

Cómo citar este documento

Salgado Álvarez, Carlos; Antolín Rodríguez, Rosa; Moure Fernández, Laura; Pualto Durán, María José. Representaciones y significados del trasplante hepático en pacientes cirróticos alcohólicos del Área Sanitaria de Vigo (España). Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0581.php>

**REPRESENTACIONES Y SIGNIFICADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO
EN PACIENTES CIRRÓTICOS ALCOHÓLICOS DEL ÁREA SANITARIA DE
VIGO (ESPAÑA)**

Autores:

Carlos Salgado Álvarez¹, Rosa Antolín Rodríguez², Laura Moure Fernández³,
María José Pualto Durán²

- 1.- Unidad de Patología Digestiva, CHUVI-Xeral, Vigo, España
- 2.- Escuela Universitaria de Enfermería, CHUVI-Meixoeiro, Vigo, España
- 3.- Unidad de Formación, CHUVI, Vigo, España

*Proyecto becado por el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo
en el año 2009*

Resumen:

Conocer de qué manera, el haber sido trasplantado de hígado (en pacientes cirróticos alcohólicos) ha influido en la transformación de sus valores, creencias y actitudes cotidianas.

Además de conocer su punto de vista (emic) del proceso transplantológico (percepción de apoyo social, familiar y del entorno recibido; tipos de recursos utilizados por el trasplantado en los momentos de mayor crisis vital; cambios, sensaciones e inquietudes percibidas tras el trasplante) pretendemos conocer (y constatar) si en estos enfermos existe una gran implicación en actividades de tipo altruista, comunitarias, de apoyo, etc. tras el trasplante.

Desarrollaremos un estudio descriptivo, de corte cualitativo, donde el grueso de la información será obtenida a través de entrevistas abiertas, utilizando una guía de preguntas básicas a realizar bajo el criterio de oportunidad. El ámbito geográfico del estudio será el Área Sanitaria de Vigo. Nuestros sujetos de estudio serán los trasplantados hepáticos residentes en el Área Sanitaria de Vigo. Hemos previsto entrevistar a dieciséis trasplantados hepáticos (aunque este número bien pudiera reducirse o ampliarse hasta conseguir la saturación de los campos del habla). Seis de los entrevistados serán seleccionados a través de muestreo de expertos. Seis serán seleccionados por muestro en bola de nieve. Dos por informante estratégico. Dos por muestreo estructural (hombre o mujer de mayor y menor edad).

Se efectuarán encuestas telefónicas (con preguntas abiertas y cerradas) al 100% de los trasplantados hepáticos alcohólicos residentes en el Área Sanitaria de Vigo, con el objeto de triangular datos.

Los datos obtenidos a través de la encuesta serán analizados a través del SPSS 14.0

Para el análisis de datos cualitativos utilizaremos el diseño de análisis de Taylor y Bodgan (1994) compuesto por las siguientes etapas: Fase I (descubrimiento), Fase II (codificación) y Fase III (relativización de datos).

Antecedentes y estado actual del tema:

La realización de trasplantes hepáticos (homo-injertos) que se realizan entre individuos genéticamente diferentes de una misma especie - en este caso en el ser humano- , no está exenta de ambigüedades y conflictos de carácter ético-morales. De tal forma que Setphen Toulmin (citado en Garzón Valdés, 1994) afirma que la medicina ha salvado la vida de la ética, ya que la primera le ha planteado a la segunda gran cantidad de problemas de carácter normativo que han obligado a sus grandes pensadores al abandono del campo de lo meta-ético, para concentrarse en el desarrollo y análisis de campos más próximos como el que nos atañe: el de los trasplantes hepáticos

Afirma Cecchetto (2002: 2) *“(...) que en el desarrollo del proceso trasplantológico median o confluyen tres grandes elementos o actores primarios: el agente donante, los equipos médicos que realizan el procedimiento técnico y el receptor. Cada uno de estos tres actores primarios portan gran cantidad de peculiaridades, por no decir que dilemas ético-morales, que el autor agrupa, atendiendo a su naturaleza en “clínico-biológicos”, “logístico-administrativos” y aquellos de índole “cultural, religiosa y moral”*. Supone el citado autor (Cecchetto, 2002: 2) que según el planteamiento interaccional dado a estos tres actores, la problemática en torno al trasplante tomará direcciones y rumbos diferentes. Nos dice el autor que tanto el equipo médico como la población en general construyen sus representaciones alrededor de los trasplantes de órganos, basándose en un discurso principalmente biomédico, en su interacción con otros potenciales donantes o receptores, y en sus propias experiencias de vida.

Los problemas surgidos con el donante son subdivididos por Garzón Valdés (1994: 2) en dos grandes grupos: el de la obtención de los órganos y el de su adjudicación. Aunque Castillejo Cuellar (2006: 3) considerando la gran cantidad y diversidad de problemas que atañe a los donantes divide las consideraciones éticas, para su análisis en dos registros diferentes, aunque complementarios:

- el primero hace referencia al sistema altruista, basado según el autor en la experiencia del sistema de donaciones de sangre, parece que refuerza la *“(...) idea de unidad, solidaridad y sentido de colectividad. Con base en el trabajo de Marcel Mauss, se podría concluir que las iniciativas opuestas admitirían cualquier forma de transacción comercial en la consecución de órgano.”* De esta manera el órgano, como sustrato material, orgánico y biológico, porta un valor adicional ya que conlleva una propuesta moral, una forma de atender o interpretar las necesidades de ciertos sectores sociales. Por tanto el sistema altruista es reproducido y legitimado con un discurso *“que usa la narrativa del “regalo para la vida” como fuerza semántica principal (...) los vínculos implícitos en el modelo altruista producen, como en las sociedades que Mauss estudió, una obligación moral”*. Aunque el anonimato entre donante y receptor (condición expresa de los protocolos estandarizados de trasplantes) impiden o dificultan, de cierta manera, la obligación de la retribución de la acción del donante dificultando la circularidad del dar y recibir, binomio potenciador de la integración social.

Pero según Murray (1987: 35) citado por Castillejo Cuellar (2006: 4) la donación anónima a un extraño es en sí misma la última expresión de la solidaridad, siendo en sí misma un acto moral y caritativo que motiva nuestra responsabilidad para con los otros, y que aunque no tiene ningún compromiso más allá de la acción sí tienen suficiente “*fuerza centrípeta y unificadora*”. Considera el autor que la temática relacionada con la donación desinteresada es parte del mito cristiano del sacrificio voluntario, pero que también plantea ciertos interrogantes como el de que hasta qué punto el problema del abastecimiento de órganos no tienen alguna resonancia de tipo religiosa, que induciría a los ciudadanos a una donación desinteresada.

- el segundo registro, para Castillejo Cuellar (2006: 3-5), considerado como micro, hace referencia a como en la práctica clínica son abordados los donantes potenciales y el tipo de discursos utilizados para “convencer” a los parientes del donante con el fin de conseguir la donación. Así nos encontramos con nociones como cuerpo, cosa, propiedad y territorio, que al interactuar ofrecen distintas ideas de “valor” y “riqueza”. Afirma el autor que el cuerpo es el lugar más importante para la producción y reproducción del poder, y, que en el trasplante de órganos parece replicarse otros dominios de las relaciones de poder. Aquí es frecuente encontrar dilemas éticos profundos que pueden resumirse en la consideración del ser humano: como un cuerpo-alma todo integrado o fragmentado según la disyunción cartesiana mente-cuerpo/máquina. Aunque surgen nuevos planteamientos, tan revolucionarios como el periplo anatómico vasaliano, al considerar los cyborgs (entidades parcialmente humanas y parcialmente máquinas, cuya realidad refleja las contradicciones, transgresiones o progresos de la actual tecnología biomédica).

Uno de estos dilemas éticos al que se enfrenta el segundo actor (equipo médico), o más bien la biomedicina, es el generar la distinción entre vida y muerte, y que conduce a no pocas transgresiones de tipo cultural. Según Castillejo Cuellar (2006: 5-7) la distinción clásica o estricta entre vida y muerte ha sido transgredida por el uso de la cirugía de los trasplantes aunque se utilice como defensorio de muerte ciertos criterios neurológicos (Gómez Marinero, 2001) como la muerte cerebral. Patognomónico de esta temática es según Eslava Gómez (2001) la confirmación en agosto del año 2000, de la aceptación por parte de Juan Pablo II, de los criterios neurológicos de muerte como signos biológicos válidos de la muerte física del paciente. Aunque según este autor no deja de ser paradójico el hecho de considerar como muertos a personas a las que aún les late el corazón y les cicatrizan las heridas o que inclusive pueden llevar adelante una gestación. Derivando esta discusión en un tradicional razonamiento médico: el concepto de viabilidad (no exento, a su vez, de interpretaciones ético-morales, o más bien morales, en este caso).

Así Vásquez Roca (2008) recoge magníficamente este último caso, donde el problema se agrava ya que “*Desde las décadas del setenta y del ochenta en adelante se ha asistido a la aparición cada vez más frecuente de cuadros clínicos intermedios constituidos por un coma inicial (...) en que no se cumplen los criterios aceptados de muerte cerebral (...), pero que también tienen daño cerebral irreversible (...). Tienen permanentemente abolida la conciencia, la afectividad y la comunicación con conservación de los ciclos sueño-vigilia, y*

fuertes estímulos pueden provocar apertura ocular (...) pueden tener movimientos espontáneos que incluyen masticación, rechinar dientes y deglutir (...) emitir sonidos o gestos que sugieren ira, llanto, queja, gemidos o sonrisas (...) Pese a que para un criterio experto todas estas actitudes son consideradas como de origen subcortical es innegable que a la mirada expectante de los seres queridos estos signos pueden constituir un motivo de aliento y arraigo emocional que es imposible negar como vivencia afectiva”.

Por último decir la gran dificultad e incongruencia que supone para los profesionales sanitarios (y en especial para la enfermería) la situación en la cual una persona ha sido declarada muerta pero a la que deben aplicársele los cuidados y soportes médicos de las personas vivas. Situación a la que Castillejo Cuellar (2006: 6) referencia como “*neomort*”.

La última pieza de este puzzle (metáfora con la que bien se puede comparar el cuerpo de los trasplantados) es el receptor del órgano donado, en nuestro caso el receptor del hígado. Pero siguiendo la tónica del discurso previo nos seguimos enfrentado con dilemas éticos y morales, que pueden y condicionan el proceso de la donación-recepción. Sugiere Cecchetto (2002: 4) que la identidad personal es uno de los conceptos clave en el proceso de la donación de órganos, ya que determina y condiciona los “*principios éticos de la totalidad, de caridad o altruismo, de autonomía, de justicia y de beneficencia –no maleficencia- (...)*”. Afirma el autor que la relación entre identidad personal y trasplante de órganos es una relación que tilda de oscura, compleja y poco estudiada, ya que no está del todo esclarecido el vínculo que mantienen los individuos comprometidos con el proceso donativo con su propio “*cuerpo y cuáles son sus percepciones, creencias y emociones, las imágenes y el valor que le otorgan a la corporeidad*”. De las tres propuestas sobre el análisis entre identidad y trasplantes nos interesa la que desde una perspectiva de tipo simbólico interpreta el uso de órganos y material anatómico humano, para trasplante, como una “*variante tecnológica del sacrificio, del canibalismo o de la antropofagia*”. Surgen aquí según el autor las siguientes cuestiones: “*(...) ¿continuaré siendo yo mismo cuando incorpore a mi cuerpo un fragmento corporal que me es ajeno?, ¿ese elemento exótico podrá con propiedad ser designado como algo que me pertenece?, ¿yo mismo, si muero, continuaría siendo quien soy si me incorporara al organismo de otro? Y en todos estos supuestos, ¿cuál es el límite entre mi yo y los otros yoes, entre interioridad y exterioridad, entre identidad y alteridad?*” Cecchetto (2002: 5). Es por tanto considerada la cuestión de la identidad como el elemento o factor que más interferencias provoca en el proceso del trasplante, tanto en el apartado de la donación como en el de la recepción del órgano, ya que según este autor “*El proceso de apropiación de un órgano ajeno, en tal caso, se ve dificultado por la sencilla razón de que la ipseidad no comprende únicamente a la sustancia pensante o conciencia (si tuviera aquí algún sentido mantener el dualismo cartesiano), sino que coincide de manera completa con el propio cuerpo, que es a la vez corporeidad (materia objetiva) y corporalidad (cuerpo vivenciado o experiencial)*”.

Por tanto la técnica trasplantológica no sólo opera sobre el cuerpo del paciente (materia objetiva) sino que también sobre el cuerpo vivido, de manera,

que según este autor no es posible pensar que haya un cambio en la biología de un ser humano y que éste continúe siendo exactamente el mismo. Piensa el autor que la alteración de la sustancia corporal transformará también la forma de ser del receptor del trasplante, y como no, la forma de *“adecuarse el nuevo cuerpo al mundo”*. Por tanto nos encontramos en una situación dialéctica que debe permitir la coexistencia fluida y normal entre cuerpo orgánico y cuerpo vivido, ya que de lo contrario nos encontraríamos ante una situación de rechazo del nuevo órgano (o más bien de psicorrechazo). El conflicto puede surgir ya que esta concepción de identidad no es tenida en cuenta por la biomedicina, que está basada en las nociones de cuño filosófico cartesianas donde un nuevo órgano reemplaza al órgano dañado, al mismo tiempo que mantiene la funcionalidad y operatividad del organismo físico-biológico. Decir que este presupuesto biomédico, precisa una lógica de pensamiento idéntica en los receptores de órganos, para conseguir lograr un fin exitoso del proceso de trasplantes.

B. Estado actual del tema

Según Castillejo Cuellar (2006: 7) la investigación antropológica, en el área de los trasplantes, se ha enfocado especialmente en países industrializados, desde la perspectiva de los coordinadores de trasplantes, enfermeras (generalmente de cuidados especiales) y desde la perspectiva de los receptores. Entre éstos, en el ámbito nacional destaca el estudio de Vélez Vélez (2007) (enfermera de unidad de diálisis) donde utilizando “una metodología cualitativa narrativa” recoge las impresiones sobre el fenómeno de la donación entre familiares de pacientes y estudiantes de enfermería y psicología (trabajo de campo realizado en Madrid), a la vez que analiza el concepto de donación como un acto de corte individual y hecho social. Nos hace referencia al principio de reciprocidad del que dependen en gran medida las relaciones solidarias entre los individuos (siguiendo a Lévi-Strauss) y a la reciprocidad entendida por Kottak como un intercambio entre personas iguales. Centra el núcleo más interesante de este artículo tanto las motivaciones para donar como las representaciones que los individuos de la muestra refieren en torno a la donación de órganos. Como elemento interesante nos presenta la donación como un rito, en el cual no sólo es importante *“la consecución de donantes sino la transformación de estos o de sus familiares en grupos de presión para la donación”*. Afirmación de la cual parece sacar la conclusión de que *“la eficacia de la donación se mide no sólo por el número de donaciones sino por la transformación de los donantes y sus familiares en grupos de presión para la donación”*

Palmar Santos (2007) pretende analizar la percepción de corporeidad de los pacientes trasplantados de corazón, a través tanto del paciente como de sus familiares más cercanos. Justifica su interés investigador ya que a pesar de que “La Red de Trasplantes” mantiene dos proyectos troncales de investigación (“Estudio de calidad de vida en paciente trasplantados” y “Proyecto Troncal Epidemiológico de la Red”) que reconocen *“un cambio en la percepción de uno mismo”* que se origina a raíz de un trasplante, ninguno aborda específicamente esta dimensión de estudio. Para ello desarrolla un proyecto de investigación marcado metodológicamente por una investigación

descriptiva con abordaje cualitativo desde el paradigma fenomenológico. Los sujetos del estudio son seleccionados a través de un muestreo de conveniencia (aunque deja expresa la posibilidad de variar los criterios de selección de la muestra, así como el número de sujetos de estudios necesario para alcanzar la saturación de la muestra, durante el proceso de la investigación). Presentan un avance de resultados en el “XI Encuentro de Investigación de Enfermería” (Noviembre 2007) donde se da cuenta de los resultados de 12 entrevistas realizadas. Éstas les han permitido identificar las siguientes categorías emergentes: *“la recepción de un órgano extraño, la percepción de las características del donante, la percepción de sí mismo a través de los otros, dicotomía público/privado, relación socio-familiar, relación con la institución sanitaria, trasplante del sexo contrario.”*

En un estudio realizado por Leal de Moraes (2008), de corte cualitativa, nos encontramos las principales justificaciones sobre el rechazo familiar ante la petición de órganos y tejidos para trasplante de fallecidos: *“(…)la creencia religiosa, la espera de un milagro, la incomprensión del diagnóstico de muerte encefálica y la creencia en la reversión del cuadro, la no aceptación de la manipulación del cuerpo, el miedo de la reacción de la familia, la inadecuación de la información y la ausencia de confirmación de la muerte encefálica, la desconfianza en la asistencia y el miedo del comercio de órganos, la inadecuación en el proceso de donación, el deseo del paciente fallecido, manifestado en vida, de no ser un donador de órganos el miedo de la pérdida del ser querido”.*

En “Adolescente renal crónico: alteraciones físicas, sociales y emocionales pos-trasplante” Brandao de Carvalho Lira (2005) pretende conocer las alteraciones físicas, sociales y emocionales en la vida del adolescente renal crónico pos-trasplante, considerando la adolescencia el período entre los doce y veinte años de edad. Para ello realiza un estudio descriptivo con análisis cualitativo, realizado en el ambulatorio de trasplante renal de un hospital público, localizado en la ciudad de Fortaleza-CE (Brasil), escogido por ser referencia en el Estado. Ha seleccionado una muestra conformada por doce pacientes pos-trasplantados. Nos dice que de los discursos transcritos de los participantes, tras ser discutidos e interpretados con apoyo en la literatura revisada, extraen las siguientes temáticas:

1.- Alteraciones físicas en la vida del adolescente renal crónico pos-trasplante, en donde los sentimientos vividos por los adolescentes entrevistados de anormalidad y de no seguir patrones sociales comúnmente aceptados les hacen sentirse diferentes, la comunicación se hace difícil, llevándolos muchas veces, al aislamiento de la sociedad.

2.- Alteraciones sociales en la vida del adolescente renal crónico pos-trasplante, donde afirman que por medio del ocio, los adolescentes buscaron superar sus dificultades, incorporarse al contexto social, volviendo así a una vida más normal, al lado de sus amigos y familiares.

3.- Alteraciones emocionales en la vida del adolescente renal crónico pos-trasplante. Donde nos afirman que el punto de soporte emocional importante identificado por los adolescentes entrevistados, fue el apoyo ofrecido por la familia y por los amigos. Cuando se percibían protegidos, sus sentimientos de

seguridad y esperanza en el porvenir se reforzaban y se percibían amparados y comprendidos. Esto seguramente facilitó una mayor adaptación, ofreciéndoles, incluso, mecanismos para enfrentarse a los obstáculos de una manera más efectiva.

Otros estudios relacionados con el trasplante son de corte cuantitativo. Pretenden determinar, en su mayoría, la percepción de la población sobre el proceso de la donación. Se fijan, por tanto como objetivos, determinar variables predictoras de la donación, describir opiniones de la población sobre la donación, realizar estimaciones de potenciales donantes, etc. (Albornoz y otros: 2004). Otros estudios, del mismo corte, realizan análisis retrospectivos de la casuística de donaciones y rechazos de donaciones, en hospitales, provincias, regiones, etc. como es el caso de Cruz Abascal y otros (2007), tratando de dar a conocer el comportamiento ante la donación de órganos, utilizando datos recogidos a través de encuestas estandarizadas, generalmente de tipo dicotómico (con alguna respuesta de tipo abierta) o tras revisión de historiales médicos, cruzando estos datos, generalmente, con los de otros estudios similares y estadísticas censales.

En un interesante estudio de corte cuantitativa, Pérez San Gregorio y Martín Rodríguez (2002) entienden que el trasplante de órganos supone para el paciente la incorporación, no sólo física, sin también imaginaria y simbólica del órgano de otra persona. Creen que esto puede generar una serie de trastornos psicológicos como: alteraciones del estado del ánimo, trastornos de ansiedad, problemas de identificación con el donante y sus familiares, y, alteración de la imagen corporal. Se centran este último trastorno ya que creen que *“el nuevo órgano es un cuerpo extraño que ha de integrarse en la nueva imagen somática que el receptor tiene de sí mismo y, en este proceso de integración, en muchas ocasiones los pacientes trasplantados suelen fantasear con las características físicas y psicológicas de los donantes (por ejemplo, peso, estatura, generosidad o altruismo, etc.). Cuando estas imágenes y pensamientos sobre el nuevo órgano y sobre el donante son positivas, suelen disminuir todos los trastornos psicológicos que aparecen tras el trasplante, incluso algunos estudios demuestran que el órgano implantado tiene mayor supervivencia (...).”* Aunque afirman que hay que tener en cuenta otros trastornos psicológicos de los trasplantados, pretenden en su estudio analizar la influencia que parece ejercer la percepción de la imagen corporal en la evolución psicológica del paciente trasplantado (a tenor de los pocos estudios que existen sobre esta concreta temática). Para ello se fijan dos objetivos en su investigación:

- 1.- Analizar las diferencias psicológicas, globales y específicas, y las expectativas hacia la enfermedad, entre los trasplantados con una buena y una mala percepción de su imagen corporal.
- 2.- Analizar las relaciones existentes entre la imagen corporal de los trasplantados y las variables psicológicas, anteriormente mencionadas.

Tras el análisis estadístico de las variables cualitativas y cuantitativas nos presentan como resultados más relevantes que: *“los trasplantados con peor imagen corporal puntuaban más alto en las variables estado, depresión, pensamientos depresivos y pensamientos ansiosos y, además, que sus*

expectativas hacia la enfermedad eran más negativas. Y por otro lado, que las variables que hacían referencia a la imagen corporal (autoconcepto físico, autoestima física y auto-comportamiento físico), correlacionaban negativamente con las variables ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión, pensamientos depresivos y pensamientos ansioso”.

María Elena Flores (2006) intentó determinar cómo influye y afecta, tanto en los pacientes como en sus familias, el estar en la lista de espera o el haber sido trasplantados. Para ello entrevistaron, en profundidad, a diez pacientes en edad productiva atendidos en los hospitales públicos y privados de la ciudad de Córdoba (Sudamérica) y a sus familiares. Los resultados obtenidos son analizados por esta autora bajo los epígrafes:

- Trabajo y familia: donde constata que los pos-trasplantados se encuentran en una situación de precariedad de empleo (debido a los constantes ingresos hospitalarios y la vulnerabilidad psicofísica se alejan del modelo de prototípico de trabajador) unida al “estigma de la enfermedad”. Los esposos o esposas de los trasplantados deben dividirse entre trabajar y sostener al paciente. Todo esto redundando en un empobrecimiento de la familia.

- Vínculos: Se aprecia una alteración de la estructura y dinámica familiar. Esta autora constata que *“a medida que la enfermedad se cronifica varían sus relaciones con el medio familiar, amigos y vecinos”*. La mayoría de entrevistados afirmaron que precisaron una adecuación novedosa reorganizando la división de roles y funciones familiares. Esta autora constata que la familia del trasplantado atraviesa por diferentes etapas: *“una, en la que apoya y contiene; y otra, en la que el paciente se convierte en crónico y empiezan a cambiar los papeles en el seno familiar”*. También se ha detectado un cambio en las expectativas frente al tratamiento médico: *“pasa por períodos muy disímiles: desde confiar, creer y apoyarse en la terapia, a abandonarla aún siendo trasplantado, y muchas veces no encuentra la contención institucional adecuada”*.

Afirma la autora que los pacientes crónicos, que pasan más de uno o dos años en lista de espera, establecen vínculos con los equipos médicos y las instituciones de salud (que es el lugar en donde más tiempo pasan): *“sus relaciones se modifican drásticamente (...) empiezan a conectarse con otros pacientes (...)”*. Junto a lo anterior se detecta que los sujetos que no tenían apoyo y sostén en el ámbito familiar reforzaban los vínculos con los profesionales del grupo de trasplante, y que otros pacientes, tras ser trasplantados, participaban *“activamente en espacios ligados a su problemática”*.

- La mirada social interior: En este apartado la autora ha indagado en las representaciones sociales acerca de los trasplantes, es decir, lo que pensaban antes y después de ser trasplantados. Así nos constata que entre las ideas previas al trasplante los pensamientos se polarizaban en torno a expresiones como *“no me va a pasar a mí” “tengo treinta años, soy joven y vital, no tiene por qué ocurrirme...hasta que ocurre”*, y una vez trasplantados, parece ser que los propios pacientes empiezan a considerarse enfermos que no pueden hacer

nada, y, que según la autora *“reproducen en su discurso lo que la sociedad piensa de ellos: “no pueden”, “no saben”, “son débiles””*.

- Condiciones de vida y rol del Estado: Aquí la autora destaca el importante papel del Estado en el proceso de la donación, ya que las *“condiciones del contexto en el que vive son cruciales para que un órgano trasplantado funcione, una vez el sujeto regresa a su entorno. Esto, porque el rechazo puede tener causas inmunológicas o deberse a la situación socioeconómica y habitacional del paciente.”*

Hipótesis del trabajo:

En nuestro proyecto se barajan dos hipótesis de estudio de un cierto modo interconexiónadas:

1.- Aquellos individuos que reciben un trasplante hepático, donde el daño orgánico es producido por abuso de alcohol, experimentan una gran transformación de sus valores, creencias y actitudes sociales.

2.- La gran transformación de valores, creencias y actitudes ocurrida en los trasplantados hepáticos ex-alcohólicos se manifiesta a través de un elevado grado de participación en actividades comunitarias y asociativas, de carácter altruista.

Objetivos:

De tipo general:

Determinar si ha influido y cómo el hecho de haber sido trasplantado en su concepción sobre: hábitos de vida, proyectos de futuro, fe-religión, familia, amistad, y enmienda de errores cometidos en el pasado

De tipo específico:

1.- Conocer qué tipo recursos han sido utilizados por el trasplantado en los momentos más difíciles, o considerados como críticos –desde la perspectiva de proximidad de la muerte- durante el proceso del trasplante.

2.-Saber qué cambios, sensaciones e inquietudes han percibido o perciben tras el hecho de haber sido trasplantados.

3.- Conocer cómo han percibido el apoyo, si lo ha habido, del resto de la sociedad (entendiendo por ésta a la familia, amigos, instituciones, etc.), durante el proceso el trasplante.

4.- Conocer el grado de implicación en actividades de tipo comunitario y asociativo de los trasplantados.

5.- Evaluar la constatación o no de una mayor implicación en actividades

de tipo comunitario y asociativo de los trasplantados.

Metodología:

A. Diseño y técnicas de recolección de información

Para conseguir nuestro objetivo utilizaremos un abordaje de corte eminentemente cualitativo. Nuestro diseño de investigación será de carácter descriptivo, ya que al tratar de averiguar si tras el hecho de ser trasplantados, los hombres y mujeres experimentan una gran transformación de sus valores, creencias y actitudes sociales, no estamos más que examinando “(...) *un fenómeno para describirlo más completamente o para diferenciarlo de otro*”. (UCAM, 2008: 11). Además, pretendemos confirmar si tras este fenómeno-crisis vital – el ser trasplantado de hígado – existe un elevado grado de participación en actividades comunitarias y asociativas de estas personas.

A pesar de que existe la posibilidad de que el equipo investigador necesite utilizar ambas lenguas (castellano y gallego) durante el transcurso de la investigación (ya que es de esperar que muchos de los sujetos seleccionados sólo se expresen en lengua gallega) toda la información extraída de la misma (informes, artículos científicos, etc.) será presentada en lengua castellana. Toda aquella información que deba o se precise suministrar en lengua gallega, obligatoriamente y automáticamente debe ser traducida a la lengua castellana y facilitar su acceso a los investigadores no gallego-hablantes.

En nuestra investigación para la recogida de información utilizaremos la entrevista (como herramienta fundamental) y una encuesta (como elementos de apoyo para la triangulación de la información obtenida).

- Entrevista

Las entrevistas realizadas serán de tipo abierto, ya que el peso de la misma será soportado por el entrevistado, no obstante se utilizará una guía de preguntas o anotaciones sobre los temas, ítems, acontecimientos, etc. que se desea sondear. Estas preguntas o anotaciones están redactadas en un orden preestablecido que puede ser alterado según el criterio de oportunidad y conveniencia determinados por el entrevistador. Nuestra guía de preguntas inicial y básica será:

- 1.- ¿Cómo percibes tu actual estado de salud, tras el trasplante?
- 2.- ¿Qué recuerdos, sensaciones tienes de cómo era tu vida cuando estabas enfermo, antes de ser trasplantado?
- 3.- ¿Qué cambios ha supuesto para ti el ser trasplantado?
¿De qué manera crees que ha cambiado tu vida?
¿Cómo consideras el hecho de haber sido trasplantado? ¿Segunda oportunidad? ¿Regalo de Dios? ¿Buena fe de los demás?
- 4.- ¿Tras el trasplante han cambiado tus actitudes, creencias, valores en cuanto a:

Familia – amigos – enmendar errores- pedir perdón a alguien – realizar

aquellos planes que siempre has postergado – religión-fe.

5.- ¿Qué cambios has percibido, en los comportamientos de los demás hacia ti, tras el trasplante?

6.- ¿Cómo han variado tus proyectos de futuro con respecto a los que tenías antes de ser trasplantado?

7.- Durante tu enfermedad has experimentado situaciones con mucho riesgo de morir (intervención quirúrgica de alto riesgo, anestesia, riesgo de rechazo del órgano, etc.) que suelen generar mucho estrés. ¿Cómo o qué recursos utilizaste para aliviar este temor?

8.- ¿Qué has aprendido o cambiado en tu vida tras vivir estas situaciones “límite”?

9.- ¿Tras el trasplante, cómo ha variado la forma en que inviertes tu tiempo libre?

A pesar de que las preguntas están formuladas en primera persona y de manera directa, el entrevistador puede reservarse el uso del usted y otras fórmulas de cortesía que considere oportunas, según el carácter del entrevistado. Guiándose siempre y en todo momento, por un trato exquisito en lo tocante a la cortesía y educación, evitando caer en situaciones de forzada condescendencia.

Las entrevistas serán pactadas con la antelación suficiente para que tanto el entrevistado como el entrevistador puedan organizarse de manera que se obtengan los mejores y más óptimos resultados. Así el primer acceso o petición de entrevista podrá ser realizado por tres cauces diferentes:

1.- Por petición expresa del presidente del “ADROVI.ORG” (Asociación de Donantes y Receptores de Órganos de Vigo”). Quién nos presentará como un equipo investigador, sin ánimo de lucro, a la vez que les informará de nuestra intención u objetivo: conocer su experiencia de vida tras el trasplante de hígado. Esta información se obtendrá mediante una entrevista que durará en torno a los 60 – 90 minutos. Solicitará su altruista colaboración a la vez que les comentará la necesidad de que su conversación sea registrada mediante el uso de una grabadora, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos e información obtenidos. Se ofertará la posibilidad de realizar la entrevista en: el local de la asociación ADROVI.ORG, el domicilio del entrevistado, el local social de la Federación de Asociaciones de Vecinos de Vigo u otro local a determinar por el entrevistado. Cada vez que obtenga una confirmación positiva de colaboración, les informará que en breve el equipo de investigación se pondrá en contacto con ellos, a la vez que se pondrá en contacto con el equipo investigador para comunicar los datos (Nombre y teléfono del entrevistado). Una vez recibidos estos datos el equipo investigador contactará, en un plazo inferior a una semana, con el futuro entrevistado, donde tras presentarse averiguará la fecha, hora y lugar más accesible y conveniente para que le sea entregada información escrita (Anexo I) sobre los objetivos del estudio y dos modelos de consentimiento informado. Se les informará que el equipo investigador se pondrá en contacto con ellos una semana antes de la fecha de la realización de la entrevista (nunca en un plazo de menos de 48 horas desde la entrega de la información y el consentimiento informado) para concertar fecha, hora y lugar para la realización de la

entrevista (en esta llamada se les volverá a recordar la voluntariedad y altruismo de su participación, además de la posibilidad de abandono del estudio en cualquier momento, sin tener que aducir explicaciones o justificaciones), y el día anterior a la misma a modo de recordatorio (se hará recordar la necesidad de traer los consentimientos informados firmados). Se les facilitará un número telefónico de contacto con el equipo investigador para solucionar posibles dudas o incidencias.

2.- A través de un envío postal tipo carta certificada, en la cual nos presentamos como un equipo investigador, nuestro objetivo o intención (conocer su experiencia de vida tras el trasplante de hígado) a la vez que solicitamos su colaboración. Les informamos que hemos obtenido sus datos (nombre, dirección y fecha de trasplante) a través de la base de datos del SERGAS "IANUS", tras haber pedido autorización ético-legal, lo cual nos obliga, bajo responsabilidad penal, a la confidencialidad de los datos obtenidos por este proceso. Solicitaremos su altruista colaboración, donde la información se obtendrá mediante una entrevista que durará en torno a los 60 – 90 minutos. También les informaremos de la necesidad de que su conversación sea registrada mediante el uso de una grabadora, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos e información obtenidos. El equipo investigador se pondrá en contacto telefónico con el individuo seleccionado en el plazo inferior a una semana para conocer su adhesión o no al estudio. Tras confirmar su adhesión se averiguará la fecha, hora y lugar más accesible y conveniente para que le sea entregada información escrita (Anexo I) sobre los objetivos del estudio y dos modelos de consentimiento informado. Se les informará que el equipo investigador se pondrá en contacto con ellos una semana antes de la fecha de la realización de la entrevista (nunca en un plazo de menos de 48 horas desde la entrega de la información y el consentimiento informado) para concertar fecha, hora y lugar para la realización de la entrevista (en esta llamada se les volverá a recordar la voluntariedad y altruismo de su participación, además de la posibilidad de abandono del estudio en cualquier momento, sin tener que aducir explicaciones o justificaciones), y el día anterior a la misma a modo de recordatorio (se recordará a los investigados la necesidad de traer los consentimientos informados firmados). Se les facilitará un número telefónico de contacto con el equipo investigador para solucionar posibles dudas o incidencias.

3.- Nos reservamos la posibilidad de que unos entrevistados sean el nexo de unión para con otros trasplantados. En este caso se seguirá el mismo procedimiento de acción manejado por el presidente de ADROVI.ORG.

Todas las entrevistas serán transcritas lo antes posible y por la misma persona que las ha realizado, utilizando el programa de procesamiento de texto "Word", independientemente de su versión. Las entrevistas serán codificadas de la siguiente manera:

- Las obtenidas por el presidente de ADROVI.ORG, serán referenciadas con la letra E seguida del número de la entrevista y la palabra A. De tal forma que nos encontraremos las siguientes referencias:

E1A, E2A, E3A, E4A, E5A, E6A

- Las obtenidas a través del muestreo de nieve se codificarán como:
E1B, E2B, E3B, E4B, E5B, E6B

Las obtenidas de los informantes estratégicos como: E1E, E2E

- Las obtenidas del individuo trasplantado más joven como EJ, y el más anciano como EV.

Una vez transcritas las entrevistas se les añadirá la transcripción de las anotaciones obtenidas del cuaderno de campo. Éstas se codificarán añadiendo la letra N al final de la referencia de la entrevista a la que se asocien. De todo (grabación y transcripción) se guardará, una copia de seguridad en un dispositivo o sistema de almacenamiento externo.

- Encuesta

Es de esperar una saturación de la información o del habla en un medio plazo de tiempo. No obstante se utilizará una encuesta con el fin de solidificar la triangulación de datos, utilizando preguntas de tipo cerrado y semiabiertas. Se incluye una última pregunta a partir de la cual se pueden secuestrar las encuestas cubiertas por los entrevistados, de manera que su pueda verificar que no haya una gran discrepancia entre la información obtenida de las entrevistas y la obtenida de estas encuestas.

La encuesta será puesta en marcha una vez terminada la ronda de entrevistas abiertas, en un plazo no superior a las dos semanas. Se confeccionará un texto en el cual se recojan los siguientes datos:

- 1.- Edad
- 2.- Sexo: hombre/mujer
- 3.- Tipo de zona residencial
- 4.- Nivel de estudios alcanzado: sin estudios/primarios incompletos/ estudios primarios/graduado/bachiller/universitarios
- 5.- Estado civil: soltero/casado/viudo/separado-divorciado
- 6.-Cuál es su religión: católica practicante/católica no practicante/otras (opción abierta).
- 7.- Causa por la que ha sido trasplantado: cirrosis alcohólica/ cirrosis por Virus Hepatitis C/ otras.
- 8.- Grado de participación asociaciones de carácter altruista: a diario/con mucha frecuencia/con poca frecuencia/nunca
- 9.- Ha percibido cambios tras el trasplante: si/no
- 10.- Qué cambios ha percibido (puede marcar varias alternativas): en el cuerpo y de tipo orgánico/ en el cuerpo y de tipo espiritual/forma de percibir la religión/forma de compartir la vida con la familia/ forma de compartir la vida con los amigos/ forma de compartir la vida con los demás/otros cambios percibidos (pregunta abierta).
- 11.- Colabora con alguna asociación, por ejemplo de vecinos, ONG, sindicato, comparsas, etc.: si/no
- 12.- En caso de que la anterior respuesta haya sido afirmativa: esta colaboración o pertenencia a asociaciones surge: antes de trasplantarse/tras el

trasplante/otro (pregunta abierta).

13.- Ha sido usted entrevistado recientemente por algún miembro de este equipo investigador: si/no

Se efectuarán las encuestas, debido al bajo número que entraña la muestra (que en este caso coincide con la población: 100 individuos), a través del teléfono. Siendo enviada con anterioridad a la misma (una semana), información escrita donde se realizará una presentación como equipo investigador y donde se expondrán los objetivos de nuestro estudio a través de correo postal (Anexo II). Se estima que la duración de cada encuesta no será superior a veinte minutos. Aquellas unidades seleccionadas a las cuales sea imposible contactar vía telefónica les será enviada la encuesta por correo certificado, donde se incluirá, además de la encuesta, una carta de presentación del equipo investigador donde se explicará el motivo del estudio, solicitando su colaboración y garantizando confidencialidad en todo momento. En este texto también se facilita un número de teléfono de contacto para aclarar posibles dudas. Se acompaña el envío con un sobre y sello, donde ya estará impresa la dirección a la cual se debe remitir la encuesta ya cumplimentada. Se enviarán las encuestas por vía correo postal una vez finalizadas las encuestas telefónicas. Se esperarán, como máximo, dos semanas tras el envío de las encuestas para recibirlas e incorporar los datos a la base de datos del estudio. Todas aquellas encuestas recibidas a partir de este plazo de tiempo serán desestimadas.

Los datos así obtenidos y recogidos serán procesados mediante el paquete estadístico SPSS 14.0.

B. Población y muestra

Se estima una población de trasplantados hepáticos en el Área Sanitaria de Vigo en torno a las 300 personas. Donde unos 100 pacientes han sido trasplantados por cirrosis alcohólica, con una semejante distribución por sexo. No obstante la cifra exacta se conocerá tras solicitar el permiso de acceso a los datos de la base de datos IANUS dependiente del SERGAS (Servicio Gallego de Salud), pero no se esperan, a priori, significativas variaciones. De ahí se obtendrán además de los nombres, direcciones y teléfonos de contacto ciertos datos demográficos como: edad, sexo, año en que se realizó el trasplante, tipo de causa por la que se ha trasplantado y zona de residencia (extrapolado de la dirección postal).

Dado el relativo bajo número de unidades que conforman nuestra población de trasplantados (en torno a las 100 personas) y todas residentes en el área sanitaria de Vigo, es del todo asumible el acceso a través de la encuesta al 100% de la muestra, ora vía telefónica ora vía correo postal (a pesar del elevado número de pérdidas que se asocian con el uso de envíos postales).

Para la realización de las entrevistas se seleccionará una muestra de dieciséis personas (16% población) a las que se les realizarán entrevistas en profundidad. Estos dieciséis entrevistados se localizarán utilizando un muestro de tipo intencional donde serán seleccionados a través de:

- Muestreo de expertos (6): al menos seis entrevistados serán localizados, por el presidente de ADROVI.ORG, atendiendo a dos criterios: selección de especímenes representativos y paridad sexual.
- Muestreo de bola de nieve (6): así se localizarán al menos a seis individuos de la muestra (buscando igual proporción de sexos). El primer entrevistado será aquél, que cumpliendo los requisitos de inclusión, haya acudido de manera más reciente a una consulta en la unidad de hepatología del hospital de referencia del Área Sanitaria de Vigo.
- Muestreo con informantes estratégicos (2): serán entrevistados el presidente de ADROVI.ORG, debido a que en su trayectoria histórica personal se constata el haber sido el primer receptor de órgano hepático en esta área sanitaria y uno de los trasplantados que no lleve más de dos años trasplantado.
- Muestreo estructural (2): serán entrevistados el individuo trasplantado sea hombre o mujer (que cumpla requisitos de inclusión) con menor edad cronológica y el individuo trasplantado sea hombre o mujer con mayor edad cronológica. Éstos serán localizados a través de la base de datos electrónica "IANUS" (dependiente del Servicio Gallego de Salud) y se establecerá conexión vía telefónica con los mismos.

Se utilizarán como criterios de inclusión en la muestra:

- Ser mayor de edad (o menores de edad con autorización paterna o de su tutor), querer participar en el estudio, ser trasplantado de hígado por enfermedad cirrótica alcohólica, estar en plena posesión de facultades mentales (cualquier alteración de la personalidad diagnosticada antes o tras el trasplante), que autoricen la grabación sonora de la entrevista, que comprendan la lengua castellana o gallega y residir en el Área Sanitaria de Vigo durante la realización del estudio.

Como criterios de exclusión de la muestra:

- Ser menor de edad y no poseer autorización paterna o tutor, no querer participar en el estudio, no estar en posesión de plenas facultades mentales, haber sido trasplantado de hígado por otras enfermedades distintas a la cirrosis alcohólica, que no autoricen la grabación sonora de la entrevista, que no comprendan la lengua castellana o gallega y/o no residir durante el período del estudio en el Área Sanitaria de Vigo.

En el supuesto de que se llegue a una saturación de la información o del habla sin haber realizado la totalidad de las entrevistas, podrán ser suprimidas algunas de las entrevistas seleccionadas por el presidente de ADROVI.ORG y las seleccionadas a través del muestreo en forma de bola de nieve. No siendo recomendable la supresión de las entrevistas a informantes estratégicos y al individuo más joven y al más anciano.

C. Técnicas de análisis

Como bien afirman Hammersley y Atkinson (1994: 223) “(...) *el análisis de información no es un proceso diferente al de la investigación. Se inicia en la fase anterior al trabajo de campo, en la formulación y definición de los problemas de investigación, y se prolonga durante el proceso de redacción del texto (...) en cierta medida el análisis de la información es paralelo al diseño de la investigación*”. Por eso se va a prestar gran atención a lo percibido y contextualizado por los investigadores durante la realización de las entrevistas, y que será fielmente recogido en sus diarios de campo como complemento a las notas registradas durante la realización de la entrevista. Se permitirán períodos reflexivos a los entrevistadores, ya que como afirman los anteriores investigadores (Hammersley y Atkinson, 1994: 224) “(...) *se recogen una gran cantidad de datos pero se deja muy poco tiempo para la reflexión sobre el significado de la información y las implicaciones (...)*”. Se adquiere el compromiso de una interacción dialéctica entre todos los miembros del equipo investigador de manera que se tendrán en cuenta aquellos aportes derivados de estos períodos reflexivos.

Pero aunque el análisis de los datos se realizará de forma paralela al desarrollo del proyecto de investigación, será al final de la misma cuando el equipo de investigación se concentrará de manera exclusiva en el análisis de los mismos.

Para el análisis de los datos nos guiaremos por el diseño de análisis de Taylor y Bodgan (1994) (“Análisis de Datos Cualitativos”, UCAM, 2008: 4) compuesto por las siguientes etapas:

I.- Descubrimiento (FASE I)

Tras lectura de la totalidad de los datos obtenidos durante la investigación se localizarán los temas emergentes. A partir de éstos se elaborarán tipologías o esquemas de clasificación, que con las cuales, será más sencillo identificar y desarrollar conceptos y proposiciones teóricas.

II.- Codificación (FASE II)

Se realizará una sistematización de toda la información recogida a través de los siguientes pasos:

1.- Desarrollo de categorías de codificación (“*elementos que comprende una variable cualitativa*”) (UCAM, 2008: 6).

2.- Se clasificarán o indexarán todos los datos obtenidos en la investigación a una y sola categoría. Se concibe que conforme se indexen los datos de la investigación las categorías puedan ir variando (aumentando en número, redefiniendo su alcance o incluso desapareciendo).

3.- Se procederá al análisis de los datos obtenidos y ya clasificados.

III.- Relativización de los datos (FASE III)

Donde se interpretarán los datos recogidos teniendo siempre presente el contexto y la forma o modo en que han sido obtenidos. Para ello se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Qué datos obtenidos se han solicitado por el investigador y cuáles se ha obtenido sin ser solicitados.
- La posible influencia del investigador y otras personas sobre los datos obtenidos.
- Las fuentes de donde se han obtenido los datos.
- Los presupuestos teórico-morales del entrevistador.

Bibliografía:

Albornoz M et al. (2004). *Trasplantes y comunidad: Percepción poblacional sobre el proceso de donación. Realidad y perspectivas*. Rev. Nefrol. Diál. Y Transpl., Volumen 24, N° 2, 61-70.

Brandao de Carvalho Lira A L. (2005). *Adolescente renal crónico: alteraciones físicas, sociales y emocionales postrasplante*. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2005; 8 (4): 260/264.

Castillejo Cuéllar A. (2006). *En la coyuntura entre la Antropología y el Trasplante de Órganos Humanos: Tendencias, Conceptos y Agendas*. Antípoda (Revista de Antropología y Arqueología), noviembre.

Cecchetto S. (2002). *Identidad personal y trasplante de órganos*. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. (CONICET), República Argentina. Disponible en:

Cruz Abascal RE, et al. (2007). *Comprensión familiar y donación de órganos para trasplantes. Diez años de experiencia*. MAPFRE MEDICINA, VOL 18, N° 2 , 77-81

Eslava Gómez E. (2001). *Antropología y criterios neurológicos de muerte*. Pensamiento y Cultura, N° 4, 167-174

García García J L. (1985). *Enfermedad y cultura*. Jano, N° 643, 13-24, enero.

Garzón Valdés E. (1994). *Algunas consideraciones éticas sobre el trasplante de órganos*. Isonomía [Publicaciones periódicas]: Revista de Teoría y Filosofía del Derecho. n°1, octubre. Disponible en:

Flores M E. (2006). *Trasplantes: qué pasa después de conseguir el órgano*. Potlatch. Revista de antropología y semiótica. - ISSN 1668-7183. Archivo septiembre-octubre. Buenos Aires (Argentina).

Hugo Álvarez M. (2007). *Consentimiento presunto y respuesta requerida como alternativas a la escasez de donantes: un análisis ético*. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59, N°3, Junio; págs. 244-249.

Juan Jerez M, Rodríguez Díaz JA (1994). *El cuerpo humano y las nuevas tecnologías médicas. Hacia una redifinición del principio y el fin*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS), N°68. Estudios.

Leal de Moraes E. (2008). *El rechazo familiar al pedido de donación de órganos y tejidos para trasplante*. Rev Latino-am Enfermagem, maio-junho; 16(3). Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae.

Gómez Marinero P. (2001). *Manual de donación de órganos para profesionales sanitarios*. Alicante, Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana,s.a.

Hammersley M, Atkinson P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. 2ª Ed. Paidós. Barcelona.

Palmar Santos A M. (2007). *La idea de corporeidad analizada en pacientes trasplantados de corazón*. Nure Investigación, N° 36, Septiembre-Octubre.

Palmar Santos A M. (2007). *La parte por el todo. Un análisis sobre la corporeidad en pacientes trasplantados de corazón*. Libroponencias XI Encuentro Investigación en Enfermería. Madrid, noviembre. (Investén-ISCII). ISCII.

Pérez San Gregorio MA, Martín Rodríguez A. (2002). *Variables psicológicas relacionadas con la percepción de la imagen corporal en los pacientes trasplantados*. Rev. de Psicol. Gral. y Aplic., 55(3): 439-453.

UCAM (2008): *Métodos y técnicas de Investigación en Antropología Social*. Universidad Católica de Murcia.

Vásquez Roca A. (2008). *Bioética y Antropología Médica: Limitación del esfuerzo terapéutico. Marco general del problema clínico y jurídico*. PSIKEBA, Revista de Psicoanálisis y estudios culturales.

Vélez Vélez E. (2007). *Donación de órganos, una perspectiva antropológica*. Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, volumen 10, N°3, 179-185. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>