

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"SENTIDO DE VIDA DE PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL."

TESIS DE GRADO

ADRIANA AGUILAR MATTA

CARNET 12510-09

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2018
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"SENTIDO DE VIDA DE PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL."

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR
ADRIANA AGUILAR MATTA

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, NOVIEMBRE DE 2018
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO

VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANO: MGTR. HÉCTOR ANTONIO ESTRELLA LÓPEZ, S. J.
VICEDECANO: DR. JUAN PABLO ESCOBAR GALO
SECRETARIA: LIC. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. ANA ROCIO ESCOBAR CHEW DE GORDILLO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. LISELOTT SEPULVEDA WITTKE DE MOLLINEDO

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. GLORIA PATRICIA SAMAYOA AZMITIA

Guatemala, 07 de junio de 2017

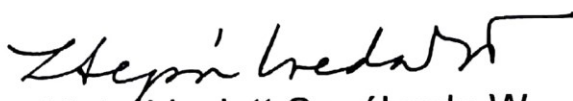
Señores
Miembros del Consejo
Facultad de Humanidades
Universidad Rafael Landívar

Estimados señores:

Atentamente les saludo y me dirijo a ustedes para presentar a su consideración el trabajo de tesis titulado "**Sentido de vida de pacientes con trasplante renal**", realizado por la alumna Adriana Aguilar Matta, carné número 1251009, para optar al título de Licenciada en Psicología Clínica.

Asesoré y revisé el presente documento, por lo que considero que cumple con los requisitos solicitados por la Facultad para su aprobación; por esta razón, de la manera más respetuosa solicito le sea asignado revisor(a) final.

Agradeciendo la atención, me despido atentamente,


Mgtr. Liselott Sepúlveda W.
Código 8004

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ADRIANA AGUILAR MATTA, Carnet 12510-09 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 051318-2017 de fecha 10 de agosto de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"SENTIDO DE VIDA DE PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL."

Previo a conferirsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 22 días del mes de noviembre del año 2018.



LIC. ANA ISABEL LUCAS CORADO DE MARTÍNEZ, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

AGRADECIMIENTO

A LA MADRE DIVINA Y AL COSMOS, DIOS, por mi existencia y la vida que tengo.

A YADIRA LEMUS, Diseñadora e ilustradora de la Guía “Cuerpo, mente y espíritu”.

A NICK SELUK, por colaborar con el uso de su tira cómica, “The Difficulty of
Depression and Deling with Anexiety”.

A EFREN MARTÍNEZ, por sus libros y Escala dimensional del sentido de vida, la cual fue utilizada como instrumento en dicha investigación y Rosario Montoto por abrirme al mundo de la logoterapia al compartir sus libros de Análisis Existencial y Logoterapia.

A MI FAMILIA: Eduardo y Margarita, mis padres; Juan Francisco (donador), Marcela, Rodrigo, Diego y Sebastián, mis hermanos y mis amigos por que a través de ellos he encontrado el apoyo, amor y ejemplo que me ayudó a formar el camino hacia mi sentido de vida.

A FERMÍN LEMUS, por alentarme en los momentos de frustración y dolor,
trasformando en los momentos de esperanza.

A LOS DOCTORES Y ENFERMERAS del Hospital San Juan de Dios y al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), porque sin ellos no estaría viva el día de hoy.

A MIS DOCENTES: Lcdo. Leslie Schel, Lcda. Liselott Sepulveda, Gloria Samayoa y Vivian Bolaños.

A LA DRA. CLAUDIA ESTRADA, por el apoyo, guía y correcciones de este documento.

A MI ENFERMEDAD, por la gran lección.

DEDICATORIA

Dedicado a todo paciente renal que está en busca de un sentido; como para todo doctor, enfermo, psicólogo y familiar que quiera ayudar, entender y trascender.

Fue pensado y creado para ti.

“He encontrado el significado de mi vida ayudando a los demás a encontrar en sus vidas significado.” – Viktor Frankl

CONTENIDO

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Ontología Dimensional	15
1.2. Definición de la dimensión psíquica y somática	16
1.3. Dimensión Espiritual	17
1.4. Neurosis Noógena	19
1.5. Pilares de la dimensión nooética	20
1.5.1. Libertad de Voluntad	20
1.5.2. Voluntad del Sentido.....	21
1.5.3. Frustración existencial	22
1.5.4. Sentido de vida.....	25
1.6. Valores Objetivos del Sentido de Vida	27
1.6.1. El Sentido Del Amor.....	28
1.6.2. El Sentido de Sufrimiento	29
1.6.3. La Muerte	30
1.6.4. La Culpa	31
1.6.5 Proceso valorativo.....	32
1.6.6. Los Valores	34

1.6.7. Jerarquía de valores.....	35
1.6.8 Orden de los Valores.....	36
1.7 Dimensión Biológica	38
1.7.1 Los riñones.....	38
Ilustración 1. El riñón.....	39
1.7.2. Insuficiencia renal	41
1.7.3. La insuficiencia renal aguda	41
1.7.4. La insuficiencia renal crónica	42
1.7.5. Detección	44
1.7.6. Gravedad de la insuficiencia renal crónica	44
1.7.7. Tratamientos.....	45
1.7.8. Trasplante de órganos y trasplante renal.....	49
1.7.9. Trasplantes renales en Guatemala.....	50
1.8. Adultez.....	56
1.8.1. Edad adulta Temprana	56
1.8.3. Desarrollo físico y social en el Adulto.....	57
1.3.2 Desarrollo psicosocial en el Adulto joven	58
1.8.4. Edad Adulta Intermedia	64
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	67
2.1. Objetivos.....	69

2.1.1. Objetivo General	69
2.1.2. Objetivos Específicos.....	70
2.2. Elemento de estudio.....	71
2.3. Definición de Elemento de estudio.....	71
2.3.1. Definición Conceptual	71
2.3.2. Definición Operacional.....	72
2.4. Alcances y Límites	72
2.5. Aporte	73
III MÉTODO	75
3.1 Sujetos.....	75
3.2 Instrumentos	79
3.3. Procedimiento	85
3.4. Diseño y Metodología Estadística	86
IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	88
4.1. Análisis descriptivo	88
4.2. Diferencia en porcentajes	90
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	99
VI. CONCLUSIONES.....	108
VII. RECOMENDACIONES	110
VIII. REFERENCIAS	112

IX. ANEXO	122
9.1 Ficha técnica del instrumento	122
9.2 Carta de permiso para las instituciones	123
9.2.2 Consentimiento informado para los pacientes	126
9.2.3 Constancia de la revisión del médico.....	129
9.2.4 Constancia de permiso de uso de la tira cómica	130
X. PROPUESTA	132
10.1 Guía “Cuerpo, mente y espíritu, El camino hacia el sentido de vida”	132

RESUMEN

El presente estudio busca conocer el sentido de vida en pacientes renales adultos después del procedimiento quirúrgico en un intervalo de 1 a 10 años luego del trasplante renal, los sujetos fueron provenientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y del Hospital General San Juan de Dios (HGSJD) de la ciudad de Guatemala. La investigación fue elaborada con un diseño no experimental de tipo transversal. La muestra estuvo compuesta por 53 pacientes trasplantados que se encontraban entre las edades de 25 a 50 años de edad. Para la población se tomó en cuenta a personas de ambos sexos, creyentes y no creyentes y tiempo de trasplante.

El sentido de vida se evaluó con el “EDSV” (Escala Dimensional del Sentido de Vida), que es un instrumento autoadministrable o de aplicación individualizada, en contextos clínicos o de investigación.

Para el análisis estadístico de los datos, se tomó en cuenta la frecuencia, porcentaje y medidas de tendencia central, se utilizó de igual forma la desviación estándar y el coeficiente de correlación lineal de Pearson y se realizó por medio del programa de Excel de Microsoft. 2010.

Se concluye que los pacientes con trasplante renal se encuentran en un rango promedio de sentido de vida, lo que significa que experimentan su vida con sentido y propósito, aunque

en ocasiones tienen breves momentos de desorientación. Las mujeres mostraron un mayor sentido de vida que los hombres, mientras que existe una correlación negativa en el sentido de vida respecto a la edad, lo cual indica que a mayor edad hay menor sentido de vida, a mayor tiempo de haberse sometido al trasplante renal, mayor fue el nivel del sentido de vida y por ultimo no se obtuvo la información suficiente para determinar si existía una relación estadísticamente significativa entre los pacientes que creyentes vs. no creyentes y practicantes y su sentido de vida.

I. INTRODUCCIÓN

En Guatemala existe un alto y creciente número de pacientes con insuficiencia renal, que está requiriendo como única solución aceptable para alcanzar una vida normal, un trasplante de riñón y en el país se cuenta con la capacidad tecnológica y profesional para dicho proceso quirúrgico. Desde 1986 se realizan este tipo de operaciones en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y actualmente también en la Unidad de Consulta de Nefrología y Trasplante Renal del Hospital General San Juan de Dios (HGSJD) en la Ciudad de Guatemala; existen también un limitado número de hospitales privados con capacidad para hacer este tipo de trasplantes.

Los pacientes que pasan por el proceso de trasplante renal, atraviesan por un período de incertidumbre, angustia y sufrimiento, particularmente desde que aparecen los síntomas y se diagnostica la enfermedad hasta que se logra el trasplante y se adaptan a una forma de vida bastante normal, con limitaciones relativamente pequeñas. Durante ese proceso cabe suponer, de acuerdo a lo indicado por Frankl (2004) que ocurran transformaciones en las percepciones del sentido de vida de los pacientes, concretamente para tornar su situación de dolor en un sentido superior o por el cual seguir luchando para sobrevivir.

De acuerdo con Frankl (2004), el ser humano tiende por instinto a evitar el dolor o sufrimiento, pero cuando esto no resulta posible, como ocurre en muchos casos con los pacientes de trasplante renal, promueve la búsqueda de un nuevo sentido. Como necesidad primordial en su vida, nace el impulso que produce la búsqueda de una solución, la de un sentido hasta encontrar paz interior, para continuar la lucha por sobrevivir.

Se entiende el concepto de “Sentido de vida”, como los valores que influyen en las personas de manera tal que ante situaciones de vida general o en aspectos particulares, se convierten en vivencias emocionales y cognitivas.

Da un significado personal capaz de constituirse en una directriz orientada hacia una meta de vida, particularmente en situaciones de presión psicológica derivada de situaciones inevitables (Lukas 2003).

A la hora que el paciente evalúa la circunstancia dolorosa en la que se encuentra, la percepción sobre la vida se altera e inicia un proceso de búsqueda que sobrepase el sufrimiento en el cual se encuentra, orientando su situación hacia una meta significativa, que incentive al paciente a luchar y sobrepasar la posición en la cual se encuentra.

Una vez que esta etapa de sufrimiento ha quedado en el pasado, los pacientes trasplantados tienen la oportunidad de reflexionar e identificar cuál fue la razón por la que lucharon por sobrevivir, llegando así a identificar su sentido de vida.

Por lo anterior, este estudio pretende conocer el sentido de vida de pacientes renales trasplantados exitosamente, ya que puede permitir a los médicos nefrólogos tener una mejor percepción sobre el manejo emocional y mental que está llevando el paciente renal, servir de guía al paciente después de entrar en el proceso del trasplante como método de lucha, logrando que el paciente identifique aquel impulso que lo ayudó a enfrentar y superar su enfermedad. Además, la investigación es un claro ejemplo de cómo la valoración de actitud emerge en una circunstancia dolorosa y llena de sufrimiento, siendo el sufrimiento el impulso de lucha en el paciente para que al final de su travesía llegue a encontrar e identificar su sentido de vida.

Con relación al tema, en forma cronológica se destacan los siguientes estudios nacionales, los cuales fueron explorados por las siguientes investigaciones;

En relación al sentido de vida en el ámbito de la salud, Alvarado (2015) realizó una investigación en Guatemala con el objetivo de describir el sentido de vida en pacientes diabéticos con miembros amputados, que se encuentran en el periodo post-operatorio. El diseño seleccionado para esta investigación fue de tipo cualitativo. En

este estudio se trabajó con 8 personas adultas guatemaltecas, de ambos géneros, de diferente nivel socioeconómico y escolaridad. Los sujetos se encontraban internos en la Clínica y Hospital “Colón” del paciente diabético, ya que padecieron amputación de uno de los miembros inferiores debido a la Diabetes Mellitus. Estas personas estaban en periodo post-operatorio. Se hizo uso de una entrevista semiestructurada para conocer la experiencia que vivieron durante el proceso post-operatorio, y cómo manifiestan su propio sentido de vida durante esta etapa. El resultado obtenido es que siete de los ocho sujetos de este estudio presentan fortalecido su propio sentido de vida, es decir que, a pesar de tener una limitación, han encontrado herramientas que le ayudan adaptarse a su nueva vida. Tal es el caso de un sujeto que dice: “El deseo de vivir, despertar cada mañana, me hace sentir viva; fíjese que hasta se me olvida el dedo, si no es porque a veces me molesta o lo veo cuando me baño, no me acuerdo.” Es importante mencionar que uno de los ocho sujetos no presenta sentido de vida, sino al contrario, presenta vacío existencial. Esta carencia de sentido no le permite a la persona salir adelante en la vida, sino conformarse con lo que le brinda el día a día.

Tojin (2014) realizó una investigación con el objetivo de conocer el nivel de sentido de vida en las madres que tienen un hijo diagnosticado con trastorno autista. Para llevar a cabo el presente trabajo de investigación se contó con 15 mujeres, que se ubican entre los 25 y 47 años de edad, sin importar el estado civil y el nivel socioeconómico. El presente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo. Como instrumento se utilizó el “Cuestionario de opiniones sobre la propia vida”, elaborado y basado en la teoría de Víctor Frankl, el cual es una adaptación del instrumento Manual

PIL (Test del Sentido de la Vida), el objetivo fue conocer la opinión que tiene la persona sobre su sentido de vida al momento de contestarlo o si presenta un vacío existencial. La conclusión fue que el 40% de las madres presentan una falta de sentido de vida, lo que se refiere que no presentan una voluntad de sentido. El 46% de las madres presentan un sentido de vida incierto, lo que significa que se encuentran en la búsqueda de éste. El 13% restante de la población presentan un sentido de vida definido, siendo conscientes de sí mismas y un bajo porcentaje del grupo de madres estudiadas, presenta valores de actitud positiva, como: el ser feliz, tener estabilidad emocional y capacidad para adaptarse a distintas situaciones y aceptar el sufrimiento, con actitudes positivas.

De igual manera, Ramírez (2014) realizó una investigación con el objetivo de promover la participación de los jóvenes en las actividades de la Cruz Roja Guatemalteca, fomentando la aplicación de los principios fundamentales y valores humanitarios del movimiento, mediante la promoción de la protección de la salud y de la vida, el servicio a la comunidad, la amistad y la comprensión mutua, actividades recreativas, cuidados del medio ambiente, informarse e informar a otros acerca de la misión y visión de Cruz Roja Guatemalteca, preparándolos a futuro para asistir a las personas más vulnerables. Para ello aplicó la medición del sentido de vida, se utilizó el instrumento Logo-test. La población que se estudió era de 25 personas, mujeres y hombres, quienes se encuentran entre las edades de 16 a 75 años; voluntarios y voluntarias de Cruz Roja Guatemalteca, pertenecen a diferentes cuerpos de ayuda, 10 socorristas, 10 voluntarios de juventud y 5 damas voluntarias. Como resultado, el 72 %

de la población de voluntarios y voluntarias de Cruz Roja Guatemalteca, se encuentran cercanos a una buena orientación del sentido de vida. El pertenecer desde una temprana edad a una institución que vela por el bienestar de la humanidad como Cruz Roja Guatemalteca, vuelve más consciente a los seres humanos de las necesidades de las otras personas.

De igual forma, Pérez (2011) realizó una investigación donde describió el sentido de vida en los cuidadores primarios de pacientes que padecen de cáncer en fase terminal, que acuden a Oncología Pediátrica del Hospital General San Juan de Dios. Se trabajó con una población total de 14 cuidadores primarios de pacientes, miembros de la familia que acuden junto con el enfermo a la unidad de Oncología Pediátrica del Hospital. A través del “Logo-test”, se estableció el sentido de vida de las personas. De acuerdo a los resultados de esta investigación, 3 personas presentaban amenaza noogénicamente, lo que significa que carecían de elementos proveedores de sentido en su vida. De acuerdo al relato de los participantes, se pudo evidenciar que en efecto es posible encontrar situaciones o ideas que ayuden a la persona a encontrarle sentido a la vida.

Asimismo, Mendoza (2011) realizó una investigación con el objetivo establecer la existencia del sentido de vida en personas con VIH- positivo. La población que participó en este estudio, consta de 35 personas, de ambos sexos, mayores de edad, internos en el hospital nacional Rodolfo Robles de la ciudad de Quetzaltenango, que

llevaban un año con el diagnóstico de VIH- positivo. Utilizaron como instrumento el Logo-test, como resultado el 57% de los pacientes ha tenido una adaptación razonable que les ayuda a encontrar un sentido de vida, no les permite caer en una frustración existencial, caso contrario al 43%, se encuentran en un estado de frustración existencial, porque no se pueden adaptar a la enfermedad.

En el ámbito social, López (2010) realizó una investigación con el objetivo de analizar el sentido de vida en los miembros de maras. La muestra estuvo compuesta por 8 sujetos en el rango de edades de 17 a 35 años, de ambos sexos, que eran miembros activos de una mara. La investigación fue realizada con un enfoque cualitativo en el cual se realizaron entrevistas semi-estructuradas Para el indicador del valor vivencial se establecieron 6 preguntas, estas debían recabar información en cuanto a la experiencia que los sujetos han tenido dentro de la mara, 5 preguntas asignadas al valor de actitud y 4 preguntas para el valor de creatividad. De acuerdo a los resultados obtenidos, por medio de las entrevistas, respecto al sentido de vida en miembros de maras, dividido en sus sub indicadores de valores vivenciales, valores creativos y valores de actitud, se encontró lo siguiente: Las vivencias que 7 de los 8 sujetos han tenido desde su infancia con su familia, ha influenciado a que estos busquen a la mara para poder cumplir con las necesidades que no encontraron satisfechas dentro de sus respectivos núcleos familiares. La investigación analizó la percepción que los miembros de maras tienen sobre su vida hasta el presente momento, llegando a opinar 5 de los 8 sujetos, sobre esta, como algo lleno de tragedia, sufrimiento y dolor, pero estar a la espera de algo mejor. En cuanto a los valores de

actitud, se analizó la percepción que los miembros de mara tienen sobre el sufrimiento que han tenido que soportar a lo largo de sus vidas, con lo cual se encontró que, en 7 de los 8 sujetos, el sufrimiento les ha servido como algo positivo y que los ha llevado a la reflexión. Se concluyó que los miembros de maras tienen la capacidad para encontrar y darle significado a su vida, y a esto se le suma la voluntad de querer demostrar un cambio y de querer responder a la vida por medio de acciones positivas. La mayor parte de los sujetos del presente estudio reconoce como sentido de vida, el estar con sus familias respectivas o el deseo de poder llegar a formar una familia, aunque permanezcan dentro de la mara.

Vega (2008) realizó una investigación enfocada en establecer los factores que facilitan la pérdida del sentido de la vida en las personas de la tercera edad. La investigación se realizó con un universo de 30 ancianos y ancianas del asilo San José del Departamento de Quetzaltenango, comprendidos entre las edades de 60 a 80 años, con un bajo sentido de vida. Se empleó en esta investigación, la prueba psicométrica BELL denominada Cuestionario de Adaptación para Adolescentes y Adultos. Comprobó en los resultados, que quienes ingresan a un nuevo hogar presentan una serie de problemas que no les permite adaptarse con facilidad al medio debido a que se enfrenta ciertas modificaciones en las relaciones interpersonales de las que no está acostumbrado a realizar. Se comprobó que el anciano y anciana esconde su realidad, por vergüenza o sencillamente por aparentar la forma en que vive.

Con relación al tema, en forma cronológica se destacan los siguientes estudios internacionales, sobre el sentido vida, los cuales fueron explorados por las siguientes investigaciones;

Osademwigie (2012) realizó una investigación, en México, de tipo experimental, con el objetivo de evaluar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte antes y después de la logoterapia utilizando una escala de ansiedad ante la muerte. La prueba se aplicó a 249 sujetos con las siguientes características: sexo 42.1% de hombres y 57.9% de mujeres, edad comprendida de 15 a 65 años, escolaridad de primaria a universidad, todas las clases de nivel socio cultural. Para evaluar los resultados de las fases pre y post del grupo experimental se realizó un análisis de “t” de Student para muestras relacionadas, con el fin de comprobar si existieron diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte después de las sesiones de logoterapia. Se utilizó como instrumento piloto la escala de ansiedad ante la muerte, que consta de un cuestionario de valoración de 83 preguntas tipo Likert, que consiste en una serie de reactivos presentados en forma de totalmente de acuerdo, acuerdo, neutro y desacuerdo con asignación numérica de 1 a 5 en cada una de las opciones de respuesta. Se desarrolló un instrumento válido y confiable que estudió y evaluó a los pacientes con ansiedad ante la muerte (denominada Escala de Ansiedad Ante la Muerte: EAM) como resultado final el análisis de “t” de Student mostraron que existieron diferencias significativas entre el pre y el post en el factor ansiedad, indicado que la media para la prueba pre (30) es significativamente mayor [t (15) =7.822, p<0.000] que para la prueba post (16.88). En el factor dolor, indica que la media para la prueba pre (19)

significativamente mayor [$t(15) = 6.695, p < 0.000$] que para la post prueba (12.31). En el factor depresión, indica que la media para el pre (32.13) es significativamente mayor [$t(15) = 7.822, p < 0.00$] que para la post prueba (17.19) y finalmente en el factor miedo, indica que la prueba (10.38) es significativamente mayor [$t(15) = 15.237, p < 0.00$] que para la prueba de post (4.69). En conclusión, la logoterapia sí mejora la ansiedad ante la muerte en pacientes del grupo experimental.

Elizondo (2012) realizó una investigación en México sobre el acompañamiento de pacientes terminales, contó con el apoyo de la Población del Hospital Regional ISSSTE de León, México que ingresaron a la terapia intensiva y a hospitalización en estado terminal y pacientes de la clínica de atención al paciente renal que se encuentra recibiendo tratamiento de hemodiálisis y diálisis. Elizondo señala cuatro aspectos que se deben tomar en cuenta al tratar con un paciente en estado terminal. Como primer aspecto la investigación habló sobre un paciente terminal y sus características, la medicina paliativa y la ética en el paciente terminal; en el segundo aspecto mencionó las necesidades; en el tercer aspecto habló sobre el sentido de vida y calidad de vida en un paciente terminal; por último, en el cuarto aspecto se describió el acompañamiento al paciente terminal. En conclusión, la trasmisión de cariño e interés al paciente, acompañar con actitudes de respeto, realismo, autenticidad y veracidad, sin hacer énfasis en “lo que debería, o en lo que es correcto”, sino más bien acompañarlo, escuchándole y hablándole, como principio para llegar a un buen fin, creando así las actitudes y destrezas adecuadas para un mejor manejo hacia los pacientes terminales.

De igual forma, Pérez (2011) realizó una investigación en España con el objetivo de definir una propuesta socioeducativa para especialistas profesionales de adultos mayores, centrada en el Sentido de la Existencia Humana, en cual busca fomentar un mejor sentido de vida en la vejez. Para ello se hizo un análisis a través del Método Fenomenológico Heideggeriano, con sus tres fases: Reducción, Construcción y Deconstrucción, para abordar la guía científica de la problemática de la ciencia humana. La investigación consistió en la observación persistente de la confrontación de los datos con los actores a través de diferentes momentos de la entrevista y de los grupos de discusión, lo cual brindó la oportunidad de efectuar un análisis y elaborar una comparación continua de los datos. Como resultado, la propuesta mostro que la persona orientadora crea condiciones, ambientales, afectivas, acogedoras, cálidas e inspiradoras de confianza, para que fluyan las energías, y discurran las ideas, preguntas y dudas, logrando que los ancianos se entreguen a esta experiencia, con la confianza de sentirse acogidos, valorados y escuchados. Como resultado el 57% de los pacientes ha tenido una adaptación razonable que les ayuda a encontrar un sentido de vida, no les permite caer en una frustración existencial, caso contrario al 43%, se encuentran en un estado de frustración existencial, porque no se pueden adaptar a la enfermedad.

García, Gallego y Pérez (2008) realizaron un estudio empírico, para comprobar qué relación existe entre el sentido de vida y la desesperanza en un grupo de 302 sujetos. Los instrumentos empleados fueron el Purpose in Life Test (PIL), creado por Crumbaugh y Maholick y la Hopelessness Scale (Escala de Desesperanza) de Beck, Weissmain, Lester y Trexler. La hipótesis afirmó una relación significativa, entre

ambas variables, de manera que a mayor logro de sentido se asocian inferiores niveles de desesperanza y, por el contrario, el vacío existencial se asocian niveles superiores de desesperanza. Los resultados apoyaron la hipótesis planteada: el logro de sentido se asocia a nivel nulo- mínimo de desesperanza, mientras que el vacío existencial se asocia a nivel moderado- alto de desesperanza, de manera estadísticamente significativo.

Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2008) realizan un estudio en Bogotá, de tipo cualitativo, con el objetivo de describir la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y observar si ésta presentaba características distintas en función de la adhesión al tratamiento. Los autores evaluaron la calidad de vida en tratamiento de hemodiálisis, relacionada con salud mental, física, familiar, relación de pareja ya que esto permite conocer cómo los individuos y grupos enfrentan los factores que amenazan su salud, y cómo responden a los tratamientos. Como resultado se mostró que la insuficiencia renal crónica afecta substancialmente la calidad de vida del paciente. Especialmente en lo relacionado con su vida social, los pacientes con adhesión al tratamiento presentan menos dolor, pero su función social, rol emocional y en general salud mental se encuentra alterada.

En otro estudio, Valdés (2005) realizó una investigación de carácter cualitativo, con el objetivo de analizar a través de la narrativa de la historia de la vida y de los relatos que se recopilaban en las entrevistas realizadas a las informantes, jóvenes

universitarias, los acontecimientos significativos para explicar la construcción del concepto “sentido de vida” correspondiente a ese momento en que se recaban. Para ello, la metodología cualitativa se utilizó en el plan de trabajo, en los modos de recoger y sobre todo analizar la información. Se solicitó apoyo de cuatro grupos de mujeres jóvenes universitarias, como herramienta se utilizó una entrevista, a través de la narrativa de la historia de la vida y de los relatos que se recopilaron, los acontecimientos que para las jóvenes universitarias fueron significativos para explicar la construcción del concepto “sentido de vida” en ese momento de sus vidas, los criterios tomados en cuenta fueron los siguientes: lucha, culpa, enamoramiento, sufrimiento y muerte. Como conclusión, la experiencia del enamoramiento, como proyecto, como vivencia o como realización a alcanzar, sí es importante en la construcción del sentido de vida de las jóvenes y la capacidad de tornar una situación dolorosa a un sentido superior al sufrimiento, encontrando así su propio sentido de vida.

Para una mejor comprensión del tema, se habla sobre la Ontología dimensional, se explica las tres dimensiones, la psíquica, biológica y espiritual que Frankl expone, haciendo énfasis en la Dimensión espiritual, ya que es aquí en donde se encuentra planteado “El Sentido de Vida”.

1.1. Ontología Dimensional

Fragar y Fadiman (2010) explican cómo Viktor Emil Frankl, médico psiquiatra y psicólogo austriaco, conocido como el creador de la Teoría del Sentido de Vida y la Logoterapia, con base a las experiencias del Holocausto, en la segunda guerra mundial entre 1942 y 1945, al cual sobrevivió, en donde su experiencia fue de extremo sufrimiento, tanto para él como para los demás prisioneros. Al observar las reacciones de los prisioneros y las capacidades de éstos para sobrevivir estando en las extremas condiciones en las que se encontraban y ver cómo la dimensión noética o espiritual iniciaba surgir. Estando Frankl dentro de los campos de concentración llegó a observar, cómo a través del sufrimiento, los prisioneros fueron eligiendo ciertas actitudes ante las situaciones adversas en la que se encontraban, había prisioneros dentro del campo de concentración que encontraban una capacidad para elevarse por encima de las pobres inhumanas condiciones en las que se encontraban. Frankl, al observar la función del ser humano y cómo opera descubre la capacidad humana de trascender convirtiendo las dificultades en motivación de lucha por la vida, una vez que sale del Holocausto, Frankl crea la teoría de ontología dimensional para explicar la función del ser humano.

Lukas (2003) explica a través de un esbozo cómo Frankl crea la teoría de ontología dimensional para explicar la función del ser humano y cómo opera, desplegando a la persona en tres dimensiones conocidas como fenómeno somático, psíquico y espiritual.

Se aclara que las tres dimensiones son igual de importantes, ya que la fusión de ellas, llega a florecer en diversos puntos en el transcurso de la vida del ser humano porque es visto como una unidad.

1.2. Definición de la dimensión psíquica y somática

Para Lukas (2003), la dimensión somática es aquello a lo que pertenecen todos los fenómenos corporales. Comprende la actividad orgánica celular, y las funciones corporales biológicas-fisiológicas.

Mientras que la dimensión psíquica del ser humano son las cogniciones y emociones que abarcan el conjunto del estado anímico, que dispone de emociones en determinado momento, a decidir y guiar los deseos, sentimientos, las disposiciones morales e instintivas del individuo; sin abandonar lo intelectual, modelos de conducta y sociales adquiridos durante la vida, llegando así a formar y completar un solo plano.

Por último, la dimensión espiritualidad lo explica como un plano infinito, conocido como lo primitivo del hombre, que lo diferencia de las plantas y los animales.

1.3. Dimensión Espiritual

A diferencia de la dimensión psíquica y somática, la dimensión espiritual o nooética, que proviene de la palabra griega *nóos* que significa el conjunto de inteligencia y espíritu, es aquella adaptación primitiva del humano, la postura libre frente a lo anímico y corporal a aquellas decisiones volitivas, que tiene el hombre a través de distintas etapas de su vida, para luego reflexionar y trascender (Frankl, 2004).

Es decir que las intencionalidades, el interés artístico, la religión, la conciencia (sentimiento ético) y el amor se encuentran en esta dimensión; es imperativo hacer conciencia de la voluntad que tiene el ser humano, ya que esto es una de las fuentes que ayuda a encontrar “El Sentido de Vida”.

Se aclara aquí que la dimensión espiritual no tiene nada que ver con la inteligencia o razón, ya que se encuentra en la dimensión psíquica y es a partir de la dimensión nooética o espiritual del ser humano, a comparación de otras escuelas psicoterapéuticas, que la Logoterapia se enfoca en trabajar con el hombre desde lo espiritual (Lukas, 2003).

Toda psicoterapia tiene una estructura teórica, un modelo de funcionalidad y un proceso desde una perspectiva determinada. En este caso se evalúa la manifestación de libertad humana sin dejar a un lado la parte física para trabajar desde lo espiritual. Los principios de Frankl se crearon con base de la teoría de la noodinamia a través de los tres pilares básicos de la logoterapia, la libertad de la voluntad, voluntad de sentido y la espiritualidad humana (Martínez, 2011).

A continuación, se da una explicación sobre Frankl y la “dimensión espiritual”, aquello que puede confrontarse con todo lo social, lo corporal y psíquico en el ser humano.

Frankl (como se citó en Martínez, 2011), define la dimensión espiritual como aquella potencia pura que brinda unidad y totalidad a la persona humana; es la dimensión integrada que hace consciente lo estético, erótico y ético proveniente de la Neurosis Noógena (frustración existencial). El ser humano se encuentra en situaciones, donde emergen sentimientos y pensamientos de pérdida, creando una tensión denominada “Neurosis Noógena”.

1.4. Neurosis Noógena

Frankl (2004) menciona que el individuo cuando está en el proceso de la búsqueda del sentido, llega a experimentar sentimientos de pérdida de sentido, conocida como neurosis noógena.

Esta neurosis no se debe a un desajuste en la psique, sino es producido por la tensión que envuelve el esfuerzo de una meta valiosa, que es la que quiere la persona llegar a conseguir y constituye “el sentido de vida.” La neurosis noógena, llega a ser importante para la salud mental, ya que se da, entre lo que se ha logrado y lo que aún no se ha logrado, convirtiéndose en la energía que va a mover a la persona, para que encuentre un sentido potencial; logrando así cumplir con su meta.

Frankl lo llama la “noodinámica” a lo que se encuentra dentro de la tensión bipolar. La tensión bipolar se divide en dos polos, el primer polo habla sobre el significado que se debe cumplir y el otro polo sobre la persona que lo debe cumplir, esto se debe fortalecer y guiar hacia el sentido de su vida, (Frankl 2004). Si no se llega a dar, nace la “Neurosis Noógena” en la persona.

Frankl, al plantear el concepto de la Noodinamia o la dimensión espiritual, lo interpreta a través de tres pilares básicos, que se encuentran en la manifestación de la persona: El pilar de la Libertad de Voluntad de la Persona, Voluntad de Sentido y El Sentido de Vida.

1.5. Pilares de la dimensión nooética

1.5.1. Libertad de Voluntad

La libertad de voluntad, lo plantea Martínez (2011) como aquella manifestación de la libertad que muestra su infinitud desde lo espiritual, desplegándose del instinto, herencia y el medio ambiente. Aunque la persona se considera predestinada, puede desplegar su libertad.

Cuando se habla sobre la libertad, se debe tomar en cuenta el concepto de responsabilidad que conlleva; el hombre es libre por el hecho de que tiene la libertad de decisión; pero para cada decisión, existe una consecuencia, como hace referencia la tercera ley de Newton sobre atracción y reacción: “En toda acción ocurre siempre una reacción igual o contraria” el hombre siempre va ser libre, que con ello lleva la responsabilidad. Al integrar esta fórmula se permite encontrar las respuestas a las preguntas que plantea la vida.

El hombre debe llegar a ser responsable de la realización del sentido y sus valores, la responsabilidad ante algo, tener conciencia para llegar a encontrar su sentido de vida y trascender.

Como segundo pilar de la dimensión espiritual se encuentra la voluntad de sentido, pilar que busca un argumento que lo lleve a la felicidad.

1.5.2. Voluntad del Sentido

La voluntad del sentido es introducida como la parte motivacional en la Dimensión Noética, denominada Voluntad de Sentido, ya que se relaciona con la autotranscendencia que caracteriza al ser humano.

Carillo (2002), para definir la voluntad del sentido, recurre a Nietzsche, quien explica cómo el ambiente dará situaciones y circunstancias difíciles; el ser humano busca un sentido que predomine sobre ellos, creando una voluntad que mueva a la persona a buscar un estímulo que lo aliente mientras atraviesa ese percance.

Para Frankl (2000), la voluntad del sentido es la búsqueda inconsciente de todo ser humano sobre su existencia, creado por un impulso instintivo que hace que el ser busque el “algo” por qué vivir, luchar y conservar.

El algo o alguien son los impulsos que hacen que el hombre busque y llegue a encontrar el sentido de vida.

En sí lo que intenta decir Frankl (2000) es que el ser humano no se va a inventar el sentido de su existencia, sino lo va descubriendo a través del tiempo, con sus experiencias y circunstancias que atraviesan en el transcurso de la vida. Hoy en día se puede decir que la voluntad de placer y poder, conllevan un argumento que resalta lo opuesto a la voluntad de sentido, ya que son pasajeros, creando un sentimiento conocido como la frustración.

1.5.3. Frustración existencial

Frankl (2004) afirma que la voluntad del sentido puede llegar a frustrarse y la ha nombrado “la frustración existencial”, en donde la existencia del ser humano busca encontrar un sentido concreto de su existencia o “Voluntad Existencial”.

A la hora que la persona se encuentra en un estado de frustración existencial o un sentimiento de vacío, comienza la búsqueda de voluntad. Un claro ejemplo puede ser cuando la persona llega a un punto en donde el sentido de dinero o de relaciones no llega a satisfacerlo como antes, surgiendo de nuevo un sentimiento de pérdida; esto es común y puede que suceda varias veces durante la búsqueda del sentido de vida.

Frankl define el vacío existencial como un sentimiento de vacío interior, una incapacidad para sentir a los individuos o a las cosas en su vida, una clase de depresión que llega a afligir al ser, haciéndolo consciente de la falta de contenido de su vida.

Cuando el individuo se encuentra limitado de su voluntad de sentido, pierde la capacidad para tomar decisiones personales y deja de gozar de la libertad necesaria para elegir su propio destino, naciendo de allí el sentimiento de vacío y tomando control sobre la vida del individuo.

El hombre perdido se encuentra en una búsqueda, que lo puede llegar a convertir en una persona totalitaria, que sigue lo que los demás hacen o una persona conformista que desea hacer lo que los demás hacen. La persona se experimenta en un periodo de estancamiento, aburrimiento, privándolo de encontrar un sentido de vida (Frankl, 2004).

Como postulado de la libertad de la voluntad que forma parte de la búsqueda del sentido, el hombre debe responder a la pregunta sobre qué es lo que significa el sentido de la vida, en un determinado momento, donde la voluntad de sentido forma parte del impulso para llegar a descubrir el sentido de vida y así responder y descubrir un sentido para su vida. ¿Pero qué es esto del “sentido”?

Frankl (2000) define el sentido como la necesidad primordial de la vida y aparece como la única posibilidad de sobrevivencia cuando el ambiente presenta adversidades. Frankl se da cuenta que la pregunta que lo motiva, no sólo gira en torno al sentido de la vida, sino al sentido de la existencia humana. Se observa que el sentimiento que muchos seres humanos experimentan, antes de buscar el sentido de vida, es una sensación de pérdida del sentido de la vida, creando como consecuencia desinterés, frustración y desesperanza; llevando al ser humano a experimentar el vacío existencial: "Un sentimiento en el que sus vidas carecen total y definitivamente de un sentido". Se ven acosados por la experiencia de su vaciedad íntima, del desierto que albergan dentro de sí y la apropiación de sentido, entre el pesimismo y la esperanza.

El sentido de vida existe en todo momento y bajo cualquier circunstancia, el hombre es libre para buscarlo y está la tensión entre lo que es y lo que debe de ser para que lo motive a encontrarlo” (Martinez, 2011). El sentido puede llegar a verse como el pilar más complejo de la teoría noodinámica por la cual se dan breves definiciones de diferentes autores para poder llegar entender el sentido de vida.

1.5.4. Sentido de vida

Para Frankl (2004), el sentido de vida no solo es un proceso fisiológico de recepción y reconocimientos de los estímulos que se producen a través de los cinco sentidos que tiene el ser humano, sino cómo los sentidos, siempre se irán cambiando, según la búsqueda del hombre por encontrar su propio sentido de vida que constituirá sobre sus propios impulsos instintivos; cada persona es diferente, por ende su sentido será diferente, al igual que su impulso para lograr satisfacerse y lo llegará a lograr al encontrar el significado de su propia voluntad.

Por lo que a continuación se da la definición y enfoques relacionados con el de Sentido de vida.

Frankl (2004:12), describe la búsqueda de sentido de la siguiente forma: *“No deberíamos buscar un sentido abstracto a la vida, pues cada uno tiene en ella su propia misión que cumplir; cada uno debe llevar a cabo un cometido concreto. Por tanto, ni puede ser reemplazado en la función, ni su vida puede repetirse; su tarea es única como única es su oportunidad para instrumentarla”*

A comparación de Frankl, Adler (1973) encuentra el impulso de la búsqueda de sentido en el individuo, a través de la inquietud por responder al sentimiento de

incapacidad e inferioridad, a través de la búsqueda de poder, para alcanzar una sensación de superioridad, interés social de empatía e identificación con otros seres humanos. El cual lo puede llegar a encontrar a través de las tres relaciones importantes en su vida, el trabajo, amigos y su objeto amado, que al final llegan a ser su fuente de energía para encontrar el sentido de vida.

Fragar y Fadiman (2010) mencionan que Adler destaca el concepto de la ciencia del vivir y el sentimiento de la vida, proponiendo que para comprender en qué dirección progresa la vida, el ser no debía apartarse del camino de la evolución, el cambio o transformación gradual de la conciencia, estado o situación en la que se encuentra el hombre; ya que es un proceso de continua adaptación activa a las exigencias del mundo exterior.

López (2003) menciona que el sentido de la vida humana está intensificado por los diversos planos de la realidad, que llegan a ser una actitud integrada; por ejemplo, lo que es la espiritualidad y aquello que se puede ver y tocar. Mientras, la actitud reduccionista, se mueve exclusivamente, cuando se llegan a dar varias explicaciones de los fenómenos que se dan en la realidad y en las actividades cotidianas. Las personas no llegan a un sentido de vida si se ve de forma individual y egoísta, esto solo puede llegar a orientarla en una dirección falsa. Se deben buscar las experiencias que lleguen a definir a la persona e influir sobre los demás y esto se puede llevar a cabo, a través de una actitud espiritual, como la religión; y aquello que se puede ver y tocar como son la

experiencias amorosas, estéticas y profesionales. Con ello, va con un propósito de estar vivo creando así, una persona con sentido de vida.

1.6. Valores Objetivos del Sentido de Vida

La búsqueda de sentido de vida toma tiempo, es influenciable por factores internos como externos, y en la mayoría de casos no se sabe cómo encontrarlos, muchos menos identificarlos.

Lukas (2013) menciona que según Frankl existen tres valoraciones objetivas para encontrar el sentido de vida:

Valoración de la creación: aquello por la cual el hombre debe de trabajar o dar algo.

Valoración de experiencia: llegar a vivenciar algo o a amar a alguien, como puede llegar a ser el sentido del amor, el sentido del amor conecta y entrelaza a los individuos.

1.6.1. El Sentido Del Amor

Para Frankl (2004), el amor constituye la forma de conectar y entrelazar al ser humano, si no se llega a amar a una persona nunca se llega a conocer plenamente a la otra persona. A través del amor, se puede llegar a ver la potencialidad del ser humano, lo que aún no se ha llegado a conocer, de lo que es capaz y lo que puede llegar a hacer. Con ayuda de ello, las potencialidades se pueden llegar a realizar. Es decir que el amor para el ser humano, es un sentimiento de afecto, que llega a llenar un vacío interno, al encontrar a ese individuo que llene y cumpla con sus necesidades. Se va creando una reciprocidad entre el deseo de ambas personas que impulsan una energía vital, volviéndose una necesidad primordial para el ser humano.

En varios casos el amor y la sexualidad son identificados como uno solo. Frankl (2004) establece la diferencia entre el amor y la sexualidad, proponiendo que el amor no se debe de interpretar como epifenómeno de los impulsos, ya que es el amor tan primario como el sexo, creando el amor, como medio de expresar, la experiencia de ese espíritu de fusión total y no como algo secundario del sexo.

Valoración de actitud: es cuando el hombre llega a asumir y aceptar el sufrimiento inevitable, o la triada trágica compuesta por el sufrimiento, la muerte y la culpa.

1.6.2. El Sentido de Sufrimiento

A través del sufrimiento se encuentra un sentido de vida, si no se encuentra un sentido al dolor, el individuo se mantiene en un estado de vacío existencial.

Carillo (2002), para definir el sufrimiento, recurre a la frase de Nietzsche, *que* dice que la historia principal, y decisiva, que ha determinado el carácter de la humanidad se ha dado a partir del sufrimiento, para continuar explicando que a través del sufrimiento se llegará a un gozo, ya que el héroe se forja en la lucha. Por lo tanto, por medio del sufrimiento se crea un sentido fundamental como necesidad instintiva de sobrevivencia en donde se puede llegar a dominar el ambiente y dominarse a sí mismo.

El hombre al atravesar por circunstancias agresivas provocadas por el medio ambiente, puede llegar al sufrimiento. Una vez que el individuo se encuentre sufriendo, es allí en donde nace el impulso que produce la búsqueda de una solución, hasta encontrar una paz interior. El sufrimiento que experimenta el ser humano, se convierte en un motor, el motor que impulsa la búsqueda de la superación.

Cuando el individuo se encuentra en una situación inevitable y no logra ver alguna salida, surge el sentimiento más profundo, el sufrimiento. Se debe aclarar que el sentido de sufrimiento nunca se manifiesta en ese instante, sino hasta la posterioridad.

Al principio la circunstancia es dolorosa. Una vez que se supera, la persona se llega a dar cuenta, a través de la reflexión, e identifica el sentido que los ayudó a trascender en ese momento de oscuridad (Lukas, 2003).

1.6.3. La Muerte

La experiencia de miedo hacia la muerte es única ya que no solo es un sentido biológico sino también existencial. Frente a la realidad de la muerte, es asomarse a la nada, a lo desconocido e incierto, creando ansiedad y angustia.

Estar cerca de la posibilidad de morir significa dejar atrás compromisos, sueños y responsabilidades no cumplidos. Por lo cual puede llegar a surgir una lucha por sobrevivir para poder llegar a cumplir dichos compromisos, se puede decir que la motivación surge a través del miedo.

El sentido de vida puede ser descubierto al realizar valores en las tres dimensiones mencionadas anteriormente, valoración de creación, experiencia y actitud (Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia (SMAEL), s.f).

1.6.4. La Culpa

Según Muñoz (2014), la culpa es una emoción que indica que la persona siente haber hecho algo erróneo, el malestar generado por dicho sentimiento tiene como respuesta evitar o modificar el comportamiento.

La culpa puede llegar a generar en la persona la autodestrucción al confirmarle que merece recibir un castigo, por lo que cree haber hecho mal o algo que dejó de haber hecho correctamente, confinándose a un aislamiento, en donde la verdad no es confesada, evitando toda realidad. Como consecuencia la persona se mantendrá en una situación paralizante de la que le será imposible salir.

Para Frankl (2000) la vida humana pertenece no sólo al sufrimiento, sino a la muerte y no sólo a la angustia sino al fin de ésta. Frankl nunca se cansó de decir que el único aspecto verdaderamente transitorio de la vida es lo que en ella hay de potencial y que en el momento en que se realiza, se hace realidad, se guarda y se entrega al pasado, de donde se rescata y se preserva de la transitoriedad. Porque nada del pasado está irrecuperablemente perdido, sino que todo se conserva irrevocablemente para ser reflexionado y manipulado para luego ser convertirlo en un impulso que genere la búsqueda del sentido.

Se puede afirmar que las tres valoraciones objetivas para encontrar el sentido de vida se encuentran a través de la valoración, de la creación, la experiencia y la actitud. A la hora de identificar y reflexionar en qué se basó el sentido, se deben tomar en cuenta los valores.

Los valores llegan a referirse como formas de valoración objetivas ya que cada ser es único y cada situación es concreta, permitiendo que los valores evalúen y descubran el sentido de vida.

1.6.5 Proceso valorativo

Las dimensiones que llevan al proceso valorativo se dividen en cinco dimensiones, a saber; el pensamiento, sentimiento, elección, comunicación y actuación.

A continuación se presenta una breve explicación de ellos según Asencio (1989):

Pensamiento: Utilización de la razón en forma eficaz a la hora de tomar decisiones a través de los distintos niveles de pensamiento como el razonamiento, criterio, razonamiento moral y el pensamiento creativo.

Sentimientos: Estados del ánimo que se manifiestan según la impresión que tenga el individuo, ayudando u obstaculizando el proceso del pensamiento. Si el individuo niega sus sentimientos, esto interferirá con sus metas, obstaculizando el proceso de valoración, de igual forma si las acepta y las expresa abiertamente, tendrá la posibilidad de tener éxito en sus metas.

Elección: Al elegir entre varias oportunidades, midiendo las consecuencias de dicha elección a través de su respectiva evaluación, le llevará directamente al proceso de valoración.

Comunicación: Esta dimensión surge a partir de la interacción social, ya que es de aquí que surgen los valores.

Actuación: Actuar de forma congruente y consciente con los valores y metas fijadas. Eligiendo valores positivos para que el ser pueda vivir de acuerdo a su jerarquía de valores libremente.

1.6.6. Los Valores

Según Fabry (2011), los valores son las cualidades que ayudan a acondicionar al mundo, cualidades que califican a determinadas personas, situaciones o sociedad en general y que garantizan un mínimo para vivir.

Los valores no se fabrican sino se descubren en el mundo y la valorización se crea a través de lo que se vivió en la infancia, lo que se aprende de la sociedad y lo que va construyendo durante su vida. Entre más elevado sea un valor, es decir entre más alto esté ubicado en la jerarquía de valores, recordando que los valores no son creados porque sean agradables hacia la persona, sino porque contribuyen a construir sentidos de vida. Los valores pueden percibirse o no, cada época tiene sensibilidad para ciertos valores y la pérdida de otros (Asencio, 1989).

Los valores son los entes, cuya esencia es la valoración, lo que resulta valioso a la persona; se dan de modo trascendental, tiene una validez universal y pueden ser preferidos según su rango o posición en la jerarquía de valores estableciéndose en parejas. A cada valor positivo corresponde uno negativo (antivalor) y viceversa (Lukas, 2013).

Existen una cantidad de valores que se pueden ordenar dentro de una jerarquía que los muestre de menor a mayor según la importancia que le dé cada individuo.

1.6.7. Jerarquía de valores

Según Martínez (2011), la jerarquía de valores es una clasificación de los valores, haciendo que unos valgan más que otros utilizando los siguientes criterios:

La universalidad: un valor va a valer más que otro, si le hace bien a la mayoría de los individuos en esa misma situación (los valores sagrados y vitales).

La profundidad de la satisfacción: según la vivencia de cumplimiento con independencia de lo placentero (los valores éticos y estéticos).

La durabilidad: un valor vale más que otros, si dicho valor dura más en el tiempo (los valores intelectuales y sensibles).

Proximidad absoluta: el valor va a valer más si está más cerca del sumo bien (los valores sagrados y sensibles).

Constructivo: dicho valor ayuda a preservar más la vida y la dignidad humana (los valores vitales y estéticos).

Lukas (2013), citando a Frankl, afirma que, en toda valoración, los valores se someten finalmente al tribunal de atributos, llamado a los valores al orden por su grado de importancia en forma de jerarquía. Dentro de esta jerarquía, se sitúa cada valor en su lugar y se aplica un correctivo. Cuando estas se sobrevaloran e idolatran, usurpan el lugar reservado exclusivamente para la persona de valor absoluto.

1.6.8 Orden de los Valores

El orden de los valores fue establecido entre el grado de superioridad u objetivo versus el grado de inferioridad o subjetividad de los valores que dependen de la universalidad, profundidad, durabilidad, proximidad hacia lo absoluto y lo constructivo de sí mismo (Martínez, 2011)., siendo estos:

Valores Sagrados: valores que buscan el ser absoluto, ya sea en uno mismo o en Dios, valores que brindan la vivencia de la proximidad o alejamiento. Por ejemplo, los valores trascendentales, religiosos, dignidad humana y el máximo bien posible.

Valores Espirituales: enmarca los valores estéticos, éticos, y del conocimiento.

Valores Éticos: la obra humana, justicia, honestidad, sinceridad y la solidaridad.

Valores Intelectuales: búsqueda de la sabiduría.

Valores Estéticos: la reacción particular de aprobación, agrado, apariencia y belleza.

Valores Vitales: fundamentado en el bienestar, como la salud, productividad y la fuerza vital.

Valor Sensible: el valor de mayor subjetividad que hace referencia a los bienes, placer y diversión.

Los valores son universales y todos pueden llegar a dar un sentido, pero los mencionados anteriormente son los valores superiores. Existen otros valores también que pueden tener potencial para ayudar al ser a encontrar su sentido de vida, una vez

que el individuo tiene claro su propia jerarquía de valores la perspectiva del sentido de vida llega ser clara y sólida.

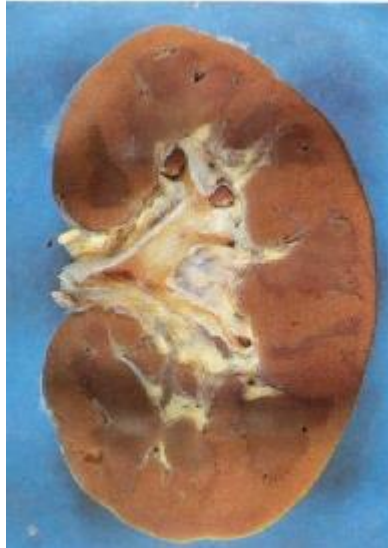
Como se menciona anteriormente la ontología dimensional despliega al ser humano en tres dimensiones, con los planos somático, psíquico y espiritual. A continuación, se ve el plano biológico desde la perspectiva renal.

1.7 Dimensión Biológica

1.7.1 Los riñones

Según Gardner y Weston (1973), los riñones son un par de órganos con forma similar al de un frijol que se encuentran de costado a los lados de la columna vertebral. Se encuentran en el lado posterior de la pared abdominal detrás de la cavidad peritoneal superior. El borde lateral de cada riñón está formado de tejido conectivo, en forma de dientes anteriores y posteriores en capas de fascia renal, tejido fibroso, grasoso peritoneal que rodea y encapsula el riñón, creando una cama protectora en la que se encuentra encapsulado. Cada riñón tiene por lo general el tamaño de una mano empuñada.

Ilustración 1. El riñón



Fuente: Assecher, Moffat y Sanders (1992)

Los riñones son parte del tracto urinario, un sistema complejo cuya función primaria es eliminar el exceso de líquido y material de desecho de la sangre. Además, los riñones funcionan como glándulas endocrinas, liberando hormonas importantes para la producción de glóbulos rojos, regulando la presión sanguínea y la forma de hueso.

Además de los riñones, el sistema urinario incluye dos uréteres, una vejiga y una uretra. Los uréteres son tubos musculares que impulsan la orina desde cada riñón a la vejiga. Ésta es una bolsa de músculo que almacena la orina. La uretra es el tubo estrecho a través del cual la orina sale de la vejiga durante la micción.

Los riñones varían sus actividades cada día en respuesta a los cambios en los tipos y cantidades de alimentos y líquidos que consume y las actividades de las personas, permitiendo que los tejidos no se inunden. Aunque la piel, los pulmones e intestinos, también eliminan líquido, los riñones son, con mucho, los órganos más importantes para la excreción de líquido. 20 % de la sangre pasa a través de sistemas de filtración llamados nefronas, que son las unidades funcionales principales del riñón. Cada riñón contiene más de un millón de nefronas. Cada nefrona contiene una madeja de pequeños vasos sanguíneos (glomérulos) y está unida a pequeños tubos (túbulos renales). Cuando la sangre pasa por los glomérulos, las células sanguíneas, proteínas, partículas grandes y algo de agua permanecen en el torrente sanguíneo. Todo lo demás incluyendo gran porcentaje del agua, se filtra y pasa a los túbulos. Los productos de desecho, como urea, creatinina, ácido úrico, junto con las sales y agua en exceso, permanecen dentro de los túbulos, cuyas células de sus paredes los absorben separando las sustancias que necesita el cuerpo en sus justas cantidades, de los desechos indeseables, que salen de los túbulos para entrar a la pelvis renal, luego al uréter y después a la vejiga, donde se almacena, hasta que los nervios de la vejiga señalan que está llena y la orina se vacía por la uretra, casi siempre en forma voluntaria. En promedio, se excreta cerca de 1.5 litros al día de sangre, un proceso interno en el cual el riñón limpia la sangre que contiene sales, proteínas, azúcar, calcio y otras sustancias vitales para el mantenimiento de la función corporal normal. Esta sangre viaja a través de la vena renal y de regreso al corazón para recircular por todo el cuerpo, dejando que las toxinas sean expulsadas a través de la orina. (Lintin, 2002).

1.7.2. Insuficiencia renal

La insuficiencia renal ocurre cuando los riñones no son capaces de cumplir su función de filtrar los desechos de la sangre. Ya sea que ocurra de repente (insuficiencia renal aguda) o como resultado de la destrucción lenta de las nefronas o unidades de filtración (insuficiencia renal crónica).

1.7.3. La insuficiencia renal aguda

Fatehi y Hsu (2013) definen la enfermedad renal aguda cuando la elevación de la concentración de la creatinina se eleva en un periodo de 0.3 a 0.5 mg/ la urea también se incrementa. Mencionan que existe un periodo progresivo para los siguientes criterios: los riñones muestran ser pequeños, descoloración en la orina, disminución de la orina a un punto de orinar menos de 500ml / al día. La concentración de creatinina sérica se eleva sobre una base diaria después de la evaluación inicial y es indicativa de al menos una enfermedad aguda.

Tiene como síntomas: retención de líquidos, sangrado gástrico o intestinal, convulsiones y coma. La insuficiencia aguda puede ser grave y requerir de hospitalización y, si no se trata, puede resultar letal. Los riñones por lo general son capaces de recuperar su función normal en un período de varias semanas hasta algunos

meses después de su inicio, mientras que los síntomas de la insuficiencia renal crónica pueden pasar inadvertidos hasta que ya haya ocurrido el daño y no existe la recuperación de dichos riñones.

La diabetes y la hipertensión sanguínea son la causa de dos tercios de los casos de insuficiencia renal en adultos. También son causas, infecciones, lesiones, exposición a toxinas y fármacos, y diversas enfermedades del riñón, así como el lupus eritematoso sistémico, la anemia de células falciformes, el cáncer y la obstrucción del flujo de orina (Lintin, 2002).

1.7.4. La insuficiencia renal crónica

Alcázar y otros (2008), definen la enfermedad renal crónica como la disminución de la función renal expresado por alteración del FG ($< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$); es decir, aclaramiento de la creatinina o la elevación continua de creatinina. Hay daño renal diagnosticado por método directo (alteraciones histológicas en biopsia renal) o de forma indirecta por marcadores como la albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen.

Tiene como síntomas: alta concentración de creatinina y otras anomalías en la orina, hipertensión arterial, malestares y dolor de cabeza, fatiga, excreción reducida de orina, dificultad para concentrarse, confusión, espasmos y calambres musculares, sangrado gastrointestinal, tono amarillento-café de la piel, comezón.

La insuficiencia crónica del riñón (renal) se debe a una pérdida lenta y progresiva de la función de este órgano, que da como resultado la acumulación de desechos y líquido en la sangre, que en condiciones normales los riñones secretarían en la orina.

A diferencia de la insuficiencia renal aguda, la insuficiencia crónica casi siempre se desarrolla a lo largo de varios años a medida que las unidades de filtrado del riñón (nefronas) se destruyen de manera progresiva. Se dice que una persona con insuficiencia renal crónica tiene uremia, un término que se usa para describir la condición tóxica en la cual cae el cuerpo cuando la sangre se contamina con un exceso de productos de desecho (Lintin, 2002).

1.7.5. Detección

Es frecuente que esta enfermedad no cause signos ni síntomas en sus etapas iniciales. En muchos casos ningún síntoma se hace evidente hasta que la función renal se ha reducido a menos de 25 por ciento de lo que se considera normal.

Los análisis de sangre y orina son las pruebas más comunes para medir la función renal, ya que pueden detectar cantidades elevadas de productos de desecho como creatinina en la sangre y fugas de proteína en la orina y comparar el nivel de creatinina en orina a lo largo de 24 con el nivel de creatinina en la sangre, lo que permite medir la cantidad de sangre que filtran los riñones por minuto. Las imágenes de sonido, la tomografía computarizada 8TV y la resonancia magnética (RM) son otros importantes instrumentos en la detección de la insuficiencia renal crónica (Lintin, 2002).

1.7.6. Gravedad de la insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica afecta a casi todos los sistemas del organismo. La retención de líquido puede causar insuficiencia cardiaca congestiva e inflamación de los tejidos corporales (edema). Es posible que los riñones no puedan producir la hormona llamada eritropoyetina, causando una producción reducida de glóbulos rojos

y provocando en consecuencia anemia. En los niños una de las consecuencias más serias es la incapacidad de crecer de manera adecuada por afectar la regulación de la interacción del calcio y la vitamina D, factores esenciales para el crecimiento. Las mujeres con insuficiencia renal crónica que se embarazan enfrentan complicaciones potenciales, pues los riñones deben trabajar más duro para satisfacer las demandas de la gestación, ocasionando aumento de hipertensión sanguínea e incrementando los desechos en la sangre. La hipertensión sanguínea reduce la cantidad de sangre que recibe el bebé a través de la placenta, y los desechos en la sangre pueden afectar el desarrollo fetal y pueden llevar a altos riesgos de preclamsia, complicación seria del final de la gestación. Si no se trata, puede llevar a hemorragias en cerebro, hígado o riñones y es fatal para ambos, madre y bebé (Lintin, 2002).

1.7.7. Tratamientos

Diálisis renal

La diálisis es un medio artificial de eliminar los productos de desecho y los líquidos adicionales de la sangre. Para mucha gente con insuficiencia renal irreversible, les ofrece la oportunidad de vivir mucho tiempo después de que sus riñones han dejado de funcionar. En los Estados Unidos, en el año 2000 más de 230,000 personas se sometían a este tratamiento (Lintin, 2002).

Hemodiálisis

Anderson y Douglas (2002) mencionan que el principal objetivo de la hemodiálisis es sustituir la función del sistema de filtración llamado nefronas, que son las unidades funcionales principales del riñón para extraer las toxinas del cuerpo, de otra forma que no sea vía urinaria. La solución que se ha encontrado para el paciente renal, la oportunidad de sobrevivir dicha enfermedad. La hemodiálisis es el proceso, mediante el cual, los desechos se remueven de la sangre. Se utiliza en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal y varias condiciones tóxicas. La sangre de los pacientes es succionada desde el cuerpo a través de una máquina para trasfudir y ultra filtrar la sangre; para que luego retorne a la circulación de los pacientes. La hemodiálisis requiere del acceso directo a la corriente sanguínea de los pacientes a través de una cánula, mecanismo, por medio del cual, se logra trasportar la sangre al dializador en donde se filtra y se lava todas las toxinas.

La hemodiálisis trata de corregir el síndrome de Uremia o estado clínico en el que se invierte y extraen las toxinas de la sangre, por la terapia de diálisis, y que literalmente significa orina en la sangre. Todos los pacientes con uremia acumulan solutos, colectivamente conocidos como toxinas urémicas. Siendo el más abundante la urea; por lo que la aplicación de la diálisis se justifica como un tratamiento para uremia.

La hemodiálisis es el tratamiento más común. Utiliza una máquina (Dializador Renal) para eliminar el líquido adicional, las sustancias químicas y los desechos de la sangre; previo a la conexión a la máquina, al paciente se le ha creado un doble acceso (mediante la implantación de un catéter) al sistema de vasos sanguíneos, por donde la sangre impura fluye hacia la máquina y retorna purificada al sistema. Durante el proceso, menos de una taza de sangre está fuera del cuerpo en cualquier momento dado. Como regla, la mayoría de los pacientes bajo diálisis requieren de seis a doce horas de este proceso de diálisis, por semana, divididas en general en dos o tres sesiones (Lintin, 2002).

Diálisis peritoneal

Heras y Coronel (2012) lo definen como aquellas técnicas de diálisis que utilizan el peritoneo como membrana de diálisis y su capacidad para permitir, la transferencia de agua y solutos entre la sangre y la solución para crear un lavado de desintoxicación en cual se encuentra el cuerpo en los pacientes con enfermedad crónica renal.

Este tipo de diálisis, no requiere de una máquina, en su lugar utiliza una vasta red de capilares localizados en el abdomen (cavidad peritoneal) para filtrar la sangre. Igualmente requiere de un acceso hacia la red de capilar, ya sea en el brazo o

en abdomen. Luego un tubo delgado (Catéter) se inserta en la cavidad peritoneal por el cual se introduce una solución salina. Los pequeños vasos sanguíneos en el recubrimiento interno del abdomen filtran los productos de desecho y el agua de la sangre hacia la solución de diálisis. Después de cuatro a seis horas, la solución se drena en el abdomen, llevando en ella el exceso de desechos y líquidos. Cada uno de estos ciclos se llama intercambio. Se necesitan varios intercambios al día y se pueden realizar mientras se efectúa la rutina del día, o por la noche, si se tiene una máquina de diálisis peritoneal doméstica. La máquina se llena y se vacía de líquido en forma automática mientras duerme el paciente. La diálisis peritoneal puede ser ambulatoria continua (Lintin, 2002).

Diálisis peritoneal ambulatoria continúa

Ésta emplea un catéter permanente en el abdomen para intercambiar la solución de diálisis cuatro veces al día, siete días por semana. Entre las sesiones de intercambio, el paciente no está conectado a nada y puede moverse con libertad mientras la solución de diálisis se encuentra en la cavidad peritoneal (Lintin, 2002).

1.7.8. Trasplante de órganos y trasplante renal.

Trasplante de órganos

Huerta y Madrigal (2014) mencionan que las primeras investigaciones de trasplante de órganos se hicieron en el siglo XIX en monos y cerdos. Los trasplantes en seres vivos, han sido posibles desde 1933, gracias al doctor Voronoy, quien realizó el primer trasplante a un joven con insuficiencia renal crónica, el cual tuvo una sobre vida de dos días. Ya en 1954 se realizó el primer trasplante renal exitoso y los avances en la inmunología han aumentado la posibilidad de tener mayor durabilidad del trasplante. Al trasladar órganos, tejidos o células de una persona a otra el órgano trasplantado reemplaza y asume la función del órgano dañado, logrando una mejoría en la calidad de vida en el individuo receptor.

Trasplante de riñones

Petechuk (2006) menciona que los primeros trasplantes de riñón exitosos fueron hechos en Boston y París en 1954. El trasplante fue hecho entre gemelos idénticos, para eliminar cualquier problema de una reacción inmune. La popularización del trasplante renal fue lenta. Por ejemplo, el primer trasplante de riñón en el Reino Unido no ocurrió hasta 1960 cuando Michael Woodruff realizó uno en Edimburgo

entre gemelos idénticos. El trasplante de donante difunto se introdujo en 1964, cuando comenzó el uso rutinario de medicamentos para prevenir y tratar el rechazo agudo. El riñón era el órgano más fácil a trasplantar, pues la prueba de compatibilidad de tejidos era simple, el órgano era relativamente fácil de extirpar e implantar, los donantes vivos podían ser usados sin dificultad, y en caso de fallo, quedaba la alternativa de la diálisis. La prueba de compatibilidad de tejidos es esencial para el éxito. Las primeras tentativas en los años 1950 en personas que padecían la enfermedad de Bright habían sido muy poco exitosas. El trasplante fue hecho por el Dr. Joseph Edward Murray, quien recibió el Premio Nobel de Medicina en 1990. El donante aún estaba vivo en el 2005; el receptor murió ocho años después del trasplante.

1.7.9. Trasplantes renales en Guatemala

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS)

En la Constitución Política de 1985 que rige en la actualidad, en el Artículo 100, el Estado reconoce y garantiza el derecho a la Seguridad Social; en el año de 1968, realiza la primera diálisis peritoneal y en enero de 1969 efectuó la primera hemodiálisis, experiencias positivas que sirvieron de base para continuar con los tratamientos al servicio de la población afiliada al Seguro Social (Álvarez, 2007).

Según Roldán (2002) en la consulta externa de Nefrología del Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se incrementa diez pacientes nuevos cada mes por insuficiencia renal crónica en etapa terminal, además, hay 300 pacientes en la lista de espera para trasplante y la mayoría no cuenta con donador.

Mientras que, en el Hospital San Juan de Dios, en la Unidad de Trasplante Renal desde 1986 hasta el 2002 se han realizado más de 212 trasplantes de riñón de donantes vivos, aproximadamente de 10 a 25 trasplantes al año.

Marco legal de la donación de órganos y tejidos en Guatemala

En el Acuerdo Gubernativo 740-86 'Reglamento para la Disposición de Órganos y Tejidos de Seres Humanos o de Cadáveres', entró a regir en septiembre de 1986, referente a lo normativo sobre la disposición de órganos y tejidos de seres humanos y de cadáveres, para la realización de trasplantes que puedan resolver graves deficiencias anatómicas o funcionales de personas que lo necesiten (INFILE,1985).

Donaciones y donantes

Con el incremento del uso de órganos de donantes vivos, en la actualidad mucha gente puede recibir un trasplante antes de necesitar diálisis renal (no en el caso de Guatemala) y en general la mayoría de enfermos renales en etapa terminal son candidatos a trasplante, aunque en casos de condiciones graves pueden no ser considerados apropiados para el trasplante, pero puede llevarse a cabo incluso en gente con problemas médicos significativos, como enfermedad cardiovascular o diabetes.

Con el desarrollo de nuevos medicamentos inmunosupresores diseñados para prevenir rechazo de órganos, sólo un número relativamente pequeño de trasplantes presenta problemas importantes de rechazo (Lintin, 2002).

Durante una evaluación, la persona que recibe el trasplante por lo general tiene dos opciones: recibir un riñón de un donador vivo o unirse a la lista de espera de cadáveres que un riñón de este tipo esté disponible. La mejor opción, cuando se tiene, es un donador vivo, por representar la posibilidad de un trasplante inmediato, que reduce y hasta elimina la necesidad de la diálisis. El vivo generalmente incluye familiares relacionados genéticamente que se seleccionan por su compatibilidad como hermanos, padres u otro parentesco. El uso de donante vivo ofrece varias ventajas para el receptor (Lintin, 2002).

Troncoso (2012) explica el proceso de selección de un donante, ya que el éxito del trasplante se atribuye a la identificación y preparación apropiada del donante. Como requisito mínimo necesario para trasplantar en el caso de riñón se requiere compatibilidad. Para ello se hace una serie de pruebas de compatibilidad, como es el complejo mayor de histocompatibilidad, un grupo de antígenos de la superficie celular, ya que su función es generar la respuesta inmune en el trasplante. El crossmatch sirve para detectar anticuerpos anti-HLA preformados contra las células del donante en el suero del potencial receptor a la hora de una transfusión de sangre. El anticuerpo reactivo en el panel de linfocitos es un examen que se realiza periódicamente a los pacientes renales en lista de espera para trasplante en el cual monitorizan el nivel de anticuerpos, para ver la probabilidad de un rechazo a la hora del implante.

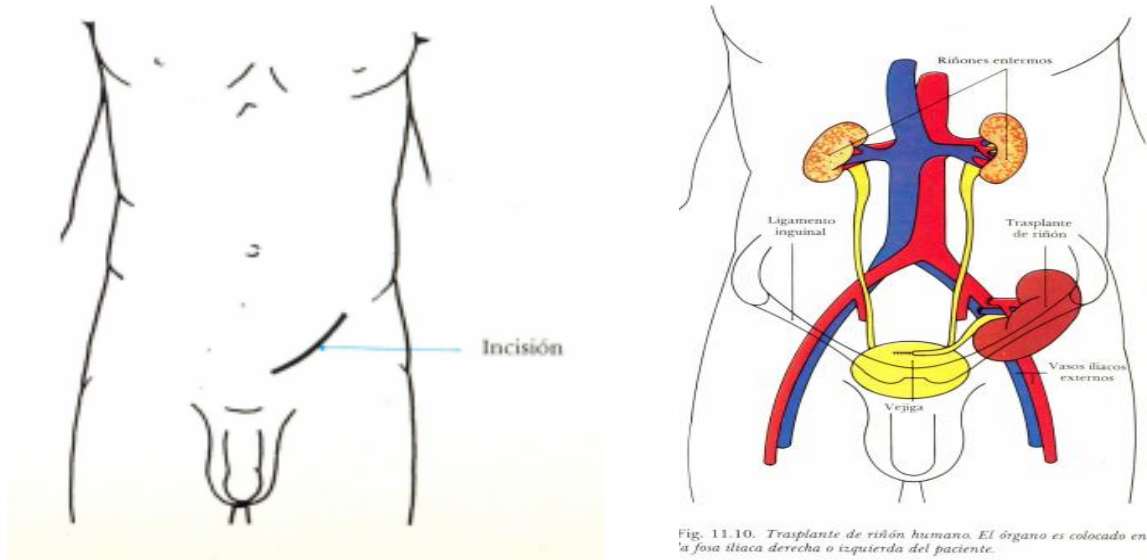
La compatibilidad y correspondencia entre los tipos de tejido del donador y el receptor, deben ser lo más elevado posible. Hoy en día, con el avance farmacológico que ha mejorado los inmunosupresores, se ha logrado obtener mejores resultados entre personas no compatibles (Huerta y Madrigal, 2014).

El desarrollo de la técnica laparoscópica de nefrectomía del donador ha dado como resultado un incremento importante en el número de trasplantes de riñón efectuados en años recientes. Esta técnica permite la extirpación del riñón del donador vivo a través de una incisión muy pequeña y en un tiempo de recuperación rápida para el donante (Lintin, 2002).

Procedimiento Quirúrgico de Trasplante Renal

Troncoso (2012) explica el procedimiento quirúrgico en el cual el riñón se implanta en las fosas ilíacas y extra peritoneal. Se efectúa una incisión ilíaca que permite desplazar el peritoneo medialmente y exponer y clampar adecuadamente los vasos ilíacos. La arteria renal es en donde se une con la arteria hipogástrica terminal. Mientras, se conserva un parche de aorta en la arteria del riñón donante. En la mayor parte de los casos el uréter del riñón donante se reimplanta en la vejiga.

Ilustración 2. Incisión y posicionamiento del riñón injerto



Fuente: Assecher, Moffat y Sanders (1992)

Tratamiento Inmunosupresor

Los avances en la inmunología han permitido la sobrevivencia del injerto. El tratamiento inmunosupresor incluye dosis sublinguales de radiación corporal total y químicos. Hoy en día existen varios inmunosupresores para uso clínico que permiten un manejo más específico, que se acople a la necesidad de cada paciente.

Existen múltiples fármacos que tiene como objetivo desplazar al sistema inmune, como: Tracrolimus y closporina.

El intento por preservar la vida y la función biológica, anatómica, depende de la dinámica propia de la medicina.

En resumen, la disfunción o pérdida de un órgano, en este caso el riñón, crea la necesidad de un trasplante que involucra un proceso quirúrgico. Este suceso se convierte en un momento trascendental en la vida del paciente, albergando un dilema moral, el constante debate entre ideas existenciales como muerte, vida propia, culpa, sobrevivencia, sufrimiento, amor, lucha, voluntad etc. El individuo que pasa por dicho proceso se encuentra en un dilema, existencial, pero una vez que sobrepasa esta situación en particular, el paciente reflexiona y trasciende como un individuo con sentido de vida.

Para esta investigación en específico se utilizó sujetos entre 25 a 50 años de edad, por lo que es de importancia entender la dinámica del desarrollo psicosocial del adulto ya que este es un factor que puede influir en la búsqueda de sentido de vida.

1.8. Adulthood

Según Papalia et al. (2016), la adulthood o edad adulta se divide en cuatro diferentes grupos de rangos de edades, siendo ellos: a) El de la edad adulta emergente de 18 a 25 b) El de la edad adulta temprana de 25 a 40 años, c) el de la edad adulta intermedia 40 a 50 y d) El de la edad adulta tardía de 50 a 100 años de edad. Para el propósito de la investigación se toma en cuenta la Edad Adulta Temprana y la Edad Adulta Intermedia:

1.8.1. Edad adulta Temprana

Papalia et al. (2016) de acuerdo con Di Giovanina y Frzanna (1994) describe la edad adulta temprana como la edad en que se marca el punto máximo de salud física aproximadamente entre los 18 y los 25, durante el cual la fuerza del organismo es más elevada, sus reflejos son más rápidos y las posibilidades de morir de enfermedad muy escasas.

1.8.3. Desarrollo físico y social en el Adulto

Las transiciones en el desarrollo social son cualitativas, durante el periodo de la adultez temprana, que está marcado por el abandono del hogar paterno y el ingreso en el mundo del trabajo, y en que las personas plantean metas y hacen elecciones profesionales. A principios de los cuarenta años, frecuentemente las personas comienzan a cuestionar su vida entera, a este periodo se le llama de la transición de la edad mediana, al hacerse conscientes de que algún día se morirán y cuestionado sus logros en la vida, al enfrentarse con los signos de envejecimiento físico y sentirse insatisfechos con su vida, pudiendo dar lugar al fenómeno conocido como crisis de la mediana edad Papalia et al. (2016).

Alrededor de los 25 años de edad el cuerpo se vuelve menos eficiente y más susceptible a enfermedades, sin embargo, la buena salud predomina. Durante la edad adulta intermedia las personas van adquiriendo lentamente conciencia de los cambios que comienzan en su cuerpo, por lo común aumentan peso, pérdida gradual de los órganos sensoriales y la reacción a estímulos se vuelve lenta e inadvertida.

En la edad adulta intermedia a comparación de la temprana, las mujeres empiezan con la menopausia, mientras que en los hombres es un poco más sutil, ya que el varón continúa siendo fértil, sin embargo, la producción de esperma se reduce al igual que la frecuencia de orgasmo.

1.3.2 Desarrollo psicosocial en el Adulto joven

Existen cuatro enfoques principales del desarrollo psicosocial en el adulto joven: el modelo de rasgos, modelos tipológicos, modelos de crisis normativa y modelos de ocurrencia oportuna de eventos.

El modelo de rasgos

Papalia et al. (2016) explican el modelo de rasgos como atributos intelectuales, emocionales, temperamentales y de comportamiento, a través de los cinco factores de Costa y McCrae, quienes desarrollaron y probaron un modelo de cinco factores que parecen sustentar cinco grupos de rasgos asociados (los cinco grandes): neurosis, extraversión, apertura a experiencias, reactividad y afabilidad.

A continuación, se muestra una breve descripción de los cinco rasgos de Costa y McCrae:

Las personas con *neurosis* presentan seis rasgos negativos que indican inestabilidad emocional: ansiedad, hostilidad, depresión, timidez, impulsividad, culpa, inutilidad y vulnerabilidad.

Las personas con *extraversión* manifiestan seis facetas: calidez, carácter sociable, asertividad, búsqueda de actividades excitantes y emociones positivas.

Las personas *abiertas* a la experiencia están dispuestas a emprender nuevas actividades y escoger nuevas ideas, tiene imaginación vivida, escogen nuevas ideas y tiene sentimientos fuertes, aprecian la belleza y las artes, y cuestionan los valores tradicionales.

Las personas *rectas* son: triunfadoras, ordenadas, cumplidoras del deber, concienzudas y disciplinadas.

Las personas *afables* son: confiables, sinceras, altruistas, concedentes, modestos y engañar con facilidad.

Los Modelos tipológicos

Para Papalia et al. (2016), los modelos tipológicos son aquellos modelos teóricos que identifican amplios tipos y estilos de personalidad que refleja actitudes, valores, comportamiento e interacciones sociales. La capacidad de adaptación, se refiere aquellas personas que manejan un autocontrol, tiene confianza en sí misma, son

independientes, articuladas, atentas y cooperadoras. A diferencia de las súper controladas, quienes son personas tímidas, tranquilas, calladas, ansiosas y dependientes. Por último, las personas poco controladas, quienes muestran ser energéticas, impulsivas, persistentes y se distraen con facilidad.

Los Modelos de crisis normativa

Papalia et al. (2016) los definen como aquellos modelos teóricos que describen el desarrollo psicosocial en términos de una secuencia definida de cambios relacionados haciendo énfasis en el desarrollo psicosocial de Eric Erikson, quien hace énfasis en la sexta crisis de desarrollo psicosocial, intimidad frente a aislamiento, es la preocupación principal de la edad adulta temprana.

Desde una perspectiva logoterapéutica, Unikel (S.F) habla sobre la polaridad de ser- no ser, de la persona existente, en el cual el primer polo (ser) es la vida, y el segundo polo (no ser), la muerte. El área del ser, conduce hacia la expansión de sí mismo, de la conciencia de que existe en medio de este mundo y de que puede hacer algo. Cuando tal conciencia no existe la expansión de sí misma queda detenida volviendo ser en el espectro del no ser. Lo que significa que, la personalidad solo se alcanza cuando se avanza, a pesar de los conflictos, la culpa, el aislamiento y la

ansiedad, si uno no avanza, el resultado es la ansiedad neurótica, lo que ocurre cuando el individuo teme a la libertad.

El ser y no ser son dos extremos de esa polaridad y se va a experimentar a lo largo de la vida de la persona lo que se estará presentando a lo largo de su vida y el cual lo obligará a moverse en dirección de uno o el otro.

Mientras que el desarrollo psicosocial de Eric Erikson se refiere de la siguiente manera:

Intimidad versus aislamiento Joven adulto: de 20 a 30 años, Bordignon (2005) explica la intimidad versus aislamiento de Erikson como la fuerza sintónica que lleva al joven adulto a confiar en alguien como compañero en amor y en el trabajo, integrarse afiliaciones sociales y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos, al mismo tiempo que imponen sacrificios y compromisos significativos, versus el aislamiento afectivo, el distanciamiento o la exclusividad que se expresa en el individuo y egocentrismo sexual y psicosocial. Un justo equilibrio entre la intimidad y el aislamiento fortalece la capacidad para realización del amor y el ejercicio profesional. Los principios relacionados de orden sociales de integración y compromiso en instituciones que nace de este contenido se expresan en las relaciones sociales de integración y compromiso.

Bordignon (2005) explica que la crisis psicosocial del adulto se caracteriza por el conflicto de la productividad versus el estancamiento, individuos que se encuentran entre los 30 a 50 años. Para ellos, la educación de las nuevas generaciones se vuelve esencial y significativa, calificando sus experiencias de vida o de muerte, al buscar constantemente la superación personal y laboral. disfrutan trabajar por el bien de los demás y su círculo familiar. Por lo que la virtud de este período es el cuidado y el amor, este sentimiento de responsabilidad universal para todos los hijos y por todo producto del trabajo humano se vuelve importante y gratificante teniendo a si una vida productiva.

A diferencia de la productiva el estancamiento, representa una regresión psicosocial a la necesidad obsesiva de pseudo-intimidad, acompañada de sentimientos de auto rechazo y aislamiento. El individuo percibir a las personas, los grupos, y la misma humanidad como una amenaza para ellos, se puede volver contra la propia persona creando auto-rechazo. Por último, buscan ser inflexible, por el uso exagerado del poder generativo al imponerse en la vida familiar y profesional al imponer ideologías (Bordignon, 2005).

Modelo de ocurrencias oportunidad de evento

Papalia et al. (2016) define el modelo de ocurrencia oportunidad de eventos como aquel modelo teórico que describe el desarrollo psicosocial adulto como respuesta a la ocurrencia esperada o inesperada y la época de los eventos importantes de la vida. Los eventos normativos de la vida (inicia también llamados eventos normativos, clasificados según la edad) son aquellos que ocurren a muchos adultos en ciertas épocas de la vida, como el matrimonio, la paternidad, el ser abuelo y la jubilación.

Las crisis no se originan por alcanzar cierta edad (como en el modelo de crisis normativa), sino por la época y la ocurrencia inesperada de eventos de la vida. Si los eventos ocurren como se esperaban, el desarrollo procede normalmente; y si no ocurren así, es posible que cause estrés, que puede resultar de un evento inesperado (como la pérdida del trabajo, una enfermedad o la muerte de un ser querido), un evento que sucede más tarde o más temprano de lo esperado por ejemplo el enviudar a los 35 años, tener el primer hijo a los 45 o estar forzado a jubilarse a los 55; o de la frustración por un evento que se espera que ocurra siempre (no contraer matrimonio o no poder tener un hijo).

1.8.4. Edad Adulta Intermedia

Según Papalia et al. (2016), los años de la edad adulta intermedia son de los 40 a 50 años de edad y considera que es una época relativamente tranquila situada entre los cambios más drásticos de la edad adulta temprana y la vejez. En esta etapa la medición de habilidades cognitivas no es uniforme, pues implica pérdidas y ganancias en diferentes habilidades y en diferentes épocas. Aunque la velocidad de percepción disminuye progresivamente, comenzando a los 25 años, y la habilidad numérica empieza a declinar alrededor de los 40, el desempeño máximo en cuatro de las seis habilidades: razonamiento inductivo, relaciones espaciales, vocabulario y memoria verbal, ocurre casi a mitad de camino hacia la edad adulta intermedia.

Generatividad versus estancamiento

Bordignon (2005), define la edad adulta intermedia por medio de la teoría sobre la descripción psicosocial del ciclo completo de la vida. Teoría que propuso Erik Erikson, acerca de la etapa generatividad versus estancamiento.

Después de la paternidad (maternidad), el impulso generativo incluye la capacidad de la productividad. Este dialéctico representa la fuerza de la generación y

de desarrollo de la vida humana o a su extinción, por ello se vuelve, para cada persona, lo más esencial y significativo, calificando y determinado su experiencia de vida.

Es importante la superación de esta dialéctica para que la persona sea capaz de amar y trabajar para el bien de los otros, más allá de aquellos de su círculo familiar. La virtud propia de ese periodo es el cuidado y el amor, este sentimiento de responsabilidad que trasciende la tensión a la propia familia y trabajo. Creando un sentimiento de responsabilidad universal para sus hijos y para todo producto de trabajo humano. De la resolución de la crisis de generatividad nace la experiencia de la caridad: la virtud de cuidado y salud.

Los sujetos de esta investigación se encuentran entre las edades de 25 a 50 años de edad, por el cual se tomó en cuenta las etapas de Desarrollo de Erickson, la etapa VI, *Intimidad versus aislamiento* y VII, *la productividad versus el estancamiento*, tomado de Bordignon (2005). El individuo evalúa su vida para ver si fue significativa o no, determinado si su vida tiene un sentido o vacío un existencial.

En resumen, la adultez o edad adulta se divide en tres diferentes grupos de rangos de edades, el de la edad adulta temprana, intermedia, tardía. Para el propósito de la investigación se toma en cuenta la Edad Adulta Temprana, una época durante el cual la fuerza del organismo es más elevada, sus reflejos son más rápidos y las

posibilidades de morir de enfermedad es escasas, la buena salud predomina y la Edad Adulta Intermedia en donde inicia un proceso de decadencia de salud.

Cuando un paciente adulto renal tiene conciencia sobre la posibilidad de morir, puede significar dejar atrás compromisos, sueños y responsabilidades no cumplidos, por lo cual provoca una crisis, no por alcanzar cierta edad, como el modelo de crisis normativa, sino por la época y la ocurrencia inesperadas de eventos que causan estrés, como es la enfermedad crónica.

La insuficiencia renal, como recurso para obtener nuevamente una vida “normal”, tiene como solución el trasplante renal, un proceso complejo que puede originar una crisis existencial. Durante el proceso del trasplante renal al paciente adulto le puede surgir un sentido de lucha por sobrevivir y poder cumplir con dichos compromisos, sueños y metas, descubriendo así su propio sentido de vida.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando el ser humano se encuentra en una situación inevitable, como es el caso de los pacientes que sufren una enfermedad crónica, atraviesan circunstancias dolorosas y un periodo de sufrimiento en donde la percepción de vida se altera.

Con base a las estadísticas de países de Latinoamérica, en el 2009 se calcula que hay unas 400 personas con enfermedad renal por cada millón de habitantes, lo que indica que en Guatemala podría haber más de 4,800 pacientes, de los cuales solo son diagnosticados 1,800 y más de 3,000 personas con insuficiencia renal no llegan a ser diagnosticadas, y menos a recibir un tratamiento; son dos de cada tres pacientes. En Guatemala existe un alto y creciente número de pacientes con insuficiencia renal que están requiriendo como única solución aceptable para alcanzar una vida normal, un trasplante de riñón. Cada mes, el IGSS recibe unos 120 casos recién diagnosticados con problemas de riñón. En la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC) en el 2018, se atiende a unas mil seiscientas treinta personas con insuficiencia renal que llegan a su tratamiento de hemodiálisis y diálisis, ya que no tienen la posibilidad de un trasplante. De igual forma, en el Hospital General San Juan de Dios existen 20 pacientes en espera de un trasplante renal y en todo el país se calcula que existen unas 3,10, se puede decir que esto aumenta con el tiempo. El proceso de trasplante requiere de un protocolo de seguimiento y de la disposición de un donante compatible para ello, vivo o cadavérico, lo que significa que no todo aquel que

requiere de un trasplante renal, lo pueda lograr, por no conseguir donación apropiada y al costo para evitar el rechazo del órgano, que son aproximadamente Q3,000.00 (tres mil quetzales) mensuales, sin tomar en cuenta la operación, que cuesta entre Q150,000.00 (ciento cincuenta mil quetzales) y Q200,00.00 (doscientos mil quetzales) aproximadamente (Alonzo, F., Santis, M. y López, C., 2011).

El paciente antes de pasar por el proceso de trasplante renal pasa por una situación de sufrimiento inevitable, encontrando limitada su libertad de voluntad. Así, cuando el paciente renal pierde la capacidad para tomar decisiones personales y deja de gozar de la libertad necesaria para elegir su propio destino, puede nacer un vacío que llega a tomar control sobre la vida de dicho individuo. El paciente renal puede tener la capacidad de tornar su situación dolorosa y generarle un sentido superior al dolor y así seguir luchando por su vida, una forma que puede llegar a él es a través del trasplante renal.

De acuerdo con Frankl (2004), el ser humano tiende por instinto a evitar el dolor o sufrimiento, pero cuando esto no resulta posible como es en el caso de los pacientes renales que atraviesan el proceso del trasplante, nace la voluntad por luchar y sobrevivir, la voluntad de sentido.

Una vez que el paciente renal pasa por el trasplante, su calidad de vida tiene una mejoría abismal y puede reflexionar sobre la experiencia que impacto su organismo (se entiende por organismo, la totalidad psico-física-social y espiritual) sea consiente o no de ello, la logoterapia ayuda al individuo a comprender que tiene la capacidad de descubrir su sentido. La libertad externa es una bendición cuando se es consciente de ello y se está en condiciones para su propio crecimiento, pero es lo contrario cuando no se sabe qué hacer con ello (Unikel s.f).

Por lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es “El Sentido de Vida” en los pacientes renales en la edad adulta en un intervalo de 1 a 10 años después del trasplante renal?

2.1. Objetivos

2.1.1. Objetivo General

Conocer el sentido de vida en pacientes renales adultos en un intervalo de 1 a 10 años después del trasplante renal.

2.1.2. Objetivos Específicos

Identificar el rango de sentido de vida, obtenido en la Escala Dimensional del Sentido de Vida en los pacientes renales después de someterse al trasplante renal, según los rangos: plenitud del sentido, alto sentido vital, sentido vital medio y búsqueda de sentido vital.

Determinar si existe diferencia en la distribución de los rangos del sentido de vida de los pacientes renales después de someterse al trasplante renal, según sexo.

Identificar si existe correlación entre el sentido de vida de los pacientes renales trasplantados y la edad de los mismos.

Determinar si existe correlación entre el nivel de sentido vida y el tiempo transcurrido desde el trasplante renal.

Comparar el porcentaje de sentido de vida según si es creyente o no creyente.

Con base en los resultados que se obtengan, desarrollar una guía de ayuda, para potenciar un nivel de sentido pleno en los pacientes renales trasplantados, a la luz de técnicas de Logoterapia.

2.2. Elemento de estudio

Sentido de Vida

2.3. Definición de Elemento de estudio

2.3.1. Definición Conceptual

Martínez (2011) afirma que el sentido de vida es una percepción que se da en el panorama existencial, es una vivencia que brinda plenitud y motivos para vivir que le llegan a dar valor a lo que se vive, pues el sentido se descubre en situaciones que producen algo positivo, al igual en momentos que no son placenteros pero que brindan la sensación del deber cumplido.

2.3.2. Definición Operacional

El sentido de vida para fines de esta investigación se entendió como la forma en que los pacientes trasplantados renales después de atravesar una situación dolorosa e inevitable, trascienden al encontrarle sentido a la experiencia vivida. Se hicieron operacionales por medio de la Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV) y se evaluó con los siguientes rangos:

Plenitud Del Sentido (3.00 – 2.65)

Alto Sentido Vital (2.64 – 2.35)

Medio Sentido Vital (2.34 – 2.00)

Búsqueda De Sentido Vital (1.99 – 0.00)

2.4. Alcances y Límites

Este estudio pretende conocer el sentido de vida en pacientes renales adultos, que tienen entre uno y diez años de haber sido trasplantados exitosamente.

Los resultados son válidos para la muestra de estudio y de alguna manera podrá representar un indicador para la población con características similares.

2.5. Aporte

La investigación es un claro ejemplo de cómo la valoración de actitud emerge en una circunstancia dolorosa y llena de sufrimiento, siendo el sufrimiento el impulso de lucha en el paciente para que al final de su travesía llegue a encontrar e identificar su sentido de vida.

Los resultados de esta investigación pueden permitir a los médicos nefrólogos tener una mejor percepción sobre el manejo del proceso emocional y mental que está llevando el paciente renal, así trabajar conjuntamente lo fisiológico con lo psíquico para obtener mejores resultados luego del trasplante renal. Esto les ayuda a velar por la salud emocional, mientras el paciente se encuentre en el proceso del trasplante.

Además, puede servir de guía al paciente después de entrar en el proceso del trasplante como método de lucha y así lograr que el paciente logre encontrar aquel impulso que lo ayude a enfrentar y superar su enfermedad, para así llegar a ser una persona que trascienda y logre encontrar el sentido de su propia voluntad, y superar dicho sufrimiento.

Es de gran ayuda para los psicólogos clínicos, ya que el estudio sirve de referencia a la hora de trabajar con un paciente renal que se encuentra o que pasó por el proceso del trasplante renal. De igual forma, la valoración de actitud propuesta por Frankl, puede ayudar a los pacientes a descubrir el sentido de vida, durante el proceso de trasplante y así constituiría una terapia apropiada para el mismo luego de dicho proceso.

Así también, el estudio puede ser utilizado como referencia para la realización de futuras investigaciones y el desarrollo de un programa terapéutico enfocado en la logoterapia, la búsqueda de sentido de vida, en pacientes renales crónico y trasplantado, para un mejor manejo de la situación en la que se vive.

Con base a los resultados obtenidos, se desarrolló una guía de ayuda, que permite potenciar un nivel de sentido pleno en los pacientes trasplantados o para una población con características similares, utilizando técnicas de Logoterapia.

III MÉTODO

3.1 Sujetos

La población que participó en este estudio fue integrada por pacientes renales que tenían entre 1 a 10 años de haber sido trasplantados exitosamente, provenientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGGS) y el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD) de la ciudad de Guatemala. Ambos hospitales, cuentan con la capacidad tecnológica y profesional para realizar dicho proceso quirúrgico y mantener un control de chequeos médicos rutinarios en los pacientes.

Se tomó en cuenta a 53 pacientes trasplantados que se encontraban entre las edades de 25 a 50 años de edad.

Para la muestra se tomó en cuenta a personas de ambos sexos, rango de sentido de vida, creyentes y no creyentes, edades y tiempo de trasplante.

Los pacientes trasplantados fueron evaluados aprovechando los momentos de sus chequeos rutinarios o cuando, por otros trámites relacionados, se encontraban en las instalaciones hospitalarias.

3.1.2 Cuadro de resumen de los sujetos participantes del estudio.

TABLA #1

MUESTRA DE LOS SUJETOS					
POBLACIÓN	TOTAL DE LA MUESTRA	PORCENTAJE DE LA MUESTRA	INSTITUCIÓN	TOTAL DE LA MUESTRA	PORCENTAJE DE LA MUESTRA
ENTREVISTADOS	53	100%	IGSS	30	56.60%
			HGSJD	23	43.40%
MUESTRA DE LOS SUJETOS SEGÚN SEXO					
MUJERES	20	37.4%	IGSS	12	22.64%
			HGSJD	9	16.99 %
HOMBRES	33	62.26%	IGSS	11	20.75
			HGSJD	21	39.62%
TOTAL DE SUJETOS	53	100%	TOTAL	53	100%

RANGO DE EDADES					
POBLACIÓN TOTAL	PORCENTAJE DE POBLACIÓN	INSTITUCIÓN	RANGO DE EDAD	SUJETOS	PORCENTAJE DE SUJETOS
53	100%	HGSJD	EDAD ADULTA TEMPRANA (25 - 40 AÑOS)	26	49.06%
			EDAD ADULTA MEDIA (40 - 50 AÑOS)	4	7.55%
		TOTAL HGSJD		30	56.61%
		IGSS	EDAD ADULTA TEMPRANA (25 - 40 AÑOS)	17	32.07%
			EDAD ADULTA MEDIA (40 - 50 AÑOS)	6	11.32%
		TOTAL IGSS		23	43.39%
		TOTAL DE SUJETOS		53	100%

TABLA #2

TABLA # 3

RANGO DE RELIGIÓN						
POBLACIÓN TOTAL	PORCENTAJE DE POBLACIÓN	INSTITUCIÓN	CREYENTES Y NO CREYENTES	SUJETOS	PORCENTAJE DE SUJETOS	
53	100%	HGSJD	CATÓLICOS	19	35.85%	
			EVANGÉLICOS	9	16.98%	
			SIN RELIGIÓN ALGUNA	1	1.89%	
			NO CREYENTES	0	0%	
			OTRAS RELIGIONES	1	1.89%	
		TOTAL HGSJD			30	56.61%
		IGSS	CATÓLICOS	17	32.07%	
			EVANGÉLICOS	5	9.43%	
			SIN RELIGIÓN ALGUNA	0	0%	
			NO CREYENTES	1	1.89%	
			OTRAS RELIGIONES	0	0%	
		TOTAL IGSS			23	43.39%
		TOTAL DE SUJETOS			53	100%

TABLA # 4

RANGO DE TIEMPO DE TRASPLANTE							
POBLACIÓN TOTAL	PORCENTAJE DE POBLACIÓN	INSTITUCIÓN	RANGO DE TIEMPO	SUJETOS	PORCENTAJE DE SUJETOS		
53	100%	HGSJD	1 a 3 años	17	32.07%		
			4 a 6 años	8	15.09%		
			7 a 10 años	5	9.43%		
		TOTAL HGSJD			30	56.59%	
		IGSS	1 a 3 años	7	13.21%		
			4 a 6 años	8	15.09%		
			7 a 10 años	8	15.09%		
		TOTAL IGSS			23	43.39%	
		TOTAL DE SUJETOS				53	100%

3.2 Instrumentos

Para la medición del sentido de vida, se utilizó el instrumento creado por Efrén Martínez llamado Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV), el cual fue elaborado en 2011. Este mismo fue adaptado y construido, sometido a validación, con la participación de cuatro jueces expertos en logoterapia y psicometría, quienes revisaron los ítems en términos de la pertinencia (validez), relevancia, redacción (claridad) y

suficiencia, en función de las dimensiones Percepción de sentido (captación cognoscitiva de valores que brindan orientación y motivos para vivir) y Vivencia de sentido. EDSV se desarrolló una investigación transversal, de tipo descriptivo-correlacional (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), dirigida a la evaluación de la validez de constructo y la consistencia interna de una prueba psicométrica.

Para proteger la validez estadística de la EDSV, (Martínez et al. 2011) explica que “a través del análisis de ejes principales y el método de rotación Oblimin con Kaiser, se examinó la estructura o La prueba de adecuación de la matriz de datos de la muestra (KMO) el cual fue de, 96, lo cual indica que el análisis factorial es adecuado, pues el grado de varianza común entre las variables es “muy bueno”, según la clasificación propuesta por Kaiser y Rice (1974). Así mismo, la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($p < 0,001$), indicando que los datos tienen una alta probabilidad de estar relacionados (Tabachnick y Fidell, 2001). La correlación inter-ítem con el mayor coeficiente observado fue de ,78.

Los coeficientes Alpha para cada una de las dimensiones propuestas, eliminando los ítems 4 y 11 del análisis, fueron: 95 para Percepción del propósito vital y, 75 para Coherencia existencial, es decir que son adecuadas. En su totalidad, la prueba presentó un Alphade, 94, indicando un alto grado de consistencia interna (Kerlinger, 2001).”

El EDSV es un instrumento autoadministrable o de aplicación individualizada, en contextos clínicos o de investigación. La prueba contiene 18 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones, que van desde "Totalmente en Desacuerdo" a "Totalmente de Acuerdo", valorados de 0-3 en los ítems directos (2,3,6,9,15), y de 3-0 en los inversos (1,4,5,7,8,10,11,12, 13,14,16,17,18).

El test, se aplica de la siguiente manera:

Se le explica al individuo que lea detalladamente cada una de las afirmaciones y sus alternativas de respuesta y responda de manera clara, seleccionando la mejor opción que describe su forma de actuar y/o de pensar, el sujeto debe señalar la respuesta seleccionada con una X y tratar de responder todas y cada una de las afirmaciones.

La aplicación del instrumento tiene una duración de 15 a 20 minutos.

La escala se califica de la siguiente manera: colocar en la tabla de valorización de ítem, el número de valor que puso el sujeto como respuesta a cada pregunta, para verificar el valor, se utiliza la hoja de calificación, después se suman todas las casillas para obtener el total, una vez que se tenga el total, se interpreta.

Según Martínez (2012), la manera de interpretar los resultados de la EDSV es la siguiente:

PLENITUD DEL SENTIDO (3.00 – 2.65)

Un nivel pleno habla de personas que experimentan su vida llena de sentido y propósito, con metas claras y la sensación de progresar en el avance hacia las mismas, se entusiasman con sus tareas cotidianas, sintiéndose satisfechos con lo que han logrado hasta al momento. Su capacidad para encontrar un sentido en su vida es bastante buena. Son personas que teniendo claras las metas en su vida, experimentan una gran compaginación con las mismas, sintiéndose plenos con lo que hacen en la vida y actuando de acuerdo a los valores con los que se identifican, los valores que hay en su vida los llenan de razones para existir. Se sienten integrados y coherentes con la vida que llevan y el proyecto que quieren para la misma. Son personas de “una sola pieza”. Se sienten orientadas en la vida, identificándose con claridad con sus deberes y proyectos, reconociendo con facilidad su “sello personal” en las acciones que llevan a cabo. Comprenden plenamente las razones por las que actúan en su vida, experimentando la sensación de valerosidad de su proyecto vital.

ALTO SENTIDO VITAL (2.64 – 2.35)

Un nivel Alto habla de personas que experimentan su vida con sentido y propósito, con metas claras y la sensación de progresar en el avance hacia las mismas, pocas veces se aburren con sus tareas cotidianas, sintiéndose satisfechos con lo que han logrado hasta al momento. Su capacidad para encontrar un sentido en su vida es buena. Se sienten coherentes con las metas y acciones que tienen en su vida, se sienten conectados y bien con las mismas, actuando normalmente de acuerdo a los valores con los que se identifican; los valores que hay en su vida los llenan de razones para existir. Se sienten integrados y coherentes con la vida que llevan y el proyecto que quieren para la misma. Habla de personas que se sienten orientadas en la vida, identificándose con claridad con casi todos sus deberes y proyectos, reconociendo con frecuencia su “sello personal” en las acciones que llevan a cabo. Suelen comprender la razón de sus acciones, experimentando que en su vida hay muchas cosas que valen la pena, aunque pueden experimentar esporádicas inseguridades.

SENTIDO VITAL MEDIO (2.34 – 2.00)

Un nivel Medio de sentido vital habla de personas que experimentan su vida con sentido y propósito, aunque en ocasiones tienen breves momentos de desorientación.

Estos individuos suelen tener metas en su vida y la sensación de progresar en el avance hacia las mismas, a pesar de algunos periodos de estancamiento o pérdida de interés.

El sentido del momento los entusiasma, aunque no en todas las actividades y contextos en los que se encuentran.

Las personas se sienten coherentes con algunas de las metas que tienen en su vida, aunque puede ser que con otras no se sientan tan compaginados ni plenos. Suelen actuar de acuerdo a sus valores, pero ocasionalmente pueden desencontrarse con los mismos y dejarse llevar por otras razones. A pesar de ello, normalmente se sienten coherentes con la vida que llevan y el proyecto que quieren para la misma, con dudas transitorias acerca de su camino. Pueden tener cierta ambivalencia entre la orientación y la desorientación en su vida, ocasionalmente dudan del sentido de la misma y no siempre cumplen con todos sus deberes. A pesar de las cosas que valen la pena en su vida, a veces se contradicen entre lo que deben y lo que quieren, desconociéndose a sí mismos en algunas de sus acciones.

BÚSQUEDA DE SENTIDO VITAL (1.99 – 0.00)

Un nivel de búsqueda de sentido vital habla de personas que experimentan su vida predominantemente sin sentido y propósito. Aunque en ocasiones tienen momentos en los que se sienten orientados, suelen tener pocas metas en su vida o a pesar de las mismas no

tener la sensación de progreso y motivación en el avance hacia las mismas. A pesar de algunos periodos de motivación e interés, el sentido del momento no se mantiene constantemente, aunque en algunos contextos puede ser más fuerte. Pueden sentirse desconectadas de sus metas y acciones, experimentando la sensación de “no hallarse”. Suelen actuar sin un orden para conseguir sus metas y dudan con frecuencia acerca de qué es lo que quieren realmente en su vida. Dudan y les cuesta tomar decisiones. Suelen desorientarse con respecto a lo que quieren en su vida y con sus metas, dudan del sentido de las mismas y aun teniendo claros sus deberes no se motivan a cumplirlos. Algunos no perciben cosas que valgan la pena en sus vidas y no se identifican con las acciones que realizan, se sienten en un desencuentro personal.

3.3. Procedimiento

Se entregó el anteproyecto para su autorización por parte de la Facultad de Humanidades.

Se solicitó autorización, por medio de una carta dirigida a las instituciones IGSS y Hospital General San Juan de Dios para llevar a cabo la investigación.

Se realizó la selección de personas que participaron en la investigación según el rango de edad, sexo, creyentes o no creyentes y tiempo de trasplante.

Se entregó un consentimiento informado a cada uno de los participantes.

Se aplicó el EDSV a los pacientes trasplantados del IGSS y el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala cuando los pacientes iban a sus chequeos médicos y que se encontrarán afuera de las instalaciones.

Se aplicó el instrumento, se procedió a la tabulación de los resultados, a través de los resultados estadísticos y se hizo un análisis con los resultados y el marco teórico.

Se realizaron la discusión de los resultados y las conclusiones.

Se elaboró un Manual de ayuda para potenciar un nivel de sentido pleno en los pacientes renales trasplantados a la luz de técnicas de Logoterapia.

3.4. Diseño y Metodología Estadística

La investigación fue de tipo cuantitativo, diseño no experimental de tipo transversal; según Hernández, Fernández y Baptista (2006) estos buscan medir o recoger información de manera conjunta o dependiente sobre los conceptos o variables a los que se hará referencia a través de un conjunto de diez fases.

A través de las distintas fases (la idea, el planteamiento de problema, la revisión de la literatura y desarrollo del marco teórico, visualización del alcance del estudio, elaboración de definición de variables, desarrollo del diseño de investigación, definición y selección de la muestra, recolección datos, análisis de datos y elaboración de resultados) se logró completar la investigación.

La metodología estadística utilizada fue: frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (\bar{X} , M_o y M_e), que según Hernández, Fernández y Baptista (2006) son valores medios o centrales de una distribución que sirven para ubicarla dentro de la escala de medición. Se utilizó de igual forma la desviación estándar que es definida por los mismos autores como el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la medida que se expresa en las unidades originales de medición de la distribución y el coeficiente de correlación lineal de Pearson. Índice que mide el grado de convención entre distintas variables relacionadas linealmente. Todo se hizo con el apoyo del programa Excel de Microsoft 2010.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por los pacientes renales adultos después del procedimiento quirúrgico en un intervalo de 1 a 10 años después del trasplante renal., tanto pacientes del Hospital General San Juan de Dios como IGGS, en la Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV) de Martínez (2011). Se describen, además, las relaciones entre los resultados en estas variables y las características de la muestra antes definidas (sexo, edad, religión, rango de sentido y tiempo de trasplante) Por último, se exponen los resultados obtenidos en el contraste de medias y correlaciones.

4.1. Análisis descriptivo

A) Puntaje total obtenido de la Escala Dimensional del Sentido de Vida:

Se considera que un paciente posee un sentido de vida si se encuentra dentro de los siguientes tres rangos de sentido: plenitud del sentido, alto sentido vital, sentido vital medio, mientras que si el paciente se encuentra dentro del rango de Búsqueda de Sentido Vital se considera que se encuentra en una crisis o vacío existencial ya que no posee un sentido de vida.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que, de acuerdo a la clasificación de la EDSV, aquí utilizada, del 100% de los pacientes renales después de

someterse al trasplante renal, el 85% de pacientes trasplantados renales se encuentran con un sentido de vida, distribuidos así: el 36% con sentido de vida medio, el 32% con alto sentido de vida y un 17% tiene plenitud de sentido, mientras que el 15% se encuentra en búsqueda de sentido (crisis existencial o vacío existencial).

A.1 Tabla de los resultados obtenidos según la clasificación del ESDV

TABLA DE RANGO	PORCENTAJE OBTENIDO DE LOS RESULTADOS DEL EDSV
PLENITUD DEL SENTIDO (3.00 – 2.65)	17%
ALTO SENTIDO VITAL (2.64 - 2.35)	32%
MEDIO SENTIDO VITAL (2.34 - 2)	36%
BÚSQUEDA DE SENTIDO VITAL (1.99 - 0)	15%

4.2. Diferencia en porcentajes

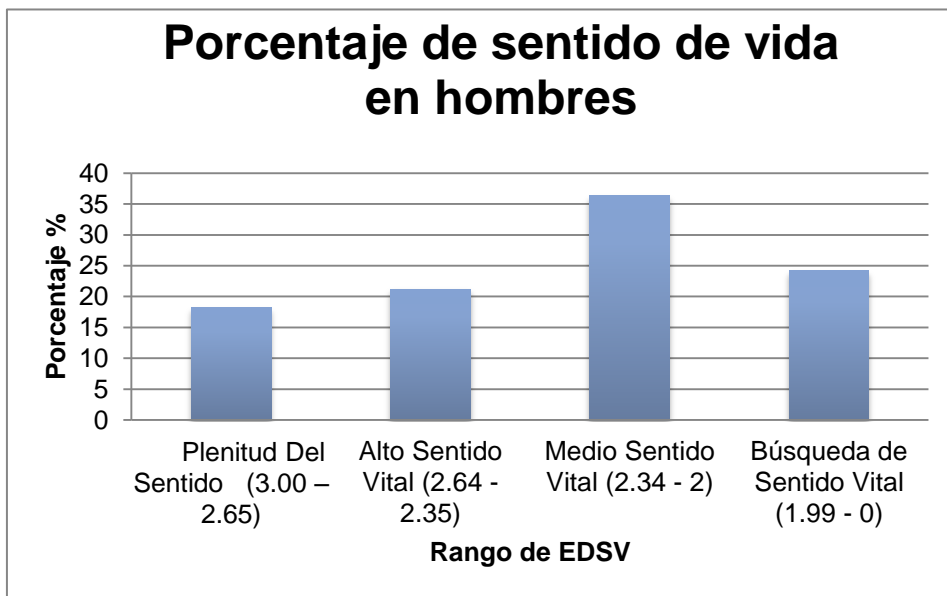
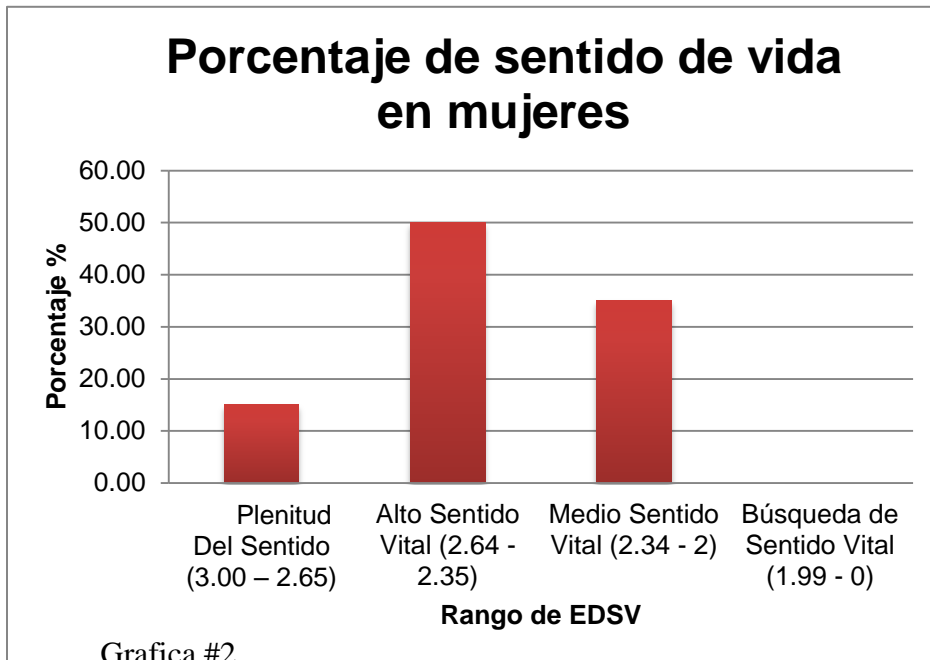
Relación de Valor de Sentido de Vida (EDSV) entre mujeres y hombres.

Como se observa en las gráficas 1 y 2 existe una diferencia notable de ubicación en los valores de sentido de vida de la Escala EDSV, entre los grupos de hombres y mujeres del estudio. Como se evidencia en las dos gráficas posteriores, las mujeres están distribuidas entre los rangos de Plenitud de Sentido de Vida, de Alto Sentido Vital y Medio Sentido Vital, mientras que los hombres se encuentran según la EDSV en todos los rangos y concentran su mayor porcentaje en los rangos de Medio Sentido Vital y Búsqueda de Sentido Vital.

En este caso los resultados de los valores de sentido vida en Mujeres, representan el 37.74% del total de los resultados y tiene una media 2.41 en la EDSV mientras que los resultados de los valores de sentido vida en hombres representan un 62.26% y tiene una media de 2.25 en la EDSV.

En este caso se puede concluir que, según los promedios de los valores EDSV, las mujeres presentan un incremento de 0.16 y se encuentran en el rango de Alto Sentido de Vida y los hombres se encuentran en el rango de Medio Sentido de Vida. Por lo tanto, se puede concluir que las mujeres con trasplante renal tienen mayor sentido de vida que los hombres con trasplante renal.

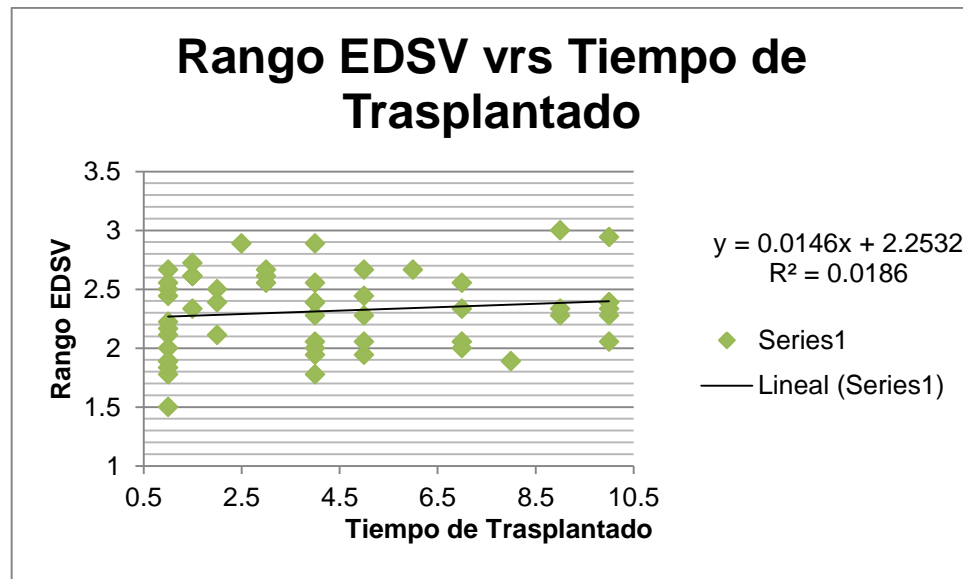
Grafica #1



Relación entre tiempo de trasplantado y Rangos EDSV.

El coeficiente de correlación entre sentido de vida y tiempo de trasplante es pequeño y positivo. Cada año posterior al trasplante renal está asociado con 0.032 puntos adicionales en el rango de EDSV, es decir que se observa una relación positiva entre el tiempo de trasplante y el sentido de vida, entre mayor el tiempo desde el trasplante, mayor el sentido de vida.

Grafica #3



Según la distribución de los resultados, se muestra que, si existe comportamiento lineal entre los mismos, por lo tanto, al calcular el coeficiente de Pearson, $r= 0.14$ ($p=0.05$), éste indica que, si existe una correlación directa, sin embargo, de baja significancia ya que el valor tiende a cero (esto es debido al tamaño pequeño de la muestra).

En este caso a mayor tiempo de haberse sometido al trasplante, mayor será el sentido de vida según el rango de la EDSV. Existe una mayor correlación que en el caso de la edad de los pacientes, pero aun así sigue siendo una correlación pequeña y como se puede observar en la gráfica, los resultados se encuentran dispersos.

Tabla #5

Tabla de valores

RANGO DE TIEMPO DE TRASPLANTADO	% DE PACIENTES	PROMEDIO EDSV
1-3 AÑOS	45.30 %	2.31
4-6 AÑOS	28.30 %	2.29
7-10 AÑOS	26.40 %	2.35

Relación Entre rangos EDVS y rangos de Edad de 25 a 50 años.

Grafica #4

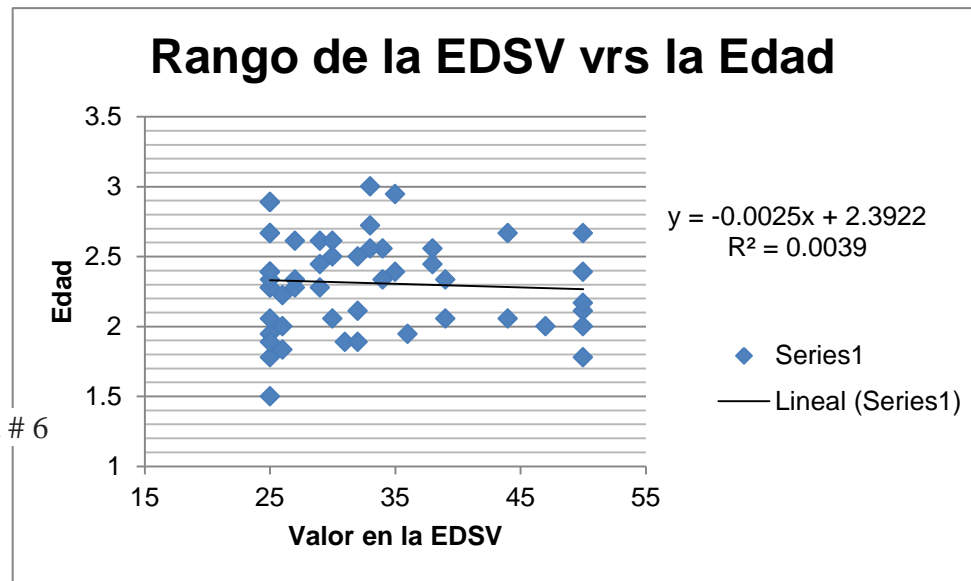


Tabla # 6

Tabla de valores

EDAD	HGSJD	IGSS	TOTAL SUJETOS
EDAD ADULTA TEMPRANA (25 - 39 AÑOS)	49.06%	32.07%	
EDAD ADULTA MEDIA (40 - 50 AÑOS)	7.55%	11.32%	
TOTAL PORCENTUAL	56.61%	49.39%	100%
TOTAL	30	23	53

Así también, de los cuarenta nueve, 49.06% (HGSJD) se encontraban entre la edad adulta temprana (25-39 años), mientras que el IGSS fue de un 32.07%; la edad adulta media (40-50 años) fue de un 7.55% (HGSJD) y 11.32% (IGSS), el cual evidencio una participación menor de pacientes que se encontraba en la edad adulta media.

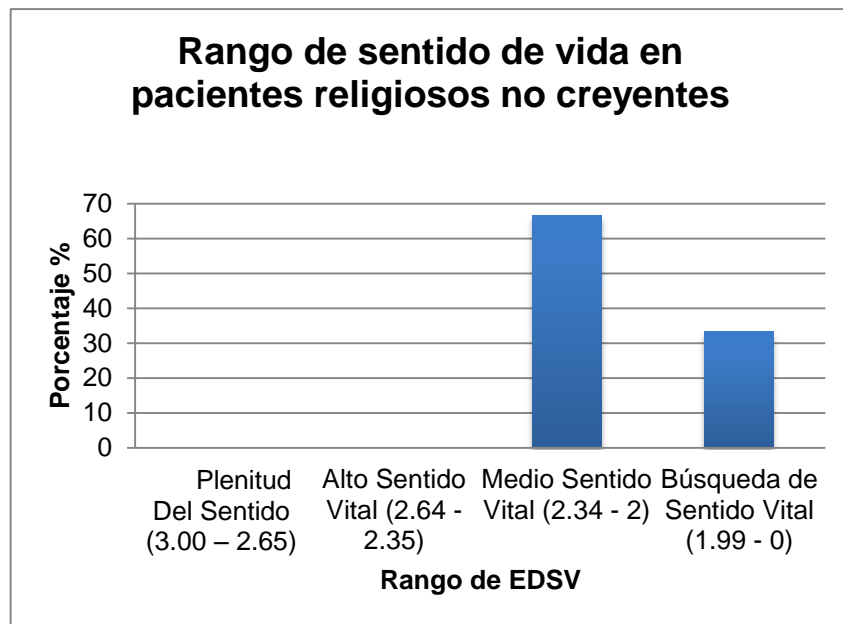
El coeficiente de correlación entre el sentido de vida y la edad en pacientes con trasplante renal, tiene un valor r de -0.06 ($p=0.05$) entendiéndose que existe una correlación negativa o inversa que muestra que, en la muestra de 53 pacientes renales de 25 a 50 años, a mayor edad hay menor sentido de vida. En este caso el valor r de Pearson es muy bajo y se acerca al cero, esto demuestra que hay correlación negativa pequeña entre las dos variables.

También se determinó la correlación que existe entre los pacientes que se encontraban en la edad adulta temprana (25-40 años) y el sentido de vida obteniendo un valor r de -0.07 ($p=0.05$) y entre la relación de los pacientes entre edad adulta media (40-50 años) y el sentido de vida es de $r= -0.05$. ($p=0.05$) lo que indica que existe una mayor correlación entre los pacientes en edad adulta temprana que en la de los pacientes en edad adulta media. Y en ambos casos la relación es negativa, entendiéndose que, a menor edad, hay mayor sentido de vida.

4.3. Porcentaje

Rango de sentido de vida en pacientes no creyentes

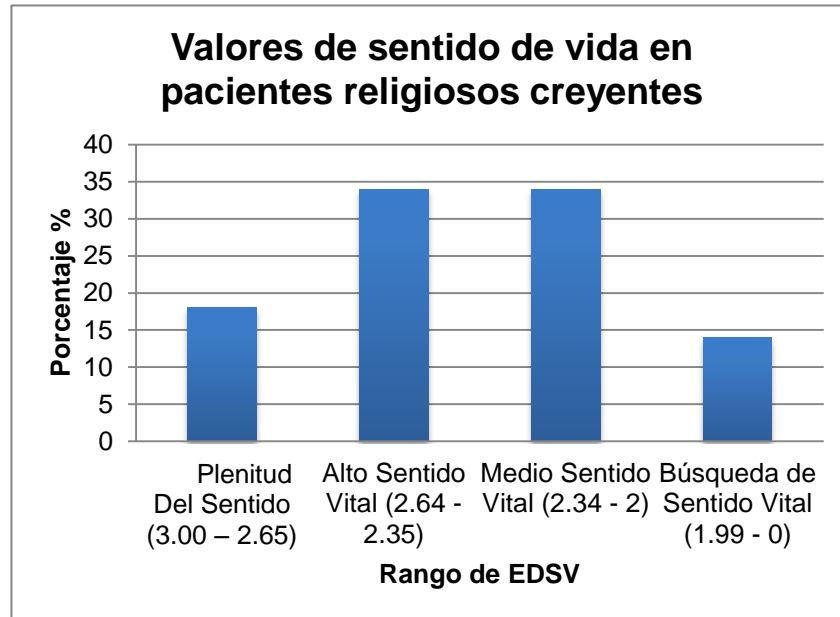
Grafica #5



En el caso de los pacientes que se ubicaron a sí mismos en la encuesta como sin pertenecer a una confesión religiosa específica, que incluye ateos, libre pensadores y agnósticos la distribución da como resultado que un 65% de ellos se encuentran ubicados en medio sentido de vida y un 35% en la búsqueda de sentido de vida, según el EDSV.

Valores de sentido de vida en pacientes creyentes

Grafica #6



Mientras que la distribución para los pacientes practicantes de una religión, el 18% participan de un estado de Plenitud de Sentido de vida, 34% de alto Sentido de Vida, otro 34% de Medio Sentido de Vida y un 14% de Búsqueda de Sentido Vital.

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con relación al objetivo de este estudio de determinar el nivel de sentido de vida en personas con trasplantes renales, realizados en los último 10 años, con base a la Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV), se determinó que: el 68% de ellos se encuentra en el nivel intermedio, repartido, entre un Sentido Vital medio (36%) y un Alto sentido vital (32%), mientras que en los dos extremos, en el nivel bajo de Búsqueda de Sentido se encuentra el 15% y en nivel más alto, el de Plenitud del Sentido, 17% de los sujetos. Este resultado está muy próximo a una distribución normal y en otras palabras significa que la mayoría, aproximadamente dos terceras partes de la muestra, se encuentra situada en el centro (68%), de ellos alrededor de la mitad (36%) se encuentran en un nivel intermedio más bajo, mientras que otro tercio (32%) se encuentran en un nivel alto de sentido de vida. Es decir que aproximadamente uno de cada 6 pacientes se encuentran en el extremo superior, del estado Plenitud de Sentido (17%), aproximadamente lo mismo (15%) que para el caso de Búsqueda de sentido, es decir que los cuatro rangos quedan distribuidos en una curva bastante simétrica, lo que de acuerdo con los atributos de los rangos de EDSV según definición de Martínez (2011), significa que sólo aproximadamente 1 de cada 6 pacientes entrevistados se encuentra en el rango extremo bajo de Búsqueda de Sentido. Es decir que aún no encuentran un sentido de vida, que corresponde a las personas que experimentan su vida predominantemente sin sentido y propósito; aunque en ocasiones tienen momentos en los que se sienten orientados, suelen tener pocas metas en su vida

o a pesar de las mismas no tener la sensación de progreso y motivación en el avance hacia las mismas.

La mayoría de la muestra se distribuye dentro de los rangos medio (36%), alto (32%) y pleno (17%), que juntos constituyen el 85% de la muestra, o sea aproximadamente 5 de cada 6 pacientes muestreados. Esto significa, de acuerdo con la caracterización de los rangos de Martínez (2011), los sujetos que puntuaron entre medio y alto, el cual constituyen el 68% son aquellas personas que experimentan su vida con sentido y propósito, con metas claras y la sensación de progresar en el avance hacia las mismas, pocas veces se aburren con sus tareas cotidianas, sintiéndose satisfechos con lo que han logrado hasta al momento, pero aun así, ocasionalmente pueden encontrarse con periodos de estancamiento o pérdida de interés. Y no siempre el sentido del momento los entusiasma en todas las actividades y contextos en los que se encuentran. Para el caso de quienes han alcanzado la Plenitud de Sentido (17% o uno de cada seis), se trata de personas de “una sola pieza”, quienes se sienten orientadas en la vida, identificándose con claridad con sus deberes y proyectos, reconociendo con facilidad su “sello personal” en las acciones que llevan a cabo, y que comprenden plenamente las razones por las que actúan en su vida, experimentando la sensación del valor de su proyecto vital.

Lo encontrado aquí con pacientes renales, se corresponde relativamente bien con lo encontrado por Mendoza (2011) en su estudio de la existencia de sentido de

vida en pacientes con VIH positivo, en el sentido de que, de éstos, el 57% había tenido una adaptación razonable que les ayudaba a encontrar un sentido, mientras que el 43% no alcanzaban todavía ese nivel, sufriendo de una frustración existencial.

Los pacientes renales, en forma similar al caso de los pacientes de VIH, se encuentran en circunstancias dolorosas e inevitables, en donde por tener una enfermedad crónica deben luchar por sus vidas, siendo que durante este periodo ambos pacientes entran en una etapa de incertidumbre, periodo en el cual pueden llegar a perder un sentido de vida o encontrarlo. Lintin (2002) menciona que la insuficiencia renal crónica se debe a una pérdida lenta y progresiva de la función de este órgano, que da como resultado varios años de deterioro biológico que coincide con periodos de incertidumbre o de pérdida de sentido. Como se mencionó anteriormente, el periodo antes del trasplante, el paciente renal mantiene una lucha constante, motivada por su sentido de vida. Una vez que ellos tienen la oportunidad del trasplante renal, su sentido de lucha se fortalece al ver que va llegar a cumplir el sentido por el cual tanto luchó al igual que los pacientes con VIH. Frankl (2004), afirma lo anterior al decir que las personas que se encuentran en la búsqueda de sentido, llegan a experimentar sentimientos de pérdida, lo que conoce como neurosis noógena, esta neurosis no se debe a un desajuste en la *psique*, sino que es producido por la tensión que afecta a las personas cuando se encuentren en un estado de frustración (algo provocado por la enfermedad progresiva) creando un sentimiento de vacío, como mencionó Lintin anteriormente, lo que significaría que para el caso de la población aquí en estudio, de personas con trasplante renal, se debería esperar que un porcentaje menor se

encuentre, como ocurre aquí con el 15% de los entrevistados en un nivel de Búsqueda de Sentido mientras el resto ya está desarrollando positivamente un sentido de vida.

Con relación a las variables de religiosidad, se puede observar en los resultados obtenidos que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes que practican una religión y quienes no lo hacen, principalmente debido que el número de sujetos no creyentes o sin religión, representaban únicamente el 5% de la muestra, pero aun así (gráficas #1 y #2) se observa que los sujetos que practicaban una religión, se ubican en un rango mayor en la EDSV. Esto correspondería con lo considerado por López (2003) al afirmar que la vida humana está intensificada por los diversos planos de la realidad, que llegan a ser una actitud integrada, y que las personas no llegan a un sentido de vida si se la ve de forma individual y egoísta, que solo puede llegar a orientarla en una dirección falsa y que las experiencias que llegan a definir a la persona e influir sobre los demás se pueden realizar a través de una actitud espiritual, como la religión.

Los resultados muestran que los promedios de los valores de la EDSV de las mujeres tienen un valor de 0.15 por encima de la media de los hombres y se encuentran en el rango de Alto Sentido de vida en comparación con el sexo masculino, quienes se encuentran en el rango de Medio Sentido de Vida, lo que significa que las mujeres tienen un mayor sentido de vida que los hombres. Unánime con lo encontrado por Ramírez (2014), quien encontró que había mayor sentido de orientación al sentido

de vida en el cuerpo de damas voluntarias, el cual es formado solo por mujeres que el de socorristas, formado solo por hombres.

Según Bordignon (2005) explica la intimidad versus aislamiento de Erikson como la fuerza sintónica que lleva al joven adulto entre las edades de 20 – 30 años, a buscar confiar en alguien como compañero en el amor y en el trabajo, integrarse a afiliaciones sociales y desarrollar la fuerza ética necesaria para ser fiel a esos lazos. La paciente renal que pasa por este proceso quirúrgico, tiene la oportunidad de cumplir su sentido, en algunos casos en la maternidad, otros en encontrar un compañero o pareja o, en los estudios de formación y el trabajo profesional ante lo anterior, habría que tomar en consideración la construcción sociocultural en torno a las diferencias de que es masculino y que es femenino, sus roles y mandatos, pueden influir en las valoraciones determinadas en relación al sentido de vida. Lukas (2013) señala que, según Frankl, existen tres valoraciones objetivas para encontrar el sentido de vida, a saber: a través de la experiencia, de la actitud y de la creación. Siendo la valoración de la experiencia, la considerada por Ramírez (2014) como el más buscado de los sentidos, no solo porque el paciente luego de trasplante renal tiene una mejor calidad de vida, sino por la edad sino también por la predisposición para enfocarse en ese valor. Lukas (2013) describe la valoración de experiencia como vivenciar algo o a amar a alguien, como puede llegar a ser el sentido del amor, el cual conecta y entrelaza a los individuos. Para Frankl (2004), el amor constituye la forma de conectar y entrelazar al ser humano, si no se llega a amar a otra persona, nunca se le llega a

conocerlo plenamente, y por ello el amor es un requisito en la búsqueda de sentido de vida.

Por otro lado, la relación entre la variable, sentido de vida y la variable tiempo de trasplante, muestra un coeficiente de correlación pequeño y positivo. Esto quiere decir que, a mayor tiempo de trasplante, mayor búsqueda de sentido de vida, en correspondencia con la teoría de Frankl (1996) en relación a que el sentido se descubre y no se inventa, o sea que se desarrolla y no es de generación espontánea. Aunque aquí la diferencia no sea estadísticamente significativa en los resultados obtenidos, se puede inferir que a mayor tiempo en que el trasplante se implanta y funciona adecuadamente, es decir mientras el paciente permanece recuperado con su riñón trasplantado exitosa y funcionalmente, va definiendo, progresivamente, metas coherentes con las acciones que desarrolla.

Asimismo, se observó que existe una correlación negativa entre el sentido de vida y la edad de los pacientes renales, siendo que a mayor edad hay menor sentido de vida. Y existe una mayor correlación en los pacientes renales de edad adulta temprana que en la de los pacientes de edad adulto medio, coincidente con los resultados de la investigación de Vega (2008), quien estudió a 30 ancianos y ancianas de 60 a 80 años, y relacionó sus resultados con la afirmación de Frankl (2004) en relación al vacío existencial, afirmando que la voluntad del sentido puede llegar a frustrarse en la forma que ha denominado “la frustración existencial”, en donde la existencia del ser humano busca encontrar un sentido concreto de su existencia o la que

él denominó la “voluntad existencial”. En la edad adulta intermedia, conformada por personas que se encuentran entre los 40 y 50 años, se inicia una etapa de cambios significativos en los individuos tanto biológica como emocionalmente, siendo éste el caso de las mujeres que pasan por la menopausia. Papalia et al. (2016) hablan sobre el modelo teórico que describe el desarrollo psicosocial del adulto como respuesta a la ocurrencia esperada o inesperada y la época de los eventos. Los pacientes adultos trasplantados, que se encuentran en la edad intermedia carecen de ciertos eventos normativos, (aquellos eventos importantes que le ocurren a la mayoría de adultos, como el matrimonio, la paternidad o la jubilación) eventos que para pacientes renales trasplantados frecuentemente no se han llegado a cumplir, debido a limitaciones impuestas por la enfermedad, especialmente en relación a su vida social.

Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez y Fajardo (2008) realizaron una investigación de tipo cualitativo, sobre la calidad de vida de un grupo de 33 pacientes en tratamiento de hemodiálisis en función de la salud mental, física y familiar en la relación de parejas; como resultado se mostró que la insuficiencia renal crónica afecta substancialmente la calidad de vida del paciente, especialmente en relación con su vida social. La mayoría de los pacientes renales trasplantados pasan por diversos tratamientos de diálisis renal (medio artificial de eliminar los productos de desechos y líquidos adicionales de la sangre.) logrando así vivir mucho tiempo después de que los riñones han perdido su función, cuando el paciente renal no tiene un donante, el deberá esperar desde algunos meses hasta varios años, para lograr un trasplante renal, debido a las limitaciones mencionadas anteriormente, lo que puede provocar un vacío.

Unikel (s.f) dice que La crisis existencial es un fuerte desarreglo de la vida, las vidas en crisis existencial que se mantiene constante, vuelve a la persona proclive a sufrir. Todo individuo tiene introyecto que lo dañan y limita su libertad para identificar las necesidades originales y elegir conductas responsables, en este caso la insuficiencia renal crónica. La supervivencia es la primera prioridad para la gran mayoría y es ahí donde se invierte el mayor tiempo y energía, para el paciente renal, su prioridad fue y será su salud, lo que limita la luchar por otros valores. Se educa al individuo para ser eficaz, productivo, competitivo, sin embargo, cuando la eficacia y el éxito se hacen de lado, la congruencia se puede convertir en desdicha. Todo paciente renal depende de alguien o de algo, su libertad no le pertenecía del todo. Una vez superado la etapa crónica y luego del trasplante, los pacientes vuelven a tener libertad externa, el que tiene que ver con la interacción con los demás y esto puede llegar a ser positivo, si es consciente de ello, pero de lo contrario puede llegar a dañar al individuo generado sentimientos de impotencia y vulnerabilidad, cualidad que tiene alguien para poder ser herido”. A mayor edad, mayor vulnerabilidad, mayor edad, mayor es la probabilidad de complicaciones renales. Por lo que sus valores se seguirán enfocando en necesidades primarias, limitando su libertad, lo que lo puede conllevar a crisis existencial.

Por el cual existe una mayor correlación entre el paciente en edad adulta temprana que en la de los pacientes en edad adulta media. La libertad de búsqueda, es arrebatada para aquellos pacientes entre las edades de 25 a 40 años, interrumpiendo su búsqueda de sentido. Una vez trasplantado el paciente es cociente de su libertad de voluntad nuevamente, experimentando a si una vida con sentido y propósito.

Bordignon (2005) describe la teoría propuesta por Erik Erikson, acerca de la etapa de intimidad versus aislamiento y la productividad versus el estancamiento en la edad adulta media. Esta dialéctica representa la fuerza de la generación y de desarrollo de la vida humana o su extinción, por ello la reproducción se puede volver, para ciertas personas, lo más esencial y significativo, calificando y determinando su experiencia de vida. En el caso de los pacientes de trasplante renal, se considera que mientras no se resuelva un trasplante, su impulso generativo en la forma de realización como padre o madre, se ve frustrada, lo que provoca evaluar su vida y darse cuenta que aún no han llegado a cumplir una de las metas vitales del ser humano, creando así una crisis normativa y un vacío existencial. Pero una vez que se ha concluido el proceso quirúrgico y la recuperación, el paciente renal tiene nuevamente la oportunidad de cumplir dicha meta vital, obteniendo la oportunidad de lograr una realización existencial, que puede formar parte del motor de su sentido de vida, un sentido por el cual seguir luchando, gracias a la oportunidad de una mejor calidad de vida y tiempo para comenzar a cumplir normativas y metas, que antes le estaban vedadas.

VI. CONCLUSIONES

En promedio, el rango de sentido de vida según la EDSV en los pacientes renales después de someterse a un trasplante renal es de 2.34, por lo tanto, se definió que los pacientes se encuentran en un rango medio sentido vital.

Según la distribución de los rangos del sentido de vida en los pacientes masculinos y femeninos se determinó que existe una diferencia, la cual indica que las mujeres que se han sometido a un trasplante tienen mayor sentido de vida que los hombres que se han sometido al mismo proceso.

Existe una correlación negativa en el sentido de vida respecto a la edad de los pacientes renales, lo cual indica que a mayor edad hay menor sentido de vida. Y la correlación es mayor en los pacientes renales de edad adulta temprana que en la de los pacientes de edad adulto media.

Existe una correlación positiva entre el nivel de sentido de vida de los pacientes y el tiempo transcurrido del trasplante renal; lo que indica que, a mayor tiempo de haberse sometido al trasplante renal, mayor será el nivel del sentido de vida.

No se obtuvo una muestra significativa para recaudar suficiente información que determinar si existía una relación estadísticamente significativa entre los pacientes creyentes (52 sujetos) vs. no creyentes (1 sujeto) siendo de ello una comparación entre grupos dispares.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda en futuras investigaciones sobre el sentido de vida, abarcar una muestra más grande, para que los valores tengan más relevancia y determinar si existe una relación estadística más significativa.

Se considera útil que los pacientes inicien un proceso terapéutico antes y después del proceso quirúrgico que es el trasplante renal para fomentar su bienestar psicológico durante todo el proceso médico.

Se sugiere poner en práctica el manual logoterapéutico Cuerpo, Mente y Espíritu, El camino hacia el Sentido de Vida, creado para esta investigación, con el fin que lo utilicen los pacientes que padecen de una enfermedad crónica, en donde ellos puedan identificar, ordenar y reconocer su sentido de vida.

Se recomienda realizar una investigación en donde se analizó la relación de calidad de vida de los pacientes renales trasplantados y su sentido de vida.

Se considera útil que los hospitales como IGSS o el Hospital General San Juan de Dios, implementen talleres con un enfoque Logoterapéutico, para que puedan asistir familiares de pacientes con Insuficiencia renal.

Por último, se recomienda realizar otro estudio en donde se analicen dos muestras distintas, una tomando en cuenta a los pacientes enfermos renales que se encuentran en hemodiálisis y otra tomando en cuenta a pacientes con trasplante renal. Para saber si el haberse realizado un trasplante renal impulsa la búsqueda de sentido de vida en los pacientes.

VIII. REFERENCIAS

Adler, A. (1973). *El Sentido De La Vida/Con Un Estudio Preliminar Del Dr. Ramón Sarró*. Barcelona: Editorial Luis Miracl SA.

Alcázar, R., Orte L., González, E., Górriz J., Navarro, F., Martín De Francisco, F., Egocheaga M., y Álvarez F. (2008). *Documento de consenso SEN-sem FYC. Revista de Nefrología de Medline, vol.28 n3, pp 273-282*. Recuperado de:[www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos &idarticulo=69&idlangart=es](http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&idarticulo=69&idlangart=es).

Alonzo, F., Santis, M. y López, C. (2011) Estudio descriptivo realizado en pacientes de 12 a 85 años atendidos en los servicios de Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt y Hospital de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS-. Tesis Inédita Universidad de San Carlos. Guatemala. Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8739.pdf

Alvarado, J. (2015). *Sentido de vida en pacientes diabéticos con miembros amputados, en el período post operatorio*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar Guatemala Recuperado de:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Alvarado-Jorge.pdf> Contenido de Tesis (PDF)

Alvarez, M. (2007). *Análisis de la participación de la población guatemalteca en la donación de órganos y tejidos*. Tesis inédita, Universidad San Carlos. Guatemala. Recuperado.de:
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/15/15_1400.pdf

Anderson, A. y Douglas, M. (2002). *Mosby medical, nursing and allied health dictionary Mosby: Estados Unidos St.Louis*.

Asencio, L. (1989). *Manual de estrategias para la clarificación de valores*. Sociedad Mexicana de análisis existencial y logoterapia (material obtenido en post grado de Análisis existencial y Psicoterapia 2017).

Assecher W., Moffat D. y Sanders E. (1992). *Atlas Fotográfico de enfermedades renales* Doyma: Barcelona, España.

Bordingnon, A. (2005) *El desarrollo de Erick Erikson. El diagrama epigenetico del adulto*, Revista Lasallista de investigación, vol.2 Corporación Universitaria Lasallista Antioquia, Colombia, recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

Carillo, A. (1998). Dolor y Sufrimiento en Nietzsche o la Crianza del Héroe. Barcelona *Revista Elemento*, #46, Recuperado de: <http://www.elementos.buap.mx/num46/pdf/Elem46.pdf>

Contreras, A., Esguerra F., Espinosa, A., Gutiérrez, J. y Fajardo, G. (2008). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis, *Universitas Psychologica*, vol. 5, núm. 3, Pontificia Universidad Javerian Bogotá, Colombia, Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750305.pdf>

Elizondo, A. (2012). *Sentido de vida en el paciente terminal*. Tesis inédita, Universidad Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia. A.C. León, Guanajuato México recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/63%20Sentido%20de%20vida.pdf>

Fabry, J. (2011). *Señales hacia el camino del sentido de vida*. Distrito Federal México: LAG.

Frager, R. y Faidiman, J. (2010). *Teorías de la Personalidad*. México: Alfaomega.

Frankl, V. (2004). *El Hombre En Busca Del Sentido*. Barcelona: Heder.

Frankl, V. (2000). *El Principio Era El Sentido Reflexiones En Torno Al Ser Humano*. México: Paidós.

García, F., Llul, D. y Zanier, J. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Revista psico-USF* Julio 10, v.8, n. 2, Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v8n2/v8n2a09.pdf>

Gardner A. y Weston D. (1973) *Anatomía humana*, Philadelphia, Estados Unidos: Saunders

García, J., Gallego, J. y Pérez (2008). Sentido de vida y desesperanza: un estudio empírico. Universidad Católica de València, España. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v8n2/v8n2a12>

Guyton, A. y Hall, J. (2011) Fisiología médica, (12ed.), España, Barcelona: Elsevier.

Heras, M. y Coronel, F. (2012). Diálisis Peritoneal: Definición, Membrana, Transporte Peritoneal, Catéteres, Conexiones Y Soluciones De Diálisis, Nefrología, Revista, *Nefrología aldía*. Recuperado de: <http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/modules.php?name=libro&op=viewC apNewVersion&idpublication=1&idedition=13&idcapitulo=85&idversion=&words earch=#1>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4^a ed). México: McGraw Hill Interamericana.

Huerta, M. y Madrigal, C. (2014). *Aspectos filosóficos y sociales del trasplante de órganos*. Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades Coordinación Guadalajara, México, Editorial Juan Manuel. Recuperado de:

http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/cgraduados/pdf/2014/aspectos_filosoficos.pdf

INFILE, (1985). Acuerdo gubernativo número 740-86: disposición de órganos y tejidos de seres humanos o cadavéricos recuperado de: https://leyes.infile.com/index.php?id=181&id_publicacion=6151&cmd=login#comprar_membresia

Lintin, S., (2002). *Clínica De Mayo Libro De La Salud* (3ra ed.), Distrito Federal, México: Trillas S.A.

López, A., (2003). *La Cultura y el sentido de vida*. España: Rialp, S.A

López, M., (2010). *El sentido de vida en miembros de maras*. Tesis inédita. Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Lou, M. (2011). *La nefrología en Guatemala. Una historia de vida*. Tesis de Maestría Inédita. Universidad San Carlos. Guatemala.

Lukas, E. (2003). *Tu vida tiene sentido: logoterapia y salud mental*. España: Paidós Iberico.

- Lukas, E. (2013). *Logoterapia, en busca del sentido*. España: Paidós Iberico.
- Martínez, E. (2011). *Psicoterapia y sentido de vida, psicología orientada a la logoterapia*. Bogotá, Colombia: Editorial Aquí y Ahora, Fundación Colectiva Aquí y Ahora.
- Martínez, E., Trujillo, A. y Díaz, J. (2011). Desarrollo y estructura de la escala dimensional del sentido de vida. *Acta colombiana de psicología*. Recuperado de: [file:///C:/Users/adria/Downloads/Dialnet.DesarrolloYEstructuraDeLaEscalaDimensionalDelSenti-5786598%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/adria/Downloads/Dialnet.DesarrolloYEstructuraDeLaEscalaDimensionalDelSenti-5786598%20(3).pdf)
- Mendoza, W. (2011). *Sentido de vida en personas VIH positivo*. Tesis Inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/42/Mendoza-Wendy/MendozaWendy.pdf> Contenido de Tesis (PDF).
- Muñoz, A. (2014). *La Culpa, Phrónesis el arte de vivir*. Recuperado de: <http://elartedesabervivir./la-culpa-como-perdonarnos-nosotros-mismos/>
- Muñoz, G. (2018) Insuficiencia renal afecta a más personas. *Prensa Libre*. Recuperado de: <http://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/insuficiencia-renal-afecta-a-mas-personas>

Osademwigie, I. (2012). *Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte*. Artículo. Universidad Iberoamericana, Puebla, México.

Papalia, D., Wendkos, S. y Feldman, R. (2012). *Desarrollo Humano*. Distrito Federal, Mexico: Mc Graw hill.

Pérez, C. (2011). *El sentido de vida en los cuidadores primarios de los pacientes que padecen cáncer en fase terminal que acuden a la unidad de oncología del Hospital General San Juan de Dios*. Tesis Inédita Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/42/Perez-Carmen/Perez-Carmen.pdf Contenido de Tesis (PDF)

Pérez, G. (2011). *El sentido de la vida humana en adultos mayores enfoque socioeducativo*. Tesis Doctoral Inédita. Universidad Nacional de educación distancia. Recuperado [http://www.uned.es/mastermayores/TESIS/TESIS_CILIA_25_Enero_2011\[1\].pdf](http://www.uned.es/mastermayores/TESIS/TESIS_CILIA_25_Enero_2011[1].pdf)

Pérez, G. (2011). *El sentido de la vida humana en adultos mayores enfoque socioeducativo*. Tesis. Doctoral. Inédita. Universidad Nacional de educación distancia. Recuperado http://www.uned.es/mastermayores/TESIS/TESIS_CILIA_2

5_Enero_2011[1].pdf

Petechuk, D. (2006). *Organ transplantation*. Recuperado de:
<ref>{{cite book | title=Organ transplantation | author=David Petechuk | publisher=Greenwood Publishing Group | year=2006 | isbn=0-313-33542-7 | page=11url=http://books.google.com/?id=POQB4YIjAnoC&pg=PA11&dq=kidney+transplant+ruth+tucker#v=onepage&q=kidney%20transplant%20ruth%20tucker&f=false}}</ref>

Ramírez, L. (2014). *El sentido de vida de los voluntarios y las voluntarias de la Cruz Roja Guatemalteca*. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Roldan, V. (2002) *Uso de doppler interoperatorio para la evaluación de complicaciones vasculares en trasplante renal: Estudio descriptivo, realizado en base a revisión de expedientes clínicos de pacientes trasplantados en la Unidad Renal del Hospital General de Enfermedad común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social desde el 1 de mayo del 2001 hasta el 31 de mayo del 2002*. Tesis Inédita. Universidad San Carlos. Guatemala. Recuperado de:
file:///C:/Users/Eduardo%20Aguilar%20Phd/Downloads/imagen%20ri%C3%B1o%20sano0001.pdf

Sociedad Mexicana de Análisis Existencial y Logoterapia (SMAEL) Centro de formación en psicoterapia orientada al sentido, (S.F). *La Triada Trágica*. Recuperado de: <http://www.logoterapia.com.mx/logoterapia/logoterapia-viktor-e-frankl/triada-tr%C3%A1gica>

Tojin, A. (2014). *Sentido en madres que tienen un hijo diagnosticado con el trastorno del espectro autista*. Tesis inédita, Universidad Rafael Landívar. Guatemala.

Troncoso, P. (2012). *Trasplante Renal, Manual de Urología esencial*. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualurologia/transplanterenal.html> Unikel, A., (s.f.) *Pensar la Logoterapia*. México, D.F: LAG.

Valdés, O. (2005). *Construcción del sentido de vida en jóvenes universitarios*. Tesis Inédita. Universidad TEC de Monterrey. México. Recuperado de: <http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/014533/014533.pdf>

Vega, A. (2008). *Pérdida del sentido de la vida en las personas de la tercera edad*. Tesis Inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://biblio2.url.edu.gt/Tesis/05/22/Vega-Quiroa-Ana/Vega-Quiroa-Ana.pdf> Contenido de Tesis (PDF)Saunders

IX. ANEXO

9.1 Ficha técnica del instrumento

Nombre: Escala dimensional del sentido de vida

Autor: E. Martínez

Aplicación: Individual o colectivo.

Duración: Aunque es prueba libre, su aplicación demora aproximadamente de 15 minutos.

Examinados: Personas mayores de 16 años.

Descripción: Instrumento factorial para evaluación el nivel de sentido: Plenitud de sentido, alto sentido vital, sentido vital medio y búsqueda de sentido vital. La prueba contiene 18 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones, que van desde "Totalmente en Desacuerdo" a "Totalmente de Acuerdo", valorados de 0-3 en los ítems directos (2,3,6,9,15), y de 3-0 en los inversos (1,4,5,7,8,10,11,12, 13,14,16,17,18).

9.2 Carta de permiso para las instituciones



Guatemala 22 de junio del 2015

Dr. -----

Jefe Departamento de Nefrología y Trasplante

Hospital General San Juan de Dios

Presente

Estimado Doctor:

En la forma más atenta y deseando éxitos en sus labores me dirijo a usted para comentar que mi nombre es Adriana Aguilar y soy estudiante del último año de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar., el motivo de la presente es solicitar su autorización para poder realizar parte de mi investigación (tesis de graduación) con pacientes que asisten a consulta al área a su cargo dentro del Hospital General San Juan de Dios. El objetivo del estudio es medir las diferentes áreas que abarca el concepto sentido *de vida* en pacientes con trasplante renal.

Dentro del estudio, se busca conocer el sentido de vida de pacientes renales adultos, después del procedimiento quirúrgico, en un intervalo de 1 a 10 años después del Trasplante Renal, para ello se utilizará, un instrumentó validado y estandarizado

llamado Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV); dicho instrumento tiene como objetivo explorar un conjunto de opiniones e ideas que tienen las personas investigadas, y de esa manera determinar los diferentes grados del mismo y establecer correlaciones con otras variables.

Para realizar dicha investigación, concretamente estaría aquí solicitando la colaboración del Hospital General San Juan de Dios para con su apoyo identificar una muestra de que hayan sido sometidos a trasplante renal en los últimos 10 años con el previo compromiso de respetar la confidencialidad, anonimato y participación voluntaria de cada uno, para responder a las preguntas del formulario del instrumentó EDSV. Cabe resaltar mi compromiso de entregar a su persona una copia del trabajo en cuanto los resultados del estudio sean aprobados por la Universidad Rafael Landívar.

Agradeciendo su amable atención y colaboración me suscribo de usted.

Adriana Aguilar Matta

Carné de la URL -----

Numero de celular: -----

Dr. -----

Director

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Presente

Estimado Doctor:

En la forma más atenta y deseando éxitos en sus labores me dirijo a usted para comentar que mi nombre es Adriana Aguilar y soy estudiante del último año de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar., el motivo de la presente es solicitar su autorización para poder realizar parte de mi investigación (tesis de graduación) con pacientes que asisten a consulta al área a su cargo dentro del IGGS. El objetivo del estudio es medir las diferentes áreas que abarca el concepto sentido *de vida* en pacientes con trasplante renal.

Dentro del estudio, se busca conocer el sentido de vida de pacientes renales adultos, después del procedimiento quirúrgico, en un intervalo de 1 a 10 años después del Trasplante Renal, para ello se utilizará, un instrumentó validado y estandarizado llamado Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDSV); dicho instrumento tiene como objetivo explorar un conjunto de opiniones e ideas que tienen las personas investigadas, y de esa manera determinar los diferentes grados del mismo y establecer correlaciones con otras variables.

Para realizar dicha investigación, concretamente estaría aquí solicitando la colaboración del IGSS para con su apoyo identificar una muestra de que hayan sido sometidos a trasplante renal en los últimos 10 años con el previo compromiso de respetar la confidencialidad, anonimato y participación voluntaria de cada uno, para responder a las preguntas del formulario del instrumentó EDSV. Cabe resaltar mi compromiso de entregar a su persona una copia del trabajo en cuanto los resultados del estudio sean aprobados por la Universidad Rafael Landívar.

Agradeciendo su amable atención y colaboración me suscribo de usted Atentamente

Adriana Aguilar Matta

Carné de la URL -----

Numero de celular: -----

Correo: -----@gmail.com

9.2.2 Consentimiento informado para los pacientes

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo a lo conversado, usted ha aceptado participar en un estudio sobre “El Sentido de Vida”, en los pacientes renales en la edad adulta después del procedimiento quirúrgico, en un intervalo de 1 a 10 años después del Trasplante Renal; este estudio es ejecutado por Adriana Aguilar Matta, estudiante de la carrera de Psicología Clínica en la Universidad Rafael Landívar de Guatemala.

Su participación consiste en:

Contestar la Escala Dimensional del Sentido de Vida (EDS) para conocer el sentido de vida, la cual es auto aplicable.

Autorizar la publicación de los datos recolectados por la estudiante, garantizándole su absoluto anonimato.

Saber que toda la información será manejada bajo estricta confidencialidad. Además, su participación es voluntaria, por lo que puede negarse a participar en cualquier momento del estudio, sin que esto conlleve ninguna consecuencia negativa

sobre su persona. Si tiene alguna duda o requiere información adicional, puede contactar a la persona responsable de este estudio, Adriana Aguilar Matta.

Yo, _____, confirmo que he leído y comprendido el presente consentimiento y acepto participar voluntariamente en este estudio sobre sobre “El Sentido de Vida”, en los pacientes renales en la edad adulta, después del procedimiento quirúrgico en un intervalo de 1 a 10 años después del Trasplante Renal.

Firmo dos copias del presente consentimiento, una para mí y otra para la persona responsable del estudio.

Fecha de la aplicación

Firma del Paciente

Renal

Adriana Aguilar Matta

Carné de la URL -----

Numero de celular: -----

Correo: -----@gmail.com

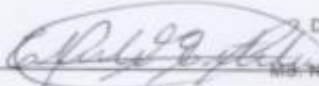
9.2.3 Constancia de la revisión del médico

Guatemala, 13 de junio del 2017

CONSTANCIA

Por este medio hago constar, que he supervisado las nociones biológicas, la terminología y el contenido de la parte correspondiente a los conceptos biológicos, de la **"Guía Cuerpo, Mente y Alma": El Camino Hacia el Sentido de Vida**", que forma parte de la tesis de grado de licenciatura, titulada: *Sentido de Vida en Pacientes Renales Trasplantados* en sus correspondientes páginas numeradas de la siete a veintiuno, que está siendo presentada por la señorita Adriana Aguilar Matta, estudiante de Psicología Clínica de la Universidad Rafael Landívar, a dicha universidad, para optar al grado de licenciada en psicología clínica, todos los cuales después de haberlos revisado e incorporadas mis correcciones, observaciones y sugerencias, considero que lo expresado allí es válido y correcto.

Firmando esta constancia en la ciudad de Guatemala a los trece días del mes de junio de 2017.


Dra. Claudia R. Estrada
M. de Herrera
No. NCC [REDACTED] OS
Colegiado 12,932
Dr. [REDACTED]
Colegiada Número: 12932

9.2.4 Constancia de permiso de uso de la tira cómica

Guatemala, Septiembre 10 of 2016

Nick Seluk
Author of the Difficulty of Depression and Dealing with Anxiety comic
Present

Dear Mr. Seluk,

Please accept my most cordial and kindest regard, I wish you success in your daily activities and profusely congratulate your most admirable talent. My name is Adriana Aguilar and I'm finishing my bachelor's degree on clinical psychology at Rafael Landivar University. The reason of this letter is to request permission to use "The Difficulty of Depression and Dealing with Anxiety" into a psychotherapeutic tool, as part of my thesis. The objective of my research is to measure the different areas that make up a sense of meaning in life (as understood and within the theoretical framework for logotherapy).

The study itself originally focused on understanding what happens to renal patients after being subjected to a kidney transplant, this process led me to the creation of a special kind of guide. The guide seeks to empower K.T. patients by means of logotherapy. The guide was created to educate and psychologically prepare patients for the new things they will now have to deal with and also how to recognize and better equip themselves to handle some of the more affected psychological aspects of being a K.T. patient making it easier and faster for them to find or redefine their sense of meaning in life.

Your comic strip, "The Difficulty of Depression and Dealing with Anxiety", where you explain the symptoms of anxiety and depression, will be used as a visual tool in the section of the guide that focuses on depressive and anxiety disorders.

This is why I request, Mr. Selçuk, your permission to use the attached strips of "The Difficulty of Dealing with Depression and Anxiety" comic as part of my guide. And to express my commitment I will be delivering a copy of the thesis as soon as it's approved by the Rafael Landivar University. If so, please be kind enough to reply to this email with a copy with your name and signature hand written.

I, NICK SELUK, confirm that I have read and understood this agreement and agree to voluntarily collaborate in this study on "The Meaning of Life", for kidney patients in adulthood, after the surgical procedure in a range of 1 to 10 years after kidney transplantation by allowing Adriana Aguilar to include the comic strips "The Difficulty of Dealing with Depression and Anxiety in her guide that is a product of her investigation, which will be replicated in the future for renal patients that go under treatment.

I signed two copies of this consent, one for me and one for the person responsible for the study.

9/9/16

DATE



MR. SELUK
SIGNATURE

Kindest Regards,
Adriana Aguilar Matta
Universtiy ID: [REDACTED]
Celphone: [REDACTED]
Email: [REDACTED]@gmail.com

X. PROPUESTA

10.1 Guía “Cuerpo, mente y espíritu, El camino hacia el sentido de vida”

