedad ni depresión.

Sin embargo, cuando estos autores realizan una evaluación integral de la calidad de vida si encuentran diferencias notorias entre antes y después del trasplante. Antes del trasplante el 95% de los pacientes la ubica entre Regular y Mala, mientras que la misma cifra la evalúa entre Excelente y Buena después del trasplante. Una marcada diferencia. (Hernández Meléndrez, 2007).

En general todas las investigaciones señaladas marcan que tanto antes como después de realizarse el trasplante los indicadores de BP varían muy poco y que se encuentran entre los niveles más satisfactorios de medición. Pero todas las investigaciones coinciden en que un factor relacionado con el valor de estas mediciones es el apoyo social que los pacientes tiene, por parte del equipo técnico que los atiende, de los familiares que lo acompañan en todo el proceso y de los amigos que lo sostienen frente a la dificultad que enfrentan.

3.4.2 Bienestar Psicológico y su relación con el Ejercicio Físico y el Deporte.

Varias investigaciones han demostrado que la práctica regular del ejercicio deportivo tiene efectos beneficiosos sobre la salud psicológica. Este ha sido un tema de gran interés entre los investigadores, aun que se ha planteado una gran dificultad al trazar estudios experimentales para establecer la relación causa-efecto entre la práctica del ejercicio físico y la salud mental. (Jiménez, Martínez, Miró y Sánchez, 2007).

Otro de los puntos en común de varias investigaciones son que los efectos de la práctica deportiva vienen motivados por el seguimiento de otros hábitos saludables, como por ejemplo, no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas, tener una dieta alimenticia correcta, entre otros.

En un estudio sobre las repercusiones de la duración de la actividad físico-deportiva sobre el bienestar psicológico, realizado en Gipuzkoa, provincia de España, en la que participaron 1008 personas mayores de 18 años, se plantea:

“...La práctica físico-deportiva parece tener un efecto positivo sobre la salud mental ya que produce la liberación de endorfinas (B endorfinas), y esto lleva a la reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés. Cualquier tipo de actividad física, ya sea de bajo o alto impacto, libera estas sustancias que actúan directamente sobre el cerebro produciendo una sensación de bienestar y relajación inmediata. Además inhiben las fibras nerviosas que transmiten el dolor, generando analgesia y sedación. Por tanto se puede lograr un estado de euforia gracias a estos “analgésicos naturales” o “hormonas de la felicidad” ...” (Martinsen, 2004; Paffenbarger, Lee y Leung, 2004, citado en Arruza, Arribas, De Montes, Irazusta, Romero y Cecchini, 2008, p.179).

La práctica de cualquier actividad deportiva supone una de las terapias psicológicas más baratas que existen debido a sus innumerables beneficios: disminuye el estrés, genera motivación, agudiza la mente, aumenta la autoestima, produce bienestar, entretiene, aporta tolerancia a la frustración.

Weinberg y Gould (2007), hablan de cuatro áreas amplias sobre los beneficios psicológicos del ejercicio físico:

1. Reducción de la ansiedad y de la depresión: la reducción de la **ansiedad** se da en individuos con altos como con bajos niveles de ansiedad, está asociado a una reducción de la tensión muscular y ocurre independientemente de la intensidad, duración o tipo de ejercicio, regresando al nivel de ansiedad preexistente dentro de las 24 horas. Mientras que la efectividad en la reducción de la **depresión** se compara a los efectos positivos de la psicoterapia y de los antidepresivos, cuando el programa es de, al menos, nueve semanas de duración.
2. Mejoría del estado del ánimo: porque la actividad física estaría positivamente relacionada con el estado de ánimo positivo, con el bienestar general y con los síntomas relativamente infrecuentes de ansiedad y depresión como mencioné anteriormente. Además, otros estudios demuestran que el ejercicio está relacionado con la disminución de la fatiga y del enojo, así como el incremento del vigor, la claridad mental, la energía y del estado de alerta, y con un aumento en la sensación de bienestar.
3. Mejoría de la autopercepción: varias investigaciones han dado prueba del incremento de la autoestima, la autopercepción física y la autoconfianza. En ellas se destacan resultados notorios con un aumento mayor en individuos que al inicio de la investigación eran los que tenían menor autoestima; que se debe al mejoramiento en los factores físicos y psicológicos más que al entrenamiento físico mismo; y que los cambios se mantienen al menos durante un año. (Sonstroem y Morgan, 1989; Sonstroem, 1997; Hardcastle y Taylor, 2005; y, Taylor y Fox, 2005; citado en Weinberg y Gould, 2007).
4. Mejoría en la calidad de vida: este ítems engloba a los anteriores, ya que la mejoría de la calidad de vida, como capacidad de funcionamiento conductual, de ser capaz de realizarlas (Kaplan, 1994), va de la mano de la disminución de la ansiedad y de la depresión, de mayores sentimientos de autoconfianza, aumento de la autopercepción y del autoestima, de mejores estados de ánimo, como también menores sentimientos de estrés fisiológico y psicológico.

Para comprobar lo desarrollado en las áreas anteriores, tenemos el estudio de Jiménez y otros (2007), realizado con dos muestras, una compuesta por 208 estudiantes universitarios de Portugal y la otra por 239 estudiantes universitarios de España, en donde obtuvieron que las personas que realizan regularmente ejercicio físico se perciben *“más saludables, con menor estrés y presentan mejor estado de ánimo que aquellas que no realizan ningún tipo de ejercicio físico”* (Jiménez y otros, 2007, p. 196).

La práctica de cualquier ejercicio debe ser correctamente estudiada en relación al beneficio-riesgo que esta puede causar en cada caso, se trate de individuos sanos o con patologías.

En el caso de personas que han sobrellevado con éxito un trasplante de órganos el ejercicio físico está sujeto a diversas peculiaridades como edad, órgano trasplantado y tratamiento farmacológico posterior. Según Garrido (2005), está científicamente documentado que los pacientes trasplantados mejoran su salud por diversos mecanismos cuando participan en programas de ejercicio físico, como la modulación de diferentes respuestas fisiopatológicas a nivel neuro-hormonal, cardiovascular, pulmonar y osteomuscular.

“...Un estilo de vida físicamente activo no sólo mejora la capacidad funcional, intelectual y sexual incrementando la sensación de bienestar optimizando muchas funciones de nuestro organismo, sino que también retrasa la aparición de ciertas afecciones relacionadas con el envejecimiento...” (Garrido, 2005, p. 2).

Además de los beneficios físicos destacados por Garrido, ya hemos hecho alusión en el segundo capítulo a los beneficios a nivel psíquico y a nivel socio afectivo que propone el INCUCAI, manifestando que *“...a través del deporte se demuestra la calidad de vida que puede gozar una persona que ha recibido un trasplante...”* (INCUCAI).

II. PARTE

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO 4

METODOLOGÍA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, PREGUNTAS Y OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.

El planteo de este problema surge por un interés propio en los beneficios psicológicos que proporciona el deporte, y sobre todo en una persona que ha sobrellevado una intervención quirúrgica como es un trasplante de órgano.

Para comenzar a realizar esta investigación se ha partido de preguntas de investigación y de objetivos, y no de hipótesis considerando las características del diseño de investigación y el tipo de muestra para llevarla a cabo. Respecto a este punto, Sampieri dice que en una investigación podemos tener una, dos o varias hipótesis y a veces no se tienen hipótesis. *“Hay investigaciones que no pueden formular hipótesis porque el fenómeno a estudiar es desconocido o se carece de información para establecerlas (pero ello sólo ocurre en los estudios exploratorios y algunos estudios descriptivos)”* (Sampieri, R.; Collado, C. y Lucio, P. 2006, p. 151)

Son pocas las personas dedicadas al estudio y la práctica de la psicología del deporte, ya que ésta es una disciplina muy reciente y poco difundida, y sobre todo cuando se trata de trabajar con pacientes transplantados con el fin de lograr una mejor calidad de vida en ellos.

Frente a la demanda de las personas transplantadas de poder reinsertarse en alguna actividad recreativa y mi interés en los beneficios psicológicos del deporte es que se plantearon las siguientes preguntas:

¿Cuáles son los beneficios psicológicos que proporciona el desarrollo de algún deporte o actividad física?

¿Las personas transplantadas pueden realizar deporte al mismo nivel que antes de recibir el nuevo órgano? ¿Hay riesgos de perder el órgano realizando deporte?

¿Las familias de los transplantados los apoyan en esta decisión deportiva?

¿Todas las personas que han recibido un trasplante pueden realizar todo tipo de deporte?

¿El tipo de trasplante está relacionado con los niveles de bienestar psicológico?

¿Cuál es el motivo por el que una persona transplantada realiza deporte: por hobby, actividad competitiva o por razones de salud?

Los objetivos que guiaron la investigación fueron:

Objetivo general:

- *Conocer la relación existente entre la práctica deportiva en adultos deportistas transplantados, entre 20 y 77 años, y su bienestar psicológico.*

Objetivos específicos:

- *Comparar los niveles de bienestar psicológico según el género.*
- *Comparar los niveles de bienestar psicológico que proporcionan los deportes individuales con los deportes grupales en deportistas transplantados.*
- *Comparar los niveles de bienestar psicológico según el tipo de trasplante que haya sobrepasado cada individuo.*
- *Comparar el bienestar psicológico de aquellos deportistas transplantados que han recibido apoyo familiar en este proceso de los que no lo han recibido.*
- *Comparar el bienestar psicológico de las personas que viven en Buenos Aires y las del interior del país.*

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es *cuantitativa*, que según Hernández Sampieri y otros (2006), dicho enfoque se fundamenta en un esquema deductivo y lógico que busca formular preguntas de investigación e hipótesis para posteriormente probarlas.

Este trabajo es considerado como *exploratorio* ya que se examina un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. (Sampieri, R; Collado, C. y Lucio, P., 2006)

Así también es un trabajo de tipo *descriptivo* (Sierra Bravo, R., 2003) por lo que las conclusiones quedarán circunscriptas al estudio exploratorio del tema que se abordará. No se procura llegar a conclusiones definitivas o a verdades absolutas que

agoten el total de las explicaciones posibles sobre esta temática, pero si que puedan marcar el inicio de investigaciones más complejas sobre la misma.

Estos tipos de estudios nos sirven para obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa. Las conclusiones a las que arribamos sólo son válidas para el grupo de sujetos investigados, *no siendo representativas, ni generalizables*, a otras poblaciones distintas a la estudiada.

4.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

Basándonos en Sierra Bravo, R. (2003), este trabajo estaría dentro de la categoría de *diseño no experimental*, debido a que las variables que intervienen en el mismo no son susceptibles de manipulación, o dosificación por el experimentador. No se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador.

Dentro del diseño no experimental, en el presente trabajo se realizará como investigación *transeccional o transversal*, ya que los datos se pretenden recolectar en un solo momento, en un tiempo único; donde el propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

4.4 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

La muestra utilizada es de carácter *intencional* (León, O. y Montero, I., 2003), es decir que se seleccionaron a los sujetos que posean características de interés para la investigación. Dichas características fueron: edad; sexo; que hayan sido trasplantados; y que practiquen algún deporte o actividad física.

Se considerará una muestra *no probabilística* ya que la elección de los sujetos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características que se están buscando, por ende, la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión del investigador. (Sampieri, R; Collado, C. y Lucio, P., 2006)

Sujetos:

La muestra consiste en 31 sujetos, entre 20 y 77 años, de sexo femenino y de sexo masculino. Los sujetos habían recibido trasplante de órganos: hígado (7 sujetos), riñón (17 sujetos), pulmones (1 sujeto), corazón (3 sujetos); de tejidos: córneas (1 sujeto); y de células progenitoras hematopoyéticas (2 sujetos). Las personas trasplantadas fueron seleccionadas de distintos centros deportivos o por contacto personal, de varias provincias de la República Argentina, entre ellas: Buenos Aires (19 sujetos), Mendoza (3 sujetos), Córdoba (1 sujeto), Santa Fe (1 sujeto), Neuquén (1 sujeto), Salta (1 sujeto), Río Negro (2 sujetos) y Corrientes (2 sujetos).

4.5 INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS.

En la investigación se aplicaron dos instrumentos metodológicos:

- Cuestionario.
- Adaptación Española de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff.

4.5.1 Cuestionario

Se aplicó un cuestionario a los sujetos de investigación de construcción propia, basado en un cuestionario construido por Alejandra Berti en su trabajo titulado “Proyecto de vida en el enfermo renal crónico en hemodiálisis” (Greco, 2000)

Este cuestionario incluye 8 apartados. El tiempo de duración de la toma es de 1 hora u hora y media aproximadamente, con el objetivo de establecer un primer contacto con el sujeto y conocer sobre diversos aspectos de su vida.

El cuestionario se basa en una entrevista semiestructurada ya que alterna entre preguntas estructuradas y preguntas libres. Por parte, como entrevista cerrada, se respetó el orden y la forma en la que estaban planteadas las preguntas; mientras que aquellas preguntas que permitían una amplia libertad en sus respuestas posibilitó que el

entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular. (Bleger, 2007).

Es un cuestionario complejo porque las preguntas cerradas permiten establecer una comparación entre los diferentes candidatos, mientras que la parte libre permite profundizar en las características específicas del candidato.

Esta se basa en un cuestionario que toma contacto estrecho con la entrevista en cuanto que es un manejo de ciertos principios y reglas que la misma facilita y posibilita la aplicación del cuestionario, permitiendo una mejor comparación sistemática de datos.

Los apartados sobre los que se recolectó información a través del mismo son los siguientes:

1- Datos personales:

Se consignan nombre, edad, fecha de nacimiento, sexo, ciudad de origen, ciudad de referencia y último nivel de estudios alcanzados.

2- Historia del trasplante:

Este apartado consiste en la autopercepción que tiene el sujeto de sí mismo con respecto al proceso de su enfermedad, la espera del trasplante, el trasplante y la realización del tratamiento postrasplante.

Se pregunta acerca de la etiología de la enfermedad, el tiempo que esperó hasta el trasplante, el tipo de trasplante recibido, si existió algún rechazo del organismo al órgano y la cantidad de trasplantes recibidos.

Además se indagó la percepción de la persona sobre la realización del tratamiento, la medicación que toma y la constancia con la que la toma.

Por último, se interroga sobre la incidencia negativa del tratamiento y/o la enfermedad sobre su esquema corporal, y cómo ello afectó emocional y socialmente su vida.

3- Datos familiares:

Se indaga acerca de cómo está conformada la familia del sujeto, considerando operacionalmente a la misma como los miembros que viven bajo el mismo techo que la persona. Se pregunta nombre, tipo de vínculo, edad y ocupación de cada miembro.

Es importante conocer los cambios que se produjeron a causa de la enfermedad y el tratamiento, ya que esto enriquecería la percepción que el sujeto tiene de sí mismo.

Interesa saber cual es el grado de apoyo que recibe el paciente de la familia y en que grado se lo acompaña en el cumplimiento del tratamiento, en el momento del trasplante y mientras realiza actividad deportiva.

4- Relaciones familiares y sociales:

La estabilidad y satisfacción en las relaciones familiares y sociales conllevan a que la persona se sienta gratificada a nivel psicológico, ya que el apoyo familiar y emocional en los seres humanos es un factor elemental.

Se indaga acerca del nivel de satisfacción en las relaciones previas al trasplante y luego de ellas, la participación social en algún grupo postrasplante, y si se produjeron cambios en dichas relaciones frente a este proceso.

5- Situación laboral y económica:

El objetivo de este apartado es conocer si el sujeto se desempeña en el ámbito productivo, las limitaciones y las posibilidades surgidas luego del trasplante.

Es de suma utilidad conocer este aspecto porque una vida laboralmente activa conlleva a una mejor calidad de vida, y con ello al bienestar psicológico.

6- Estado anímico:

Es uno de los puntos más importantes y subjetivos. Se trata de observar el estado anímico actual en comparación con el mes anterior a la realización del trasplante, a través de diferentes pares opuestos de preguntas como: si se siente ansioso y

preocupado, triste o alegre, activo o poco motivado, con deseos de comer o no, entre otras.

Además, este ítem interroga al sujeto acerca de lo que piensa o imagina cuando está alegre y triste; y su estado anímico en las últimas tres semanas.

7- Proyecto de vida:

Este punto evalúa la capacidad del sujeto de tener expectativas, de trazar metas a corto y largo plazo, y de clasificar desde excelente a muy malo cómo ve su propio futuro.

8- Actividad deportiva.

El último apartado es, quizás, el más relevante y una de las características excluyentes de los sujetos que integran la muestra. Se hace un rastreo deportivo histórico por el que ha pasado la persona.

Primero se indaga si antes de recibir el trasplante realizaba algún tipo de deporte. Si la respuesta es afirmativa se pregunta qué tipo de deportes, y si es negativa cuál es el motivo.

Luego se hace un paso por la actividad deportiva que realiza actualmente, y luego de haber pasado por un trasplante: tipo de deporte, frecuencia semanal y en horas, y quienes lo motivaron en el inicio de la práctica.

Por otra parte, se interroga al sujeto sobre su percepción acerca de a satisfacción o insatisfacción producto de la práctica deportiva, si percibe cambios notorios en su vida luego de la misma y cuáles son éstos, y si considera que la misma mejoró su calidad de vida.

Un punto importante, relacionado con uno de los objetivos de la investigación, se vincula con el apartado número tres (datos familiares), e implica si el trasplantado recibe apoyo de su entorno familiar en el desarrollo de la realización del ejercicio físico o deporte.

4.5.2 Adaptación Española de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff.

4.5.2.1 *Descripción de la Escala*

La Adaptación Española de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff, intenta mejorar la consistencia interna de las Escalas de Bienestar Psicológico, manteniendo al mismo tiempo un ajuste relativamente aceptable de los datos al modelo teórico de seis dimensiones. Esta adaptación realizada por Van Dierendonck, Gallardo, Valle, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco y Moreno-Jiménez (2006), donde se propuso una versión compuesta por 39 ítems (entre 6 y 8 ítems por escala).

Las escalas de esta versión muestran una buena consistencia interna (con valores comprendidos entre 0,78 y 0,81) y un ajuste relativamente aceptable (CFI= 0,88).

El formato de respuestas de esta escala se constituye con puntuaciones entre 1 (totalmente en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). Esta escala de Bienestar Psicológico sugiere un modelo multidimensional de bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones:

1. Autoaceptación: las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es la característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo. Evalúa si posee una actitud positiva hacia sí mismo, reconociendo y aceptando los múltiples aspectos del yo, incluyendo lo negativo y lo positivo.

Ítems: , 7, 13, 19, 25, y 31.

2. Relaciones Positivas con otras personas: porque la gente necesita tener relaciones sociables estables y tener amigos en los que pueda confiar. Tener una relación positiva con otro se caracteriza por mantener relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias, de mutua confianza, se preocupa por el bienestar de otros, siendo capaz de desarrollar empatía, afecto, intimidad y desde la comprensión del dar y tomar de las relaciones humanas.

Ítems 2, 8, 14, 20, 26, y 32.

3. Autonomía: Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones, y mantener su independencia y autoridad personal. Implica si la persona es independiente y autodeterminado, capaz de resistir presiones sociales para pensar y actuar de cierto modo y las autoevaluaciones se realizan desde estándares personales, entre otros.

Ítems 3, 4, 9, 10, 15, 21, 27, y 33.

4. Dominio del Entorno: la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, es otra de las características del funcionamiento positivo. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

Ítems 5, 11, 16, 22, 28, y 39.

5. Propósito en la Vida: es cuando las personas se marcan metas, definen una serie de objetivos que les permitan dar sentido a sus vidas.

Ítems 24, 30, 34, 35, 36, 37, y 38.

6. Crecimiento Personal: es una categoría necesaria para que la persona siga desarrollando sus potencialidades, para seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades. Es positivo cuando se mantiene el sentimiento de desarrollo continuado y de mejora a través del tiempo, ve el yo en expansión y crecimiento, abierto a nuevas experiencias.

Ítems 6, 12, 17, 18, 23 y 29.

4.5.2.2 Administración y Evaluación.

Los sujetos frente a la consigna “Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que piensa y siente al leerlas. Las alternativas de respuesta son: 1- *Totalmente en desacuerdo*. 2- *Demasiado en desacuerdo*. 3- *Algo en desacuerdo*. 4- *Algo de acuerdo*. 5- *Mayormente de acuerdo* 6- *Totalmente de acuerdo*. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta *encerrando con un círculo* en uno de los seis números.”, deben responder entre las seis opciones.

La técnica puede ser auto-administrada, o administrada por un profesional o personal técnico, tanto de forma grupal como individual.

La escala tiene todos sus ítems directos, obteniéndose una puntuación total que es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem. Existen algunos ítems cuya puntuación es inversa a la de la escala. La escala no admite respuestas en blanco.

4.6 PROCEDIMIENTO.

Para llevar a cabo esta investigación se aplicaron las técnicas y el cuestionario de dos maneras: una consistió en entrevistas personales con los sujetos, mientras que algunas otras técnicas fueron enviadas vía correo electrónico a los sujetos y devueltas con los datos correspondientes.

Para llevar a cabo ambos procesos se estableció previamente una red de contactos con diversas instituciones como hospitales, fundaciones y asociaciones que trabajan sobre la temática de trasplante y la concientización sobre la donación de órganos.

El interés por la temática de trasplante y el desarrollo del mismo empezó a gestarse mediante mis prácticas profesionales realizadas en la Fundación APPTO (Ayuda al Pre y Pos Trasplante de Órganos), construyéndose en la base de este proyecto.

El hecho de que en nuestra provincia, Mendoza, no existiera una población grande de deportistas trasplantados hizo que fuera más allá de los límites provinciales y empezara a contactarme con sujetos de otras provincias.

Así es que establecí contacto con el presidente, Rodolfo Wetzel, y el profesor de educación física, Carlos Lirio, de la Asociación de Deportistas Trasplantados de la República Argentina (ADETRA), quienes se dedican a la organización y planificación de eventos deportivos desde lo regional a lo mundial, y también al entrenamiento de los deportistas trasplantados.

Realicé un viaje a Buenos Aires en el mes de abril y en el primer día de entrenamiento del presente año, realizado en el CeNARD (Centro Nacional de Alto Rendimiento Deportivo), se logró reunir a 17 (diecisiete) deportistas trasplantados a los que se los entrevistó personalmente. Otras 3 (tres) personas, pertenecientes a Mendoza, también fueron entrevistadas personalmente.

El resto de la muestra completó las técnicas por correo electrónico. Previamente hubo una presentación a los sujetos, se explicó los objetivos y los alcances que se proponía a través de esta investigación, y los medios para llevarlo a cabo.

Se contestaron varias dudas, se explicaron los aspectos éticos del trabajo y se hizo referencia a que los resultados de la misma estarían a disposición de ADETRA en forma de devolución, y con el objetivo de que sea un disparador para establecer proyectos destinados a mejorar el bienestar psicológico de personas en situación de trasplante en las distintas provincias de la Argentina, pero sobre todo en Mendoza.

En el siguiente capítulo se hará la presentación de los datos que se obtuvieron a partir de la evaluación y análisis de los instrumentos de medición.

CAPÍTULO 5

PRESENTACIÓN
Y
ANÁLISIS DE
RESULTADOS

5.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5.1.1 Presentación de los datos obtenidos del Cuestionario

5.1.1.1 DATOS DEMOGRÁFICOS

A continuación se presentan los resultados correspondientes a datos demográficos de los sujetos de investigación, teniendo en cuenta género, edad, y tipo de trabajo.

Tabla 1
Cantidad de sujetos discriminados por Género

Género	<i>f</i>	<i>f'</i>	<i>f%</i>
Masculino	20	0,66	66
Femenino	10	0,33	33
Total	30	0,99	99

Gráfico 1
Gráfico de barras de sujetos discriminados por Género presentados en porcentaje.

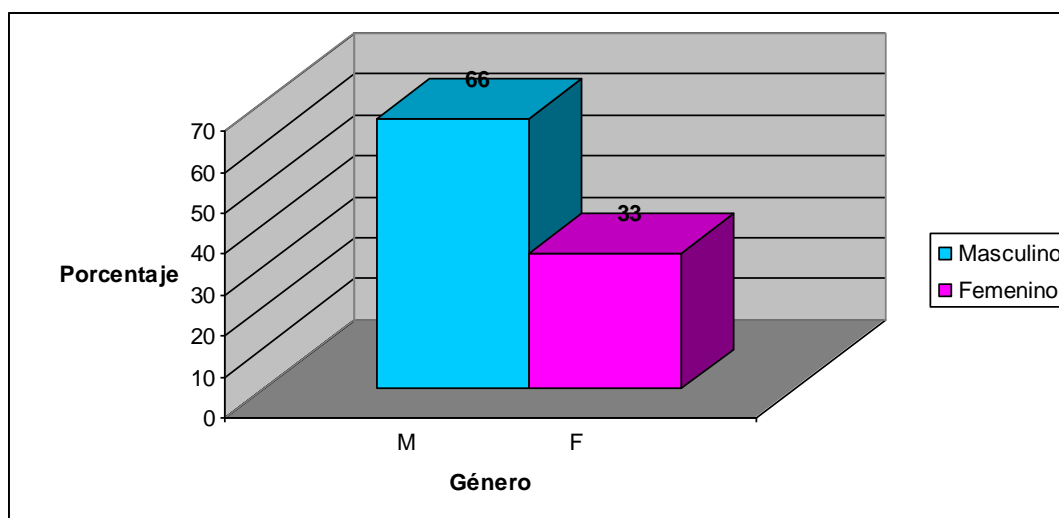


Tabla 2
Edades de los sujetos de investigación presentadas en intervalos
y en porcentaje.

Edad	f	f'	$f\%$
19-30	3	0,1	10
31-40	12	0,4	40
41-50	11	0,37	36
51-60	2	0,07	7
61-70	1	0,03	3
71-80	1	0,03	3
Totales	30	1	99

Gráfico 2

Gráfico de barras con respecto a las edades de los 30 individuos en años,
presentadas en porcentaje.

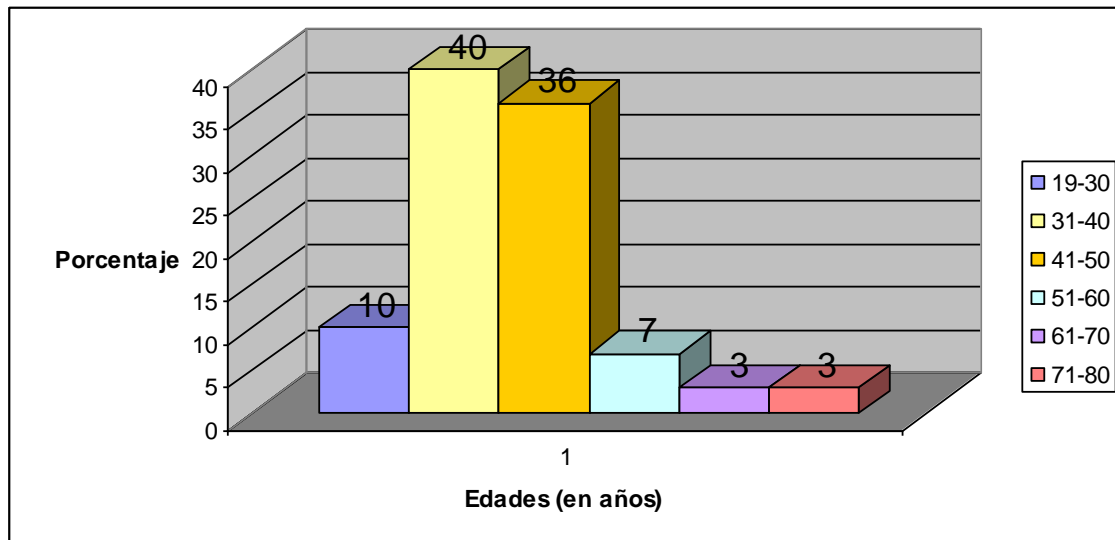


Tabla 3

Provincia de Origen de los 30 sujetos de investigación.

Provincia de Origen	<i>f</i>	<i>f</i> '	<i>f</i> %
Buenos Aires	19	0,63	63
Mendoza	3	0,1	10
Río Negro	2	0,06	6
Corrientes	2	0,06	6
Neuquén	1	0,03	3
Santa Fe	1	0,03	3
Salta	1	0,03	3
Córdoba	1	0,03	3
Puntajes totales	30	0,97	97

Gráfico 3

Gráfico de barras de las Provincias de Origen de los 30 sujetos de investigación.

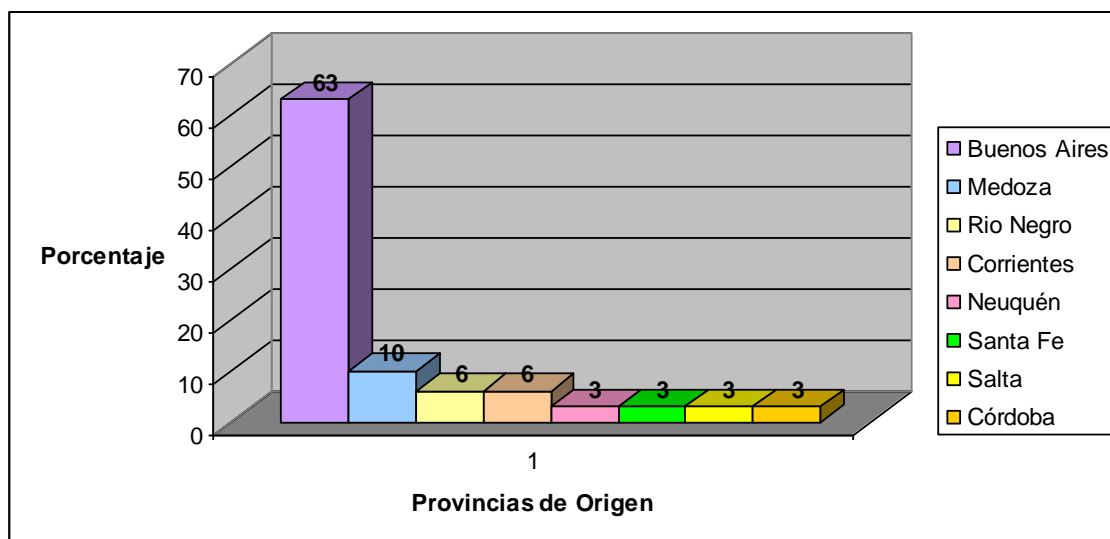


Tabla 4

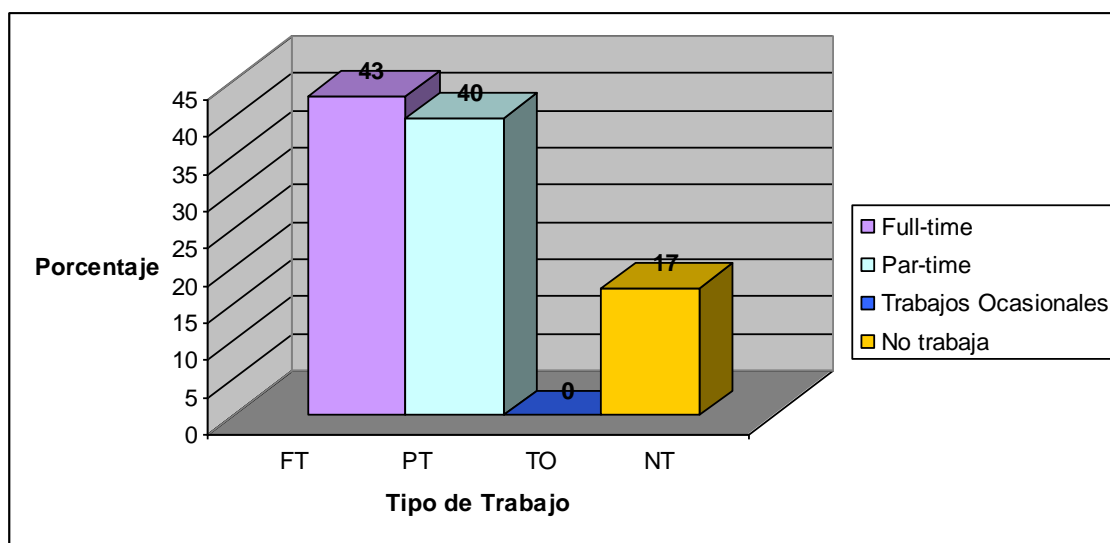
Tipo de Trabajo realizado por los 30 sujetos de investigación, según la cantidad de horas y la calidad de la actividad laboral.

Tipo de Trabajo	f	f'	$f\%$
Full-time	13	0,43	43
Par-time	12	0,4	40
Trabajos ocasionales	0	0	0
No trabaja	5	0,17	17
Puntajes Totales	30	1	100

Nota: Full time: 8 horas diarias o más. *Par-time:* de 4 a 6 horas diarias. *Trabajos ocasionales:* trabajos realizados una vez cada por lo menos un mes. *No trabaja:* no realiza ninguna actividad de rentabilidad económica.

Gráfico 4

Gráfico de barras sobre el Tipo de Trabajo realizado por los 30 sujetos de investigación, según la cantidad de horas y la calidad de la actividad laboral.



5.1.1.2 DATOS SOBRE EL TRASPLANTE

La condición excluyente de inclusión es que los individuos hayan sido insertos en la muestra es que hayan sido trasplantados previamente. Por eso, se presentan los resultados en relación al tipo de trasplante, la percepción en relación al cambio corporal y a la realización del tratamiento.

Tabla 5

Tipo de trasplante recibido por los 30 sujetos de la investigación.

Tipo de Trasplante	<i>f</i>	<i>f</i> '	<i>f</i> %
Riñón	17	0,55	55
Hígado	7	0,23	23
Corazón	3	0,1	10
Células Progenitoras Hematopoyéticas	2	0,06	6
Pulmones	1	0,03	3
Córneas	1	0,03	3
Puntaje Total	31	1	100

Gráfico 5

Gráfico de barras según el Tipo de Trasplante recibido por los 30 sujetos de investigación.

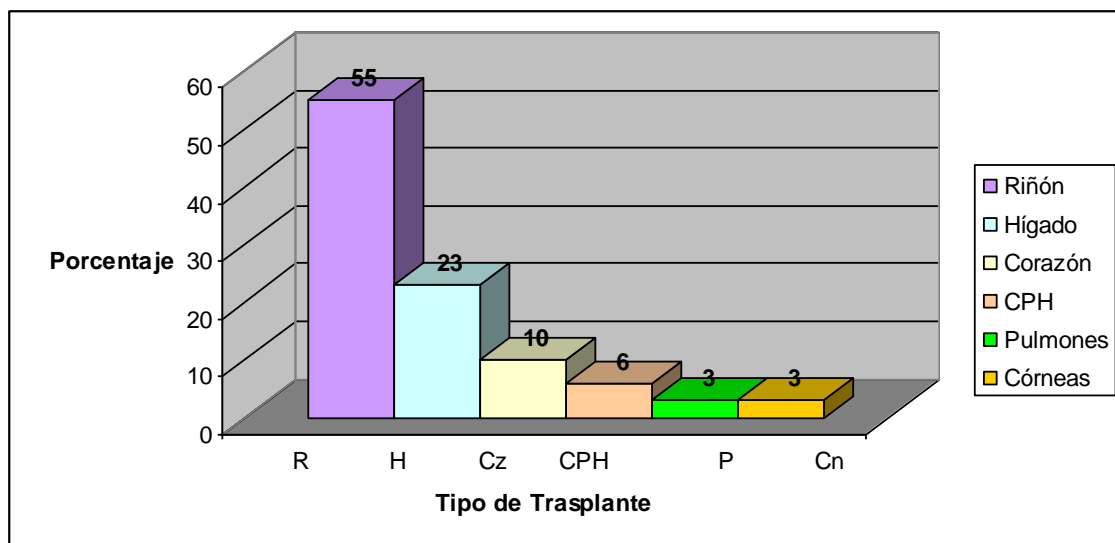


Tabla 6
Percepción de los 30 sujetos de investigación sobre el Cambio del Esquema Corporal como consecuencia del Trasplante.

Percepción de Cambio Corporal	<i>f</i>	<i>f</i> ´	<i>f</i> %
Si	15	0,5	50
Más o menos.	7	0,23	23
No	8	0,26	26
Puntaje Total	30	0,99	99

Gráfico 6
Gráfico de barras sobre la Percepción de 30 sujetos de investigación sobre el Cambio de su Esquema Corporal luego del Trasplante.

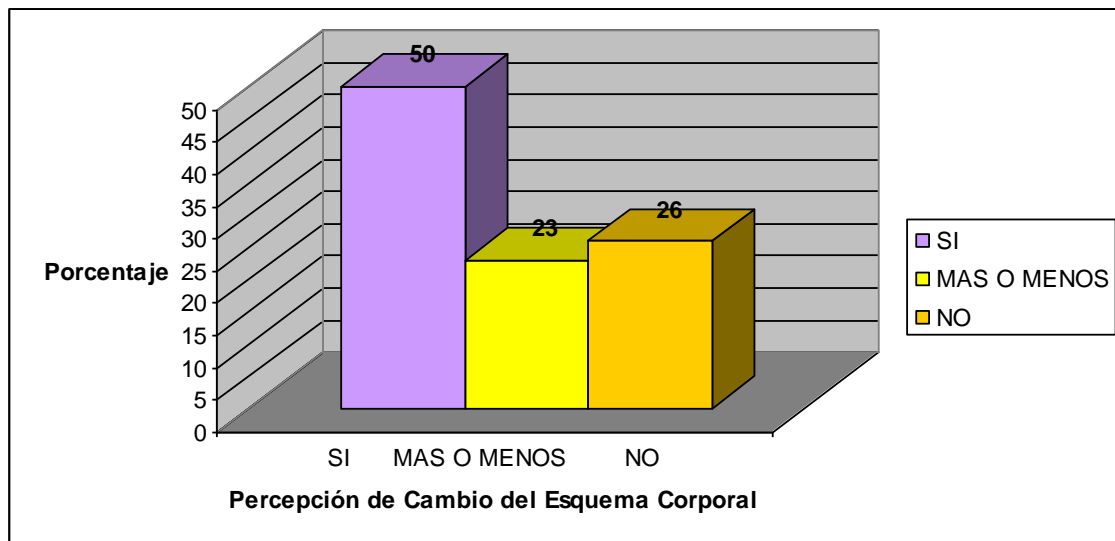


Tabla 7

Opinión de los 30 sujetos de investigación sobre la realización de su propio Tratamiento

Opinión sobre Tratamiento	<i>f</i>	<i>F</i>	<i>F</i>%
Muy bien	21	0,7	70
Bien	8	0,26	26
Regular	0	0	0
Mal	1	0,03	3
Puntaje Total	30	0,99	99

Gráfico 7

Gráfico de barras sobre la opinión acerca de la realización del Tratamiento de 30 individuos.

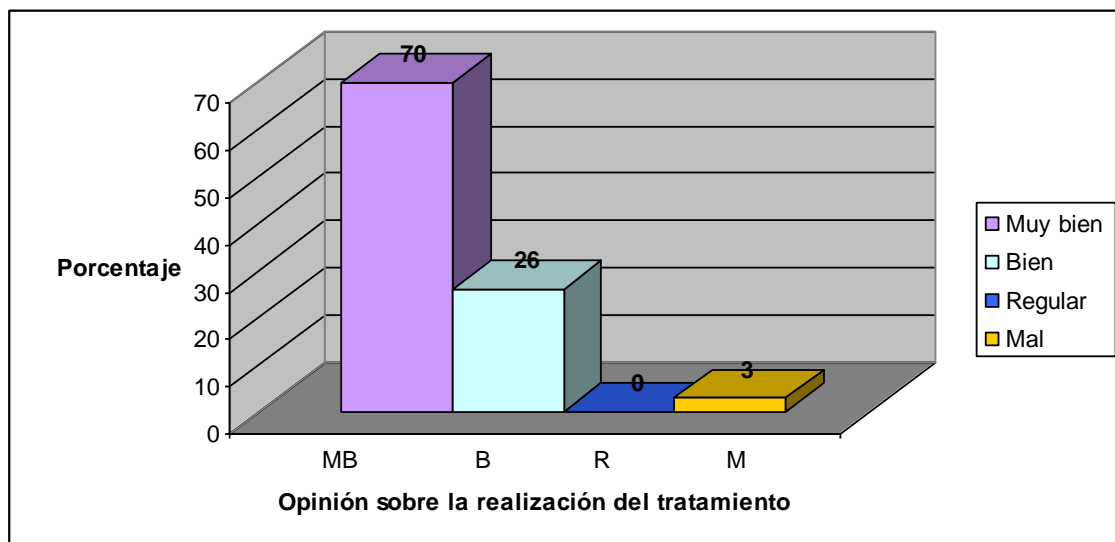
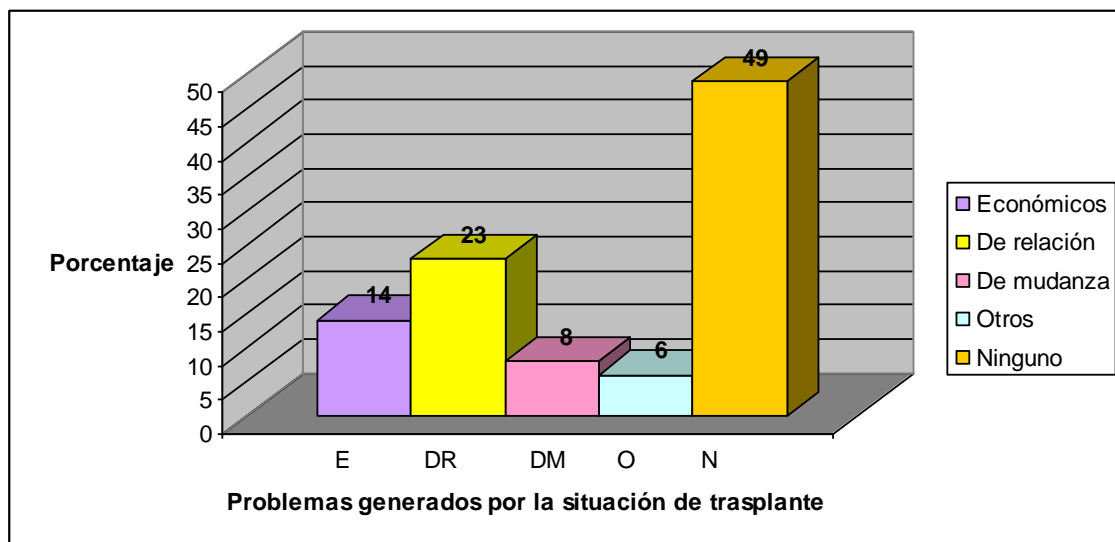


Tabla 8
Problemas ocasionados en diversas áreas como consecuencia de la situación de trasplante.

Problemas	<i>f</i>	<i>f</i>'	<i>f</i>%
Económicos	5	0,14	14
De relación	8	0,23	23
De mudanza	3	0,08	8
Otros	2	0,06	6
Ninguno	17	0,49	49
Puntaje Total	35	1	100

Gráfico 8
Gráfico de barras sobre los Problemas ocasionados en diversas áreas como consecuencia de la situación de trasplante.



5.1.1.3 DATOS DE LAS RELACIONES SOCIALES Y FAMILIARES

Los datos presentados en este apartado hacen referencia a la satisfacción en las relaciones en general establecidas antes del trasplante y luego de éste; a las relaciones familiares postrasplante; a las personas que acompañaron a los individuos a lo largo del proceso de enfermedad y trasplante; a la participación en algún grupo de carácter social postrasplante; y por último, a las actividades que prefieren realizar en su tiempo libre. Además se añade la proyección que los individuos tienen acerca de su futuro.

Tabla 9

Grado de Satisfacción percibida en las Relaciones Pre-trasplante y Pos-trasplante.

Grado de Satisfacción	Relaciones Pre-trasplante	Relaciones Pos-trasplante
Excelente-Muy satisfecho	15	16
Muy bueno- Satisfecho	7	13
Bueno-Más o menos satisfecho	5	1
Regular-Poco satisfecho	2	0
Mala-No satisfecho	1	0
Puntaje total	30	30

Gráfico 9

Gráfico de barras sobre el Grado de Satisfacción percibida por 30 individuos en sus relaciones Pre-trasplante y Pos-trasplante.

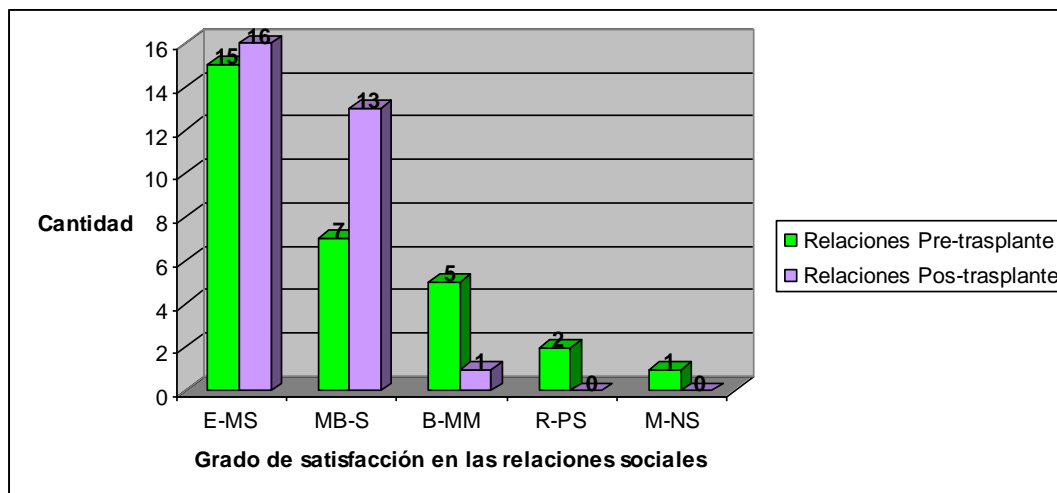


Tabla 10
Tipo de Relación Familiar Postrasplante

Tipo de relación	<i>f</i>	<i>f</i>'	<i>f</i>%
Excelente	19	0,63	63
Muy buena	10	0,33	33
Buena	0	0	0
Regular	1	0,03	3
Mala	0	0	0
Puntaje Total	30	0,99	99

Gráfico 10
Gráfico de barras sobre el Tipo de Relación Familiar Postrasplante de los 30 individuos.

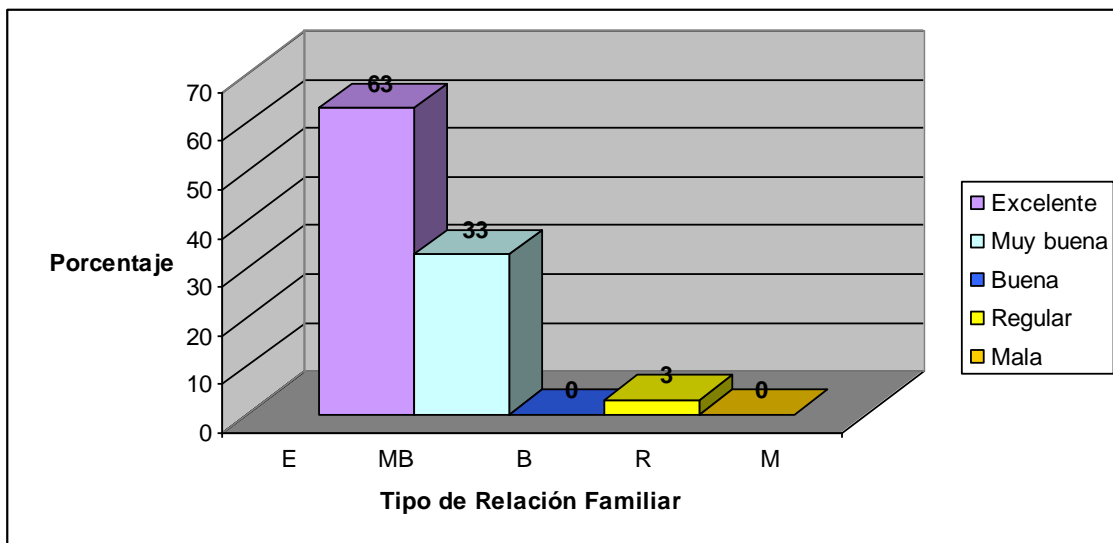


Tabla 11

Personas que han acompañado a los 30 pacientes trasplantados durante el proceso de espera y al momento del trasplante.

Personas que acompañaron.	<i>f</i>	<i>f</i>'	<i>f</i>%
Padres	29	0,33	33
Hermanos	24	0,27	27
Pareja	16	0,18	18
Nadie	2	0,02	2
Otros	16	0,18	18
Puntaje Total	87	0,98	98

Gráfico 11

Gráfico de barras de las Personas que acompañaron a los 30 pacientes trasplantados durante el proceso de espera y al momento del trasplante.

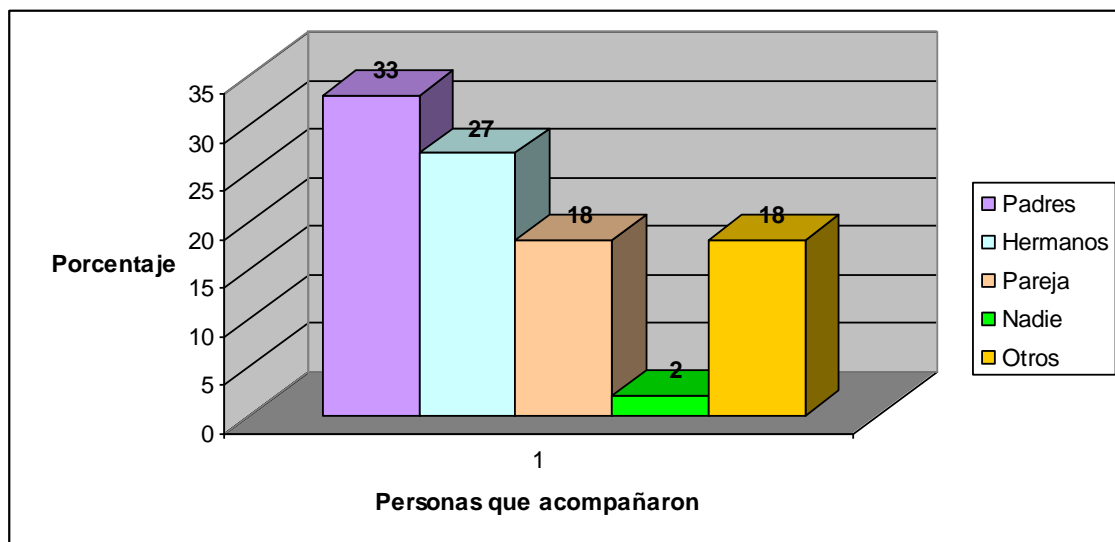


Tabla 12

Participación en algún Grupo de carácter Social postrasplante.

Participación en Grupo Social	<i>f</i>	<i>f</i>'	<i>f</i>%
SI	26	0,87	87
NO	4	0,13	13
Puntaje Total	30	1	100

Gráfico 12

Gráfico de barras sobre la Participación de 30 individuos en algún Grupo de carácter Social postrasplante.

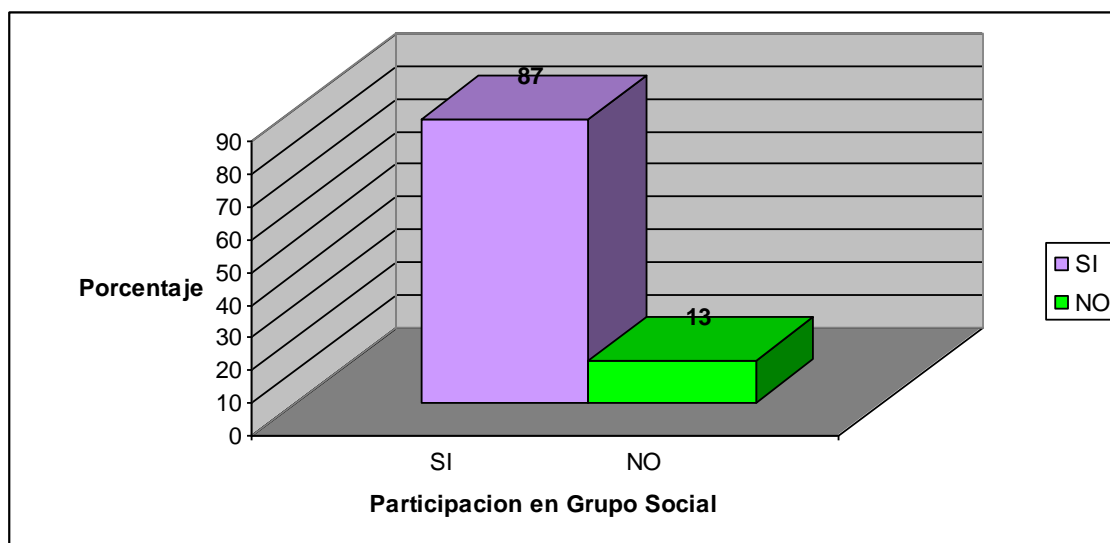


Tabla 13

Actividades que los 30 individuos prefieren realizar en su Tiempo Libre.

Actividades de Tiempo Libre	<i>f</i>	<i>f</i>'	<i>f</i>%
Ver TV	11	0,14	14
Leer	13	0,17	17
Practicar deporte	21	0,27	27
Estar con amigos y/o familiares	21	0,27	27
Otros	10	0,13	13
Puntaje Total	76	0,98	98

Gráfico 13

Gráfico de barras sobre las Actividades que los 30 individuos prefieren realizar en su Tiempo Libre.

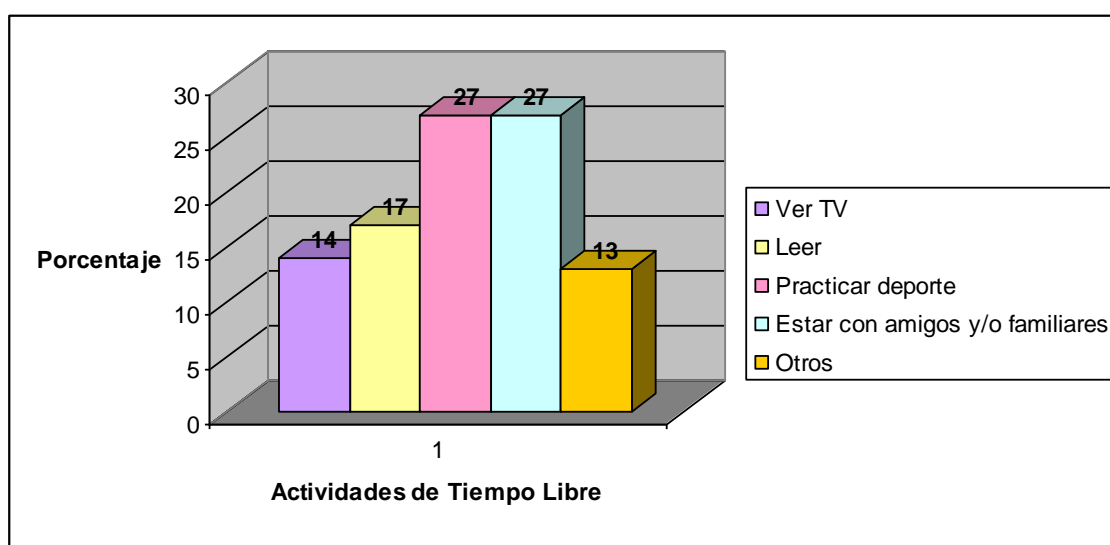


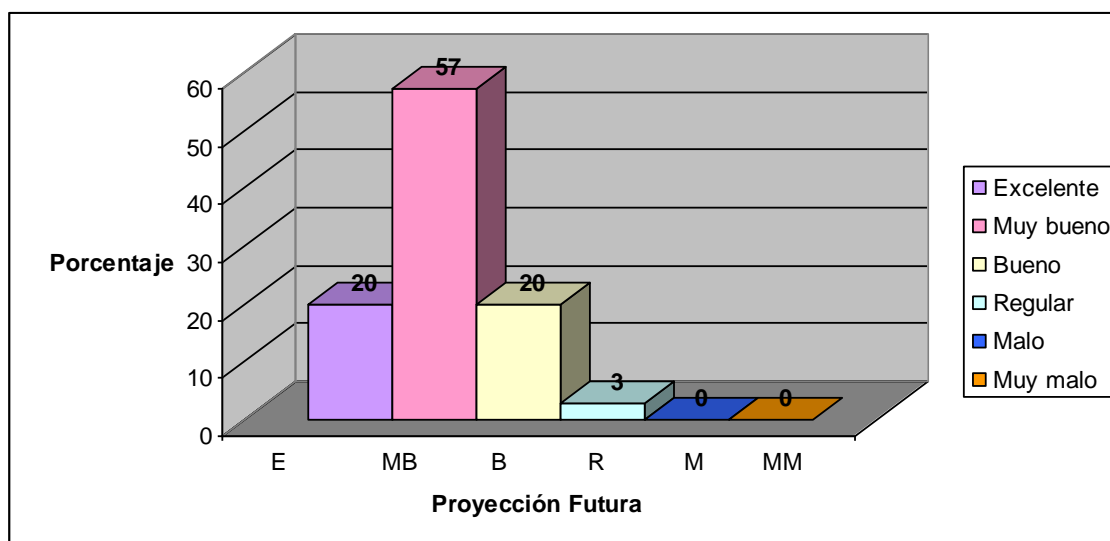
Tabla 14

Proyección sobre su futuro en relación a su Proyecto de Vida.

Proyección Futura	<i>f</i>	<i>f</i>'	<i>f</i>%
Excelente	6	0,2	20
Muy bueno	17	0,57	57
Bueno	6	0,2	20
Regular	1	0,03	3
Malo	0	0	0
Muy malo	0	0	0
Puntaje Total	30	1	100

Gráfico 14

Gráfico de barras sobre la Proyección de 30 individuos en relación a su Proyecto de Vida.



5.1.1.3 DATOS ACERCA DE LA PRÁCTICA DEPORTIVA

El último apartado dentro de los datos obtenidos en el Cuestionario hace referencia a diversas variables relacionadas con el deporte que realizan las personas trasplantadas. A continuación se presentan los resultados vinculados con el deporte realizado antes y después del trasplante; el tipo de deporte; las personas que lo motivaron a la práctica; el motivo por el que lo realiza; si recibieron apoyo familiar o no; la percepción acerca del mejoramiento de su calidad de vida y cuán satisfactorio le resulta hacer deporte.

Tabla 15

Deportes realizados por 30 individuos antes y después del trasplante.

Deporte	Deporte Pre-trasplante	Deporte Pos-trasplante
Natación	9	13
Atletismo	3	18
Tenis	6	7
Fútbol	8	1
Básquet	3	1
Aerobic	0	1
Golf	1	1
Voley	5	2
Ciclismo	2	6
Remo	1	1
Escalada deportiva	0	1
Hockey	2	0
Pilates	0	1
Polo	1	0
Boxeo	0	1
Padle	2	1
Tenis de mesa	2	2
Windsurf	1	0
Kiteboarding	0	1
Softbol	1	0
Ninguno	6	0
Puntaje Total	53	58

Gráfico 15

Gráfico de barras comparativo sobre el deporte realizado por 30 individuos antes y después del trasplante.

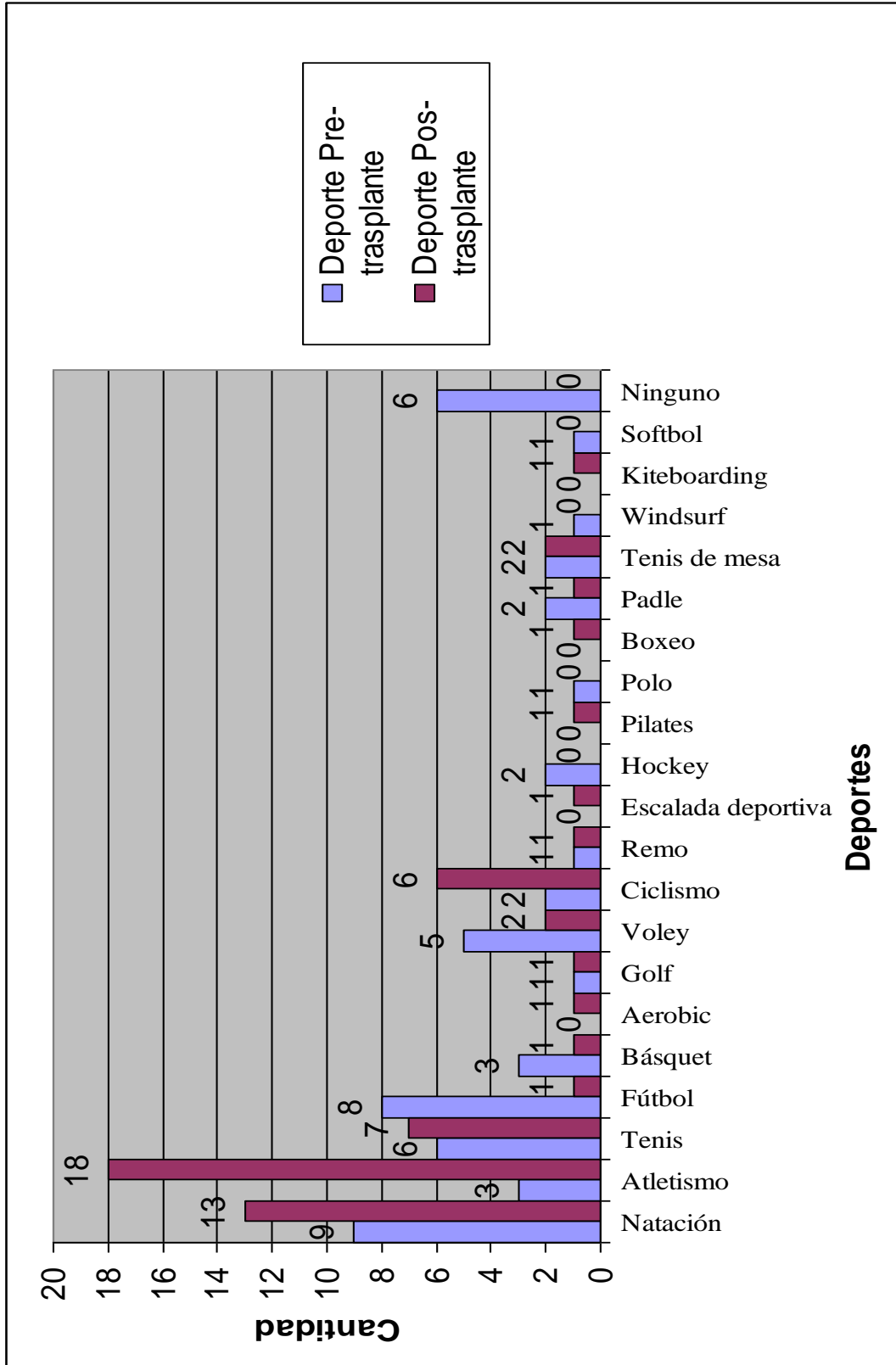


Tabla 16

Tipo de deporte realizado antes y después del trasplante.

Tipo de deporte	Pre-trasplante	Pos-trasplante
Individual	25	31
Grupal	21	4
Puntajes Total	46	35

Gráfico 16

Gráfico de barras sobre el Tipo de Deporte realizado por 30 sujetos antes y después del trasplante.

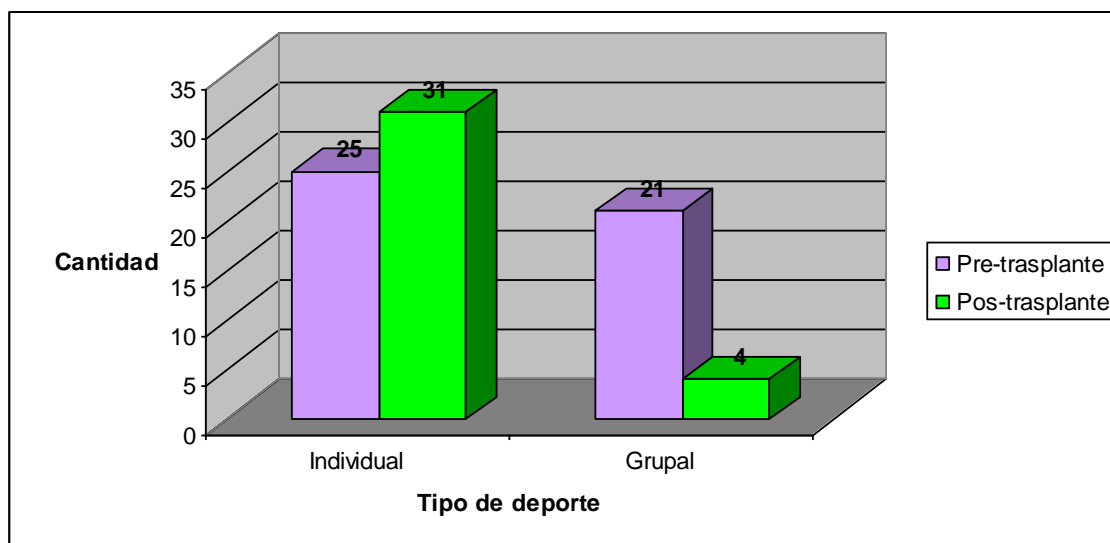


Tabla 17

Personas que Motivaron la práctica deportiva después del trasplante.

Personas que Motivaron	<i>f</i>	<i>f</i> '	<i>f</i> %
Iniciativa propia	20	0,44	44
Padres	6	0,13	13
Médicos	5	0,11	11
Hermanos	1	0,02	2
Amigos	5	0,11	11
Pareja	3	0,07	7
Otras personas trasplantadas	5	0,11	11
Otros	0	0	0
Puntaje Total	45	0,99	99

Gráfico 17

Gráfico de barras sobre las Personas que Motivaron la realización de Deporte de 30 individuos después del trasplante.

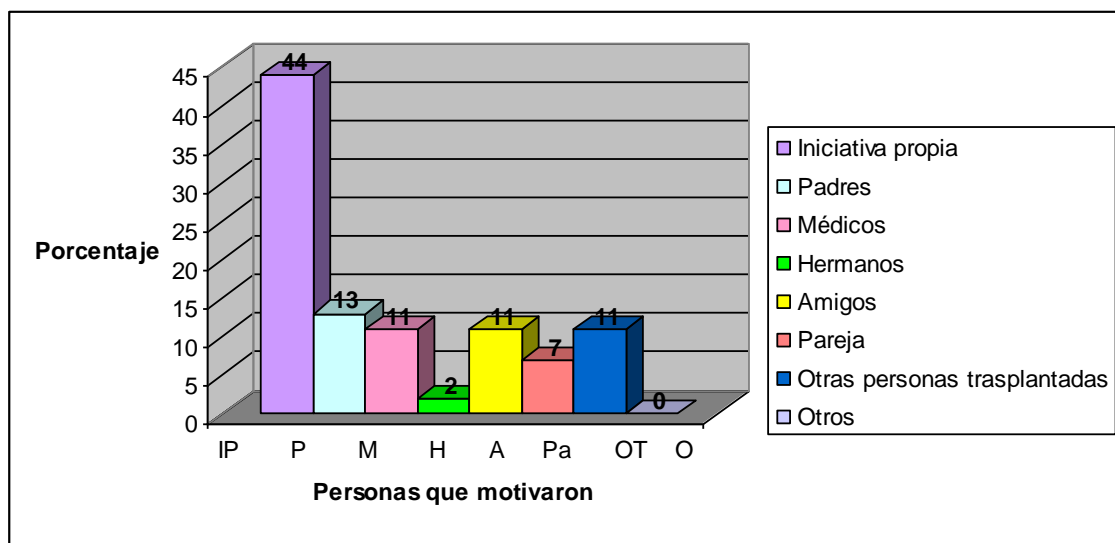


Tabla 18

Motivo por el que los 30 individuos realizan deporte.

Motivo	f	f'	$f\%$
Hobbie	18	0,36	36
Actividad competitiva	14	0,28	28
Razones de salud	18	0,36	38
Puntaje Total	50	1	100

Gráfico 18

Gráfico de barras sobre el Motivo por el que 30 individuos realizan deporte.

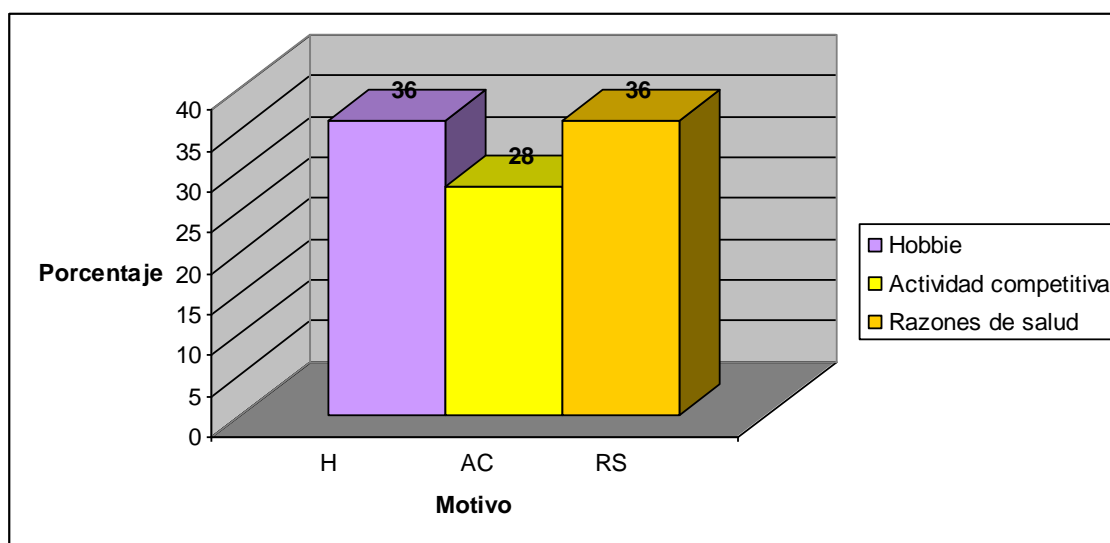


Tabla 19

Apoyo Familiar en la realización de deporte a las personas trasplantadas.

Apoyo Familiar	<i>f</i>	<i>f</i>'	<i>f</i>%
SI	29	0,97	97
NO	1	0,03	3
Puntaje Total	30	1	100

Gráfico 19

Gráfico de barras sobre el Apoyo Familiar recibido a los 30 individuos en la realización de deporte.

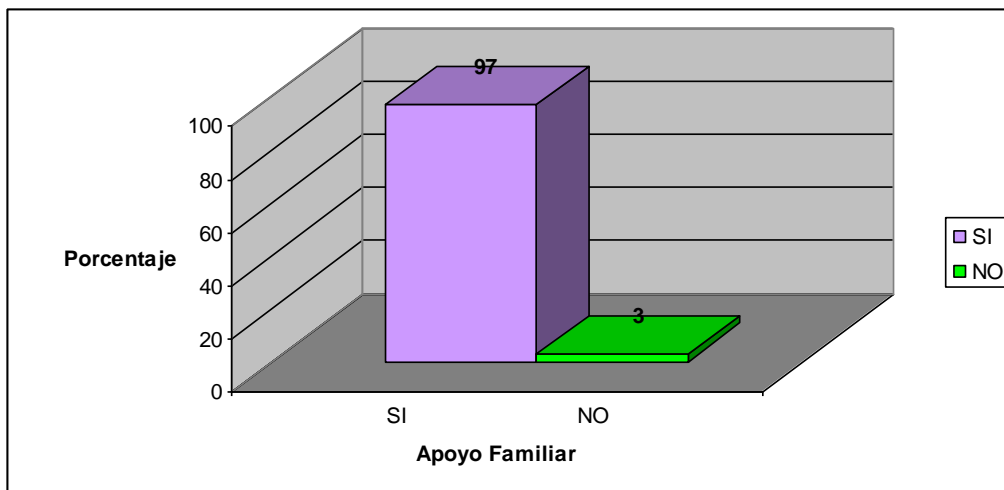


Tabla 20

Percepción de los individuos acerca de la Mejora de su Calidad de Vida en relación al deporte.

Mejora de la Calidad de Vida	f	f'	$f\%$
Mucho	28	0,93	93
Poco	2	0,07	7
Nada	0	0	0
Puntaje Total	30	1	100

Gráfico 20

Gráfico de barras sobre la percepción de 30 individuos sobre la Mejora de su Calidad de Vida gracias a la práctica deportiva.

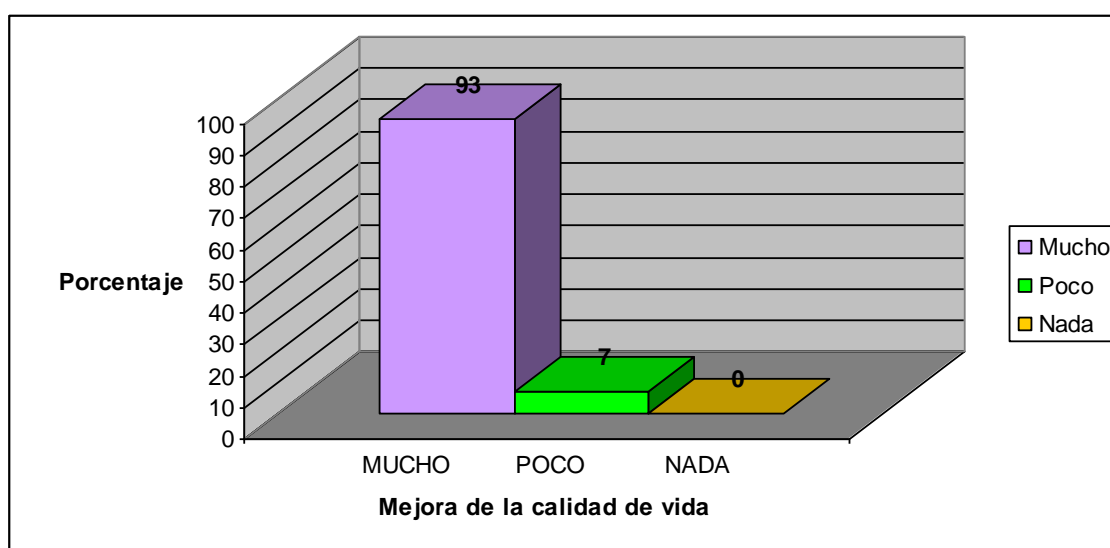
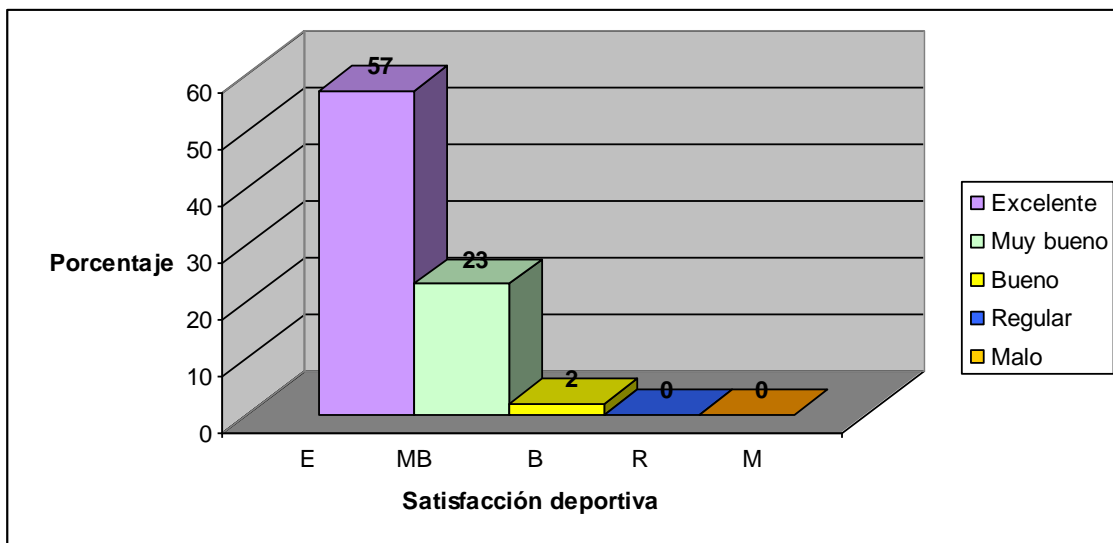


Tabla 21
Satisfacción percibida por los sujetos en la realización del Deporte

Satisfacción deportiva	<i>f</i>	<i>f</i> '	<i>f</i> %
Excelente	17	0,57	57
Muy bueno	7	0,23	23
Bueno	6	0,2	2
Regular	0	0	0
Malo	0	0	0
Puntaje Total	30	1	100

Gráfico 21
Gráfico de barras sobre la Satisfacción percibida por 30 sujetos sobre la realización de Deporte.



5.2.2 Presentación de los datos obtenidos de la Adaptación Española de la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff.

Luego de puntuar las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico administrada a 30 individuos, 20 hombres y 10 mujeres, trasplantados y deportistas, obteniendo los puntajes equivalentes de cada una, se calculó la media estadística de cada subescala.

A continuación se presentan las medias estadísticas obtenidas en cada subescala según el género; de acuerdo al tipo de trasplante de cada individuo y según la provincia de origen. Luego se presentan las medias obtenidas según si han recibido apoyo familiar o no; y posteriormente en relación al tipo de deporte que realizan. Todos estos datos se comparan en relación a las medias estadísticas establecidas de la población de deportistas argentinos trasplantados en esta investigación.

Por último, y como dato ilustrativo ya que no existen baremos locales, se establece una comparación con las medias obtenidas de la población española para lograr la Adaptación de la escala.

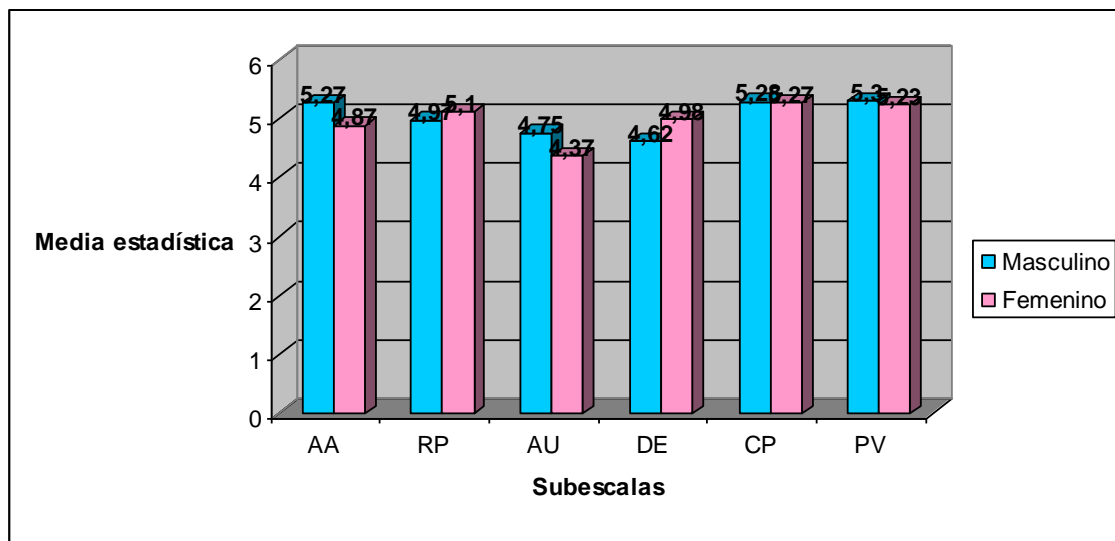
5.2.2.1 MEDIAS ESTADÍSTICAS SEGÚN EL GÉNERO

Tabla 22
Medias estadísticas de las Subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 30 individuos deportistas trasplantados según el género.

Medias estadísticas por Género		
Subescalas	Masculino	Femenino
AA	5,27	4,87
RP	4,97	5,1
AU	4,75	4,37
DE	4,62	4,98
CP	5,28	5,27
PV	5,3	5,23

Gráfico 22

Gráfico sobre Medias estadísticas de las Subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 30 individuos deportistas trasplantados según el género.



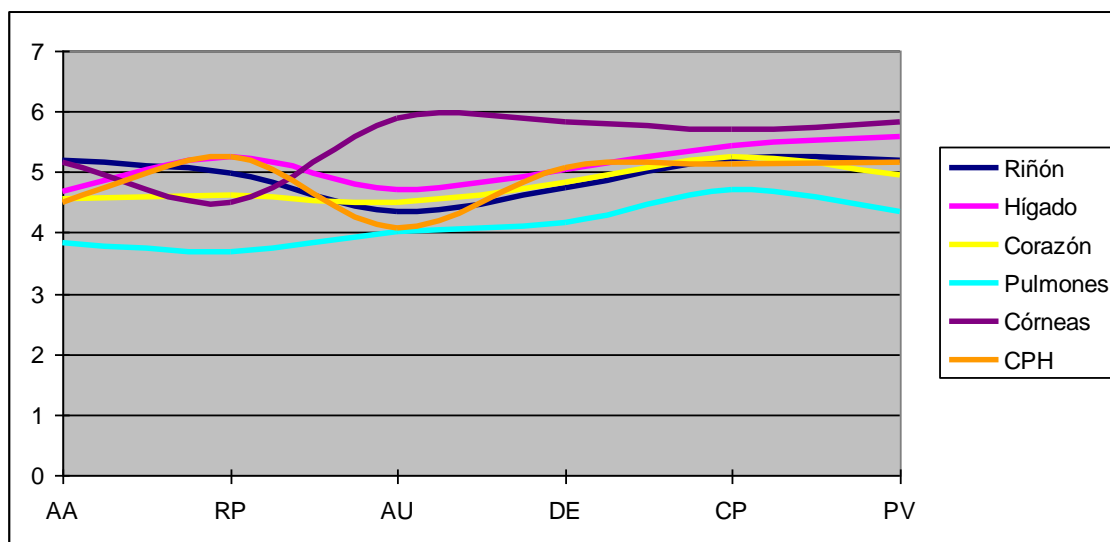
Nota: AA: Autoaceptación. RP: Relaciones Positivas. AU: Autonomía.
DE: Dominio del Entorno. CP: Crecimiento Personal. PV: Propósito en la Vida.

5.2.2.2 MEDIAS ESTADÍSTICAS SEGÚN EL TIPO DE TRASPLANTE.

Tabla 23
Comparación de Medias estadísticas de las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 30 individuos, según su tipo de trasplante.

Subescalas	Medias estadísticas de los Deportistas Trasplantados					
	Riñón	Hígado	Corazón	Pulmones	Córneas	CPH
AA	5,18	4,69	4,55	3,83	5,17	4,5
RP	4,98	5,26	4,61	3,67	4,5	5,24
AU	4,34	4,71	4,5	4	5,87	4,06
DE	4,74	5,05	4,83	4,17	5,83	5,08
CP	5,21	5,43	5,24	4,71	5,71	5,14
PV	5,2	5,57	4,94	4,33	5,83	5,16

Gráfico 23
Gráfico de líneas sobre la comparación de Medias estadísticas de las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 30 individuos, según su tipo de trasplante.



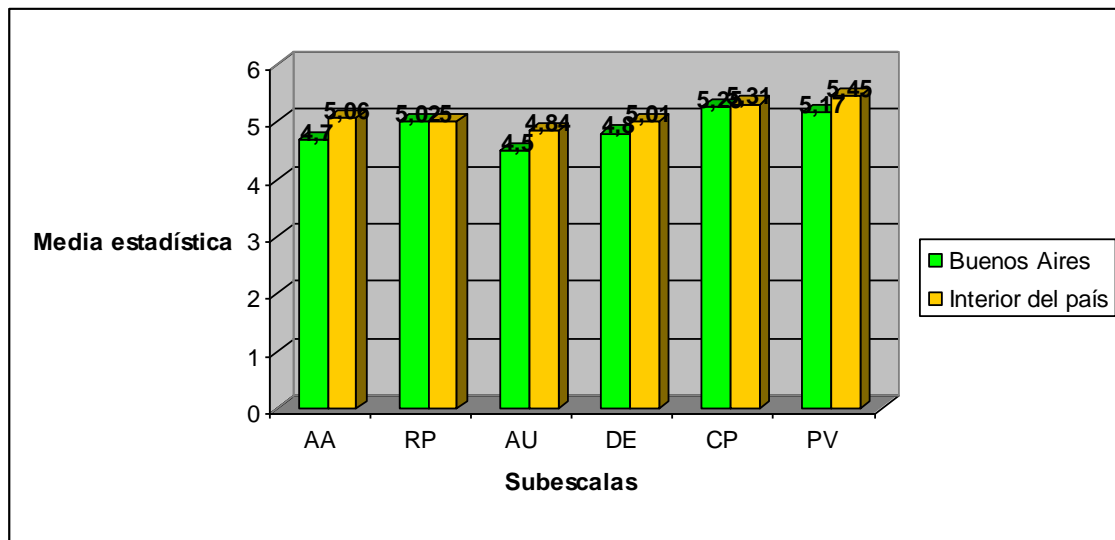
Nota: AA: Autoaceptación. RP: Relaciones Positivas. AU: Autonomía.
 DE: Dominio del Entorno. CP: Crecimiento Personal. PV: Propósito en la Vida.

5.2.2.3 MEDIAS ESTADÍSTICAS SEGÚN LA PROVINCIA DE ORIGEN.

Tabla 24
Comparación de Medias estadísticas de las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 30 individuos, según su lugar de residencia.

Medias estadísticas por Lugar de Residencia		
Subescalas	Buenos Aires	Interior del país
AA	4,7	5,06
RP	5,02	5
AU	4,5	4,84
DE	4,8	5,01
CP	5,25	5,31
PV	5,17	5,45

Gráfico 24
Gráfico de barras sobre la comparación de Medias estadísticas de las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 30 individuos, según su lugar de residencia.



Nota: AA: Autoaceptación. RP: Relaciones Positivas. AU: Autonomía.
DE: Dominio del Entorno. CP: Crecimiento Personal. PV: Propósito en la Vida.

5.2.2.4 MEDIAS ESTADÍSTICAS SEGÚN EL APOYO FAMILIAR RECIBIDO.

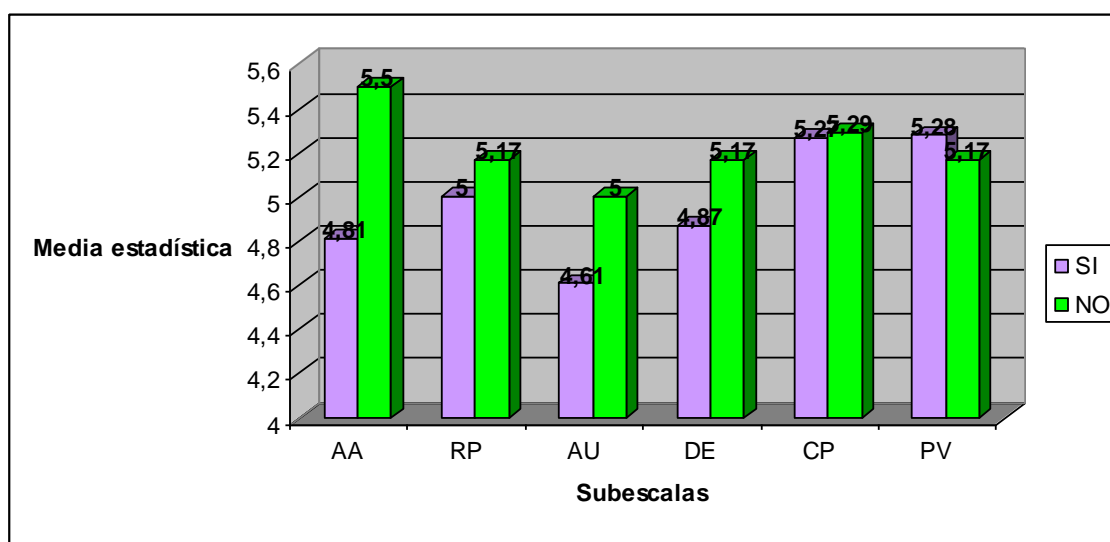
Tabla 25

Comparación de Medias estadísticas de las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 30 individuos, de acuerdo a si han recibido o no Apoyo Familiar.

Subescalas	Apoyo Familiar	
	SI	NO
AA	4,81	5,5
RP	5	5,17
AU	4,61	5
DE	4,87	5,17
CP	5,27	5,29
PV	5,28	5,17

Gráfico 25

Gráfico de barras sobre la comparación de Medias estadísticas de las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 30 individuos, de acuerdo a si han recibido o no Apoyo Familiar.



Nota: AA: Autoaceptación. RP: Relaciones Positivas. AU: Autonomía. DE: Dominio del Entorno. CP: Crecimiento Personal. PV: Propósito en la Vida.

5.2.2.5 MEDIAS ESTADÍSTICAS SEGÚN EL TIPO DE DEPORTE REALIZADO.

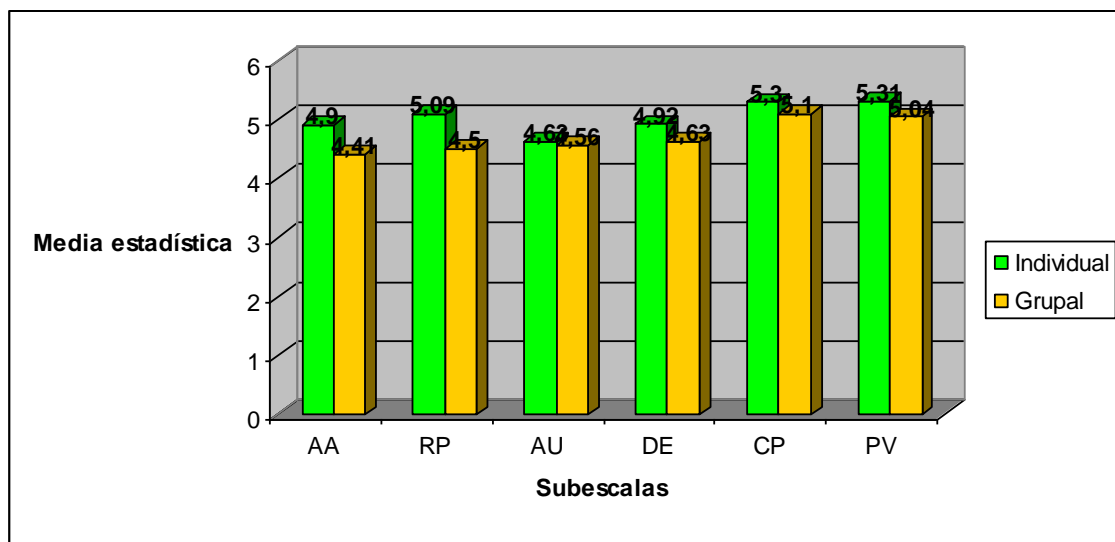
Tabla 26

Comparación de Medias estadísticas de las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 30 individuos, según el Tipo de Deporte que realizan.

Subescalas	Tipo de Deporte	
	Individual	Grupal
AA	4,9	4,41
RP	5,09	4,5
AU	4,63	4,56
DE	4,92	4,63
CP	5,3	5,1
PV	5,31	5,04

Gráfico 26

Gráfico de barras sobre la comparación de Medias estadísticas de las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff de 30 individuos, según el Tipo de Deporte que realizan.



Nota: AA: Autoaceptación. RP: Relaciones Positivas. AU: Autonomía. DE: Dominio del Entorno. CP: Crecimiento Personal. PV: Propósito en la Vida.

5.2.2.6 MEDIAS ESTADÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ARGENTINA Y ESPAÑOLA.

Tabla 27

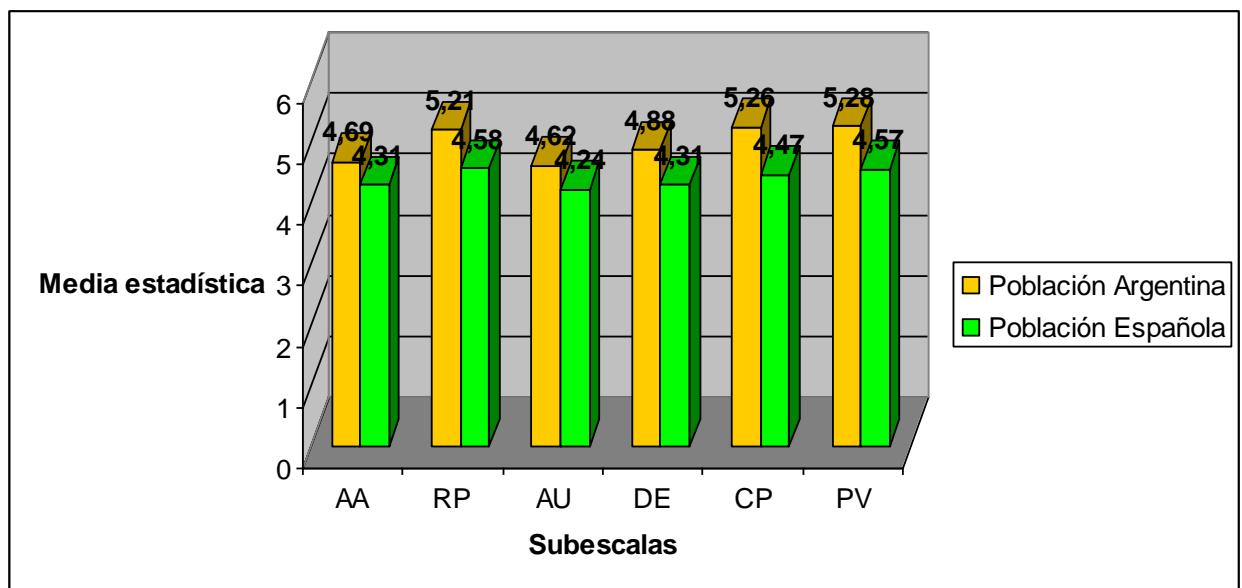
Medias estadísticas de las Subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, de 30 deportistas argentinos trasplantados, en relación a las medias de la Adaptación Española de Bienestar Psicológico.

Medias estadísticas		
Subescalas	Población Argentina	Población Española
AA	4,69	4,31
RP	5,21	4,58
AU	4,62	4,24
DE	4,88	4,31
CP	5,26	4,57
PV	5,28	4,47

Nota: AA: Autoaceptación. RP: Relaciones Positivas. AU: Autonomía. DE: Dominio del Entorno. CP: Crecimiento Personal. PV: Propósito en la Vida.

Gráfico 27

Gráfico de barras sobre las Medias estadísticas de las subescalas de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, de 30 deportistas argentinos trasplantados, en relación a las medias de la Adaptación Española de Bienestar Psicológico.



Nota: AA: Autoaceptación. RP: Relaciones Positivas. AU: Autonomía. DE: Dominio del Entorno. CP: Crecimiento Personal. PV: Propósito en la Vida.

5.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Según los datos observados en la Presentación de Resultados, se puede hacer un análisis relacionando los datos aportados por el cuestionario con las subescalas de bienestar psicológico. Se presentan a continuación el análisis de los resultados del Cuestionario, y luego el de la Escala de Bienestar Psicológico.

5.2.1 Análisis de datos obtenidos del Cuestionario.

- Los **datos demográficos** nos aportan información sobre la muestra poblacional de deportistas argentinos trasplantados. Esta muestra está compuesta por 30 sujetos, 66% de *sexo masculino* y 33% de *sexo femenino*, con una *edad media* de 41 años. La *residencia* de los sujetos es del 63% en la provincia de Buenos Aires, mientras que el 37% pertenece a diversas provincias del interior del país, entre ellas Mendoza, Salta, Corrientes, Santa Fe, Río Negro, Neuquén y Córdoba.

- Es una población activa, ya que luego de haber sobrepasado un trasplante, el 83% de la muestra realiza una *actividad laboral* rentable económicamente. Esto da la pauta que las personas, luego de ser trasplantadas y pasado un tiempo de aceptación del nuevo órgano en su organismo, ésta puede volver a retomar sus actividades normalmente y formar parte nuevamente de la población económicamente activa del país. Es decir, no existen limitaciones para retomar la actividad laboral realizada previamente o ser contratado para desempeñar un empleo nuevo.

- En relación al **trasplante** la mayoría de los sujetos han sido *trasplantado* de riñón (55%), luego de hígado (23%), corazón (10%), CPH (6%), y por último, pulmones y córneas (3%, cada uno). Estas cifras afirman lo que en los últimos años se ha dado a nivel nacional e internacional, en donde los trasplantes de riñón han sido los que abultaban las listas de espera, debido al aumento de muchas enfermedades no transmisibles, como la diabetes y la hipertensión arterial.

- La mitad de los sujetos perciben que el trasplante produjo un cambio *en su esquema corporal*, mientras que la otra mitad está dividida entre “Más o menos” y “No”. Lo cierto es que el trasplante de órganos produce un cambio a nivel corporal, ya sea porque se limitan las actividades, cambia el rendimiento físico los primeros meses luego del trasplante y algunas medicaciones pueden producir efectos colaterales. Si bien

los cambios no se producen en todos de idéntica manera, el 73% de la muestra es conciente y percibe los cambios en su esquema corporal.

- Frente a esto último, los deportistas trasplantados dicen realizar “Muy bien” el *tratamiento postrasplante*, en un 70%, “Bien” en un 26% y “Mal” sólo un 3%. Esto hace referencia a la gran capacidad de adaptación al cambio de los sujetos en relación a la adherencia al tratamiento.

- La mayoría de los deportistas trasplantados (49%) manifiesta no haber tenido ningún *problema producto de la situación de la espera y el momento de trasplante*. Esto está relacionado con la capacidad resiliente de las personas de hacer frente a las adversidades o experiencias traumáticas, y salir fortalecidos de ellas, acompañados por la contención de quienes forman parte de su entorno cercano. Sin embargo, algunas personas manifiestan haber tenido problemas de relación (23%), sobre todo ligadas a las relaciones laborales; problemas económicos (14%), ya que los costos de los tratamientos y de la medicación son altos; y problemas de mudanza (8%), debido a que los centros de trasplantes no funcionan en todos los hospitales del país, sino que están centrados para atender por región.

- En cuanto a las **relaciones sociales y familiares**, se observa que las *relaciones sociales* fueron más satisfactorias luego del trasplante que antes de éste; existiendo antes del trasplante personas que consideraban sus relaciones sociales “Buenas” o “Regulares”, a “Excelentes”-“Muy buenas”, luego del trasplante. Este punto es esencial, y sumamente relacionado con las Relaciones Positivas necesarias para la vida. Este cambio en la satisfacción de las relaciones sociales se debe a la necesidad de contar con apoyo social frente a una situación vital, y luego de salir victorioso de la misma estas relaciones sociales se fortalecen, haciendo extensivo el logro.

- Del mismo modo, el 96% de las personas manifiestan que sus *relaciones familiares postrasplantes* son “Excelentes” (63%) o “Muy buena” (33%). Esto implica que la mayoría de las relaciones familiares son satisfactorias, siendo los integrantes del núcleo familiar los más presentes en el acompañamiento durante la espera del órgano y el momento del trasplante. La familia es la primera red de apoyo y vive a la par de la persona trasplantada los cambios drásticos provocados por los medicamentos, la dieta, las actividades físicas indicadas, y demás actividades extra hospitalarias donde el apoyo es fundamental.

- Entre las *personas que acompañan en este proceso* se encuentran a Padres (33%) y Hermanos (27%), destacándose otros vínculos como Pareja (18%) y Otros

(amigos, en un 18%). Este apoyo y acompañamiento incondicional de los actores sociales que componen la vida de los individuos, son fundamentales para el bienestar emocional y la adaptación de los individuos a la enfermedad y al trasplante, ya que está comprobado que la pérdida del mismo está relacionada con el riesgo de padecer una enfermedad.

- La contención recibida a nivel social por partes de los deportistas trasplantados hace que el 87% de esta población participe en *grupos de carácter social*, luego de la cirugía. El sentimiento de pertenencia y de confort producto del intercambio y el establecimiento de nuevos vínculos contribuyen a un mayor bienestar psicológico en estas personas. Esto da cuenta de la motivación interna de los sujetos de pertenecer y de formar parte de grupos como una elección y no por indicación u obligación médica.

- Esto mismo ocurre cuando se hace una evaluación de las actividades que prefieren realizar los individuos en su *tiempo libre*. El 47% de las personas prefieren, en igual modo, “Practicar deporte” y/o “Estar con familiares/amigos”, realizando en menor medida actividades estáticas y/o de carácter individual como “Leer” (17%), “Ver TV” (14%) u “Otros” (13%). Es decir, eligen actividades que impliquen contacto social, manifestando la necesidad de sentirse aceptado e integrado, en plena actividad.

- Por último, este empuje y necesidad de incluirse se manifiesta en como se *proyectan en el futuro*. El 20% ve su futuro “Excelente”, el 57% “Muy bueno”, el 20% “Bueno”, y el 3% “Regular”. La persona que percibe regular, agregó a ello la palabra “incierto”, debido a su edad avanzada, pero salvo este caso, todos los individuos tienen metas a corto y largo plazo que le dan sentido a sus vidas, que los mantienen con las expectativas altas, y que marca la capacidad de afrontamiento.

- Los datos aportados acerca de la **actividad física o el deporte**, establecen un cambio significativo en cuanto a la práctica de deportes individuales y grupales. Antes del trasplante los sujetos realizaban deportes individuales y grupales prácticamente en igual proporción (25 individuales/21 grupales). Pero una vez realizado el trasplante y vueltos a la actividad deportiva la proporción de prácticas deportivas grupales disminuye notablemente (de 21 a 4), mientras que aumenta en gran medida las individuales (de 25 a 31). Esto está directamente ligado a una indicación médica en relación al cuidado del órgano, ya que no pueden realizar deportes de contacto físico, y en ninguna medida implica un aislamiento social como consecuencia del trasplante.

- Esto está enlazado con la *motivación* recibida para iniciar la práctica deportiva. Es llamativo que la mayor proporción (44%) fue por iniciativa propia, lo que indica una

gran autonomía, mientras que se refuerzan las relaciones sociales positivas y de apoyo, destacándose la motivación de padres (13%), amigos (11%), médicos (11%) y otras personas trasplantadas (11%). Además el 97% de los individuos dicen haber recibido *apoyo familiar* sobre esta iniciativa. Es decir, que la motivación intrínseca es dominante a la hora de tomar la decisión de realizar algún deporte, pero consigue un sostén en las redes sociales, ya no sólo familiares y amigos más cercanos, sino también del ámbito de la salud, como médicos u otras personas trasplantadas, que dan mayor seguridad, confianza y contribuyen al aumento de las expectativas de logro de estos individuos.

- Esta motivación está encauzada en la realización de esta actividad por *Hobbie* (36%), *Razones de salud* (38%) o como *Actividad competitiva* (28%). No existen diferencias significativas entre una y otra, lo que marca que las personas son conscientes acerca de los beneficios físicos y psicológicos que proporciona el deporte a su salud, que lo hacen disfrutando de la actividad y por propia iniciativa, y que además tienen la capacidad de querer superarse cada vez más, buscando el mayor crecimiento y satisfacción personal.

- Por último, y directamente ligado al bienestar psicológico y el deporte, se observa que el 93% de los sujetos perciben que su *calidad de vida* *a mejorado* gracias a la práctica deportiva, y que la realización de la misma es *satisfactoria* en un 57% Excelente, 23% Muy buena y sólo el 2% Buena. Es decir, que los deportistas trasplantados notan una mejora general de su salud, de sus condiciones de vida y además se sienten satisfechos y la práctica los reconforta a nivel físico, psicológico y social.

5.2.2 Análisis de los datos obtenidos de la Escala de Bienestar Psicológico.

- Los puntajes obtenidos en comparación del **género femenino y masculino** se encuentran todos dentro de la media, menos Propósito de Vida que se encuentra por encima de la media, pero existen diferencias entre los géneros. El *género femenino* obtuvo mayor puntaje en las subescalas de Relaciones Positivas y de Dominio del Entorno, lo cual marca cómo las mujeres poseen un mayor control e influencia sobre el mundo que las rodea, encauzándolo desde las relaciones satisfactorias, empáticas y de mutua confianza. En cambio, las subescalas en las que se destaca el *género masculino* son las de Autoaceptación y Autonomía, por lo que los varones de la muestra tienden a valorar y aceptar sus propias limitaciones y posibilidades, siendo responsable de ello,

apoyándose en sus propias convicciones y actuando de una forma más independiente y autodeterminada. Ambos géneros obtuvieron similares puntajes en las subescalas de Crecimiento Personal y Propósito de Vida. La primera da cuenta de la necesidad y el ímpetu a seguir creciendo como personas; mientras que la segunda, al estar por encima de la media, da cuenta de la necesidad de proyectar este crecimiento a lo largo del tiempo con metas pre-establecidas.

- En comparación según el **tipo de trasplante**, se encuentran notables diferencias según las escalas. Vamos a analizar los puntajes significativos según el trasplante realizado. Las personas trasplantadas de *riñón* tienen mayor autoaceptación de sí mismas, sobre el resto de las personas trasplantadas. Esto implica que las actitudes positivas hacia su persona lo fortalezca para establecer relaciones positivas, para determinar sus acciones según sus propias convicciones, creciendo como persona, y teniendo un dominio de quienes lo rodean y de su propio proyecto futuro.

- Las personas trasplantadas de *hígado* obtuvieron puntajes altos en Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y en Propósito de Vida, lo que implica que son personas en los que sus proyectos, metas y objetivos propuestos acompañan el desarrollo continuo de la persona, siendo capaces de influir en el contexto que los rodea según dichos propósitos.

- En el caso de los trasplantados de *corazón* y de *CPH*, podemos decir que se encuentran en la media poblacional en todas sus subescalas, por lo tanto su bienestar psicológico es estable y normal. Dentro de los valores de trasplantados de corazón, hay una disminución muy leve en la subescala de Relaciones Positivas, por lo que se debería revisar las relaciones interpersonales cercanas y fortalecerlas. Por otra parte, en los trasplantados de *CPH*, también muy levemente disminuido encontramos los valores de Autonomía, por lo que es necesario reforzar en estas personas su capacidad independiente y de autoridad personal.

- Quienes han sobrellevado un trasplante de *pulmones* han obtenido los puntajes más bajos en relación al resto de las personas trasplantadas en todas las escalas. Dentro de los valores medios, pero disminuidos levemente se encuentran las escalas de Autonomía, Dominio del Entorno y Crecimiento Personal. De esta forma podemos dar cuenta que les cuesta sostener sus propios pensamientos y razones frente a otras personas, que es una dificultad controlar las situaciones del contexto que los rodea y que les resulta complicado pensar en las oportunidades de su vida para continuar creciendo. Además, quienes han sido trasplantados de pulmones obtuvieron puntajes muy bajos en

Autoaceptación, Relaciones Positivas y Propósito de Vida. Debido a la falta de aceptación de sus aspectos negativos y la poca valoración de los aspectos positivos de su persona, es que no puede valorarse ni tener actitudes hacia sí mismo, por lo tanto tampoco puede establecer relaciones satisfactorias con otras personas. Esta falla en el presente en cuanto al bienestar psicológico hace que para la persona sea casi imposible proyectar sus ideas en metas concretas en un futuro no muy lejano. De todas formas aquí hay una variable muy importante a tener en cuenta, que el sujeto que a sido trasplantado de ambos pulmones, además a sido trasplantado de corazón, por lo tanto habría que indagar más comparando con otros sujetos que también hayan pasado por un doble trasplante.

- Por último, las subescalas que se destacan en la persona trasplantada de *córneas* son con puntajes altos en relación al resto de los trasplantados, las subescalas de Autoaceptación, Autonomía y Dominio del Entorno, y con puntaje bajo la escala de Relaciones Positivas. Esto implica a una persona muy segura de sí misma, con capacidad de autoevaluación continua y un pensamiento positivo hacia sí, acompañada de la habilidad de influir y mantener el control sobre el contexto que la rodea, pero sin poder establecer relaciones positivas o satisfactorias con los demás, sino con un control en parte autoritario sobre los otros. Es por ello que está acentuada la independencia y la autoridad personal sobre las situaciones, con una alta valoración de sus propias convicciones sobre la de los demás.

- En cuanto al **lugar de residencia**, si bien las subescalas de quienes viven en el Interior del país o en Buenos Aires, están dentro de la media poblacional, los valores de las personas del *Interior del país* están por encima de quienes viven en *Buenos Aires*. Además se destaca levemente la subescala de Autoaceptación, y la de Propósito de Vida se encuentra por encima de la media poblacional en el Interior del país. Con estos datos podemos decir que las personas que viven en el Interior del país tienden a tener más actitudes positivas hacia sí mismos, integrando los aspectos positivos y negativos de su persona y estableciendo con ello una evaluación positiva de los múltiples aspectos del yo, que quienes viven en Buenos Aires. Incluso quienes viven en el Interior del país, a comparación de los que viven en Buenos Aires poseen una inclinación a planear mayores metas a corto y largo plazo, según su proyecto de vida y con el fin de impregnar de valor sus vidas.

- Las diferencias establecidas de acuerdo a si las personas trasplantadas recibieron o no **apoyo familiar** son claras, mostrando que tienen mayor bienestar

psicológico aquellas personas que no han recibido este apoyo. De todas formas estas diferencias deberían ser analizadas con cuidado, dado que la cantidad de sujetos de la muestra que han recibido apoyo no es directamente proporcional ni aproximada con quien no ha recibido apoyo familiar. Es decir, para hacer más válido estos resultados se deberían entrevistar a más sujetos que no hayan recibido este apoyo, ya que la relación asimétrica es de 29 sujetos (con apoyo familiar) contra 1 sujeto (sin apoyo familiar). Una vez hecha esta aclaración, vale destacar que las personas con mayor visión integrada y positiva hacia sí mismo, con mayor preocupación sobre los otros y la satisfacción en las relaciones interpersonales, más autónomas y con un control firme sobre el contexto, pero con menos capacidad de planificación de objetivos concretos, son los sujetos que no han recibido apoyo familiar.

- Los puntajes obtenidos en las subescalas de Autoaceptación y Relaciones Positivas de deportistas trasplantados que realizan **deportes individuales** son más elevados que la de los deportistas trasplantados que realizan **deportes grupales**. Podríamos decir que las personas que realizan deportes de forma *individual* son más concientes de sus propias limitaciones, sintiéndose bien consigo mismas; que han logrado establecer mayores relaciones de confianza con otros y sentir satisfacción en este intercambio, que las personas que lo hacen de forma *grupal*. Pero los dos tipos de deportes arrojan resultados similares cuando hablamos de Autonomía, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y Propósito de Vida; por lo tanto, sea cual sea el tipo de deporte realizado, las personas tienen a sentir bienestar psicológico por desempeñarse de una manera independiente y autodeterminada, manteniendo el control sobre su contexto con influencia no autoritaria, sintiendo la necesidad de ir creciendo e enriqueciéndose de las experiencias de la vida, y con grandes proyectos a corto y largo plazo.

- Por último, y sólo como dato ilustrativo, se establece la comparación de las medias de la muestra poblacional de **deportistas trasplantados argentinos**, ya que no existen baremos locales, con las medias estadísticas de la **población española**. Los datos aportan que los puntajes de todas las escalas se encuentran dentro de la media. Es decir, que no existen diferencias significativas en estas subescalas, a pesar de que la población argentina tenga valores mayores en cada una de ellas. La diferencia significativa se nota en la subescala de Propósito en la Vida, en donde la media de la población argentina está por encima de la desviación estándar de la población española. Entonces podemos decir, que los deportistas argentinos trasplantados tienen mayores

propósitos o metas establecidas en su vida, y buscan de esta manera revalorizar la vida buscando objetivos por cumplir, proponiéndoselos como obstáculos a ser superados.

CONCLUSIONES

En primer lugar me parece importante destacar la relevancia de la temática abordada, ya que existe en la comunidad en general desconocimiento, mitos, dudas y hasta rechazo frente a la materia de estas intervenciones quirúrgicas tan complejas y, a la vez, vitales para algunos seres humanos.

Si bien este trabajo ha apuntado al Bienestar Psicológico de una persona trasplantada en una etapa de absoluta recuperación física, social y psicológica, de tal forma que hasta puede desempeñar una actividad física sin ninguna limitación, no debemos pasar por algo que durante este proceso, tanto la persona como su entorno familiar y social enfrentaron momentos difíciles y teñidos de emociones y sentimientos que necesitan ser tenidos en cuenta.

A lo largo de este trabajo se ha intentado investigar los beneficios psicológicos que aporta la realización de algún tipo de deporte en personas que han transitado por una operación de gran complejidad como es un trasplante. Además, se intenta destacar como este confort va de la mano de la fortaleza en las relaciones sociales y familiares.

Si bien los datos no pueden ser generalizados a la población completa de deportistas trasplantados argentinos, la muestra poblacional es relevante, ya que son pocas las personas que luego de un trasplante se reinsertan en esta práctica.

La investigación presente da cuenta de que el grado en que los deportistas trasplantados argentinos evalúan su vida, incluyendo la satisfacción personal y vincular, es decir, su Bienestar Psicológico, es positivo, manifestado en todos sus aspectos.

Son personas que luego de haber pasado una situación crítica y de riesgo vital, han sido lo suficientemente resilientes para salir fortalecidos de ella. Luego de un trasplante la dieta, las diversas actividades y la medicación indicada, son cambios radicales en la vida de los sujetos. La adaptación a dichos cambios y el buen desarrollo de este nuevo estilo de vida habla de que estos sujetos poseen un amplio dominio de la *Autoaceptación*, marcado por la excelente adherencia al tratamiento, la percepción y el reconocimiento de los cambios corporales, manifestados claramente, en el paso de la práctica de deportes grupales a los deportes individuales.

El alto nivel observado en *Relaciones Positivas* y en la capacidad de establecer relaciones de confianza, pensando no sólo en su persona sino en el bienestar de los otros, se ve firmemente fortalecido por la situación de trasplante. Cuando una persona se ve frente a la necesidad de este tipo de cirugías, la vivencia, los pasos y el logro de salir victorioso de la misma se hace extensivo a todos los actores que antes, durante y después han acompañado al paciente. Tal es así que se observa que luego del trasplante

las relaciones sociales son mucho más satisfactorias que antes, que hay una mayor apertura a la participación en diversos grupos sociales y que las relaciones familiares se consolidan y fortalecen.

Además, luego de ser trasplantados, estos deportistas asumen una estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo, apoyándose no solo en el entorno familiar cercano, sino también en otros actores sociales como amigos, médicos u otros deportistas trasplantados.

Por otra parte, y a pesar de lo que la mayoría de las personas creen, una persona luego de haber sido trasplantada puede retomar sus actividades normalmente y con la misma o mayor intensidad que antes. Tal es el caso de personas que luego de ser trasplantadas se insertan en una práctica deportiva cuando antes nunca lo hicieron. Esto implica que son personas con *Autonomía*, pasando de la dependencia social y médica pretrasplante, a ser independientes y con autonomía personal, pudiendo actuar y pensar según sus propias convicciones, después de éste. Esto se observa en el alto porcentaje de personas que deciden emprender la actividad físico-deportiva por iniciativa propia, marcando la

Los deportistas trasplantados tienen un buen *Dominio del Entorno*, ya que, la mayoría, cuando se vieron frente a esta complicación en la salud, fueron capaces de reestructurar cognitivamente su vida con los nuevos cambios propuestos sin que se generaran problemas. Pero también esta capacidad de controlar e influir sobre contexto les permitió que frente a los problemas económicos, de mudanza o de relación que se plantearon, pudieran crear un entorno favorable y desarrollar un funcionamiento positivo para satisfacer sus propias necesidades.

La posibilidad de los deportistas trasplantados de desarrollar al máximo sus capacidades y potencialidades, se ve claramente en los puntajes obtenidos en *Crecimiento Personal*. El hecho de “*volver a nacer*”, como muchos refieren a la posibilidad de ser trasplantados, da a estas personas la ocasión de tener una visión positiva de la vida y el ímpetu de seguir creando y mejorándola. Una vez trasplantadas las personas que se insertan a algún deporte notan una notable mejora en su calidad de vida, se sienten excelentemente satisfechos luego de realizar deporte y lo hacen con motivo de disfrutar de una actividad que les cause placer, por cuidados de la salud física y psicológica, y también, con las expectativas de crecer y superarse cada vez más a nivel competitivo.

Por último, lo más destacable en los deportistas trasplantados es que poseen niveles muy altos en *Propósito de Vida*, planteándose metas a corto y largo plazo con gran iniciativa y motivación. Esto se debe a que ser trasplantados es “*tener una vida nueva*” o “*vivir la vida después de la vida*”, y la mayoría de ellos hacen una revisión de la misma, se preocupan menos por los problemas cotidianos, pero se ocupan más de su propio bienestar y el de los demás, sin dejar de lado ningún propósito, sueño, deseo, sino que viven con intensidad cada día. Es decir, que las personas que tienen la posibilidad de sentirse íntegros físicamente después de esta intervención quirúrgica buscan planificar y concretar proyectos que les den sentido a sus vidas. Tal es así que cuando uno indaga sobre cómo ellos ven su futuro, tres cuartas partes de la muestra lo ven excelente o muy bueno, lo cual manifiesta la visión optimista sobre el porvenir.

Una vez planteadas las características positivas del bienestar psicológico de los deportistas trasplantados cabe destacar las diferencias significativas encontradas en relación a los objetivos planteados en esta investigación.

Las *mujeres* de la muestra poseen un mayor control e influencia sobre el mundo que las rodea, encauzándolo desde las relaciones satisfactorias, empáticas y de mutua confianza. En cambio, los *hombres* tienden a valorar y aceptar sus propias limitaciones y posibilidades, siendo responsable de ello, apoyándose en sus propias convicciones y actuando de una forma más independiente y autodeterminada.

Según el *tipo de trasplante* podemos destacar que tanto los trasplantados de riñón, corazón y CPH tienen un nivel de bienestar psicológico medio en todas las áreas de su vida. Pero encontramos que los trasplantados de hígado tienen mayor capacidad de control y dominio del entorno, un mayor afán de crecimiento personal y altos propósitos de vida, que los trasplantados antes mencionados.

Sin embargo, encontramos niveles de bienestar psicológico extremistas entre los trasplantados de pulmones y los de córneas. En el extremo negativo, se nota una falta de aceptación de sus aspectos negativos y poca valoración de los aspectos positivos de su persona, en los trasplantados de pulmones, por lo tanto tampoco puede establecer relaciones satisfactorias con otras personas. Esta falla en el presente en cuanto al bienestar psicológico hace que para la persona sea casi imposible proyectar sus ideas en metas concretas en un futuro no muy lejano.

En el extremo positivo, los trasplantados de córneas tienden a ser personas muy seguras de sí misma, con capacidad de autoevaluación continua y un pensamiento positivo hacia sí, acompañada de la habilidad de influir y mantener el control sobre el

contexto que la rodea, pero sin poder establecer relaciones positivas o satisfactorias con los demás, sino con un control en parte autoritario sobre los otros. Es por ello que está acentuada la independencia y la autoridad personal sobre las situaciones, con una alta valoración de sus propias convicciones sobre la de los demás.

De todas formas propongo que estos resultados significativos de las personas trasplantadas de pulmón y de córneas sean cuidadosamente analizados, ya que la población de estos trasplantados fue igual a uno. Además, en el caso de trasplante de pulmón se trató de un trasplante doble de pulmón-corazón, siendo esta una variable muy importante a tener en cuenta. Por ello, considero que para que los resultados tengan mayor validez se debería ampliar la muestra en estos tipos de trasplante.

Lo mismo ocurre cuando hablamos de las personas que no han recibido *Apoyo Familiar* en cuanto a la realización del deporte. Las diferencias entre personas que no recibieron de las que si son notables, aunque ocurre lo mismo que en el caso anterior. La proporción es de uno contra veintinueve sujetos, por lo que es recomendable tomar más casos sin apoyo familiar. De todas formas, frente a los datos obtenidos las personas con mayor visión integrada y positiva hacia sí mismo, con mayor preocupación sobre los otros y la satisfacción en las relaciones interpersonales, más autónomas y con un control firme sobre el contexto, pero con menos capacidad de planificación de objetivos concretos, son los sujetos que no han recibido apoyo familiar.

Los deportistas trasplantados que viven en el *Interior del país* tienden a tener más actitudes positivas hacia sí mismos, integrando los aspectos positivos y negativos de su persona y estableciendo con ello una evaluación positiva de los múltiples aspectos del yo, que quienes viven en Buenos Aires. Incluso quienes viven en el Interior del país, a comparación de los que viven en Buenos Aires poseen una inclinación a planear mayores metas a corto y largo plazo, según su proyecto de vida y con el fin de impregnar de valor sus vidas.

Por último, otro de los objetivos impulsa conocer que quienes realizan *Deportes Individuales* tienden a adoptar una visión equilibrada entre sus propias limitaciones y posibilidades, para poder satisfacer sus propias necesidades. Esto está directamente relacionado con el cambio de los deportes grupales a los deportes individuales debido a la situación de trasplante. Esto está directamente ligado a una indicación médica en relación al cuidado del órgano, ya que no pueden realizar deportes de contacto físico, y en ninguna medida implica un aislamiento social como consecuencia del trasplante. La adaptación y aceptación del cambio hace que aquellos

desempeñan de manera unitaria en un deporte, habiendo realizado antes un deporte en equipo, y que no lo sientan como una restricción, sino como una oportunidad de seguir realizando actividad física.

A pesar de lo que en la mayoría de los deportes individuales las personas tienden a estar más concentradas en su propio accionar y no existe un intercambio de trabajo en equipo, los deportistas trasplantados que realizan deportes individuales tienen un gran compromiso por las relaciones interpersonales. Se establecen relaciones más firmes, con una preocupación por el bienestar de ambos actores, marcado como una actitud proactiva hacia la vida, y nuevamente con estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo.

De la misma forma, los trasplantados que realizan *Deportes Grupales e Individuales*, se desempeñan de una manera independiente y autodeterminada, manteniendo el control sobre su contexto con influencia no autoritaria, sintiendo la necesidad de ir creciendo e enriqueciéndose de las experiencias de la vida, y con grandes proyectos a corto y largo plazo.

De acuerdo a lo investigado en este trabajo de investigación, me parece necesario que se comience a prestar más atención a la salud integral de las personas trasplantadas. La ignorancia por la mayor parte de la población sobre este tema nos lleva no sólo al desconocimiento de la importancia de donar órganos para dar vida, sino también a las falencias a nivel sanitario en la etapa del postrasplante.

Este trabajo ha aportado muchos datos que podrían ser profundizados, y que recomiendo que sean profundizados en siguientes investigaciones para ampliar datos y poder con ello establecer planes de acción viables. Sugiero algunas líneas a investigar como la comparación en participación en grupos de carácter social, y la relación familiar, antes y después del trasplante; ampliar la muestra en sujetos trasplantados de pulmones y córneas; establecer una equiparación entre el bienestar psicológico de deportistas trasplantados de un solo órgano y/o tejido con deportistas con doble trasplante.

Mi propuesta a partir de este trabajo es dar cuenta de que las personas luego de recibir un trasplante pueden retomar su vida normalmente y pueden además insertarse en la práctica de algún deporte, con el seguimiento y control de su médico. La realización del ejercicio físico hace que los trasplantados perciban su vida de manera más satisfactoria, que se mantengan activos y se animen a desarrollar actividades que continúen mejorando su calidad de vida, dejando de lado la pasividad por temor.

Considero que la principal contribución es saber que existen personas que supieron luchar y le ganaron la mejor jugada a la vida, encontrando en el deporte una salida a la expresión de la máxima vitalidad y energía, sintiendo de esta forma un mayor bienestar psicológico.

Estos son los primeros surcos en una temática interesante e innovadora, cuyos aportes pueden ser útiles para crear planes de inclusión en el deporte en pos de lograr una mejor calidad de vida. Sólo es necesario que se continúe construyendo el camino junto a actores comprometidos con mejorar los servicios de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andreu Periz, L. & Force Sanmartín, E. (2004). Historia del trasplante de órganos. *La enfermería y el trasplante de órganos*. (3-12). Ed. Panamericana. Obtenida en www.beta.medicapanamericana.com

Arruza, J. A.; Arribas, S.; Gil De Montes, L.; Irazusta, S.; Romero, S. y Cecchini, J.A. (2008). Repercusiones de la duración de la Actividad Físico-deportiva sobre el bienestar psicológico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. 8 (30), 171-183. Obtenida en [Http://cdeporte.rediris.es/revista/revista30/artrepercusiones83.htm](http://cdeporte.rediris.es/revista/revista30/artrepercusiones83.htm)

Balaguer, I. (1994). *Entrenamiento psicológico en el deporte*. Ed. Albatros Educación.

Baltar, Ortega, Rebollo, Gómez, Lares y Álvarez-Grande (2002). Cambios en la calidad de vida relacionada con la salud durante el primer año de trasplante renal. *Nefrología*. 22 (3). 262-268

Ballester Arnal, R. (1997). *Introducción a la psicología de la salud. Aspectos conceptuales*. Valencia: Ed. Promolibro.

Bellver, A. y Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes trasplantados de médula ósea. *Psicooncología*. 6 (1). 65-81.

Bleger, J. (2007). La entrevista psicológica. *Temas de psicología (entrevista y grupo)*. 17-44. Nueva Visión, Buenos Aires.

Caplan, G. (1985). *Principios de psiquiatría preventiva*. Barcelona: Paidós.

Carral Novo, J. y Parellada Blanco, J. (2003). Aspectos históricos y bioéticos sobre los trasplantes de órganos. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*. Vol. 30 (2), 80-83.

Castro Solano, A. (2010). *Fundamentos de la psicología positiva*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Castillo-Olivares, J. L. (2008). Los trasplantes del mito a la actualidad (I). [Versión electrónica]. *Revista española de investigaciones quirúrgicas*. 11 (3), 127-129.

Casullo, M.M. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Colomer Revuelta, C. y Álvarez-Dardet Díaz, C. (2006). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Ed. Masson.

Cox, R. H. (2009). Autoconfianza y motivación intrínseca. *Psicología del deporte. Conceptos y sus aplicaciones*. (103-117). Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Cox, R. H. (2009). La cohesión del equipo en el deporte. *Psicología del deporte. Conceptos y sus aplicaciones*. (374-390). Madrid: Ed. Médica Panamericana.

Espinosa, Rodil, Goikoetxea, Zulueta, Seijo. (2006). Trasplante pulmonar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 29 (2). 105-112.

Fayat Saeta, S; Escalona Labaceno, R; Fereaud Temó, G. (2005). El ejercicio físico en el tratamiento del enfermo con insuficiencia renal crónica (IRC). [Versión electrónica] *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 5 (1), 1-16.

Garralda, A.; Epelde, A.; Iturralde, O.; Compains, E.; Maison, C.; Altarriba, M.; Goldaracena, M.B y Maraví-Poma, E. (2006). Trasplante de Córnea. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 29 (2). 163-174. Obtenida en <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s2/original14.pdf> Consultada el 09 de junio de 2011.

Garrido, E. (2005). Ejercicio físico y deporte en transplantados. Departamento de cardiología, Hospital general de Cataluña. Departamento de Ciencias Fisiológicas de la Universidad de Barcelona.

Gracia, D. (2001). Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. *Nefrología*. 21 (4), 13-29.

González, J. L. (1998). *Psicología del deporte*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

Greco, c. (2000). *Análisis del autoconcepto de adolescentes y jóvenes adultos con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis*. Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de Aconcagua, Mendoza, Argentina.

Harris, D. y Harris, B. (1992). Pensar con nuestros músculos: la integración mente/cuerpo. *Psicología del deporte*. (15- 28). Barcelona: Ed. Hispano Europea, S. A.

Hernández Melendrez, E. (2007). Calidad de vida y trasplante de órganos. *Atención psicológica en el trasplante de órganos. Trasplante de corazón*. (148-181). La Habana: Ed. Ciencias Médicas.

Hernández Sampieri, R.; Collado, C. y Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. 4ª edición. México: Mc Graw – Hill Interamericana Editores.

Jiménez, M.G.; Martínez, P.; Miró, E. y Sánchez, A.I. (2007). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8 (1), 185- 202.

Lawther, J. D. (1978). *Psicología del deporte y del deportista*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

León, O. y Montero, I. (2003). Diseño de Investigaciones. *Metodología de investigación en Psicología y Educación*. 3ª edición. Madrid: McGraw – Hill.

López Santamaría, M. y Hernández Oliveros, F. (2007). Indicaciones, técnicas y resultados del trasplante de intestino delgado. *Nutrición hospitalaria*. 22 (2). 113-123. Obtenida en <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v22s2/nutricion5.pdf>. Consultada el 09 de junio de 2011.

Moreno Azcoita, M. (1996). Historia del trasplante. En Martínez Rodríguez, E. y Paz Jiménez, J. *Manejo en la cirugía de trasplantes*. (13-38). Ed. Universidad de Oviedo. Servicio de Publicaciones.

Moreno-Jiménez, B.; Kern de Castro, E. (2005). Calidad de vida relacionada con la salud infantil y el trasplante de órganos: una revisión de literatura. *Revista Colombiana de Psicología*. [Versión electrónica]. N° 14, 46-52.

Ortega Madrigal, N.S y Martínez Corona, M. A. (2002). Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 10 (1), 17-20.

Otero, H. (1998). Calidad de vida y enfermedad. *Revista de Psicología*. [Versión electrónica]. 2 (1).

Páramo, M. A. (2009). *Normas de presentación de citas y referencias bibliográficas según estilo de la American Psychological Association (APA), 5ª edición*. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.

Parr, E. y Mize, J. (2003). *Vivir un Trasplante de Órganos*. Ed. Paidós.
Parrilla, P.; Ramírez, P. y Ríos, A. (2008). *Manual sobre donación y trasplante de órganos*. Ed Arán.

Parrilla, P.; Ramírez, P; y Ríos, A. (2008). *Manual sobre donación y trasplante de órganos*. Madrid: Arán.

Rando Calvo, B. y Mena, M.J. (1995). Donación de órganos y variables de personalidad y psicosociales asociadas. *Anales de Psicología*. 11(2), 121-127.

Reyes Acevedo, R.(2005). Ética y trasplante de órganos: búsqueda continua de lo que es aceptable. [Versión electrónica]. *Revista de investigación clínica*. 57 (2).

Riera, J. (1985). *Introducción a la psicología del deporte*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.

Rodríguez-Carvajal, R.; Méndez, D.; Moreno-Jiménez, B.; Blanco Abarca, A.; y van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*. 22 (1), 63-70.

Rodríguez Pérez, A.I y Rodríguez Lafuente, M.E. (2008). Proyectos de vida, calidad de vida y bienestar psicológico en espera de un trasplante hepático. *Investigaciones Medicoquirúrgicas*. 2 (11), 64-73.

Saforcada, E. (2002). *Psicología Sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Seligman, M. E. P. (2003). Sentimiento positivo y personalidad positiva. Seligman, M. *La auténtica felicidad*. (15-34). Ed. Vergara.

Sierra Bravo, R. (2003). El diseño de la tesis o el trabajo de investigación. *Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica*. (321-345). Madrid: Paraninfo.

Tamorri, S. (2004). La psicología deportiva entre pasado y futuro. *Neurociencias y deporte*. Barcelona: Ed. Paidotribo. P. 5-19.

Ubilla, Mastrobuoni, Arnau, Cordero, Alegría, Gavira, Iribarren, Rodríguez-Fernández, Herreros y Rábago (2006). Trasplante cardíaco. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 29 (2). 63-78.

Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. [Versión electrónica]. Vol. 18 (3), 572-577.

Videla, M. (1991). *Prevención*. Buenos Aires: Ed. Cinco.

Weinberg, R.S y Gould, D. (2007). *Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico*. Madrid: Ed. Panamericana.

Williams, J. M. (1991). *Psicología aplicada al deporte*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.

ANEXOS

TRASPLANTES DE ORGANOS Y MATERIALES ANATOMICOS

Ley 24.193

Disposiciones Generales. De los Profesionales. De los Servicios y Establecimientos. De la Previa Información Médica a Dadores y Receptores. De los Actos de Disposición de Organos o Materiales Anatómicos provenientes de Personas. De los Actos de Disposición de Organos o Materiales Anatómicos Cadavéricos. De las Prohibiciones. De las Penalidades. De las Sanciones y Procedimientos Administrativos. Del Instituto Nacional Unico Coordinador de Ablación y Implante (INCUCAI). De las Medidas Preventivas y Actividades de Inspección. Del Procedimiento Judicial Especial.
Disposiciones Varias.

Sancionada: Marzo 24 de 1993.

Promulgada Parcialmente: Abril 19 de 1993.

El Senado y la Cámara de Diputados de la República Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley:

I — DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1º — La ablación de órganos y tejidos para su implantación de cadáveres humanos a seres humanos y entre seres humanos, se rige por las disposiciones de esta ley en todo el territorio de la República.

Exceptúase de lo previsto por la presente, los tejidos naturalmente renovables o separables del cuerpo humano con salvedad de la obtención y preservación de células progenitoras hematopoyéticas y su posterior implante a seres humanos, que quedará regida por esta ley.

Entiéndense alcanzadas por la presente norma a las nuevas, prácticas o técnicas que la autoridad de aplicación reconozca que se encuentran vinculadas con la implantación de órganos o tejidos en seres humanos. Considérase comprendido al xenotransplante en las previsiones del párrafo precedente cuando cumpliera las condiciones que oportunamente determinare la autoridad de aplicación:

(Artículo sustituido por art. 2º de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).

(Expresión "material anatómico" sustituida por el término "tejidos", por art. 1º de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).

ARTICULO 2º — La ablación e implantación de órganos y materiales anatómicos podrán ser realizadas cuando los otros medios y recursos disponibles se hayan agotado, o sean insuficientes o inconvenientes como alternativa terapéutica de la salud del paciente. Estas prácticas se considerarán de técnica corriente y no experimental. La reglamentación podrá incorporar otras que considere necesarias de acuerdo con el avance médico-científico.

II — DE LOS PROFESIONALES

ARTICULO 3º — Los actos médicos referidos a trasplantes contemplados en esta ley sólo podrán ser realizados por médicos o equipos médicos registrados y habilitados al efecto por ante la respectiva autoridad de contralor jurisdiccional. Esta exigirá, en todos los casos, como requisito para la referida inscripción, la acreditación suficiente, por parte del médico, de capacitación y experiencia en la especialidad. La autoridad de contralor jurisdiccional será responsable por los perjuicios que se deriven de la inscripción de personas que no hubieren cumplido con tales recaudos.

ARTICULO 4º — Los equipos de profesionales médicos estarán a cargo de un jefe, a quien eventualmente reemplazará un subjefe, siendo sus integrantes solidariamente responsables del cumplimiento de esta ley.

ARTICULO 5º — Las instituciones en las que desarrollen su actividad trasplantológica los médicos o equipos médicos, serán responsables en cuanto a los alcances de este cuerpo legal.

ARTICULO 6º — La autorización a jefes y subjefes de equipos y profesionales será otorgada por la autoridad sanitaria jurisdiccional correspondiente, la cual deberá informar de la gestión a la autoridad sanitaria nacional a fin de mantener la integridad del sistema.

ARTICULO 7º — Los médicos de instituciones públicas o privadas que realicen tratamientos de diálisis deberán informar semestralmente al Ministerio de Salud y Acción Social a través del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), la nómina de pacientes hemodializados, sus condiciones y características.

ARTICULO 8º — Todo médico que diagnosticare a un paciente una enfermedad susceptible de ser tratada mediante un implante, deberá denunciar el hecho a la autoridad de contralor dentro del plazo que determine la reglamentación.

III — DE LOS SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS

ARTICULO 9º — Los actos médicos contemplados en esta ley sólo podrán ser realizados en el ámbito de establecimientos médicos registrados por ante la respectiva autoridad de contralor jurisdiccional. Esta exigirá, en todos los casos, como requisito para la referida inscripción, la acreditación suficiente por parte del establecimiento de que cuenta con la adecuada infraestructura física e instrumental, así como con el personal calificado necesario en la especialidad, y el número mínimo de médicos inscriptos en el registro que prescribe el artículo 3, conforme lo determine la reglamentación. La autoridad de contralor jurisdiccional será solidariamente responsable por los perjuicios que se deriven de la inscripción de establecimientos que no hubieren cumplido con los expresados recaudos.

ARTICULO 10. — La inscripción a que se refiere el artículo 9º tendrá validez por períodos no mayores de dos (2) años. Su renovación sólo podrá efectuarse previa inspección del establecimiento por parte de la autoridad de contralor jurisdiccional, y acreditación por parte del mismo de seguir contando con los recaudos mencionados en el artículo anterior. Las sucesivas renovaciones tendrán validez por iguales períodos. La autoridad de contralor jurisdiccional será solidariamente responsable por los perjuicios que se deriven de la renovación de inscripciones de establecimientos sin que se hubieran cumplido los requisitos de este artículo.

ARTICULO 11. — Los establecimientos inscriptos conforme a las disposiciones de los artículos 9º y 10 llevarán un registro de todos los actos médicos contemplados en la presente ley que se realicen en su ámbito. La reglamentación determinará los requisitos de ese registro.

ARTICULO 12. — Los servicios o establecimientos habilitados a los efectos de esta ley, no podrán efectuar modificaciones que disminuyan las condiciones de habilitación.

IV — DE LA PREVIA INFORMACION MEDICA A DADORES Y RECEPTORES

ARTICULO 13. — Los jefes y subjefes de los equipos, como asimismo los profesionales a que se refiere el artículo 3º deberán informar a los donantes vivos y a los receptores y en caso de ser estos últimos incapaces, a su representante legal o persona que detente su guarda, de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación de ablación e implante —según sea el caso—, sus secuelas físicas y psíquicas ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes, así como las posibilidades de mejoría que, verosíblemente, puedan resultar para el receptor.

En caso de que los donantes y receptores no se opongan, la información será suministrada también a su grupo familiar en el orden y condiciones previstos por el artículo 21 de la ley 24.193 y modificatoria.

Luego de asegurarse que la información ha sido comprendida por los sujetos destinatarios de la misma, dejarán a la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar. Del cumplimiento de este requisito, de la decisión del dador, de la del receptor y de la del representante legal cuando correspondiere, así como de la opinión médica sobre los mencionados riesgos, secuelas, evolución, limitaciones y mejoría, tanto para el dador como para el receptor, deberá quedar constancia documentada de acuerdo con la normativa a establecerse reglamentariamente.

De ser incapaz el receptor o el dador en el caso de trasplante de médula ósea, la información prevista en este artículo deberá ser dada, además, a su representante legal. En los supuestos contemplados en el Título V el lapso entre la recepción de la información y la operación respectiva no podrá ser inferior a CUARENTA Y OCHO (48) horas.

Tratándose del supuesto contemplado en el artículo 21, respecto de donantes cadavéricos, la información será suministrada a las personas que allí se enumeran, en las formas y condiciones que se describen en el presente artículo, al solo efecto informativo.

(Artículo sustituido por art. 3° de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).

V — DE LOS ACTOS DE DISPOSICION DE ORGANOS O MATERIALES ANATOMICOS PROVENIENTES DE PERSONAS

ARTICULO 14. — La extracción de órganos o materiales anatómicos en vida con fines de trasplante entre personas relacionadas conforme a las previsiones de los artículos 15 y concordantes de la presente ley, estará permitida sólo cuando se estime que razonablemente no causará un grave perjuicio a la salud del dador y existan perspectivas de éxito para conservar la vida o mejorar la salud del receptor. Esta extracción siempre deberá practicarse previo cumplimiento de lo dispuesto en el artículo anterior.

La reglamentación establecerá los órganos y materiales anatómicos que podrán ser objeto de ablación, excepto los incluidos especialmente en esta ley.

ARTICULO 15. — Sólo estará permitida la ablación de órganos o materiales anatómicos en vida con fines de trasplante sobre una persona capaz mayor de dieciocho (18) años, quien podrá autorizarla únicamente en caso de que el receptor sea su pariente consanguíneo o por adopción hasta el cuarto grado, o su cónyuge, o una persona que, sin ser su cónyuge, conviva con el donante en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres (3) años, en forma inmediata, continua e ininterrumpida. Este lapso se reducirá a dos (2) años si de dicha relación hubieren nacido hijos.

En todos los casos será indispensable el dictamen favorable del equipo médico a que se refiere el artículo 3°.

De todo lo actuado se labrarán actas, por duplicado, un ejemplar de las cuales quedará archivado en el establecimiento, y el otro será remitido dentro de las setenta y dos (72) horas de efectuada la ablación a la autoridad de contralor. Ambos serán archivados por un lapso no menor de diez (10) años.

En los supuestos de implantación de médula ósea, cualquier persona capaz mayor de dieciocho (18) años podrá disponer ser dador sin las limitaciones de parentesco establecidas en el primer párrafo del presente artículo. Los menores de dieciocho (18) años —previa autorización de su representante legal— podrán ser dadores sólo cuando los vincule al receptor un parentesco de los mencionados en el citado precepto.

El consentimiento del dador o de su representante legal no puede ser sustituido ni complementado; puede ser revocado hasta el instante mismo de la intervención quirúrgica, mientras conserve capacidad para expresar su voluntad, ante cuya falta la ablación no será practicada.

La retractación del dador no genera obligación de ninguna clase.

ARTICULO 16. — En ningún caso los gastos vinculados con la ablación y/o el implante estarán a cargo del dador o de sus derechohabientes. Dichos gastos estarán a cargo de las entidades encargadas de la cobertura social o sanitaria del receptor, o de éste cuando no la tuviera.

Las entidades encargadas de la cobertura social o empresas privadas de medicina prepaga deberán notificar fehacientemente a sus beneficiarios si cubre o no sus gastos.

ARTICULO 17. — Las inasistencias en las que incurra el dador, con motivo de la ablación, a su trabajo y/o estudios, así como la situación sobreviniente a la misma, se regirán por las disposiciones que sobre protección de enfermedades y accidentes inculpables establezcan los ordenamientos legales, convenios colectivos o estatutos que rijan la actividad del dador, tomándose siempre en caso de duda aquella disposición que le sea más favorable.

ARTICULO 18. — Cuando por razones terapéuticas fuere imprescindible ablacionar a personas vivas órganos o materiales anatómicos que pudieren ser implantados en otra persona, se aplicarán las disposiciones que rigen para los órganos provenientes de cadáveres. La reglamentación determinará taxativamente los supuestos concretos a los que se refiere el presente párrafo.

Cuando se efectúe un trasplante cardiopulmonar en bloque proveniente de dador cadavérico, la autoridad de contralor podrá disponer del corazón del receptor para su asignación en los términos previstos en la presente ley.

VI — DE LOS ACTOS DE DISPOSICION DE ORGANOS O MATERIALES ANATOMICOS CADAVERICOS

ARTICULO 19. — Toda persona podrá en forma expresa:

1. Manifestar su voluntad negativa o afirmativa a la ablación de los órganos o tejidos de su propio cuerpo.
2. Restringir de un modo específico su voluntad afirmativa de ablación a determinados órganos y tejidos.
3. Condicionar la finalidad de la voluntad afirmativa de ablación a alguno o algunos de los fines previstos en esta ley —implante en seres humanos vivos o con fines de estudio o investigación —.

(Artículo sustituido por art. 4° de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).

ARTICULO 19 BIS: — La ablación podrá efectuarse respecto de toda persona capaz mayor de DIECIOCHO (18) años que no haya dejado constancia expresa de su oposición a que después de su muerte se realice la extracción de sus órganos o tejidos, la que será respetada cualquiera sea la forma en la que se hubiere manifestado.

Este artículo entrará en vigencia transcurridos NOVENTA (90) días de ejecución de lo establecido en el artículo 13 de esta ley, que modifica el artículo 62 de la ley 24.193.

(Artículo incorporado por art. 5° de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).

ARTICULO 19 TER: — En caso de fallecimiento de menores de DIECIOCHO (18) años, no emancipados, sus padres o su representante legal, exclusivamente, podrán autorizar la ablación de sus órganos o tejidos especificando los alcances de la misma. El vínculo familiar o la representación que se invoque será acreditado, a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que tendrá carácter de instrumento público,

debiendo acompañarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas la documentación respectiva.

La falta de consentimiento de alguno de los padres eliminará la posibilidad de autorizar la ablación en el cadáver del menor.

En ausencia de las personas mencionadas precedentemente, se dará intervención al Ministerio Pupilar, quien podrá autorizar la ablación.

De todo lo actuado se labrará acta y se archivarán en el establecimiento las respectivas constancias, incluyendo una copia certificada del documento nacional de identidad del fallecido. De todo ello, se remitirán copias certificadas a la autoridad de contralor. Las certificaciones serán efectuadas por el Director del establecimiento o quien lo reemplace. El incumplimiento de lo dispuesto en el presente párrafo hará pasible a los profesionales intervinientes de la sanción establecida en el artículo 29.

(Artículo incorporado por art. 6° de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).

ARTICULO 20. — Los canales habilitados para receptor las expresiones de voluntad previstas en el artículo 19 de las personas capaces mayores de DIECIOCHO (18) años son los siguientes:

- a) Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (Incucai);
- b) Registro Nacional de las Personas (Renaper);
- c) Registros del Estado Civil y Capacidad de las Personas;
- d) Autoridades sanitarias jurisdiccionales, a través de los organismos jurisdiccionales y de los establecimientos asistenciales públicos y privados habilitados a tal fin;
- e) Policía Federal;
- f) Correo Oficial de la República Argentina Sociedad Anónima.

Las manifestaciones de aquellas personas que, ante la realización de cualquier trámite ante el Registro Nacional de las Personas (Renaper) o Registros del Estado Civil y Capacidad de las Personas, deseen expresarla, deberán ser receptoradas por los funcionarios designados por los mencionados organismos a tal efecto y asentadas en el documento nacional de identidad del declarante.

Las instituciones consignadas en los incisos b), c), d) y e) deberán comunicar en forma inmediata al Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (Incucai) las manifestaciones de voluntad receptoradas a efectos del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 44 inciso n).

El Correo Oficial de la República Argentina Sociedad Anónima, a solicitud de cualquier ciudadano capaz mayor de DIECIOCHO (18) años, expedirá en forma gratuita telegrama al Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (Incucai), en el que conste la negativa del remitente a donar sus órganos y tejidos para después de su muerte.

Las manifestaciones de voluntad ante cualquiera de los organismos mencionados no podrán tener costo alguno para el declarante.

La reglamentación podrá establecer otras formas y modalidades que faciliten las expresiones de voluntad.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Ley N° 26.326 B.O. 26/12/2007)

ARTICULO 21. — En caso de muerte natural, y no existiendo manifestación expresa del difunto, deberá requerirse de las siguientes personas, en el orden en que se las enumera siempre que estuviesen en pleno uso de sus facultades mentales, testimonio sobre la última voluntad del causante, respecto a la ablación de sus órganos y/o a la finalidad de la misma.

- a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continua e ininterrumpida;
- b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años;
- c) Cualquiera de los padres;
- d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años;
- e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años;
- f) Cualquiera de los abuelos;
- g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;
- h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive;
- i) El representante legal, tutor o curador;

Conforme la enumeración establecida precedentemente y respetando el orden que allí se establece, las personas que testimonien o den cuenta de la última voluntad del causante que se encuentren en orden más próximo excluyen el testimonio de las que se encuentren en un orden inferior. En caso de resultar contradicciones en los testimonios de las personas que se encuentren en el mismo orden, se estará a lo establecido en el artículo 19 bis.

La relación con el causante y el testimonio de su última voluntad, serán acreditados, a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que tendrá carácter de instrumento público, debiendo acompañarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas la documentación respectiva, cuando correspondiere.

(Artículo sustituido por art. 8° de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).

ARTICULO 22. — En caso de muerte violenta la autoridad competente adoptará los recaudos tendientes a ubicar a las personas enumeradas en el artículo anterior a efectos que los mismos den cuenta o testimonien la última voluntad del causante, debiendo dejar debidamente acreditada la constancia de los medios y mecanismos utilizados para la notificación en tiempo y forma a los familiares a efectos de testimoniar o dar cuenta de la última voluntad del presunto donante.

El juez que entiende en la causa ordenará en el lapso de SEIS (6) horas a partir del fallecimiento la intervención del médico forense, policial o quien cumpla tal función, a fin de dictaminar si los órganos o tejidos que resulten aptos para ablacionar no afectarán el examen autopsiano.

Aun existiendo autorización expresa del causante o el testimonio referido en el artículo 21 dentro de las SEIS (6) horas de producido el deceso, el juez informará al Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) o al organismo jurisdiccional correspondiente la autorización para llevar a cabo la realización de la ablación, a través de resolución judicial fundada, con especificación de los órganos o tejidos autorizados a ablacionar de conformidad con lo dictaminado por el mismo forense.

Una negativa del magistrado interviniente para autorizar la realización de la ablación deberá estar justificada conforme los requisitos exigidos en la presente ley.

En el supuesto de duda sobre la existencia de autorización expresa del causante el juez podrá requerir del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) o del organismo jurisdiccional correspondiente los informes que estime menester.

(Artículo sustituido por art. 9° de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).

ARTICULO 22 BIS. — El equipo de profesionales médicos a que se refiere el artículo 4° en ningún caso actuará juntamente con los médicos forenses, debiendo quedar a lo que resulte de la decisión judicial.

El jefe, subjefe o el miembro que aquéllas designen del equipo que realice la ablación deberá informar de inmediato y pormenorizadamente al juez interviniente:

- a) Los órganos ablacionados en relación con los autorizados a ablacionar.
- b) El estado de los mismos, como así también el eventual impedimento de ablacionar alguno de los órganos autorizados.
- c) Las demás circunstancias del caso que establezca la reglamentación.

En el cumplimiento de lo dispuesto en los párrafos anteriores serán solidariamente responsables la totalidad de los profesionales integrantes del equipo de ablación.

El Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante — INCUCAI— o el organismo jurisdiccional correspondiente deberá Informarle el destino dado a cada órgano o tejidos ablacionado, la identificación regional, el establecimiento asistencial al que va dirigido, el equipo responsable del transporte y los datos identificatorios del o de los pacientes receptores. (*Expresión "material anatómico" sustituida por el término "tejidos", por art. 1° de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial.*) (*Artículo incorporado por art. 2° de la Ley N° 25.281 B.O. 02/08/2000*)

ARTICULO 23. — El fallecimiento de una persona se considerará tal cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis (6) horas después de su constatación conjunta:

- a) Ausencia irreversible de respuesta cerebral, con pérdida absoluta de conciencia;
- b) Ausencia de respiración espontánea;
- c) Ausencia de reflejos cefálicos y constatación de pupilas fijas no reactivas;
- d) Inactividad encefálica corroborada por medios técnicos y/o instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será periódicamente actualizada por el Ministerio de Salud y Acción Social con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

La verificación de los signos referidos en el inciso d) no será necesaria en caso de paro cardiorespiratorio total e irreversible.

ARTICULO 24. — A los efectos del artículo anterior, la certificación del fallecimiento deberá ser suscripta por dos (2) médicos, entre los que figurará por lo menos un neurólogo o neurocirujano. Ninguno de ellos será el médico o integrará el equipo que realice ablaciones o implantes de órganos del fallecido.

La hora del fallecimiento será aquella en que por primera vez se constataron los signos previstos en el artículo 23.

ARTICULO 25. — El establecimiento en cuyo ámbito se realice la ablación estará obligado a:

- a) Arbitrar todos los medios a su alcance en orden a la restauración estética del cadáver, sin cargo alguno a los sucesores del fallecido;
- b) Realizar todas las operaciones autorizadas dentro del menor plazo posible, de haber solicitado los sucesores del fallecido la devolución del cadáver;
- c) Conferir en todo momento al cadáver del donante un trato digno y respetuoso.

ARTICULO 26. — Todo médico que mediante comprobaciones idóneas tomare conocimiento de la verificación en un paciente de los signos descritos en el artículo 23, está obligado a denunciar el hecho al director o persona a cargo del establecimiento, y ambos deberán notificarlo en forma inmediata a la autoridad de contralor jurisdiccional o nacional, siendo solidariamente responsables por la omisión de dicha notificación.

VII — DE LAS PROHIBICIONES

ARTICULO 27. — Queda prohibida la realización de todo tipo de ablación cuando la misma pretenda practicarse:

- a) Sin que se haya dado cumplimiento a los requisitos y previsiones de la presente ley;
- b) Sobre el cadáver de quien expresamente se hubiere manifestado en contrario para la ablación o en su caso, del órgano u órganos respecto de los cuales se hubiese negado la ablación, como asimismo cuando se pretendieren utilizar los órganos o tejidos con fines distintos a los autorizados por el causante. A tales fines se considerará que existe manifestación expresa en contrario cuando mediare el supuesto del artículo 21 de la presente ley. (*Inciso sustituido por art. 10 de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial*).
- c) Sobre cadáveres de pacientes que hubieren estado internados en institutos neuropsiquiátricos;
- d) Sobre el cadáver de una mujer en edad gestacional, sin que se hubiere verificado previamente la inexistencia de embarazo en curso;
- e) Por el profesional que haya atendido y tratado al fallecido durante su última enfermedad, y por los profesionales médicos que diagnosticaron su muerte. Asimismo, quedan prohibidos;
- f) Toda contraprestación u otro beneficio por la dación de órganos o materiales anatómicos, en vida o para después de la muerte, y la intermediación con fines de lucro;
- g) La inducción o coacción al dador para dar una respuesta afirmativa respecto a la dación de órganos.

El consejo médico acerca de la utilidad de la dación de un órgano o tejido, no será considerado como una forma de inducción o coacción;

- h) Los anuncios o publicidad en relación con las actividades mencionadas en esta ley, sin previa autorización de la autoridad competente, conforme a lo que establezca la reglamentación.

VIII — DE LAS PENALIDADES

ARTICULO 28. — Será reprimido con prisión de seis (6) meses a cinco (5) años e inhabilitación especial de dos (2) a diez (10) años si el autor fuere un profesional del arte de curar o una persona que ejerza actividades de colaboración del arte de curar:

- a) El que directa o indirectamente diere u ofreciere beneficios de contenido patrimonial o no, a un posible dador o a un tercero, para lograr la obtención de órganos o materiales anatómicos;
- b) El que por sí o por interpósita persona recibiera o exigiera para sí o para terceros cualquier beneficio de contenido patrimonial o no, o aceptare una promesa directa o indirecta para sí o para terceros, para lograr la obtención de órganos o materiales anatómicos, sean o no propios;
- c) El que con propósito de lucro intermediara en la obtención de órganos o materiales anatómicos provenientes de personas o de cadáveres.

ARTICULO 29. — Será reprimido con prisión de dos (2) a seis (6) años e inhabilitación especial de dos (2) a diez (10) años si el autor fuere un profesional del arte de curar o una persona que ejerza actividades de colaboración del arte de curar quien extrajera indebidamente órganos o materiales anatómicos de cadáveres.

ARTICULO 30. — Será reprimido con prisión o reclusión de cuatro (4) años a perpetua el que extrajere órganos o materiales anatómicos de humanos vivos, sin dar cumplimiento a los requisitos y formalidades exigidos en el artículo 15, con excepción de la obligación prevista en el tercer párrafo de dicho artículo que será sancionada con la pena establecida en el artículo siguiente.

ARTICULO 31. — Será reprimido con multa de quinientos a cinco mil pesos (\$ 500 a \$ 5.000) y/o inhabilitación especial de seis (6) meses a dos (2) años:

a) El oficial público que no diere cumplimiento a la obligación que impone el artículo 20;

b) El médico que no diere cumplimiento a la obligación que impone el artículo 7°;

c) Quien no diere cumplimiento a lo dispuesto en el tercer párrafo del artículo 15.

ARTICULO 32. — Será reprimido con multa de cinco mil a cien mil pesos (\$ 5.000 a \$ 100.000) e inhabilitación especial de uno (1) a tres (3) años el médico que no diere cumplimiento a las obligaciones previstas en el artículo 26, o a las del artículo 8°.

En caso de reincidencia, la inhabilitación será de cinco (5) años a perpetua.

ARTICULO 33. — Cuando se acredite que los autores de las conductas penadas en el presente Título han percibido sumas de dinero o bienes en retribución por tales acciones, serán condenados además a abonar en concepto de multa el equivalente al doble del valor de lo percibido.

ARTICULO 34. — Cuando los autores de las conductas penadas en el presente Título sean funcionarios públicos vinculados al área de sanidad, las penas respectivas se incrementarán de un tercio a la mitad.

Cuando las dichas conductas se realicen de manera habitual, las penas se incrementarán en un tercio.

IX — DE LAS SANCIONES Y PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

ARTICULO 35. — Las infracciones de carácter administrativo a cualquiera de las actividades o normas que en este ordenamiento se regulan, en las que incurran establecimientos o servicios privados, serán pasibles de las siguientes sanciones graduables o acumulables, según la gravedad de cada caso:

a) Apercibimiento;

b) Multas de diez mil a un millón de pesos (\$ 10.000 a \$ 1.000 000);

c) Suspensión de la habilitación que se le hubiere acordado al servicio o establecimiento, por un término de hasta cinco (5) años;

d) Clausura temporaria o definitiva, parcial o total, del establecimiento en infracción;

e) Suspensión o inhabilitación de los profesionales o equipos de profesionales en el ejercicio de la actividad referida en el artículo 3° por un lapso de hasta cinco (5) años;

f) Inhabilitación de hasta cinco (5) años para el ejercicio de la profesión a los médicos y otros profesionales del arte de curar que practiquen cualquiera de los actos previstos en la presente ley, sin la habilitación de la autoridad sanitaria.

En caso de extrema gravedad o reiteración, la inhabilitación podrá ser definitiva.

ARTICULO 36. — Las sanciones previstas en el artículo anterior serán publicadas, en su texto íntegro y durante dos días seguidos, en dos diarios de circulación en el lugar donde se halle el establecimiento sancionado, a cuyo cargo estará la publicación, consignándose en la misma un detalle de su naturaleza y causas, y los nombres y domicilios de los infractores.

ARTICULO 37. — Las direcciones y administraciones de guías, diarios, canales de televisión, radioemisoras y demás medios que sirvan de publicidad de las actividades mencionadas en esta ley que les den curso sin la autorización correspondiente, serán pasibles de la pena de multa establecida en el artículo 35, inciso b).

ARTICULO 38. — Las sanciones establecidas en el artículo 35 prescribirán a los dos años y la prescripción quedará interrumpida por los actos administrativos o judiciales, o por la comisión de cualquier otra infracción.

ARTICULO 39. — Las infracciones de carácter administrativo a esta ley y sus reglamentos serán sancionadas por la autoridad sanitaria jurisdiccional, previo sumario, con audiencia de prueba y defensa de los presuntos infractores. Las constancias del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción y en cuanto no sean enervadas

por otras pruebas, podrán ser consideradas como plena prueba de la responsabilidad del imputado.

ARTICULO 40. — Contra las decisiones administrativas que la autoridad sanitaria dicte en virtud de esta ley y de sus disposiciones reglamentarias, podrán interponerse los recursos que en las normas procesales se contemplen o establezcan.

ARTICULO 41. — La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por mediación fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo el testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

ARTICULO 42. — El producto de las multas que por esta ley aplique la autoridad sanitaria jurisdiccional, ingresará al Fondo Solidario de Trasplantes.

X — DEL INSTITUTO NACIONAL CENTRAL UNICO COORDINADOR DE
ABLACION E IMPLANTE (INCUCAI)

ARTICULO 43. — El Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), creado por Ley 23.885, que funciona en el ámbito de la Secretaría de Salud dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social, como entidad estatal de derecho público, con personería jurídica y autarquía institucional, financiera y administrativa, está facultado para ejecutar el ciento por ciento (100 %) de los ingresos genuinos que perciba. Su fiscalización financiera y patrimonial estará a cargo de la Auditoría General de la Nación, y se realizará exclusivamente a través de las rendiciones de cuentas y estados contables que le serán elevados trimestralmente.

ARTICULO 44. — Serán funciones del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI):

- a) Estudiar y proponer a la autoridad sanitaria las normas técnicas a que deberá responder la ablación de los órganos y materiales anatómicos para la implantación de los mismos en seres humanos —provenientes de cadáveres humanos y entre seres humanos— y toda otra actividad incluida en la presente ley, así como todo método de tratamiento y selección previa de pacientes que requieran trasplantes de órganos, y las técnicas aplicables a su contralor;
- b) Dictar, con el asesoramiento del Consejo Federal de Salud (COFESA), las normas para la habilitación de establecimientos en que se practiquen actos médicos comprendidos en la temática, autorización de profesionales que practiquen dichos actos, habilitación de bancos de órganos y de materiales anatómicos;
- c) Fiscalizar el cumplimiento de lo establecido en la presente ley y su reglamentación y demás normas complementarias, y colaborar en la ejecución de leyes afines a la temática, recomendando a los gobiernos provinciales adecuar su legislación y acción al cumplimiento de estos fines;
- d) Intervenir los organismos jurisdiccionales que incurran en actos u omisiones que signifiquen el incumplimiento de lo establecido por la presente ley;
- e) Dictar, con el asesoramiento del Consejo Federal de Salud (COFESA), normas para la suspensión y/o revocación de una habilitación, cuando se verifique el incumplimiento de las condiciones y garantías de seguridad, eficacia y calidad de funcionamiento, el uso indebido u otras irregularidades que determine la reglamentación;
- f) Coordinar con las respectivas jurisdicciones la realización de inspecciones destinadas a verificar que los establecimientos donde se realizan las actividades comprendidas en la presente ley, se ajusten a ésta y su reglamentación;
- g) Proponer, con el asesoramiento del Consejo Federal de Salud (COFESA), las normas para la intervención por parte de los organismos jurisdiccionales, hasta la resolución definitiva de la autoridad de aplicación o del juez competente, de los servicios o establecimientos en los que se presuma el ejercicio de actos u omisiones relacionados con el objeto de la presente ley con peligro para la salud o la vida de las personas;

- h) Realizar actividades de docencia, capacitación y perfeccionamiento de los recursos humanos vinculados con la temática, como labor propia o a solicitud de organismos oficiales o privados, percibiendo los aranceles que a tal efecto fije la reglamentación de la presente ley;
- i) Promover la investigación científica, mantener intercambio de información, y realizar publicaciones periódicas vinculadas con la temática del Instituto;
- j) Evaluar publicaciones y documentaciones e intervenir en la autorización de investigaciones que se realicen con recursos propios dirigidas a la tipificación de donantes de órganos, desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos en cirugía experimental, perfusión y conservación de órganos, e investigaciones farmacológicas tendientes a la experimentación y obtención de drogas inmunosupresoras;
- k) Determinar si son apropiados los procedimientos inherentes al mantenimiento de potenciales dadores cadavéricos, diagnóstico de muerte, ablación, acondicionamiento y transporte de órganos, de acuerdo a las normas que reglan la materia;
- l) Asistir a los organismos provinciales y municipales responsables del poder de policía sanitaria en lo que hace a la materia propia de las misiones y funciones del Instituto, a requerimiento de aquéllos, pudiendo realizar convenios con los mismos y con entidades públicas o privadas con el fin de complementar su acción;
- m) Proveer la información relativa a su temática al Ministerio de Salud y Acción Social, para su elaboración y publicación, con destino a los profesionales del arte de curar y las entidades de seguridad social;
- n) Coordinar la distribución de órganos a nivel nacional, así como también la recepción y envío de los mismos a nivel internacional y las acciones que se llevan a cabo para el mantenimiento de los siguientes registros:
- 1) Registro de personas que hubieren manifestado su oposición a la ablación de sus órganos y/o tejidos.
 - 2) Registro de personas que aceptaron la ablación o condicionaren la misma a alguno de sus órganos o a algunos de los fines previstos en la presente ley.
 - 3) Registro de manifestaciones de última voluntad, en las condiciones del artículo 21 en el que conste la identidad de la persona que testimonia y su relación con el causante.
 - 4) Registro de destino de cada uno de los órganos o tejidos ablacionados con la jerarquía propia de los registros confidenciales bajo secreto médico.
- (Inciso n) sustituido por art. 11 de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).*
- ñ) Dirigir las acciones que permitan mantener actualizada la lista de espera de receptores potenciales de órganos y materiales anatómicos en el orden nacional, coordinando su acción con organismos regionales o provinciales de similar naturaleza;
- o) Entender en las actividades dirigidas al mantenimiento de potenciales dadores cadavéricos y supervisar la correcta determinación del diagnóstico de muerte, ablación y acondicionamiento de órganos, coordinando su acción con organismos regionales y provinciales;
- p) Efectuar las actividades inherentes al seguimiento de los pacientes trasplantados, con fines de contralor y estadísticos;
- q) Dirigir las acciones que permitan mantener actualizados los registros creados por la presente ley en el orden nacional. *(Inciso q) sustituido por art. 11 de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).*
- r) Proponer normas y prestar asistencia técnica a los organismos pertinentes en la materia de esta ley;
- s) Adquirir, construir, arrendar, administrar y enajenar bienes, aceptar herencias, legados y donaciones, estar en juicio como actor o demandado, contratar servicios,

obras y suministros y en general realizar todos los actos que resulten necesarios para el cumplimiento de objetivos, con ajuste a las disposiciones vigentes.

- t) Proponer a la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), las modificaciones o inclusiones que considere convenientes en su temática, proveyendo la información que le sea solicitada por dicho ente;
- u) Asistir técnica y financieramente, mediante subsidios, préstamos o subvenciones, a los tratamientos trasplantológicos que se realicen en establecimientos públicos nacionales, provinciales o municipales. Asimismo, promover y asistir directamente la creación y desarrollo de centros regionales y/o provinciales de ablación y/o implantes de órganos;
- v) Celebrar convenios con entidades privadas para su participación en el sistema;
- w) Asesorar al Poder Ejecutivo en todo lo concerniente a las campañas de difusión masiva y concientización de la población respecto de la problemática de los trasplantes;
- x) Realizar toda acción necesaria para el cumplimiento de sus fines de conformidad con la presente ley y su reglamentación.

ARTICULO 45. — El Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) estará a cargo de un directorio integrado por un presidente, un vicepresidente y un director, designados por el Poder Ejecutivo nacional de conformidad con las siguientes disposiciones:

- a) El presidente será designado a propuesta de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, del Ministerio de Salud y Ambiente;
- b) El vicepresidente será designado a propuesta del Consejo Federal de Salud (COFESA);
- c) El director será designado previo concurso abierto de títulos y antecedentes con destacada trayectoria en la temática, cuya evaluación estará a cargo de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias, del Ministerio de Salud y Ambiente;
- d) Los miembros del directorio durarán CUATRO (4) años en sus funciones y podrán ser reelegidos por un período más.

Tendrán dedicación de tiempo completo y no podrán participar patrimonialmente en ningún instituto, entidad o institución vinculado con el objeto de esta ley.

(Artículo sustituido por art. 12 de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).

ARTICULO 46. — Corresponde al directorio:

- a) Dictar su reglamento interno;
- b) Aprobar la estructura orgánico-funcional del Instituto, el presupuesto anual de gastos, cálculo de recursos y cuentas de inversiones, y elaborar la memoria y balance al finalizar cada ejercicio. En el presupuesto de gastos no se podrá destinar más de un diez por ciento (10 %) para gastos de administración;
- c) Asignar los recursos del Fondo Solidario de Trasplantes, dictando las normas para el otorgamiento de subsidios, préstamos y subvenciones;
- d) Fijar las retribuciones de los miembros del directorio; designar, promover, sancionar y remover al personal del Instituto, y fijar sus salarios, estimulando la dedicación exclusiva;
- e) Efectuar contrataciones de personal para la realización de labores extraordinarias o especiales que no puedan ser realizadas con sus recursos de planta permanente, fijando las condiciones de trabajo y su retribución;
- f) Delegar funciones en el presidente, por tiempo determinado.

ARTICULO 47. — Corresponde al presidente:

- a) Representar al Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) en todos sus actos;

- b) Convocar y presidir las reuniones del directorio, en las que tendrá voz y voto, el que prevalecerá en caso de empate;
- c) Invitar a participar, con voz pero sin voto, a representantes de sectores interesados cuando se traten temas específicos de su área de acción;
- d) Convocar y presidir las reuniones del Consejo Asesor;
- e) Adoptar todas las medidas que, siendo de competencia del directorio, no admitan dilación, sometiéndolas a consideración del mismo en la primera sesión;
- f) Delegar funciones en otros miembros del directorio, con el acuerdo de éste;
- g) Cumplir y hacer cumplir las resoluciones del directorio.

ARTICULO 48. — En el ámbito del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) funcionarán dos Consejos Asesores, de carácter honorario, que se conformarán según lo determine la reglamentación de la presente ley:

- a) un consejo asesor de pacientes integrado por pacientes pertenecientes a las organizaciones que representan a personas trasplantadas y en espera de ser trasplantadas;
- b) un consejo asesor integrado por representantes de sociedades y asociaciones científicas, las universidades, otros centros de estudios e investigación y otros organismos regionales o provinciales de naturaleza similar a este instituto, y un representante de cada región sanitaria de acuerdo con lo establecido por el Ministerio de Salud y Acción Social al respecto, incluyendo a la provincia de La Pampa dentro de la Región Patagónica, y un representante de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

ARTICULO 49. — Créase el Fondo Solidario de Trasplantes, el que se integrará con los siguientes recursos:

- a) La contribución del Estado Nacional, mediante los créditos que le asigne el presupuesto de la Nación;
- b) El producto de las multas provenientes de la aplicación de las sanciones administrativas y penales previstas en la presente ley;
- c) El fondo acumulativo que surja de acreditar:
 - 1) (*Apartado derogado por art. 1º del Decreto N° 773/93 B.O. 26/04/1993*)
 - 2) (*Apartado derogado por art. 1º del Decreto N° 773/93 B.O. 26/04/1993*)
 - 3) (*Apartado derogado por art. 1º del Decreto N° 773/93 B.O. 26/04/1993*)
 - 4) El producido de la venta de bienes en desuso, los de su propia producción, las publicaciones que realice, intereses, rentas u otros frutos de los bienes que administra.
 - 5) Los legados, herencias, donaciones, aportes del Estado Nacional o de las provincias, de entidades oficiales, particulares o de terceros, según las modalidades que establezca la reglamentación, con destino a solventar su funcionamiento.
 - 6) Las transferencias de los saldos del fondo acumulativo y de los de su presupuesto anual asignado, no utilizados en el ejercicio.

(*Ultimo párrafo derogado por art. 2º del Decreto N° 773/93 B.O. 26/04/1993*)

ARTICULO 50. — (*Artículo derogado por art. 3º del Decreto N° 773/93 B.O. 26/04/1993*)

ARTICULO 51. — Los recursos del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) serán depositados en una cuenta especial a su orden creada a estos efectos y destinados prioritariamente para asistir al desarrollo de los servicios que se realicen para tratamiento trasplantológico en establecimientos públicos nacionales, provinciales o municipales, con el objeto de asistir a pacientes carenciados sin cobertura social, como así también a fomentar la procuración de órganos y materiales anatómicos necesarios a los fines de esta ley.

Las autoridades sanitarias jurisdiccionales deberán disponer la creación de servicios de trasplantes de órganos en instituciones públicas de adecuada complejidad en sus respectivas áreas programáticas.

(Ultimo párrafo derogado por art. 4º del Decreto N° 773/93 B.O. 26/04/1993)

ARTICULO 52. — Los cargos técnicos del personal del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) serán cubiertos previo concurso abierto de títulos y antecedentes.

XI — DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS Y ACTIVIDADES DE INSPECCION

ARTICULO 53. — La autoridad sanitaria jurisdiccional está autorizada para verificar el cumplimiento de esta ley y sus disposiciones reglamentarias, mediante inspecciones y pedidos de informes. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a los establecimientos o servicios, habilitados o no, en que se ejerzan o se presuma el ejercicio de las actividades previstas por esta ley, podrán proceder al secuestro de elementos probatorios y disponer la intervención provisoria de los servicios o establecimientos.

ARTICULO 54. — Sin perjuicio de la sanción que en definitiva corresponde de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 35, la autoridad sanitaria jurisdiccional podrá adoptar las siguientes medidas preventivas:

a) Si se incurriera en actos u omisiones que constituyeran un daño o peligro para la salud de las personas se procederá a la clausura total o parcial de los establecimientos o servicios en que los mismos ocurrieran, o a ordenar suspender los actos médicos a que refiere esta ley. Dichas medidas no podrán tener una duración mayor de ciento ochenta (180) días.

b) Clausurar los servicios o establecimientos que funcionen sin la correspondiente autorización.

c) Suspensión de la publicidad en infracción.

ARTICULO 55. — A los efectos de lo dispuesto en los artículos 53 y 54 de la presente ley, la autoridad sanitaria jurisdiccional podrá requerir en caso necesario auxilio de la fuerza pública, y solicitar órdenes de allanamiento de los tribunales federales o provinciales competentes.

XII — DEL PROCEDIMIENTO JUDICIAL ESPECIAL

ARTICULO 56. — Toda acción civil tendiente a obtener una resolución judicial respecto de cuestiones extrapatrimoniales relativas a la ablación e implante de órganos o materiales anatómicos será de competencia de los tribunales federales o provinciales en lo civil del domicilio del actor. En el orden federal se sustanciará por el siguiente procedimiento especial:

a) La demanda deberá estar firmada por el actor y se acompañarán todos los elementos probatorios tendientes a acreditar la legitimidad del pedido. No será admitido ningún tipo de representación por terceros y la comparencia del actor será siempre personal, sin perjuicio del patrocinio letrado.

b) Recibida la demanda, el Juez convocará a una audiencia personal la que se celebrará en un plazo no mayor de tres días a contar de la presentación de aquélla.

c) La audiencia será tomada personalmente por el Juez y en ella deberán estar presentes el actor, el Agente Fiscal, el Asesor de Menores en su caso, un perito médico, un perito psiquiatra y un asistente social, los que serán designados previamente por el Juez. Se podrá disponer además la presencia de otros peritos, asesores o especialistas que el Juez estime conveniente. La inobservancia de estos requisitos esenciales producirá la nulidad de la audiencia.

d) Del desarrollo de la audiencia se labrará un acta circunstanciada, y en su transcurso el Juez, los peritos, el Agente Fiscal, y el Asesor de Menores en su caso, podrán formular

todo tipo de preguntas y requerir las aclaraciones del actor que consideren oportunas y necesarias.

e) Los peritos elevarán su informe al Juez en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la audiencia, y éste podrá además, en el mismo plazo, recabar todo tipo de información complementaria que estime conveniente.

f) De todo lo actuado se correrá vista, en forma consecutiva, al Agente Fiscal y al Asesor de Menores, en su caso, quienes deberán elevar su dictamen en el plazo de veinticuatro (24) horas.

g) El Juez dictará sentencia dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al trámite procesal del inciso anterior.

h) En caso de extrema urgencia, debidamente acreditada, el Juez podrá establecer por resolución fundada plazos menores a los contemplados en el presente artículo, habilitando días y horas inhábiles.

i) La inobservancia de las formalidades y requisitos establecidos en el presente artículo producirá la nulidad de todo lo actuado.

j) La resolución que recaiga será apelable en relación, con efecto suspensivo. La apelación deberá interponerse de manera fundada en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas, y el Juez elevará la causa al superior en el término de veinticuatro (24) horas de recibida la misma. El tribunal resolverá el recurso en el plazo de tres (3) días.

El Agente Fiscal sólo podrá apelar cuando hubiere dictaminado en sentido contrario a la resolución del Juez.

k) Este trámite estará exento del pago de sellados, tasas, impuestos o derechos de cualquier naturaleza.

ARTICULO 57. — El incumplimiento del Juez, del Agente Fiscal o del Asesor de Menores, en su caso, a las obligaciones establecidas en el artículo anterior, se considerará falta grave y mal desempeño de sus funciones.

ARTICULO 58. — Invítase a los gobiernos provinciales a sancionar en sus respectivas jurisdicciones normas similares a las de este capítulo.

XIII — DISPOSICIONES VARIAS

ARTICULO 59. — El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro de los sesenta (60) días de su promulgación.

Hasta tanto, mantendrán su vigencia los decretos 3011/77, 2437/91 y 928/92 y demás normas reglamentarias, en todo lo que no se oponga a la presente ley.

ARTICULO 60. — La Corte Suprema de Justicia de la Nación dictará la reglamentación que establezca los recaudos para la realización de ablaciones de córneas de los cadáveres depositados en la Morgue Judicial de acuerdo a los lineamientos y principios de la presente ley.

Invítase a las provincias a dictar en sus respectivas jurisdicciones normas similares a la del presente artículo.

ARTICULO 61. — El Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) ejercerá las funciones y facultades que por esta ley se asignan a las autoridades de contralor jurisdiccionales en aquellas jurisdicciones en las que no se encuentren en funcionamiento organismos de similar naturaleza hasta tanto los mismos sean creados y alcancen condiciones efectivas de operatividad, o hasta que las respectivas autoridades sanitarias jurisdiccionales indiquen el organismo que ha de hacerse cargo de dichas funciones.

ARTICULO 62. — El Poder Ejecutivo nacional deberá llevar a cabo en forma permanente, a través del Ministerio de Salud y Ambiente y si así este último lo dispusiere por medio del Instituto Nacional Central Unico Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), una intensa campaña señalando el carácter voluntario, altruista,

desinteresado y solidario de la donación de órganos y tejidos a efectos de informar a la población el alcance del régimen que por la presente ley se instaura. Autorízase al Ministerio de Salud y Ambiente a celebrar convenios con otras entidades u organismos públicos o privados, nacionales o internacionales para el mejor cumplimiento de este objetivo.

(Artículo sustituido por art. 13 de la Ley 26.066 B.O. 22/12/2005. Vigencia: a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial).

ARTICULO 63. — Deróganse las Leyes 21.541 y sus modificatorias 23.464 y 23.885.

ARTICULO 64. — Comuníquese al Poder Ejecutivo. — ALBERTO R. PIERRI. — EDUARDO MENEM. — Esther Pereyra Arandía de Pérez Pardo. — Edgardo Piuzzi. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICUATRO DIAS DEL MES DE MARZO DEL AÑO MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES.

(Nota Infoleg: El Decreto N° 773/93 B.O. 26/04/1993 promulgó la presente Ley con algunas observaciones.)

Ley 26.066. De trasplante de Órganos y Tejidos. Modificación de la Ley 24.193

Sancionada: noviembre 30 de 2005.

Promulgada por el Poder Ejecutivo Nacional.

Publicada en el Boletín Oficial N° 30.807: diciembre 22 de 2005.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunido en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTÍCULO 1°.- Sustitúyese en todo el texto de la ley 24.193 la expresión "material anatómico" por el término "tejidos", entendiéndose por tejidos al grupo de células destinadas a cumplir con una misma función biológica.

ARTÍCULO 2°.- Sustitúyese el artículo 1° de la ley 24.193, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 1°: La ablación de órganos y tejidos para su implantación de cadáveres humanos a seres humanos y entre seres humanos se rige por las disposiciones de esta ley en todo el territorio de la República.

Exceptúase de lo previsto por la presente, los tejidos naturalmente renovables o separables del cuerpo humano con salvedad de la obtención y preservación de células progenitoras hematopoyéticas y su posterior implante a seres humanos, que quedará regida por esta ley.

Entiéndense alcanzadas por la presente norma a las nuevas prácticas o técnicas que la autoridad de aplicación reconozca que se encuentran vinculadas con la implantación de órganos o tejidos en seres humanos. Considérase comprendido al xenotrasplante en las previsiones del párrafo precedente cuando cumpliera las condiciones que oportunamente determinare la autoridad de aplicación.

ARTÍCULO 3°.- Sustitúyese el artículo 13 de la ley 24.193, el que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 13: Los jefes y subjefes de los equipos, como asimismo los profesionales a que se refiere el artículo 3° deberán informar a los donantes vivos y a los receptores y, en caso de ser estos últimos incapaces, a su representante legal o persona que detente su guarda, de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación de ablación e implante -según sea el caso-, sus secuelas físicas y psíquicas ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes, así como las posibilidades de mejoría que, verosíblemente, puedan resultar para el receptor.

En caso de que los donantes y receptores no se opongan, la información será suministrada también a su grupo familiar en el orden y condiciones previstos por el artículo 21 de la ley 24.193 y modificatoria.

Luego de asegurarse que la información ha sido comprendida por los sujetos destinatarios de la misma, dejarán a la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar. Del cumplimiento de este requisito, de la decisión del dador, de la del receptor y de la del representante legal cuando correspondiere, así como de la opinión médica sobre los mencionados riesgos, secuelas, evolución, limitaciones y mejoría, tanto para el dador como para el receptor, deberá quedar constancia documentada de acuerdo con la normativa a establecerse reglamentariamente.

De ser incapaz el receptor o el dador en el caso de trasplante de médula ósea, la información prevista en este artículo deberá ser dada, además, a su representante legal. En los supuestos contemplados en el título V el lapso entre la recepción de la información y la operación respectiva no podrá ser inferior a CUARENTA Y OCHO (48) horas.

Tratándose del supuesto contemplado en el artículo 21, respecto de donantes cadavéricos, la información será suministrada a las personas que allí se enumeran, en las formas y condiciones que se describen en el presente artículo, al solo efecto informativo.

ARTÍCULO 4º.- Sustitúyese el artículo 19 de la ley 24.193 por el siguiente texto:

Artículo 19: Toda persona podrá en forma expresa:

1. Manifestar su voluntad negativa o afirmativa a la ablación de los órganos o tejidos de su propio cuerpo.
2. Restringir de un modo específico su voluntad afirmativa de ablación a determinados órganos y tejidos.
3. Condicionar la finalidad de la voluntad afirmativa de ablación a alguno o algunos de los fines previstos en esta ley -implante en seres humanos vivos o con fines de estudio o investigación-.

ARTÍCULO 5º.- Incorpórase a la ley 24.193, como artículo 19 bis el siguiente:

Artículo 19 bis: La ablación podrá efectuarse respecto de toda persona capaz mayor de DIECIOCHO (18) años que no haya dejado constancia expresa de su oposición a que después de su muerte se realice la extracción de sus órganos o tejidos, la que será respetada cualquiera sea la forma en la que se hubiere manifestado.

Este artículo entrará en vigencia transcurridos NOVENTA (90) días de ejecución de lo establecido en el artículo 13 de esta ley, que modifica el artículo 62 de la ley 24.193.

ARTÍCULO 6º.- Incorpórase a la ley 24.193 como artículo 19 ter el siguiente:

Artículo 19 ter: En caso de fallecimiento de menores de Dieciocho (18) años, no emancipados, sus padres o su representante legal, exclusivamente, podrán autorizar la ablación de sus órganos o tejidos especificando los alcances de la misma.

El vínculo familiar o la representación que se invoque será acreditado, a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que tendrá carácter de instrumento público, debiendo acompañarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas la documentación respectiva.

La falta de consentimiento de alguno de los padres eliminará la posibilidad de autorizar la ablación en el cadáver del menor.

En ausencia de las personas mencionadas precedentemente, se dará intervención al Ministerio Pupilar, quien podrá autorizar la ablación.

De todo lo actuado, se labrará acta y se archivarán en el establecimiento las respectivas constancias, incluyendo una copia certificada del documento nacional de identidad del fallecido. De todo ello, se remitirán copias certificadas a la autoridad de contralor. Las certificaciones serán efectuadas por el director del establecimiento o quien lo reemplace. El incumplimiento de lo dispuesto en el presente párrafo hará pasible a los profesionales intervinientes de la sanción establecida en el artículo 29.

ARTÍCULO 7º.- Sustitúyese el artículo 20 de la ley 24.193, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 20: Todo funcionario del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas estará obligado a recabar de las personas capaces, mayores de DIECIOCHO (18) años que concurran ante dicho organismo a realizar cualquier trámite, la manifestación de su voluntad positiva o negativa en los términos del artículo 19 y 19 bis o su negativa a expresar dicha voluntad. El interesado deberá responder el requerimiento.

Dicha manifestación o su negativa a expresarla será asentada en el documento nacional de identidad del declarante y se procederá a comunicarla en forma inmediata al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), dejando en todos los casos clara constancia de las limitaciones especificadas por el interesado, si las hubiera.

La reglamentación establecerá otras formas y modalidades que faciliten la manifestación e impulsará la posibilidad de recabar el consentimiento en ocasión de los actos eleccionarios.

Todo establecimiento asistencial público o privado obrará, a los efectos de este artículo, como delegación del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), siendo ésta condición para su habilitación.

La Policía Federal y el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) deberán registrar en el Documento Nacional de Identidad la voluntad del dador debiendo comunicar dicha circunstancia dentro de los CINCO (5) días al Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas.

El Correo Oficial de la República Argentina Sociedad Anónima, a solicitud de cualquier ciudadano mayor de DIECIOCHO (18) años, expedirá en forma gratuita telegrama o carta documento al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), con copia al Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas en la que conste la notificación del remitente de su negativa a donar los órganos. El Correo deberá dejar constancia en el Documento Nacional de Identidad del remitente de la notificación efectuada.

ARTÍCULO 8º.- Sustitúyese el artículo 21 de la ley 24.193, el que quedará redactado de la siguiente forma:

Artículo 21: En caso de muerte natural, y no existiendo manifestación expresa del difunto, deberá requerirse de las siguientes personas, en el orden en que se las enumera, siempre que estuviesen en pleno uso de sus facultades mentales, testimonio sobre la última voluntad del causante, respecto a la ablación de sus órganos y/o a la finalidad de la misma.

- a) El cónyuge no divorciado que convivía con el fallecido, o la persona que sin ser su cónyuge convivía con el fallecido en relación de tipo conyugal no menos antigua de TRES (3) años, en forma continuada e ininterrumpida;
- b) Cualquiera de los hijos mayores de DIECIOCHO (18) años;
- c) Cualquiera de los padres;
- d) Cualquiera de los hermanos mayores de DIECIOCHO (18) años;
- e) Cualquiera de los nietos mayores de DIECIOCHO (18) años;
- f) Cualquiera de los abuelos;
- g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive;
- h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive;
- i) El representante legal, tutor o curador.

Conforme la enumeración establecida precedentemente y respetando el orden que allí se establece, las personas que testimonien o den cuenta de la última voluntad del causante que se encuentren en orden más próximo excluyen el testimonio de las que se

encuentren en un orden inferior. En caso de resultar contradicciones en los testimonios de las personas que se encuentren en el mismo orden, se estará a lo establecido en el artículo 19 bis.

La relación con el causante y el testimonio de su última voluntad serán acreditados, a falta de otra prueba, mediante declaración jurada, la que tendrá carácter de instrumento público, debiendo acompañarse dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas la documentación respectiva, cuando correspondiere.

ARTÍCULO 9º.- Sustitúyese el artículo 22 de la ley 24.193 por el siguiente:

Artículo 22: En caso de muerte violenta la autoridad competente adoptará los recaudos tendientes a ubicar a las personas enumeradas en el artículo anterior a efectos que los mismos den cuenta o testimonien la última voluntad del causante, debiendo dejar debidamente acreditada la constancia de los medios y mecanismos utilizados para la notificación en tiempo y forma a los familiares a efectos de testimoniar o dar cuenta de la voluntad del presunto donante.

El juez que entiende en la causa ordenará en el lapso de SEIS (6) horas a partir del fallecimiento la intervención del médico forense, policial o quien cumpla tal función, a fin de dictaminar si los órganos o tejidos que resulten aptos para ablacionar no afectarán el examen autopsiano.

Aún existiendo autorización expresa del causante o el testimonio referido en el artículo 21 dentro de las SEIS (6) horas de producido el deceso, el juez informará al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) o al organismo jurisdiccional correspondiente la autorización para llevar a cabo la realización de la ablación, a través de resolución judicial fundada, con especificación de los órganos o tejidos autorizados a ablacionar de conformidad con lo dictaminado por el mismo forense.

Una negativa del magistrado interviniente para autorizar la realización de la ablación deberá estar justificada conforme los requisitos exigidos en la presente ley.

En el supuesto de duda sobre la existencia de autorización expresa del causante, el juez podrá requerir del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) o del organismo jurisdiccional correspondiente los informes que estime menester.

ARTÍCULO 10.- Sustitúyese el inciso b) del artículo 27 de la ley 24.193, por el siguiente:

b) Sobre el cadáver de quien expresamente se hubiere manifestado en contrario para la ablación o en su caso, del órgano u órganos respecto de los cuales se hubiere negado la ablación, como asimismo cuando se pretendieren utilizar los órganos o tejidos con fines distintos a los autorizados por el causante. A tales fines se considerará que existe manifestación expresa en contrario cuando mediere el supuesto del artículo 21 de la presente ley.

ARTÍCULO 11.- Sustitúyense los incisos n) y q) del artículo 44 de la ley 24.193, los que quedarán redactados de la siguiente manera:

n) Coordinar la distribución de órganos a nivel nacional, así como también la recepción y envío de los mismos a nivel internacional y las acciones que se llevan a cabo para el mantenimiento de los siguientes registros:

- 1) Registro de personas que hubieren manifestado su oposición a la ablación de sus órganos y/o tejidos.
- 2) Registro de personas que aceptaron la ablación o condicionaren la misma a alguno de

sus órganos o a algunos de los fines previstos en la presente ley.

3) Registro de manifestaciones de última voluntad, en las condiciones del artículo 21 en el que conste la identidad de la persona que testimonia y su relación con el causante.

4) Registro de destino de cada uno de los órganos o tejidos ablacionados con la jerarquía propia de los registros confidenciales bajo secreto médico.

q) Dirigir las acciones que permitan mantener actualizados los registros creados por la presente ley en el orden nacional.

ARTÍCULO 12.- Sustitúyese el artículo 45 de la ley 24.193, por el siguiente:

Artículo 45: El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) estará a cargo de un directorio integrado por un presidente, un vicepresidente y un director, designados por el Poder Ejecutivo Nacional de conformidad con las siguientes disposiciones:

a) El presidente será designado a propuesta de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente;

b) El vicepresidente será designado a propuesta del Consejo Federal de Salud (COFESA);

c) El director será designado previo concurso abierto de títulos y antecedentes con destacada trayectoria en la temática, cuya evaluación estará a cargo de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud y Ambiente;

d) Los miembros del directorio durarán CUATRO (4) años en sus funciones y podrán ser reelegidos por un período más. Tendrán dedicación de tiempo completo y no podrán participar patrimonialmente en ningún instituto, entidad o institución vinculado con el objeto de esta ley.

ARTÍCULO 13.- Sustitúyese en la ley 24.193, el texto del artículo 62 por el siguiente:

Artículo 62: El Poder Ejecutivo Nacional deberá llevar a cabo en forma permanente, a través del Ministerio de Salud y Ambiente y si así este último lo dispusiere por medio del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), una intensa campaña señalando el carácter voluntario, altruista, desinteresado y solidario de la donación de órganos y tejidos a efectos de informar a la población el alcance del régimen que por la presente ley se instaura. Autorízase al Ministerio de Salud y Ambiente a celebrar convenios con otras entidades u organismos públicos o privados, nacionales o internacionales para el mejor cumplimiento de este objetivo.

ARTÍCULO 14.- El Ministerio de Salud y Ambiente deberá asegurar la provisión de los medicamentos y procedimientos terapéuticos necesarios que surjan como consecuencia de los trasplantes realizados en personas sin cobertura y carentes de recursos, conforme lo establezca la reglamentación de la ley.

ARTÍCULO 15.- La presente ley entrará en vigencia a los TREINTA (30) días de su publicación en el Boletín Oficial.

ARTÍCULO 16.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO EN BUENOS AIRES, A LOS 30 DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL CINCO.

-REGISTRADA BAJO EL N° 26.066-

EDUARDO O. CAMAÑO - DANIEL O. SCIOLI - Eduardo D. Rolliano - Juan Estrada.

PROYECTO DE LEY
El Senado y Cámara de Diputados,...

TITULO I
NORMAS GENERALES

CAPITULO I
OBJETO, CONCEPTO Y CALIFICACIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS
TRASPLANTADAS

ARTICULO 1º: Institúyase por la presente Ley, un Sistema de Protección Integral para las Personas Trasplantadas que les asegure la integración familiar y social mediante la atención médica integral, educación en todos sus niveles, seguridad social e inserción laboral.

ARTICULO 2º: Es sujeto de esta Ley, toda aquella persona, con residencia permanente acreditada en el territorio nacional, que luego de sufrir una alteración, mal funcionamiento o destrucción visceral, haya recibido un trasplante de órgano, tejido o célula.

ARTICULO 3º: Las personas transplantadas contarán con un "Certificado de Trasplantado" que será otorgado por la Autoridad de Aplicación de la presente Ley en la forma y condiciones que establezca la reglamentación. El certificado que se expida acreditará plenamente el carácter de transplantado en todos los supuestos en que sea necesario invocarla.

CAPITULO II
AUTORIDAD DE APLICACIÓN: DEFINICIÓN. OBJETIVOS Y FUNCIONES

ARTICULO 4º: El Ministerio de Salud de la Nación será la autoridad de aplicación y de la presente ley y de la normativa que surgiere, producto de su implementación y tendrá como órgano de asesoramiento necesario al INCUCAI.

ARTICULO 5º: La Autoridad de Aplicación, con el asesoramiento del INCUCAI realizará el abordaje, seguimiento, implementación y difusión de los alcances del Sistema creado por la presente Ley, con intervención de los Consejos Asesores establecidos en el artículo 48º de la ley 24.193.

ARTICULO 6º: La Autoridad de Aplicación, con el asesoramiento del INCUCAI, tendrá a su cargo las siguientes funciones:

- a) Auditar y evaluar el pleno y efectivo cumplimiento de lo establecido en la presente Ley.
- b) Realizar los relevamientos necesarios, a través de la reunión, análisis y categorización de las situaciones de las personas transplantadas, para la elaboración de un Registro Nacional, detallando todos los antecedentes relacionados con la afección que han padecido, determinando su naturaleza y posibilidades.
- c) Disponer los medios y recursos necesarios a fin de realizar campañas informativas sobre la donación de órganos y la calidad de vida de los transplantados, propendiendo a una concientización fehaciente de la población sobre esta problemática.

- d) Coordinar Planes y Programas con instituciones, empresas privadas, organismos estatales, entidades intermedias, a fin de lograr una plena inserción laboral de las personas trasplantadas.
- e) Establecer un Régimen de Subsidios para personas trasplantadas que se encuentren en situación de insolvencia económica para afrontar las consecuencias del trasplante.
- f) Establecer un régimen diferenciado de Seguridad Social para aquellas personas trasplantadas que carezcan de Obra Social.
- g) Coordinar conjuntamente con el Ministerio de Educación de la Nación la escolarización en establecimientos comunes para las personas trasplantadas, garantizando el apoyo necesario que requiera tal situación, provisto en forma gratuita.
- h) Fomentar, asistir o integrar equipos de estudios científicos que se relacionen con la problemática de las personas trasplantadas o donantes relacionados, tanto en el ámbito médico como en el social.
- i) Proponer y presentar todas aquellas medidas adicionales a las ya establecidas dentro de la presente ley que tiendan fundamentalmente a mejorar la situación y la calidad de vida de las personas trasplantadas.

TITULO II NORMAS ESPECIALES

CAPITULO I Salud y Asistencia Social

ARTICULO 7º: La Autoridad de Aplicación, con el asesoramiento del INCUCAI, implementará Planes de Acción a través de los cuales se habilitarán, en los hospitales de las respectivas jurisdicciones, de acuerdo a su grado de complejidad y al ámbito territorial a cubrir, servicios especiales destinados a cumplimentar la continuación de los tratamientos vitales que deben realizar las personas trasplantadas en los lugares más cercanos a su domicilio real.

ARTICULO 8º: La Autoridad de Aplicación, con el asesoramiento del INCUCAI, gestionará ante los organismos pertinentes la creación de un Hogar con internación total o parcial para las personas trasplantadas que se encuentren realizando estudios de alta complejidad y se encuentren alejadas de su domicilio real. Se contemplará la necesidad de un acompañante en la internación, reservándose la facultad de fiscalizar y reglamentar el funcionamiento del referido lugar.

ARTICULO 9º: Se proveerá a las Personas Trasplantadas de toda la medicación indicada para la recuperación y el mantenimiento del trasplante, en forma totalmente gratuita. Asimismo recibirá una cobertura del 100% de la totalidad de los fármacos relacionados directamente con la patología causal del trasplante y/o sus complicaciones, como así también la de aquellos destinados a la terapia de otras patologías intercurrentes, ya sea en internación o ambulatorio y en tratamientos agudos o de larga duración. Asimismo se proveerá, sin costo para la persona trasplantada de la cobertura integral de toda práctica y estudios especiales, ya sea en lo relacionado con la patología causal del trasplante y/o sus complicaciones, como así también la de aquellos destinados a la terapia de otras patologías intercurrentes ya sea en internación o ambulatorio y en tratamientos agudos o de larga duración.

ARTICULO 10º: La Autoridad de Aplicación, con el asesoramiento del INCUCAI, gestionará ante los organismos pertinentes la creación de un Programa de Alimentación para que las personas trasplantadas tengan acceso a la dieta requerida por el trasplante.

ARTICULO 11º: La Autoridad de Aplicación, con el asesoramiento del INCUCAI, gestionará ante los organismos pertinentes la creación de un Pase que garantice a las personas trasplantadas el uso gratuito de los medios de transporte de pasajeros urbanos y/o interurbanos, de corta, media y larga distancia, siempre que su traslado se efectúe para cumplir los objetivos de esta ley descriptos en el art. 1. Se gozará de este beneficio contra la simple presentación del respectivo certificado de trasplante creado en el artículo 3ro en la forma y condiciones que establezca la reglamentación. Se contemplará la necesidad de un acompañante.

Artículo 12º: La Autoridad de Aplicación, con el asesoramiento del INCUCAI, gestionará ante los organismos pertinentes la creación de un Programa que garantice a las personas trasplantadas el acceso a una vivienda que revista las condiciones de habitabilidad adecuada. Para ello, gozarán de preferencia en los diferentes planes de vivienda

lanzados por la Nación y de la misma con las provincias en la adjudicación de las respectivas viviendas.- Será condición necesaria la acreditación de tal condición con la presentación -junto con las demás exigidas- del respectivo certificado de trasplante.

ARTICULO 13º: El presente capítulo será de aplicación a las personas establecidas en el art. 15 de la ley 24.193, que se encuentren en situación de insolvencia económica para afrontar las consecuencias del acto de donación.

CAPITULO II

Trabajo y Seguridad Social

ARTICULO 14º: Ser trasplantado o donante vivo comprendido en el art. 15 de la ley 24.193 no será causal de impedimento para el ingreso o continuidad de una relación laboral, tanto en el ámbito público, como en el privado. El desconocimiento de este derecho será considerado acto discriminatorio en los términos de la Ley N° 23.592.

ARTICULO 15º: El empleador de personas trasplantadas tendrá derecho al cómputo, a opción del contribuyente, de una deducción especial en el Impuesto a las Ganancias, Impuesto al Valor agregado o Ganancia Mínima Presunta, equivalente al SETENTA POR CIENTO (70%) de las retribuciones que abonen a personas trasplantadas en cada período fiscal.

A los efectos de la deducción a que se refiere el párrafo anterior, también se considerarán las personas que realicen trabajos a domicilio.

La opción a que se refiere el presente artículo se ejercerá por cada ejercicio fiscal.

ARTICULO 16º: La Autoridad de Aplicación, con el asesoramiento del INCUCAI, tendrá la responsabilidad de promover conjuntamente con el Ministerio de Trabajo de la Nación, lo establecido en el artículo anterior a los efectos de incentivar el empleo de personas trasplantadas. Asimismo La Autoridad de Aplicación, a través del INCUCAI, tendrá la responsabilidad de promover conjuntamente con el Ministerio de Trabajo de la Nación, la creación de Talleres Protegidos de Producción y de emprendimientos que las personas trasplantadas puedan llevar a cabo a fin de reinsertarse laboralmente y mejorar su calidad de vida.

ARTICULO 17º: La Autoridad de Aplicación, con el asesoramiento del INCUCAI y conjuntamente con el Ministerio de Trabajo de la Nación, deberá realizar el registro y la supervisión de las actividades mencionadas en el artículo anterior, para garantizar su desarrollo dentro de las normas legales vigentes.

ARTICULO 18º: La Autoridad de Aplicación, con el asesoramiento del INCUCAI y conjuntamente con el ANSES otorgará una pensión, de carácter vitalicio, por un monto mensual equivalente a dos pensiones mínimas, a las personas trasplantadas que, por tal

condición, estén fuera del mercado laboral, en situación de desempleo y no cuenten con ninguna otra pensión, jubilación, retiro y/o beneficio de reparticiones públicas nacionales, provinciales y/o de orden municipal. Asimismo garantizará, a las personas trasplantadas que no cuenten con cobertura médica alguna, su afiliación al PAMI, siendo obligatorio la misma, el empadronamiento de las personas que acrediten dichos extremos.

ARTICULO 19º: El presente capítulo será de aplicación a las personas establecidas en el artículo 15º de la ley 24.193.

CAPITULO III

Educación

ARTICULO 20º: El Ministerio de Educación de la Nación tendrá a su cargo el control de los educandos trasplantados en todos los grados educacionales oficiales o privados en lo pertinente a la vinculación de la escolaridad con la integración plena al sistema educativo normal.

ARTICULO 21º: El Ministerio de Educación de la Nación establecerá un régimen de ingreso por medio de Becas a los establecimientos educacionales de nivel Terciario y Universitario a efectos de permitir la incorporación de las personas trasplantadas.

ARTICULO 22º: El Ministerio de Educación de la Nación incorporará como materia de estudio dentro del programa curricular, la temática relativa a la donación de órganos y los trasplantes a fin de asegurar una correcta información.

ARTICULO 23º: A efectos de cumplimentar lo establecido en el artículo anterior el INCUCAI, suministrará al Ministerio de Educación de la Nación toda la información y colaboración que el mencionado organismo estime necesario.

ARTICULO 24º: Autorízase al Poder Ejecutivo a realizar las adecuaciones presupuestarias necesarias dentro del Presupuesto Nacional para el cumplimiento de la presente Ley.

ARTICULO 25º: El presente capítulo será de aplicación a las personas establecidas en el artículo 15º de la ley 24.193.

CAPITULO IV

ARTICULO 26: Las provincias deberán establecer los organismos que tendrán a su cargo en el ámbito provincial, las actividades previstas en los artículos 8º, 9º y 21º que anteceden.

ARTICULO 27º: La presente Ley deberá ser reglamentada dentro de los 90 días desde su publicación oficial.

ARTICULO 28º: Comuníquese al Poder Ejecutivo. –

Sonia Escudero.-Graciela A. di Perna. - Hilda B. González de Duhalde.-

FUNDAMENTOS

Señor presidente

El proyecto que someto a consideración de mis pares tiene como objetivo dar protección legal a las personas trasplantadas, ya que del análisis de la legislación vigente en nuestro país, surge que, excepto la Ley de trasplante 24.193, no existe norma que contemple los derechos de los ciudadanos trasplantados.

El reemplazo de un órgano enfermo por uno sano de otro individuo constituye sin lugar a dudas uno de los acontecimientos mas revolucionarios en el campo de la medicina del siglo XX.

Nuestro país se ha colocado a la altura de los acontecimientos mundiales si nos referimos al acto quirúrgico como tal, siendo cada día más frecuentes los trasplantes (1.200 trasplantes anuales).

Si bien el éxito de los trasplantes les ha dado a las personas una nueva posibilidad de vida, la sociedad argentina se encuentra en deuda con respecto a la legislación que las contenga y determine cual es su condición jurídica para poder insertarse o reinsertarse a la sociedad.

La persona que ha recibido un trasplante se encuentra ante un gran problemática ya que en primer lugar existe una resolución del Servicio Nacional de Rehabilitación (Disposición 577/2003), dependiente del Ministerio de Salud, de evidente inconstitucionalidad, que establece que un valor químico determina si una persona trasplantada es o no discapacitada. Los ciudadanos trasplantados, entonces, si en forma circunstancial se encuentran por encima o debajo de dicho valor químico en una millonésima, son amparados o no por la Ley 22.431.

La paradoja que se da, en base a la situación planteada precedentemente, es que si una persona rechaza el órgano injertado, ingresa al artículo 2° de la Ley de Discapacidad 22.431. Ahora bien, si en el lapso en el que se inicia el trámite administrativo, se lo comienza a tratar con medicación y se revierte el rechazo del órgano injertado, automáticamente se produce su exclusión del artículo mencionado.

Es decir que en un lapso muy reducido de tiempo una persona trasplantada pasa de ser no discapacitada a discapacitada y nuevamente a discapacitada. Cabe agregar, para un mejor entendimiento de la paradoja planteada, que el ciudadano trasplantado nunca es dado de alta, ya que vive inmunosuprimido (baja de las defensas del cuerpo debido a la medicación de sostén que tiende a evitar el rechazo del órgano injertado).

Los ciudadanos trasplantados son un grupo de riesgo en cuanto al cuidado de su salud. En efecto, basta recordar la última epidemia de gripe porcina para entender el alcance que la medicación inmunosupresora produce en la relación ciudadano trasplantado - sociedad. Las complicaciones que las personas inmunosuprimidas pueden tener en virtud de la gripe A pueden consistir en descompensaciones de la enfermedad de base o desarrollo de una neumonía vírica, con problemas respiratorios.

Para mayor entendimiento cabe informar que a los remedios inmunosupresores (cubiertos por el Estado), deben sumarse los remedios colaterales producto de cada situación particular. Esta situación pone de manifiesto que la relación con la sociedad se ve alterada en forma desventajosa para el ciudadano trasplantado. El 100% que se logra con el certificado de discapacidad no es aplicable a los ciudadanos trasplantados en los remedios colaterales, ya que como se mencionó precedentemente, el paciente trasplantado no posee el certificado de discapacidad en la mayoría de los casos. Cabe entonces decir que los ciudadanos trasplantados no están en la ley de discapacitados, porque se aduce que no lo son. Los ciudadanos trasplantados son "normales" pero no reciben nunca el alta médico. Al no recibir el alta médico, se complica su posibilidad laboral.

El mercado laboral, mercado limitado de por sí, está vedado a los ciudadanos trasplantados. En efecto, al ser trasplantado, la persona que está trabajando es amparada entre 3 y 12 meses, según su antigüedad y cargas de familia (Art. 208 Ley Contrato de Trabajo) a los efectos de cobrar su sueldo. Una vez vencido este plazo, por 12 meses, se le guarda el puesto de trabajo sin goce de sueldo, a la espera del alta médica.

Trascurrido los plazos mencionados el contrato se resuelve sin indemnización alguna (Art. 211 LCT). En este punto es dable aclarar que el art. 211 de la ley 20.744 deviene de por sí en inconstitucional, ya que al no poder obtener la persona trasplantada el alta

médica en momento alguno, nunca puede desactivar la resolución del contrato de trabajo, el que deviene fatalmente inevitable.

Por la falta de alta médica y al tener un trasplante no puede acceder a un puesto laboral por carecer de posibilidades de superar un examen pre-ocupacional. Todo ello repercute en la situación familiar y su consiguiente consecuencia psicológica, que incluso puede llegar a afectar el injerto, con eventual pérdida del mismo.

Cabe en este punto resaltar lo que dice la Organización Internacional del Trabajo: “la forma más habitual de discriminación a las personas con discapacidad es negar oportunidades, tanto en el mercado de trabajo como en la educación y la formación profesional”.

Por otro lado la carencia laboral, que trae como consecuencia la falta de recursos, se traduce no solo en la dificultad para cumplir con la alimentación apropiada para mantener el injerto en óptimas condiciones, sino también en la imposibilidad de viajar a ver a sus médicos trasplantólogos y así cuidar su injerto, ya que muchas veces los centros de trasplante en donde la persona trasplantada realiza sus controles médicos se encuentran a grandes distancias. (v.g.: una persona de Ushuaia debe viajar a Capital Federal).

Es importante destacar que la salud es un derecho fundamental tutelado por el orden público supranacional y es definida (OMS) como el estado de bienestar físico-psíquico y social tanto del individuo como de la colectividad. De allí que este derecho humanitario reviste el carácter de complejo, ya que posee un componente individual y otro colectivo o social. En consecuencia, siendo la salud un bien social solamente puede preservarse mediante el esfuerzo colectivo que debiera exteriorizarse en un adecuado sistema de servicios de salud.

A partir de la reforma constitucional del año 1994, la protección del derecho a la salud será el proveniente de los tratados internacionales de derechos humanos de acuerdo al artículo 75 inc. 22 de nuestra Carta Fundamental.

La Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad incorporado al derecho interno de nuestro país a través de la ley 26.378 de 2008, establece en su artículo 1° que las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. Se considera así a la discapacidad como el resultado de la interacción entre un ambiente inaccesible y una persona, más que un atributo inherente a un individuo.

La Convención de referencia marca un importante cambio en como las sociedades consideran a las personas con discapacidad. La misma convierte a las personas con discapacidad en “tenedores de derechos” y en “sujetos de derechos”, con la participación total en la formulación e implementación de planes y políticas que les afecten.

Es así que el Convenio mencionado va más allá de las cuestiones sobre el acceso al entorno físico, a problemas más amplios sobre igualdad y a la eliminación de barreras legales y sociales hasta la participación, las oportunidades sociales, la salud, la educación, el empleo y el desarrollo personal.

Al ratificar nuestro país el referido Convenio, ha asumido el compromiso internacional de tratar a las personas con discapacidad no sólo como miembros de una minoría, sino como sujetos de derecho y a adaptar su legislación a las normas internacionales que estén estipuladas en el tratado.

Con la evolución del concepto de discapacidad, que va más allá del enfoque médico y avanza con un enfoque social, las personas trasplantadas quedarían enmarcadas en el

concepto ya que se considera a la discapacidad como problema social creado y básicamente como cuestión de la integración completa de individuos en la sociedad. Si bien, como ya mencioné precedentemente, las personas trasplantadas no se encuentran enmarcadas en nuestra Ley de Discapacidad, sus capacidades no son plenas por múltiples factores y en su relación con la sociedad se encuentran en desventaja con el normal de la gente. Por ello la necesidad de legislar en el sentido que se propone a través de la presente y para adaptar nuestra legislación a las normas internacionales a las cuales nos hemos obligado.

Vale decir que la deficiencia no causa la discapacidad, aquello que la persona pueda hacer, va a depender tanto o más de las barreras que la sociedad construya o legitime. La discapacidad no es una condición a curar, completar o reparar, es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto (individual o colectivo).

Este enfoque refleja asimismo la perspectiva social que sostiene la Organización Mundial de la Salud, que considera la discapacidad como una experiencia universal humana y no como una preocupación de una minoría: todo ser humano puede sufrir la pérdida de salud y experimentar alguna discapacidad.

Actualmente se encuentran registrados en el INCUCAI 18.100 personas trasplantadas (12.600 de órganos y 5.600 de tejidos).

Asimismo según fuentes del referido instituto, el 55% de las personas que han recibido un trasplante y se encuentran en edad de trabajar, no poseen empleo.

A modo de conclusión, cabe decir que luego del trasplante, el ciudadano beneficiado carece de cobertura legal, si bien tiene beneficios médicos, su inserción social es casi nula.

El ciudadano - trasplantado se convierte simplemente en un paciente trasplantado dependiente de la cobertura del Estado.

En lo dicho radica la necesidad de convertir en ley una norma que identifique y que se adapte a las necesidades de los ciudadanos -trasplantados. Esa ley es de discriminación positiva, con la finalidad de insertar a los beneficiarios de la solidaridad ciudadana dentro de la sociedad toda.

Lo dicho encuentra su fundamento en el artículo 75 inc. 23 de nuestra Carta Fundamental, que establece que corresponde al Congreso: "(...) Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad".

En virtud de lo expuesto es que solicito a mis pares me acompañen en el presente proyecto.

Sonia Escudero.-Graciela A. di Perna. - Hilda B. González de Duhalde.-

9- Si tuviste un rechazo, hasta el próximo trasplante:

- ¿Cuánto tiempo esperaste?
- ¿En qué año volvieron a transplantarte?

10- Después del trasplante, ¿cómo realizás el tratamiento en tu opinión?

- Muy bien.
- Bien.
- Regular.
- Mal.

11- Explicar causas.

12- ¿Tomás alguna medicación?

- SI ¿Cuál?
- NO
- Motivos

13- ¿Con qué constancia la toma?

- Siempre.
- A veces.
- Nunca.

14-¿Por qué?

15- Esta enfermedad o tratamiento, ¿cambió tu cuerpo o esquema corporal?

- SI
- Más o menos.
- NO.

16- ¿Cómo afectó este cambio corporal emocionalmente? ¿Y socialmente?

III- Datos familiares.

17- ¿Cómo está compuesta tu familia? ¿Cuál es el vínculo, edad, ocupación, y si viven en la misma casa que vos?

Vínculo	Edad	Ocupación	Vive en la misma casa

18- ¿Cambió algo en tu familia a causa de tu enfermedad y post-trasplante?

- Problemas económicos.
- Problemas de relación.
- Problemas de mudanza.
- Otros. ¿Cuáles?

19- ¿Quién te acompañó durante el proceso de espera y al momento del trasplante?

- Padres.
- Hermanos.
- Pareja.
- Nadie.
- Otros

20- ¿Alguien te acompaña mientras hacés deporte?

- SI ¿Quién?
- NO ¿Por qué no?

IV- Relaciones familiares y sociales.

21- ¿Con quién hablás más? (Numerar por orden de prioridad)

- Médicos.
- Enfermeros.
- Técnicos
- Padres
- Amigos
- Hermanos
- Pareja
- Otros

22- ¿Cómo es la relación con tu familia?

- Excelente.
- Muy buena.
- Buena.
- Regular
- Mala

23- ¿Por qué?

24- ¿Tenés amigos?

- SI
- NO ¿Por qué?

25- ¿Cuál es tu relación con ellos?

26- ¿Cómo te sentís con ellos?

27- ¿Participás en este momento de algún grupo?

- SI ¿Cuál?
- NO ¿Por qué no?

28- ¿Cuán satisfecho estás con el tipo de relaciones que tenés en general?

- Excelente- Muy satisfecho.
- Muy bueno- Satisfecho.
- Bueno- Más o menos satisfecho.
- Regular- Poco satisfecho.
- Mala- No satisfecho.
- Otros.

29- Si pensás antes del transplante, ¿cuán satisfecho te sentías con las relaciones que tenías?

- Excelente- Muy satisfecho.
- Muy bueno- Satisfecho.
- Bueno- Más o menos satisfecho.
- Regular- Poco satisfecho.
- Mala- No satisfecho.
- Otros.

30- ¿Qué cambió, con quién en especial? ¿Por qué crees que cambió?

V- Situación laboral y económica.

31- ¿Trabajás en este momento?

- SI Full-time Par-time Trabajos ocasionales
- NO

32- ¿En qué consiste el trabajo?

33- ¿Quién mantiene la familia económicamente?

34- ¿Tenés mutual?

- SI ¿Cuál?
- NO

VI- Estado anímico.

35- ¿Cómo te has sentido anímicamente en las últimas semanas?

- Excelente
- Muy bien
- Bien
- Regular
- Mal
- Muy mal.

36- ¿Qué hacés en tu tiempo libre?

- Ver TV
- Leer
- Practicar deporte
- Estar con amigos y/o familiares
- Otros

37- ¿Qué te gusta hacer?

38- ¿Con qué frecuencia lo hacés?

39- ¿Quién o qué te ayudó en los momentos más difíciles desde el momento que te diagnosticaron la necesidad de un transplante hasta ese momento?

40- ¿En qué pensás o qué imaginás cuando estás alegre?

41-¿En qué pensás o qué imaginás cuando estás triste?

42- Completa el siguiente cuadro según cómo te has sentido últimamente y en qué medida fue.

A- Extremadamente B- Mucho C- Mas o menos D- Poco E- Nada

Se ha sentido	Antes del transplante	Después del transplante
Ansioso, preocupado		
Dependiente de otros		
Optimista y alegre		
Activo		
Poco motivado, desinteresado		
No comprendido		
Callado		
Con excelente estado del ánimo		
Con pocas ganas de dormir		
Cansado		
Con altibajos		
Conversador		
Solitario		
Triste y depresivo		
Autónomo		
Duerme mucho		
Acompañado		

VII- Proyecto de vida.

43- ¿Cómo ves tu futuro?

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo
- Muy malo

44- ¿Cuáles son tus metas a corto y largo plazo?

45- ¿Cuáles son tus sueños?

46- ¿Qué esperas de la vida?

47- ¿Crees que lo vas a lograr?

VIII- Actividad deportiva.

48- Antes del transplante, ¿realizabas algún tipo de deporte?

SI ¿Cuál?

 ¿Con qué frecuencia?

NO ¿Por qué no?

49- ¿Cambió la situación de transplante el ejercicio que realizabas?

- Mucho.
- Poco.
- Nada.

51- Explica el por qué.

52- ¿Qué deporte o ejercicio realizas ahora?

- ¿Con qué frecuencia semanal?
- ¿Cuántas horas?

53- ¿Quién te motivó a hacer deporte?

- Iniciativa propia.
- Padres.
- Médicos.
- Hermanos.
- Amigos.
- Pareja.
- Otras personas transplantadas.
- Otros.

54- El deporte lo realizas como:

- Hobbie.
- Actividad competitiva.
- Razones de salud.

55- ¿Sentís que la actividad deportiva mejoró tu calidad de vida?

- Mucho.
- Poco.
- Nada.

56- ¿Cuán satisfactorio te resulta hacer deporte?

- Excelente.
- Muy bueno.
- Bueno.
- Regular
- Malo
- Otras

57- ¿Tu familia te apoyó en esto?

SI ¿Cómo?

NO ¿Por qué no?

58- ¿Notás algún cambio en tu vida después de hacer deporte?

- SI ¿Cuáles?
- NO

¡Muchas Gracias por su participación!

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

Nombre:
 Edad: Sexo:..... Fecha de nacimiento:
 Fecha de hoy: Nivel educativo:

Le pedimos que lea con atención las frases siguientes. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que piensa y siente al leerlas. Las alternativas de respuesta son: 1- *Totalmente en desacuerdo*. 2- *Demasiado en desacuerdo*. 3- *Algo en desacuerdo*. 4- *Algo de acuerdo*. 5- *Mayormente de acuerdo*. 6- *Totalmente de acuerdo*. No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta en *uno* de los seis números.

	Totalmente en desacuerdo	Demasiado en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.	1	2	3	4	5	6
2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.	1	2	3	4	5	6
4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.	1	2	3	4	5	6
5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	1	2	3	4	5	6
6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.	1	2	3	4	5	6
7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.	1	2	3	4	5	6
8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	1	2	3	4	5	6
9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.	1	2	3	4	5	6

	Totalmente en desacuerdo	Demasiado en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.	1	2	3	4	5	6
11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.	1	2	3	4	5	6
12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.	1	2	3	4	5	6
13. Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.	1	2	3	4	5	6
14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.	1	2	3	4	5	6
15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.	1	2	3	4	5	6
16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.	1	2	3	4	5	6
17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.	1	2	3	4	5	6
18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.	1	2	3	4	5	6
19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.	1	2	3	4	5	6
20. Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.	1	2	3	4	5	6
21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.	1	2	3	4	5	6
22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	1	2	3	4	5	6
23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.	1	2	3	4	5	6
24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.	1	2	3	4	5	6
25. En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	1	2	3	4	5	6

	Totalmente en desacuerdo	Demasiado en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Mayormente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	1	2	3	4	5	6
27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.	1	2	3	4	5	6
28. Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.	1	2	3	4	5	6
29. No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	1	2	3	4	5	6
30. Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	1	2	3	4	5	6
31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.	1	2	3	4	5	6
32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.	1	2	3	4	5	6
33. A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.	1	2	3	4	5	6
34. No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.	1	2	3	4	5	6
35. Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.	1	2	3	4	5	6
36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.	1	2	3	4	5	6
38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.	1	2	3	4	5	6
39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.	1	2	3	4	5	6