

3

IMAGEN CORPORAL Y RESILIENCIA EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

CITA ESTE CAPÍTULO

López Peláez, J. (2020). Imagen corporal y resiliencia en pacientes con trasplante hepático. En Obando Cabezas, L. & Ordoñez, E. (Eds. científicos). *Reflexiones y experiencias en la psicología en contextos de asistencia médica. Un análisis desde la psicología social de la salud* (pp. 78-111). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

CAPÍTULO III

IMAGEN CORPORAL Y RESILIENCIA EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO¹

Jéssica López Peláez

Universidad Santiago de Cali

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6529-9160>

Introducción

El trasplante de órganos es una alternativa terapéutica para muchos pacientes que padecen enfermedades que afectan gravemente el funcionamiento de un órgano vital, esta intervención les ofrece no solo una mejor calidad de vida, sino un incremento en la expectativa de vida. En este sentido, la medicina ha realizado importantes avances en la investigación de nuevas técnicas para mejorar la supervivencia de los pacientes trasplantados, así como en el desarrollo de fármacos que disminuyan el rechazo del órgano, sin embargo, desde la psicología ha sido un tema poco explorado.

Cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad crónica, irreversible y terminal se genera en su vida una serie de profundos cambios con implicaciones en todas las esferas no solo a nivel personal, sino familiar, laboral y social. Sumado a dicho diagnóstico, se agrega la espera, en aquellos pacientes que deben someterse a un trasplante hasta que aparezca un donante, lo cual representa una carga emocional adicional que se puede dar entre la incertidumbre y el procedimiento (Leite Araujo Borges et al., 2012).

¹ Agradecemos la colaboración de Jesica Daniela Paronik en la elaboración del capítulo

A diferencia de otras intervenciones, el trasplante involucra la participación de tres protagonistas: el donante, el receptor y el órgano/tejido, por lo tanto, este procedimiento genera diversas representaciones y significados en el paciente; por lo que se involucran todas las dimensiones del ser humano, la biológica, la psicológica y la social. Pero cabe aclarar, que el "éxito del trasplante" se aborda principalmente, desde el enfoque médico tradicional, es decir, todo depende exclusivamente de la asimilación adecuada del órgano, dejando de lado los aspectos emocionales, psicológicos, sociales, laborales y familiares del paciente (Fuica y Palacios Espinosa, 2016; Pérez San Gregorio et al, 2013)

Un trasplante implica integrar un nuevo órgano en la imagen que el receptor tiene de sí mismo. El cuerpo solo puede ser percibido a través de su representación mental cuando se producen cambios en el mismo, tales como las cirugías, dichas transformaciones deben ser traducidas en cambios en lo que refiere a la imagen corporal (Freltas Azevedo y Mendoza Lopes, 2010). En esta línea, Raich (2000) define la imagen corporal como la manera en que el sujeto percibe, siente, piensa y actúa en relación a su cuerpo, la cual es saludable si es flexible respecto a que las representaciones del cuerpo, pudiendo cambiar debido a las sensaciones internas, eventos psíquicos y externos como, por ejemplo, una intervención quirúrgica.

El trasplante hepático ha tenido notables avances en los últimos años, tanto en la técnica como en el manejo de los pacientes, lo que lo ha llevado a ser actualmente aceptado como un tratamiento definitivo para la mayoría las enfermedades hepáticas terminales. Sin embargo, pese a dichos avances se considera una situación altamente estresante tanto para el paciente como para la familia (Vetencourt Rivas y Carretta, 2007).

Según datos presentados por el Registro Mundial de Trasplantes, en el año 2014 se realizaron en el mundo 118.127 trasplantes de órganos sólidos, de los cuales 25.050 fueron de hígado. Asimismo, las cifras del Registro Latinoamericano de Trasplantes, los países que son líderes en la región son: Cuba, con una tasa de 13,9 donantes por millón de habitantes seguido de Argentina y Brasil, con 13,6, y Uruguay, con 13,2 (Niño Murcia, 2015).

En Argentina, el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante- INCUCAI (2015) indica en su registro de procuración de órganos que cada año se realizan más de 100.000 trasplantes a nivel mundial y se estima que 250.000 pacientes se encuentran en espera de un trasplante. Asimismo, frente a la situación global dicha entidad refiere que España es el país con mayor número de donantes, contando con 35 donantes por cada millón de habitantes, en Argentina se estima unos 15 donantes por cada millón de habitantes, alcanzando en el año 2012 una tasa de 15,7 que lo posiciona como pionero en la región en materia de donación de órganos.

Pese a este panorama, se evidencia que los escasos estudios en Latinoamérica se centran en analizar la sintomatología psicológica que presentan los pacientes trasplantados. Comparándolos con la población normal, la mayoría de ellos no toman en cuenta la influencia que en dichos síntomas pueden ejercer variables como los episodios de rechazo, el tipo de órgano trasplantado, el apoyo de la familia y del equipo de trasplantes (Pérez San Gregorio, Rodríguez y Galán Rodríguez, 2005).

Desde la psicología, las investigaciones son mínimas y se centran en analizar los efectos patológicos que se pueden producir en las personas que viven este hecho adverso, dejando de lado el impacto que tiene para el individuo en su imagen corporal y en las potencialidades del individuo para sobreponerse a la adversidad y mejorar la percepción de ellos mismos; por lo tanto, el objetivo de esta investigación es identificar la relación entre la imagen corporal y resiliencia en pacientes con trasplante hepático.

Antecedentes y evolución del estudio de la imagen corporal.

Los estudios sobre la percepción del cuerpo, lo que actualmente se conoce como imagen corporal, tuvieron sus orígenes recién en el siglo XX. Fueron los neurólogos interesados en comprender fenómenos tales como el miembro fantasma y la anosognosia, quienes comenzaron a investigar qué ocurría cuando una persona tenía una percepción distorsionada de su cuerpo. El interés estaba puesto en la comprensión de casos clínicos, Henry Head y Paul Schilder fueron los pioneros en el tema en los años 20 (Russo Leite Ribeiro, Consolação Gomes, Cunha Fernández, Tavares y Silva Caetano, 2012). Henry Head, desde la neurología, introdujo el término *esquema corporal* para aludir a que cada individuo construye una imagen de sí mismo, que constituye un modelo con el que se comparan los movimientos del cuerpo (Baile Ayensa, 2003).

Posteriormente, en la década de los 60's, las definiciones en torno a este concepto adquirieron una perspectiva psicológica debido a las investigaciones de la alteración de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria, particularmente en la anorexia nerviosa (Baile Ayensa, 2003).

Por otra parte, Schilder, realizó múltiples contribuciones en este campo, planteando diversas definiciones que fueron evolucionando con el tiempo, algunas de ellas continúan estando vigentes. En el año 1935 propuso un análisis multidimensional sobre imagen corporal, es decir, abordando aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales inherentes a toda experiencia corporal percibida por los individuos, definiéndola como: "la figura de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente, es decir, la forma en la cual nuestro cuerpo se nos representa a nosotros mismos" (Baile Ayensa, 2003). Posteriormente, hizo una definición en la que integra los aportes de la neurología y de las ciencias sociales tomando de esta última otros conceptos como la autoestima y el autoconcepto. Mediante estas contribuciones define esquema corporal como "la capacidad de las personas de representarse su cuerpo en las coordenadas del espacio, de una manera tridimensional" (González, 2001).

Por último, a principios de la década de los años 90, González (2001) formuló una definición de este constructo desde la psicología, centrándose en actitudes y sentimientos que cada individuo tiene sobre su propio cuerpo. Así definió la imagen corporal como "la experiencia individual y subjetiva que tienen las personas sobre su cuerpo". Postuló que los individuos se encargan de organizar las sensaciones corporales, siendo estas la primera forma de patrones para interpretar el mundo que le rodea. La percepción del cuerpo es la primera experiencia vivida por el niño y es fundamental para la construcción de la imagen corporal (Russo Leite Ribeiro et al, 2012).

Otro de los investigadores pioneros desde el campo de la psicología es Seymour Fisher (1990). Este autor, se dedicó durante más de treinta años a realizar estudios sobre la imagen corporal desde perspectiva psicodinámica. Toma como base el concepto de conciencia corporal, es decir, la forma en la cual los individuos perciben su cuerpo como un aspecto esencial para la construcción de la imagen corporal. Sus investigaciones giraron en torno a comprender la evolución de la percepción de la imagen corporal (Russo Leite Ribeiro et al, 2012).

Fisher (1990) propone en sus estudios que el funcionamiento de la imagen corporal se puede dividir en cuatro momentos: a) Organización de las fronteras b) Significados asignados a las partes del cuerpo c) Conciencia del cuerpo general y d) Distorsiones en la percepción del cuerpo. Asimismo, propone que durante el desarrollo hay tres momentos críticos en la evolución de la imagen corporal (Russo Leite Ribeiro et al, 2012):

1. El niño en los últimos meses del segundo año de edad comienza a identificar su espacio corporal como la única referencia de sí mismo.
2. Entre los cuatro y cinco años, se produce un avance notable en el desarrollo de la conciencia corporal, una expansión de conocimientos sobre el cuerpo y la capacidad para producir representaciones corporales similares a los de la realidad.

3. Finalmente, a los 9 años aparece la capacidad de desarrollar descripciones de cuerpo real, la percepción de sí mismo parece ser la primera forma de experiencia corporal. A través de la percepción el niño puede comunicarse con el mundo y se tiene una percepción de sí mismo de manera diferente (Russo Leite Ribeiro et al, 2012).

El interés en la investigación del cuerpo desde la perspectiva psicológica ha aumentado en los años recientes, sin embargo, las definiciones que se encuentran al respecto son escasas, dándole mayor importancia a la investigación de la imagen corporal en relación a diferentes contextos, particularmente a los trastornos alimenticios (Kowner, 2002).

Marco Conceptual.

Principales Definiciones de Imagen Corporal.

Las primeras definiciones sobre este concepto se basan en que la imagen corporal del ser humano es tridimensional, es decir, está compuesta por una integración de factores biológicos, psicológicos y sociales (Allport, 1968 en González, 2001) que les permiten a los individuos representar su cuerpo en las coordenadas de espacio y tiempo.

Las definiciones sobre la imagen corporal han variado en función de la perspectiva desde donde se ha estudiado, por lo que dicho concepto ha sido denominado como: esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, yo corporal, límites del cuerpo y concepto corporal.

Raich (2000) expone dos de las principales definiciones sobre este concepto, desde el punto de vista neurológico es "una representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona" (p.45). Asimismo, define a la alteración de imagen corporal como "el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical por ejemplo el miembro fantasma que es el fenómeno psicológico que aparece en las personas a las que se les ha amputado una parte de

su cuerpo por diferentes motivos y que afirman que sienten dolor o molestias en esa parte del cuerpo” (p.47)

Desde los enfoques de la psicología, el psicoanálisis, define este concepto como el límite corporal percibido por cada sujeto. Este enfoque postula que el cuerpo es el único objeto que se percibe y al mismo tiempo forma parte del sujeto, cuya percepción es intensa y diferente implicándose en sus sentimientos todo su yo (González, 2001).

Por otro lado, desde la Teoría de la Gestalt la imagen corporal se define como la representación que se forma mentalmente el individuo de su cuerpo. Este término está relacionado con el de autoconcepto, en el cual hay un parámetro de comparación relacionado con el modelo social (González, 2001).

Asimismo, desde la perspectiva cognitiva, Rosen (1992) define la imagen corporal como la manera en que una persona percibe, imagina, siente y actúa en relación a su propio cuerpo. Esta definición aborda tres aspectos fundamentales: perceptivos, subjetivos–que se vincula con la satisfacción e insatisfacción, y conductuales, que se dividen de la siguiente manera:

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

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

c) Conductuales: son los comportamientos que provocan la percepción del cuerpo acordes a los sentimientos asociados. En la actualidad se encuentran conductas relacionadas con hábitos no saludables tales como: La evitación de situaciones en las que expone

el cuerpo, rituales de aprobación del cuerpo como pesarse muchas veces, mirar continuamente su cuerpo en el espejo, compararse con otras personas, entre otras y hacer ejercicio excesivo. (Thompson, 1990).

La percepción de la imagen corporal es construida y modificada por medio de la experiencia con el mundo exterior, dado que el comportamiento es el reflejo de una cultura que favorece establecer como prioridades una "buena" apariencia, casi "perfecta", y superficialmente sana. La apreciación de la imagen corporal involucra aspectos tales como el atractivo físico, la feminidad/masculinidad y confianza en sí mismo (Freltas Azevedo y Mendoza López, 2010).

Según Raich (2000) la imagen corporal incluye la percepción que tienen los individuos del cuerpo y de cada una de sus partes, así como también los movimientos y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, valoraciones y comportamientos derivados de las cogniciones-emociones que experimenta cada sujeto. Asimismo, señala que la imagen corporal no es estática, si no que puede modificarse a lo largo de la vida.

La imagen corporal es la representación mental del cuerpo y como esta es experimentada psicológicamente, es decir, las actitudes y sentimientos que generan (Schilder, 1980 en Martins Saur, Pasian y Loureiro, 2010). Se representa la apariencia física, el tamaño y la forma del cuerpo, la cual no es necesariamente igual al aspecto físico real (Azevedo Marques, Legal y Aparecida Höfelmann, 2012).

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

En las últimas décadas, se ha incrementado el interés en la investigación del cuerpo dentro del área de la psicología salud, es así como el concepto de imagen corporal ha salido de la posición que lo reducía exclusivamente a los trastornos alimenticios (Kowner,

2002); generándose nuevos campos de estudio que incluyen las enfermedades no transmisibles, las cuales tienen un impacto en la imagen corporal como por ejemplo cáncer, diabetes, insuficiencia cardíaca o renal entre otros, los cuales pueden cronificarse llevando al individuo a la necesidad de realizar un trasplante de órganos.

Trasplante y Variables Psicológicas.

El trasplante en sí como procedimiento tiene unas altas implicaciones psicológicas dentro del ámbito social- afectivo, interpersonal y familiar del individuo, tanto en la fase pre-trasplante como post-trasplante (Morana, 2009).

Las personas que se encuentran en la espera de un trasplante presentan elevados niveles de estrés y de ansiedad, lo cual genera síntomas emocionales tales como: alteraciones en el estado de ánimo, frustración y miedo. Adicionalmente, pueden presentar síntomas físicos como: pérdida de peso, encefalopatía, deterioro físico, diabetes, gastritis, alteraciones en los ciclos de sueño. Algunos de estos pacientes consideran que durante el post trasplante estos aspectos desaparecen y vuelven a la normalidad de sus actividades (Burgos Camacho y Ballesteros de Valderrama, 2007) sin embargo, algunos estudios demuestran que, por el contrario, se presentan múltiples dificultades para regresar a la cotidianidad (Pérez, Martín, Gallego y Santamaría, 2000).

En la fase postoperatoria, puede haber manifestaciones de trastornos de adaptación, alteraciones psicopatológicas y falta de adherencia al tratamiento (Morana, 2009).

Se ha evidenciado que algunos pacientes trasplantados tienen dificultades para integrar psicológicamente el órgano del donante, puesto que lo perciben como un cuerpo extraño, lo cual se ha denominado por diversos autores como el 'Síndrome de Frankenstein' (Dubovsky, Metzner y Warner, 1979, citado por Pérez San Gregorio et al., 2005).

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

Alteraciones del estado de ánimo: lo más frecuente es la depresión, causada por la aparición de complicaciones médicas, por el temor al rechazo o a una evolución desfavorable del trasplante.

Trastornos de ansiedad.

Disfunciones sexuales: los trasplantados suelen presentar alteraciones del deseo, la excitación y el orgasmo, un alto porcentaje de estos pacientes consideran que no pueden realizar ningún tipo de esfuerzo, por ello se pueden generar temores frente a la muerte durante las relaciones sexuales.

Alteraciones neurológicas.

Problemas de identificación con el donante y sus familiares

Alteraciones de la imagen corporal

Respecto a la imagen corporal y a las variables psicológicas en pacientes trasplantados autores como Pérez San Gregorio y Rodríguez (2002) indican que hay una correlación positiva entre imagen corporal y depresión. Los pacientes con baja imagen corporal experimentan con más frecuencia: tristeza, desánimo respecto al futuro, sentimientos de fracaso, miedo a ser castigado, insatisfacción, culpa, descontento consigo mismo, autocrítica, pérdida de interés por los demás, dificultad para tomar decisiones, preocupación por el aspecto físico, trastornos del sueño y cansancio.

En una investigación similar, estos autores analizaron los problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos, encontrando insatisfacción corporal que algunos pacientes presentan debido a la dificultad de integrar psicológicamente el órgano del donante al propio cuerpo (Pérez San Gregorio, Rodríguez y Galán Rodríguez, 2005). En esta línea, se ha encontrado que los pacientes trasplantados con peor puntuación en la percepción de su imagen corporal puntuaban más alto en las variables "ansiedad estado", depresión, pensamientos depresivos y ansiosos, además sus expectativas hacia la enfermedad eran más negativas (Pérez y Martín, 2002).

Por otra parte, la calidad de vida de pacientes con trasplante hepático también ha sido investigada, por autores como Burgos Camacho y Ballesteros de Valderrama (2007) estos realizaron un estudio con el objetivo de describir y evaluar la calidad de vida de pacientes con trasplante hepático en los últimos 15 años en Colombia. Para tal propósito contaron con la participación voluntaria de 25 trasplantados. Los resultados evidencian que el trasplante de hígado mejora notablemente la calidad de vida de los pacientes en la etapa final de la enfermedad hepática, tanto en el aspecto psicológico como en el físico. También se encontró que la calidad de vida se correlaciona con la independencia y con un incremento de la habilidad para el trabajo y, por consiguiente, con el reintegro a este.

Resiliencia.

El término resiliencia viene del latín *resilio* que significa “volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar” (Becoña, 2006). Si bien, el término es acuñado desde la física como la capacidad que tienen algunos metales de recobrar la forma original luego de ser sometidos a presiones deformadoras (Cuestas, Estamatti y Melillo, 2000), posteriormente, este concepto se acuñó en el campo de la salud mental.

A principios de la década de los años 80 el abordaje en psicología se focalizaba exclusivamente en los efectos patológicos de la vivencia traumática, es decir, en una cultura de la victimización en la cual se asumía una visión pesimista de los seres humanos considerando que: a) El trauma siempre conlleva grave daño b) que el daño siempre refleja la presencia de trauma (Gillham y Seligman, 1999 en Poseck, 2005). Posteriormente, fue Martin Seligman quien, durante los años 90 postuló la necesidad de un cambio de perspectiva en la psicología, donde se considerara que las personas tuvieran la capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y crecimiento personal ante experiencias traumáticas, surgiendo así lo que se conoce como la Psicología Positiva. Este nuevo enfoque de la psicología modifica la postura tradicional centrada -exclusivamente- en la enfermedad, poniendo énfasis en los aspectos positivos del ser humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Por lo tanto, el estudio de la psicología dentro de esta rama comienza a centrarse en la comprensión de los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano, es decir, la habilidad natural de los individuos para afrontar, resistir, aprender y crecer en las situaciones adversas, lo que se ha denominado como resiliencia, esto se ha definido como la capacidad de las personas que enfrentan una situación traumática de mantener un equilibrio sin que esta afecte su rendimiento y su vida cotidiana (Poseck, 2005).

Este fenómeno inicialmente se consideraba como aislado o propio de personas excepcionales, sin embargo, se demostró que la resiliencia es un rasgo común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas que han conseguido seguir desarrollándose, incluso en un nivel superior (Masten, 2001 en Poseck, 2005).

En la actualidad, este término es utilizado y definido en las ciencias humanas como la capacidad de sobreponerse, desarrollarse exitosamente y salir fortalecido de eventos adversos (Garmezy, 1991).

Este concepto en el área de la salud se ha consolidado en las últimas décadas, facilitando el cambio en el enfoque que se centra en la enfermedad a otro en donde se le da importancia de promover el potencial humano buscando comprender cómo las personas son capaces de superar y sobreponerse a las adversidades (Infante, 2001). El énfasis, por lo tanto, se da en las diferencias individuales en relación a cómo las personas reaccionan cuando se enfrentan a situaciones estresantes, las habilidades y actitudes que promueven el proceso de adaptación y transformación exitosa a pesar de las situaciones (Fiorentino, 2008).

Evolución del concepto.

Scoville (1942) fue el primero en utilizar el concepto de resiliencia al describir como los niños que eran expuestos a la guerra fueron capaces de resistir y no desarrollaron ningún tipo de enfermedad. Observó que el factor que tenía mayor incidencia en la vulnerabilidad de estos niños, más que la guerra, era el desarraigo de la familia. Posteriormente, a medida que múltiples investigadores fueron

realizando estudios (Garmezy y Masten, 1985 en Becoña, 2006; Rutter, 1993; Werner, 1989 citado en Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997) en diferentes contextos se encontraron resultados similares a los de Scoville, por lo que este término adquirió un mayor uso.

Las investigaciones en torno a este concepto iniciaron en el campo de la psicopatología, Werner (1989 en Kotliarenco et al., 1997) realizó un estudio con una muestra de 49 jóvenes cuyos padres tenían problemas de alcoholismo, además de conflictos familiares tempranos y vivían en condición de pobreza. Los resultados indicaron que, a los 18 años, el 41% de estos jóvenes había tenido problemas de aprendizaje, sin embargo, el grupo restante se había desarrollado con normalidad. Dicho grupo difería del primero en una serie de características: eran afectivos y receptivos, desarrollaron mayor nivel intelectual, alta autoestima y autocontrol, tenían familias más pequeñas y dentro de ellas había menor incidencia de conflictos. Se atribuyó las diferencias entre los grupos a las características de los jóvenes y el entorno creado por sus cuidadores. Para nombrar esta cualidad de desarrollarse de forma adecuada a pesar de estar expuestos a situaciones de riesgo, inicialmente se empleó el término "invulnerables".

Posteriormente, Rutter (1993) incorpora el término resiliencia al campo de la psiquiatría infanto juvenil, propuso que este concepto se caracteriza principalmente por un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que facilitan al individuo tener una vida sana en un medio adverso. Señala que toda persona que se expone a la adversidad tiene la capacidad de sobreponerse y salir fortalecido de ella, siendo una habilidad dinámica, es decir, la persona puede tener capacidad de resiliencia, según el hecho al que se enfrente. Explica que es inadecuado utilizar el término invulnerable ya que implica:

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

- d) Que es una característica inmutable, estable en el sujeto

Las primeras diferencias en la conceptualización de la resiliencia se dieron en torno a si era un rasgo de personalidad o un proceso dinámico.

Las investigaciones han evolucionado a lo largo del tiempo, desde los primeros estudios que se realizaron en niños que vivían situaciones adversas (crianza deficiente, pobreza, falta de vivienda, eventos traumáticos, desastres naturales, violencia, guerra y enfermedad física). Hasta estudios (Herrman, Stewart, Díaz Granados, Berger DPhil, Jackson y Yuen, 2011) que se centraron en las contribuciones de los sistemas familiares y la comunidad como componentes que facilitan la capacidad de resiliencia.

La resiliencia está conformada por diferentes aspectos que ocurren de forma simultánea. En primer lugar, se produce un acontecimiento adverso ya sea interno o externo manifestado a través de la enfermedad, la pobreza o la catástrofe natural. La persona que lo está viviendo es vulnerable, pero a la vez desarrolla estrategias adecuadas para afrontar la situación. Es decir, el individuo sufre el dolor por la adversidad y construye positivamente a partir de ella (Kotliarenco, 2004).

Por lo tanto, este concepto presenta dos características inseparables: la resistencia a un trauma y la evolución posterior satisfactoria y socialmente aceptable (Poseck, 2005).

Cabe destacar, que este concepto ha sido desarrollado principalmente por autores de Francia y Estados Unidos, por lo que se encuentran algunas diferencias en el abordaje del mismo. Los autores franceses entienden la resiliencia como la capacidad, no sólo de salir adelante de una experiencia adversa, sino de aprender de ella y mejorar. Mientras que los autores norteamericanos la definen como el proceso de afrontamiento que ayuda a la persona enfrentada a un suceso adverso a mantenerse intacta (Poseck, 2005).

El concepto de resiliencia ha evolucionado siendo objeto de interés de diversas disciplinas como la psicología, psiquiatría, sociología

y recientemente la biología, buscando determinar cómo algunas personas resisten la adversidad sin presentar resultados negativos en la salud física y mental. En la actualidad, la resiliencia se define como la capacidad de las personas de adaptarse de forma positiva o la capacidad para mantener o recuperar la salud mental, a pesar de experimentar situaciones altamente estresantes (Fiorentino, 2008).

Componentes de la resiliencia:

Herrman et al., (2011) plantea un modelo interactivo de la resiliencia, donde los factores individuales, familiares y comunitarios son considerados determinantes para que se aumente, o reduzca, la capacidad de recuperación de las personas, proceso denominado homeóstasis. Señala que la resiliencia se da en un contexto y tiempo específico; que los diversos factores y sistemas contribuyen como un proceso interactivo, dinámico que aumenta la resistencia a la adversidad. Cada uno de estos factores a su vez está conformado por múltiples elementos que fortalecen la resiliencia en el individuo:

Individuales.

- a) La inteligencia entre media y alta es considerada un factor de protección.
- b) El autocontrol, empatía con las emociones de los otros, tener metas en la vida, tener creencia de que las personas pueden cambiar su medio ambiente y el resultado de los acontecimientos, (locus de control interno). Desde el autocontrol se puede aprender de las experiencias positivas y negativas, ayuda a las personas a ser más resilientes y a tener mayor capacidad de introspección y tolerancia a la frustración.
- c) Ser flexible, es decir, tener la capacidad de adaptarse a las circunstancias de la vida, ser cooperativo, amable y tolerante.
- d) Tener sentido del humor, capacidad para reírse sobre las situaciones de la vida y de uno mismo.
- e) Alta autoestima.
- f) Habilidades comunicativas.

- g) Ser creativo, independiente, responsable.
- h) Tener la capacidad de relacionarse estableciendo lazos afectivos.

Familiares

- a) Apego y apoyo: tener una relación cercana basada en la cohesión y la comunicación, esto genera en el individuo mayor seguridad y estabilidad emocional, la cercanía con un adulto podría ser un factor protector.
- b) Disciplina y monitorización: límites definidos, pero no rígidos, con algún control sobre los hijos sin dejar que pierdan la autonomía.
- c) Calidez y apoyo apropiado.
- d) Preocupación por el bienestar, presencia de apoyo incondicional.
- e) Fomento de creencias religiosas/ espirituales.

Comunitarios:

- a) Adecuada integración en las redes sociales, tener pares y amigos
- b) Vecindario: cohesión en la comunidad, supervisión de los jóvenes por adultos
- c) Participación de grupos u organizaciones en pro de la sociedad.

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

Por otro lado, Kumpfer y Hopkins (1993; en Becoña, 2006) indican que son siete los factores que componen la resiliencia en jóvenes, estos son: optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, determinación y perseverancia.

Estos factores estarían asociados con habilidades de afrontamiento específicas que se adquieren a través de la interacción con el ambiente desde niños. Estas habilidades serían de tipo emocional, de manejo, interpersonales, intrapersonales, sociales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación, así como habilidades para la vida y para la solución de problemas.

Posteriormente, Vanistendael (1995; en Fiorentino, 2008) señala que la resiliencia tiene dos componentes:

- a) La resistencia frente a los eventos estresantes, es decir, la capacidad de las personas de proteger su propia integridad frente a eventos adversos.
- b) La capacidad de forjar un comportamiento positivo a pesar de las situaciones estresantes. Además, el autor menciona cinco factores que facilitan el desarrollo de la resiliencia.
- c) Redes sociales informales.
- d) Tener un proyecto de vida.
- d) Autoestima positiva: la persona se valora a sí misma, confía en sus capacidades y muestra iniciativa para emprender acciones o relaciones con otras personas, porque se siente valioso y merecedor de atención.
- e) Presencia de aptitudes y destrezas: Desarrollar competencias y confiar en ellas
- f) Sentido del humor: desarrollar habilidades de juego, risa y de disfrutar de sus experiencias (Vanistendael 1997 en Kalawski y Haz, 2003).

Investigaciones en salud.

Contreras y Esguerra (2006) señalan como diversos estudios desde la psicología positiva (Taylor, Kennedy, Reed, Bower & Gruenewald, 2000) coinciden en afirmar que las personas con patologías complejas, crónicas o terminales que tienen una percepción

optimista de la enfermedad tienen una vida más prolongada y una percepción positiva de su calidad de vida que aquellos que asumen su condición de manera pesimista.

Por lo tanto, las personas pesimistas presentan un deterioro mayor en su bienestar y en su estado de salud, mientras que en los optimistas se asocia con resistencia a la enfermedad y resultados más favorables en la evaluación de su salud (Peterson, Maier & Seligman, 1993).

A pesar de que se han realizado diversas investigaciones (Quiceno y Vinaccia, 2011; 2012; Acosta López de Llergo y Sánchez Araiza, 2009) en el campo de salud particularmente con enfermedades crónicas como el cáncer, la insuficiencia renal, VIH, aún no se conoce con exactitud qué implica la dinámica entre los factores de riesgo y el desarrollo de la resiliencia que permite a los sujetos superar las adversidades. En el área de trasplantes hay investigaciones relacionadas con calidad de vida, desarrollo y validación de instrumentos, algunas relacionadas con los donantes, pero falta profundizar en otros aspectos que son los amortiguadores ante la adversidad.

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

Metodología.

La presente investigación es correlacional- transversal. Se realizó un estudio de tipo descriptivo-exploratorio. La muestra fue elegida siguiendo un muestreo no probabilístico de la cual participaron 31 pacientes con trasplante hepático que acuden al Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Los pacientes debieron cumplir los siguientes criterios de inclusión:

Haber sido trasplantados de hígado como mínimo hace 12 meses, presentar estabilidad de la situación clínica y ausencia de comorbilidad con enfermedades graves, tener de entre 20 a 50 años de edad, aceptar el consentimiento informado.

Asimismo, fueron criterios de exclusión: tener diagnóstico de trastornos psiquiátricos (trastornos del estado del ánimo, entre otros); trastornos de la conducta alimentaria, o con antecedentes, estar en embarazo o periodo de lactancia haberse realizado cirugías estéticas.

Los instrumentos que se utilizaron para el presente estudio son: Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) (versión española por Botella, Ribas y Benito, 2009). Escala de Resiliencia (Wagnild y Young, 1993; versión argentina: Rodríguez et al., 2009) y Encuesta sociodemográfica.

Esta investigación evaluada y aprobada por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación (CEPI) y por la dirección del Hospital Italiano, quienes facilitaron la obtención de la muestra de los pacientes. Los instrumentos se administraron a pacientes con trasplante hepático dentro del Hospital Italiano. Se entregó a cada participante el consentimiento informado mediante la explicación previa del objetivo de la investigación, así como los protocolos que se le aplicarían.

Resultados.

A continuación, se presentan los principales resultados obtenidos:

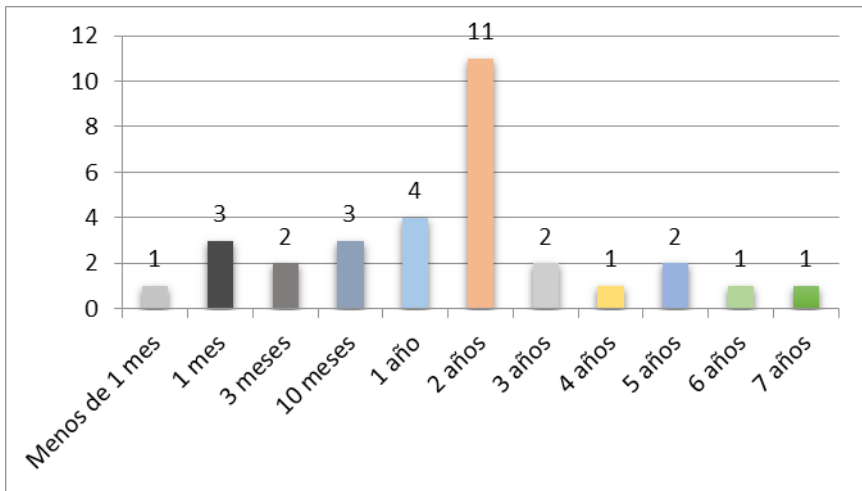
Tabla 9. Características de la muestra de pacientes con trasplante de hígado.

Género		Femenino 58%	Masculino 48%
Variable	N	M	DT
Edad (años)	31	56,03	10,06

Tiempo en lista de espera (meses)	31	23,68	21,33
Tiempo transcurrido tras trasplante (años)	31	8.68	5,16

Fuente: elaboración propia (2017).

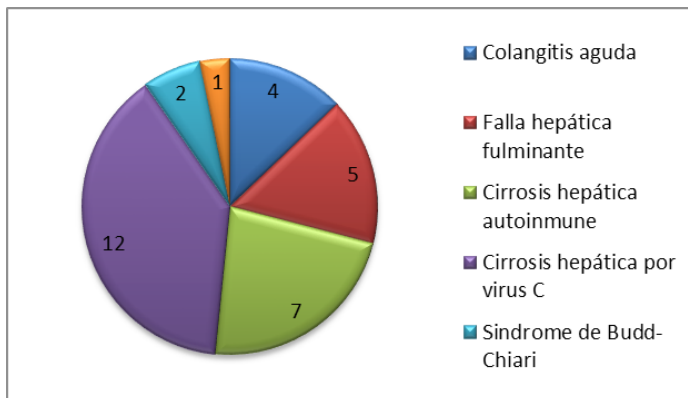
Gráfico 1. Tiempo en la lista de espera.



Fuente: elaboración propia (2017).

Se observa que el tiempo de espera en promedio para la mayoría de los pacientes independiente del género es de 2 años para conseguir un donante.

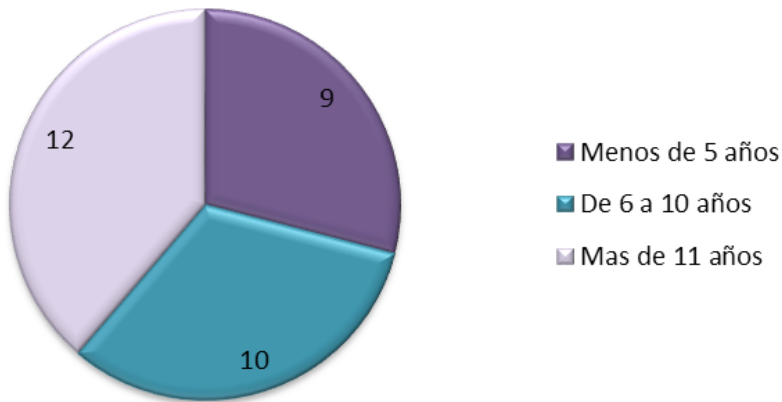
Gráfico 2. Motivo del trasplante.



Fuente: elaboración propia (2017).

Se observa que la principal causa de trasplante es la cirrosis hepática a causa del virus de hepatitis C (39%); seguido de la cirrosis hepática autoinmune (23%); falla hepática fulminante (16%); colangitis aguda (13%) y cirrosis hepática a causa del consumo de alcohol (3%).

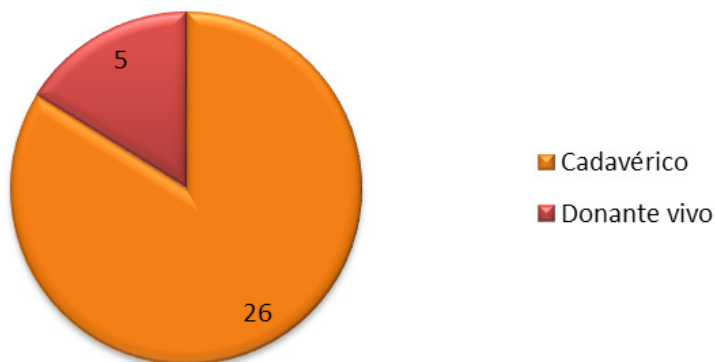
Gráfico 3. Tiempo transcurrido del trasplante.



Fuente: elaboración propia (2017).

Los participantes del estudio presentaban más de 11 años del trasplante un 39%; seguido de 6 a 10 años un 32% y menos de 5 años (29%).

Gráfico 4. Tipo de injerto.

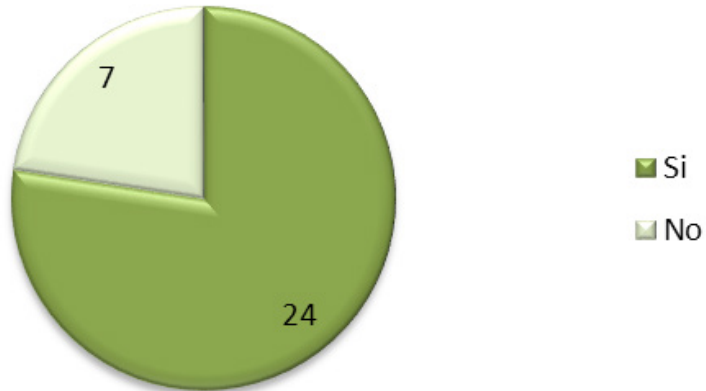


Fuente: elaboración propia (2017).

Se observa que el principal tipo de injerto es cadavérico con un

84% y donante vivo un 16%.

Gráfico 5. Reingresos por complicaciones postrasplante.



Fuente: elaboración propia (2017).

Se encontró que un 77% de los pacientes tuvieron reingresos donde un 44% fue debido a problemas asociados a la medicación, 33% debido a un rechazo del injerto trasplantado. Y solo el 23% de los pacientes no tuvo reingresos.

Puntajes de Imagen Corporal.

Los pacientes con trasplante hepático muestran una moderada importancia subjetiva por la corporeidad, conductas moderadas orientadas a mantener la forma física, moderado cuidado del aspecto físico y un atractivo físico autoevaluado positivo.

Tabla 10. Resúmenes estadísticos de los niveles de imagen corporal.

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

Fuente: elaboración propia (2017).

Tabla 11. Resúmenes estadísticos de los niveles de Cuidado del Aspecto Físico.

VARIABLE	N	Md	Min.	Max.
Cuidado del Aspecto Físico	31	11,00	7	17

Fuente: elaboración propia (2017).

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

Puntajes de Resiliencia.

Los pacientes con trasplante hepático obtuvieron niveles moderados de resiliencia, que se detalla en cada una de las subescalas como: baja capacidad de autoeficacia, moderada capacidad de propósito y sentido de vida y moderada evitación cognitiva.

Tabla 12. Resúmenes estadísticos de los niveles de Resiliencia.

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

Fuente: elaboración propia (2017).

Cruce de variables.

Análisis de normalidad.

Se realizó el análisis de la normalidad utilizando la prueba de Shapiro- Wilk para las 4 dimensiones que conforman la Escala de Imagen Corporal: importancia subjetiva de la corporeidad, conductas orientadas a mantener la figura física, atractivo físico autoevaluado y cuidado del aspecto físico; y para las 3 dimensiones que conforman la Escala de Resiliencia: Capacidad de autoeficacia, Capacidad de propósito y sentido de vida y Evitación cognitiva (ver tabla V).

Tabla 13. Prueba de Normalidad.

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

Fuente: elaboración propia (2017).

Todas las dimensiones de las dos variables analizadas se distribuyeron de forma normal a excepción de cuidado del aspecto físico de la variable imagen Corporal.

Análisis de la correlación entre las variables.

Las variables Conductas Orientadas a Mantener la Forma Física (COMFF) presentó una relación estadísticamente significativa con las variables capacidad de autoeficacia (CA) ($r = -0,37$; $p = 0,05$) y capacidad de propósito y sentido de vida (CPSV) ($r = -0,41$; $p = 0,05$).

En los dos casos las correlaciones negativas indicaron que a mayores Conductas Orientadas a mantener la forma física menores niveles de capacidad de autoeficacia, capacidad de propósito y sentido de vida.

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

Tabla 14. Correlación Imagen Corporal – Resiliencia.

	R	p
Correlación de COMFF – CA	-0,37	0,05
Correlación de COMFF – CPSV	-0,41	0,05
Correlación de ISC – EC	-0,44	0,05

Fuente: elaboración propia (2017).

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

Imagen Corporal y características sociodemográficas.

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

En relación a la variable conductas orientadas a mantener la forma física la correlación fue positiva, lo cual indica que a medida que

aumentan los años que pasaron desde que se realizó el trasplante aumenta también las conductas por mantener una forma física.

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

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

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

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

Tabla 15. Correlación Imagen Corporal - características sociodemográficas.

	R	P
Correlación años tras trasplante – COMFF	0,44	0,05
Correlación años tras trasplante – ISC	-0,69	0,001
Correlación años tras trasplante - CAF	0,65	0,001
Correlación tiempo en lista de espera – CAF	0,37	0,05
Correlación tiempo de hospitalización – CAF	-0,47	0,001

Fuente: elaboración propia (2017).

Resiliencia y características sociodemográficas.

Se realizó un análisis de la relación entre las características sociodemográficas y las dimensiones de la variable resiliencia. Se encontró que el tiempo en la lista de espera correlacionó con evitación cognitiva (EC) ($r = -0,41$; $p = 0,05$) y con el puntaje de resiliencia total (R) ($r = 0,37$; $p = 0,05$).

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

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

Tabla 16. Correlación Resiliencia - características sociodemográficas.

	R	P
Correlación tiempo en lista de espera – EC	-0,41	0,05
Correlación tiempo en lista de espera – R	0,37	0,05

Fuente: elaboración propia (2017).

Discusión.

Los pacientes sometidos a trasplante de hígado sufren un alto impacto en diferentes esferas física, psicológica, emocional y cognitiva, pero particularmente, se puede evidenciar cómo la imagen corporal y la resiliencia son dos factores psicológicos que pueden afectar la evolución del individuo desde el pre hasta el pos trasplante, tal como lo evidenciaron los hallazgos del presente estudio.

Cabe destacar, que debido a que la mayoría de los 26 trasplantes que fueron realizados con donante cadavérico, es más demorado el tiempo de espera, aun cuando se debe resaltar que Argentina es uno de los países pioneros en donación y trasplantes en Latinoamérica. El principal motivo de trasplante encontrado en la población evaluada fue cirrosis hepática a causa del virus de hepatitis C (39% de la muestra), esto es concordante con las investigaciones de Suárez

(2005) quien señala que la hepatitis C es la causa más frecuente de trasplante hepático, representado entre el 30% y el 50 % de las indicaciones de este proceder.

Los resultados obtenidos permitieron confirmar la hipótesis planteada de la investigación acerca de la correlación que existe entre la preocupación por la imagen corporal y la resiliencia. Los hallazgos del presente estudio señalan relaciones estadísticamente significativas con coeficientes de correlación negativos, los cuales indican que a medida que los niveles de preocupación por la imagen corporal disminuyen, concomitantemente van aumentando los de resiliencia. Por lo que se podría plantear que en la medida que el paciente afronte la situación del trasplante como un evento que le permite aprender, resignificar y tener una nueva oportunidad de vivir, asimismo podrá integrar de forma positiva el nuevo órgano a su imagen corporal.

En relación a la variable imagen corporal, se pudo observar que los pacientes con trasplante hepático obtuvieron niveles moderados en las dimensiones importancia subjetiva por la corporeidad, conductas orientadas a mantener la forma física y cuidado del aspecto físico, indicando una actitud promedio en relación a la media, se podría inferir que su preocupación por el físico está más relacionada con restablecer su salud que a mantener una buena imagen.

Por otro lado, se observó un atractivo físico evaluado positivo, es decir, que se sienten bien con su apariencia física después de al menos un año de la intervención. Estos resultados, contradicen con lo planteado por Kaba, Thompson y Burnard (2000, en Pérez San Gregorio, Rodríguez y Galán Rodríguez, 2005) quienes analizaron los problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos y encontraron en los pacientes insatisfacción corporal, lo cual asociaron a la dificultad de integrar psicológicamente el órgano del donante al propio cuerpo.

De acuerdo con la investigación de Burgos Camacho y Ballesteros de Valderrama (2007), se pudo encontrar que después del trasplante de hígado los pacientes pudieron integrar el nuevo órgano a su esquema corporal mejorando el aspecto físico autopercebido. Los resultados muestran que quienes llevaban más tiempo de haber sido trasplantados presentaron menor preocupación por la imagen

corporal, lo cual se puede atribuir a un proceso de mayor aceptación del órgano al obtener mejoría en su bienestar.

La resiliencia como factor protector ha demostrado tener un papel central en la evolución del paciente, ya que incrementa su calidad de vida y facilita la adaptación positiva de la enfermedad. Los resultados evidenciaron que los pacientes obtuvieron puntajes promedio en las dimensiones relacionadas con capacidad de propósito, sentido de vida y evitación cognitiva, lo cual indica que estos pacientes han resignificado de forma positiva la intervención quirúrgica, y se han sobrepuesto exitosamente saliendo fortalecidos del proceso de trasplante, dando un nuevo sentido a su vida tomándolo como una segunda oportunidad. En concordancia con esto y teniendo en cuenta los aportes de Luthar y Cushing (1999; en Salgado 2005) se podría decir que los participantes en este estudio se adaptaron positivamente después de la intervención, tomando como evidencia los puntajes que obtuvieron en las escalas administradas y en la opinión de sus médicos tratantes.

También se realizó el análisis del proceso de resiliencia, la relación entre adversidad y adaptación positiva, dando cuenta de una acomodación satisfactoria. Este resultado coincide con lo planteado en la investigación de Acosta López de Llergo y Sánchez Araiza (2009), donde indican que algunos factores individuales que favorecen la resiliencia son: actitud positiva frente a la enfermedad, autocuidado, deseos de vivir, ser independiente y resolución de crisis pasadas (estrategias de afrontamiento).

Por otro lado, se pudo observar bajos puntajes en capacidad de autoeficacia, esto se puede explicar dados los elevados niveles de ansiedad que experimentan tanto al estar a la espera de un órgano para ser trasplantados, ya que de encontrar un donante depende su vida, como por el riesgo de la intervención y todos los cambios asociados que se producen en su vida después del trasplante tanto a nivel personal como familiar.

En relación a las variables sociodemográficas y en concordancia con otras investigaciones (Fergusson y Lynskey, 1996 en Kotliarenco et al. 1997; Prado y Aguila 2003; Vinaccia y Quiceno, 2012), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en resiliencia e imagen corporal según características sociodemográficas. Por el

contrario, se encontraron diferencias en relación a los años que pasaron desde el trasplante, el tiempo en la lista de espera y de hospitalización.

Se encontró que los años transcurridos tras el tiempo aguardando en la lista de espera, la intervención del trasplante, y la hospitalización, correlacionaron con las dimensiones de imagen corporal, lo cual explicaría, que más que la preocupación por el cuerpo, se asocia a lo que concierne con el detrimento del estado de salud y la realización de las actividades cotidianas. Asimismo, se encontró que el tiempo de hospitalización tras el trasplante también correlacionó, aunque de forma negativa, con el cuidado del aspecto físico ($r = -0,47$; $p = 0,001$), esto evidencia que mientras más tiempo pasaron hospitalizados después del trasplante, menos cuidaban su aspecto físico. Lo cual se puede explicar por la depresión relacionada con las hospitalizaciones prolongadas, que por lo general están asociadas a complicaciones clínicas.

En relación a las dimensiones de la resiliencia, se puede decir que el tiempo en la lista de espera es un factor a la hora de asumir una actitud resiliente. Se observó mayor puntaje en resiliencia en los sujetos que pasaron más tiempo en la espera, esto se podría explicar desde lo propuesto por Melillo et al. (2000) quien plantea que ante un evento traumático se espera que el individuo reduzca sus recursos psicológicos, pero las personas resilientes, al contrario, incrementan sus estrategias logrando mantener el equilibrio sin que interfiera drásticamente en su cotidianidad. La resiliencia surgiría en estos pacientes como una estrategia adaptativa, por lo que para futuras investigaciones se podría indagar en otros aspectos como estrategias de afrontamiento, espiritualidad u otros factores que generan una adaptación positiva ante la espera de un órgano.

Lo anterior, contradice a lo encontrado en otra investigación (Vinaccia y Quiceno, 2012) en las que se halló una relación entre esta característica clínica y una baja resiliencia.

Conclusiones.

La psicología positiva brinda una nueva perspectiva de la psicología donde se considera que las personas tienen la capacidad de adaptarse, de encontrar sentido y crecimiento personal ante experiencias traumáticas. En este estudio se pudo evidenciar en los sujetos que atravesaron por un trasplante hepático, considerada una intervención altamente estresante para el individuo debido a que su vida depende de encontrar un donante, se pudo observar cómo, pese a dicha situación, estos pacientes desarrollaron altos niveles de resiliencia que les permitió transitar la espera del órgano y aceptar su nueva imagen corporal integrando positivamente el trasplante.

La imagen corporal hace parte del autoconcepto y de aquello que nos define como individuos, la cual se construye a partir de la experiencia individual y subjetiva, por lo tanto, es un factor que se debe trabajar desde la intervención psicológica en la etapa pre trasplante, brindando herramientas para que el paciente pueda incorporar de forma positiva el órgano trasplantado logrando mitigar el impacto en este aspecto.

Dado que la salud está compuesta por pilares tanto médicos como psicológicos es indefectible que estos deberían estudiarse y abordarse conjuntamente. Este es un pequeño aporte dentro del campo de la psicología de la salud, pero se espera que sea motivación para continuar investigando desde la psicología positiva sobre otros factores psicológicos y sociales que protegen al individuo en el caso de patologías crónicas y situaciones que ponen en riesgo la vida, lo cual permite generar programas y estrategias que fomenten mejoras en la salud psíquica.

Sería interesante para futuras investigaciones indagar si existen diferencias entre las características evaluadas en este estudio y pacientes que fueron trasplantados con un injerto cadavérico, y quienes fueron por donante vivo, ya que para este documento no se pudo llevar a cabo dicho estudio, dada la poca población entrevistada de pacientes que recibieron donante vivo. Adicionalmente, realizar estudios de resiliencia en los donantes vivos, que, aunque se ha incursionado en este campo ha sido de forma incipiente.

En conclusión, se debe buscar el fomento de estrategias que

promuevan la resiliencia en los pacientes que van a someterse a un trasplante, ya que favorecería la adaptación positiva, resignificaría el evento y provocaría sentimientos positivos en ellos, como lo que refiere a la imagen corporal, lo cual traería múltiples beneficios para la salud psíquica, así como la recuperación física y emocional del paciente.

Referencias Bibliográficas

- Baile Ayensa, Pérez San Gregorio, M. A., Rodríguez A. M. & Galán Rodríguez A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (1): 99-114.
- Poseck, B. (2005). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la psicología positiva, *Revista de Psicología Positiva*. Recuperado el 15 de diciembre del 2012 de: <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>.
- Poseck, B., Carbelo Baquero, B. & Vecina Giménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimientos postraumático. *Papeles del psicólogo*, 27 (1): 40-49.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22 (1): 15-27.
- Raich, R. M. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Pirámide.
- Russo Leite Ribeiro, P., Consolação Gomes Cunha Fernandes Tavares, M. & Silva Caetano, A. (2012). Contribuições de Fisher para a compreensão do desenvolvimento da percepção corporal. *Psico-USF*, 17 (3): 379-386.
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of adolescent health*, 14: 626-631.
- Salgado Lévano, A. C. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11: 41-48.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Happiness, excellence, and optimal human functioning. *American psychologist*, 55 (1):5-183

- Schilder, P. Kegan, P, Trench T. (1935). *Image and appearance of the human body*. Londres: Inglaterra
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York: Pergamon Press.
- Vaquero Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. & López Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28 (1): 27-35.
- Vetencourt Rivas, P. A. & Carretta, M. (2007). Trasplante hepático en Venezuela. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*, 61 (2): 147- 149.
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2011). Resiliencia y calidad de vida relacionado con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 20 (3): 201-211.
- Vinaccia, S. & Quiceno, J. M. (2012) Resiliencia y características sociodemográficas en pacientes crónicos. *Psicología desde el Caribe*, 29 (1): 87-104.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M. & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud de enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28 (2): 366- 377.