

Donación de órganos: una mirada psicológica

Silvia Natenson*

Resumen:

Para poder evaluar las características psicológicas intervinientes en el acto de la donación de órganos entre vivos, se administró un cuestionario sobre una muestra retrospectiva de donantes vivos de riñón. Obteniéndose los siguientes valores: Amor filial 91%. Amor a sí mismo 66,7%. Mandatos paternos 66,7%. Necesidad de protagonismo 41,7%. Dar segunda vida 50%. Ideales 50%. Obligación moral 50%. Altruismo 50%. Aceptación familiar 30%. Dependencia y control 25%. Ejercicio de la libertad 25%. Culpabilidad 16%. Interés económico 0%. El abordaje psicológico es indispensable antes de la ablación.

Palabras Clave: Donantes vivos - riñón - características psicológicas. abordaje - evaluación.

Abstract

Organs donation: a psychological view

To assess and evaluate psychological characteristics to be found among people able and willing to perform an organ donation inter vivos, the author has designed and administered a questionnaire to a retrospective sample of living kidney donors. Values obtained ranged as follows: Filial love, 91%. Love for oneself, 66,7%. Parents' command 66,7%. Need for "starring", 41%. Giving a second life 50%. Ideals 50%. Moral obligation 50%. Altruism 50%. Family acceptance 30%. Dependence and control 25%. Exercising one's own freedom 25%. Guilt 16%. Interest for money 0%. A psychological approach to donors is indispensable before a kidney transplantation surgery is performed.

Key Words: Kidney transplantation - Psychology - Evaluation.

* Doctora en Psicología, Universidad de Belgrano (1996) Buenos Aires. Psicóloga Clínica. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad Nacional de La Plata (1970). Camargo 843 3º8. Tel.: 4855-9294. E-mail: silvianatenson@escape.com.ar

Importancia del problema:

El tema de la donación y los trasplantes de órganos, es importante por la proyección, que en el futuro tiene para el destino del hombre. Es una práctica médica que desde hace treinta años, se está perfeccionando, modificando el paradigma científico que sostenía hasta pocos años atrás, que la muerte se producía únicamente con el cese de las funciones cardio-respiratorias y que ello indicaba el fin de la existencia.

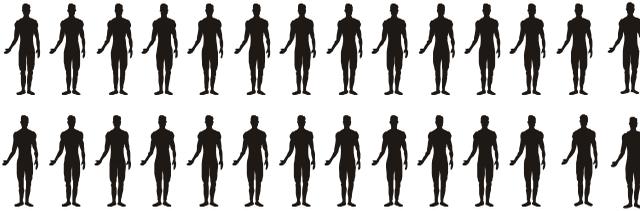
Por este recurso de la medicina, muchas personas cuyos órganos vitales no cumplen con la función para la cual la naturaleza los destinó y agotados otros procedimientos médicos, encuentran una nueva perspectiva de vida. El trasplante de órganos es una práctica quirúrgica, que, a diferencia de otras, implica la autodeterminación frente a un tema que involucra a toda la humanidad, como es la muerte y el consecuente destino del cuerpo. A pesar de ello, es un tema poco conocido y abordado por la sociedad, llevando en su seno, la **consideración de aspectos psicológicos, culturales y éticos**.

Se puede estimar de acuerdo a informes del I.N.C.U.C.A.I. (2005), que son 6.000 los pacientes que esperan ser trasplantados, calculándose entre 3 y 5 los años promedio de espera del órgano cadavérico. Del porcentaje de pacientes que requieren un trasplante, solamente llegan a él un 30 %. La problemática socio-económica y la escasez de donantes, limitan las cirugías (Vargas, 1994).

Para que un trasplante pueda realizarse, debe haber compatibilidad sanguínea entre el dador y el receptor y el órgano debe ser mantenido para conservar las condiciones hemodinámicas que posibiliten su utilización posterior. (Manyalich, Valero, Cabrer, G. Fages, 1992). Sin embargo el mayor impedimento para que un trasplante pueda realizarse, está dado por la carencia de donantes, debida a muchas causas: falta de aviso de los médicos terapistas de la existencia de pacientes con muerte cerebral, inadecuado mantenimiento de los pacientes donantes y negativa familiar y judicial (Favaloro, 1994). Mientras muchos autores consideran la **negativa familiar** como la causa más importante para la limitación en la procuración de órganos, otros manifiestan la **difícil aceptación del diagnóstico de muerte cerebral** (Cabrol, 1992; Mac Loughlin, 1992; Garrison, Bentley, y colab.; 1991; Perkins, Cabrer Barbosa, Mañalich i Vidal, Valero i Castell, 1991; Mañalich, Cabrer, García Fages, Valero, 1993; Valero, Cabrer, Manyalich, García Fages, 1992). Otros investigadores consideran como limitación importante en la procuración de órganos, **la determinación del momento en el cual termina la vida y comienza la muerte** (Yougner, Arnold, 1993), **la negación de la misma** (Cabrol, 1992) también, y **el breve tiempo transcurrido entre el deceso y el pedido del órgano** (Garrison, Bentley, y colab. 1991; Finlay, Dallimore, 1991; Perkins).

Muchos operativos fracasan porque el equipo médico del sanatorio u hospital no denuncia la existencia de un potencial donante. Se estima que estos profesionales se vincularon estrechamente con el paciente y lucharon por salvarle la vida y al establecerse el diagnóstico de muerte cerebral, deberían dirigir su acción profesional en otra dirección que no siempre les es posible. Éstas, como otras limitaciones pueden ser compensadas

con el aumento de donaciones espontáneas. Las cifras indican que España, es el país europeo con más elevado número de donantes.



30 donantes por año y por millón de habitantes en España.



7 donantes anuales por millón de habitantes en Argentina

Actualmente en nuestro país, la cifra estimada de donaciones por año, se encuentra en el orden de 7 donantes por millón de habitantes (I.N.C.U.C.A.I.), mientras que el número esperado para satisfacer la demanda, oscila entre 20-30. Debe producirse un **cambio cultural respecto a la concepción de la vida y la muerte**, para que la diferencia numérica entre la demanda de órganos y la oferta, sea menos significativa. En nuestro país, la ley que rige esta práctica es la Ley de Trasplantes y Materiales Anatómicos Nro 24.193. En su artículo 23 y coincidiendo con la definición de la ciencia, que surge en Harvard en el año 1967, establece que una persona está fallecida cuando se produce el cese irreversible de las funciones del encéfalo, hemisferios cerebrales y tronco encefálico, con pérdida de conciencia, producido por paro cardiorrespiratorio o por lesión. La definición de muerte en la ley es coincidente con la definición de muerte que el Código Civil argentino establece en el artículo 103.

Pero la ley de trasplantes, ni la modificación del concepto de consentimiento expreso por consentimiento presunto, que convertiría a todos los ciudadanos en donantes si no dan su negativa a la donación de sus órganos, no modifica la diferencia numérica entre la demanda y oferta de órganos. Por ello, para que muchos pacientes pueden mejorar su calidad de vida o continuar viviendo, se requiere que un familiar compatible done en vida riñón, segmento de hígado o médula ósea.

Los trasplantes que se realizan con órganos provenientes de donantes vivos introducen connotaciones éticas y psicológicas. El cirujano, en estos casos, debe ablacionar de un cuerpo sano, un órgano que cumple con la función para la cual fue destinado por la naturaleza, para ser incluido en el cuerpo de quien, tiene amenazada su supervivencia. Para llevarlo a cabo se tiene en cuenta la compatibilidad sanguínea,

entre el donante vivo o cadavérico y el receptor. En los casos de dadores familiares se establece la necesidad de concordancia en los antígenos H.L.A. En los donantes cadavéricos, se considera el grado de compatibilidad antigénica y la urgencia clínica, ya que muchos trasplantes son exitosos a pesar de la presencia de ciertas incompatibilidades (Ritz, Ziegler, 1972) (Casadei, Cambariere, Najun Zarazaga, Vila, Leanza, Cristaldo, 1987). Además de la existencia del donante y compatibilidad, son requisitos a considerar para que un trasplante pueda llevarse a cabo, edad, tamaño del órgano, tiempo de mantenimiento del órgano ablacionado, distancia entre el centro o provincia en la cual el órgano fue procurado y el lugar de residencia del receptor, etc. Pero no menos importante, las creencias acerca de la muerte, que inciden en el acto de donar (Evans, Shandor y Miles). Por las dificultades observadas para la procuración de órganos, se debe jerarquizar el acto de donar y potenciar los recursos humanos comunitarios, para que el número de donaciones sea mayor (Martín González y colab).

El trasplante como técnica quirúrgica, es una nueva alternativa de vida, pero si bien desde el punto de vista científico responde al paradigma de la ciencia, no está aún acompañado, por los valores de la cultura. ***Se debe crear una cultura del trasplante, aceptar como muerta la persona diagnosticada con muerte cerebral y concientizar a la población que los órganos de una persona fallecida, pueden prolongar merced a la trasplantología, la vida de muchas personas.*** Por ello, debería incluirse en los programas de enseñanza y acorde a las diferentes edades, aspectos vinculados a la temática.

Aspectos psicológicos intervinientes:

Además de los factores biológicos, que posibilitan o dificultan la realización de un trasplante, es necesario considerar los múltiples aspectos que intervienen en esta problemática. Pacientes que durante muchos años de su vida tienen que depender del tratamiento de diálisis para seguir viviendo, (en algunos casos hasta 15 años), deben trasladarse a centros especializados, abandonando una parte de la familia, interrumpiendo estudios y trabajos, con el consecuente perjuicio psíquico, familiar y social. Estadísticas del Hospital Italiano de la ciudad de Buenos Aires, refieren que solamente el 35 % de los pacientes a trasplantarse son de zonas cercanas. De ellos el 74 % tiene trabajo estable, el 62 % tiene ingresos medios bajos, un 19 % ingresos bajos, un 13 % ingresos medios altos, un 5 % tiene ingresos altos. Solamente tienen cobertura médica un 50 %, no pudiéndose pedir los estudios indicados, en todos los casos. Un 21 % tiene cobertura parcial y un 29 % son carenciados. Esta situación se agrava por la limitada disponibilidad de órganos para ser trasplantados (Estadísticas del Hospital Italiano de la Capital Federal, 1994). Ante tales dificultades, la familia de muchos pacientes deben decidir donar en vida, riñón, segmento de hígado, o médula ósea. A diferencia de la médula y del hígado, el riñón, no se reconstituye en el cuerpo del donante. Estas donaciones tienen mayor posibilidad de sobrevida que las cadavéricas. ***Pero esta medicina no es un perjuicio para la calidad de vida del donante?*** Esta urgencia no le impone un “sacrificio” al

quedar expuesto a un posible peligro futuro si su único riñón enfermase? Qué sucede con el donante antes, durante y a posteriori del trasplante?

En algunos países se realizaron estudios previos, a la donación de riñón, en donantes vivos relacionados y se observó en una muestra de 31 pacientes, el aumento en una sub-escala que indica factores de somatización del orden de 1.61 pre-trasplante a 3.23 posterior al mismo. No existiendo cambios en otros valores. Estas donaciones han sido voluntarias, reconocidas por el valor positivo del acto de donar y el conocimiento del receptor (Varma, Yadav, Sharma, Sarup, 1992).

Un estudio realizado en la ciudad de Buenos Aires, en ámbito privado sobre una muestra de 61 pacientes trasplantados, desde marzo de 1987 a marzo de 1993. 28 de sexo femenino, 33 de sexo masculino, con una edad promedio de 31 años, 20 de ellos fueron trasplantados con órganos cadavéricos, 36 con órganos provenientes de dadores vivos relacionados y 5 con órganos provenientes de dadores vivos no relacionados, reflejó que el trasplante realizado con órganos provenientes de dadores vivos, tiene semejantes y alentadores resultados respecto a las cifras internacionales (Franco, Pattaro, Cantarovich, Vilá, 1994).

Pero pueden surgir dificultades de orden psicológico, durante el proceso del trasplante de médula ósea, en hermanas y hermanos donantes. Estas fueron investigadas en Lyon. Se debió a la falta de información requerida ante tales circunstancias, por estar la familia, como el equipo médico, más atentos al receptor que al donante (Pujol, Souillet, Pasquier, Philippe, 1993). Otros estudios realizados con donantes de médula ósea refieren que existen casos en los cuales, el donante, no ha estado de acuerdo con la donación. El donante puede sentirse obligado a salvar la vida de un hermano, desde la palabra del médico, de los padres, de la inmunología, o bien desde los conflictos inconscientes presentes. “La médula no es donada sino tomada” (Danion-Grillat, Bursztejn, Babin-Boilletot, Lutz, Ebtinger, 1994). Dada la posible existencia de presiones psicológicas, los familiares, aún siendo en algunos casos, donantes potenciales, deberían estar protegidos psicológicamente, garantizándoseles que la ablación se realizará, únicamente por propia determinación.

Otro estudio realizado en la República Argentina, en el Centro Integral de Nefrología y Trasplantes del Sanatorio Guemes en el año 1990, sobre una muestra numerosa de pacientes, 881 en hemodiálisis crónica y 225 trasplantados, de los cuales 72 eran trasplantes renales realizados con órganos cadavéricos y 153 con órganos provenientes de donantes vivos, desde el año 1979 hasta el año 1989 indicó: cambios de conductas originados por el trasplante, modificaciones de la potencia corporal: motriz y/o sexual, robo, pago simbólico de deudas, ideas de renacimiento, incesto, fantasías sexuales, de transformación corporal, alteraciones de la identidad, posibilidades de resolución de conflictos de larga data, amenazas de muerte y destructividad, temor al cáncer cuando hay que biopsiar el órgano trasplantado, etc.

Cuando una persona da a otra o recibe un riñón, encubre una demanda de amor, miedo a la muerte, deudas simbólicas, fobias, rechazos.

En una muestra de 54 pacientes donantes, se observó después de haber donado que el 100 % no cambió su actitud hacia el trabajo, el 90% se mantuvo igual que antes

del trasplante, el 88.9% no presentó índices de depresión, el 71.4% no se modificó, el 25.9% mejoró su actitud respecto al receptor, el 9.2% mejoró su actitud física, el 9.2% dió muestras de depresión y el 1.9% dió un pequeño índice de depresión. (Bonomi, 1990).

Si se estima que el éxito de sobrevivencia de los trasplantes realizados con donantes vivos, está en el orden del 98 % a los 5 años, respecto al 84 % de los trasplantes realizados con órganos provenientes de cadáveres (Spital, 1994), es necesario continuar con las investigaciones para poder evaluar si estos resultados, también están condicionados a variables psicológicas. Así, de acuerdo al vínculo donante-receptor y a las variables psicológicas intervinientes se podrían hacer estimaciones respecto al pronóstico, éxito o fracaso del trasplante y/o aceptación o rechazo del órgano. ***Dado que la preparación pre-quirúrgica en el caso de los trasplantes y a diferencia con otras preparaciones previas a la cirugía no concluye con la misma, el abordaje psicológico con la pareja donante/receptor, antes, durante y después del trasplante, contribuye a una mejor aceptación bio-psicológica del órgano trasplantado. Se requiere por parte del paciente receptor la adherencia al tratamiento médico y a sus indicaciones y un trabajo psicológico que posibilite la vivencia de “propiedad del órgano” una vez incorporado en el cuerpo.***

Por ser tan complejos los aspectos que se interrelacionan dinámicamente en el proceso de un trasplante, debería incluirse en la Ley de Trasplantes de la República Argentina N° 24.193 el **abordaje psicológico** que contemple:

- Factores psicológicos que intervienen en el acto de la donación entre vivos.
- Diagnóstico del vínculo donante-receptor previo, durante y posterior al trasplante.
- Motivaciones psicológicas presentes en los donantes vivos, que determinan la decisión de donar.
- Requisitos psicológicos a diagnosticar en los donantes vivos, previo al trasplante.
- Evaluación del sistema psicológico defensivo del donante vivo.
- Limitaciones psicológicas del donante y/o del receptor que impedirían la realización del trasplante.
- Indicadores psicológicos que presuponen el éxito de un trasplante.
- Actitudes de cuidado y adherencia al tratamiento estimables en el receptor.
- Indicadores psicológicos que presuponen posible rechazo del órgano. Trabajo psicológico previo.
- Diferentes variables psicológicas intervinientes cuando la donación la realiza un esposo, esposa, madre, padre o hijos.
- Limitación de la donación de hijos a padres.

Metodología:

Para estimar en profundidad las características psicológicas intervinientes en el acto de la donación de órganos entre vivos, en un primer trabajo exploratorio realicé entrevistas profundas a una muestra reducida de donantes vivos de riñón, meses

después de haber donado. Diseñé y administré un cuestionario teniendo en cuenta los aspectos psicológicos más relevantes que surgieron en dichas entrevistas. Esta investigación arrojó los siguientes datos y porcentajes acerca de las características psicológicas *intervinientes en el acto de la donación y el trasplante de órganos*, cuando el órgano proviene de donantes vivos. (Natenson, 1996).

Porcentajes obtenidos de la administración del cuestionario a donantes vivos:

La donación fue voluntaria, el donante fue informado de los riesgos del trasplante, le preocupaba el sufrimiento de su familiar, la motivación de donar estaba dada por el padecimiento del receptor, la familia lo reconoce por su acción, cree que el receptor respeta las indicaciones médicas, no está arrepentido de haber donado, aconsejaría a otras personas a donar, el 100%. Donó por amor filial, sintió respaldo para tomar la decisión, conocía donantes antes de donar, el 91,7%. Influyeron en su decisión de donar otros donantes, siente ser reconocido por el equipo médico como el receptor, el 83,3%. No era donante previo a la necesidad de serlo por su familiar, el vínculo pre-trasplante era muy bueno, el vínculo cambió posterior al trasplante, el 75%. Donó por amor a si mismo, cree que el riñón trasplantado es del receptor, se siente reconocido, donó por cumplimiento a mandatos paternos, el 66,7%. Manifiesta estar más dependiente del receptor, se siente mejor persona después de haber donado, el 58,3%. Sintió dar segunda vida, no pensó quién le hubiese donado a él de haberlo requerido, donó por ideales, donó por obligación moral, donó por altruismo, no sintió temor por él, sintió temor por el receptor, el 50%. Sintió necesidad de protagonismo, experimentó temor a la pérdida del riñón, el 41,7%. Pensó que le donaría el receptor si lo hubiese requerido, cree que el riñón trasplantado es de ambos, el 33,3%. Donó para ser más aceptado en la familia, el 30%. Donó para establecer dependencia y control, por ejercicio de la libertad, el 25%. Por culpabilidad, el 16%, por interés económico, el 0%.

Conclusiones:

La donación de órganos entre vivos es fundamentalmente un acto de amor a través del cual, el donante, procura “dar vida” al familiar enfermo, pero también, restablecer el equilibrio familiar y del propio psiquismo, dado que en la familia cuando no se obtiene el órgano cadavérico, se movilizan ansiedades y fantasías respecto a la muerte. En este circuito está involucrada toda la familia del paciente, que de diversas maneras participa en su proceso terapéutico, sufriendo, acompañándolo a controles médicos y en muchos casos, sosteniéndolo psíquica y económicamente durante largos años de padecimiento. Esta situación genera angustia y necesidad de dar un órgano, para posibilitar la vida del ser querido y también restablecer en ese acto, el equilibrio del propio psiquismo.

El órgano donado produce liberación y movilización de energías, es un acto de amor y reparación para el propio sujeto dador. La pérdida de un ser querido, puede llevar al desmoronamiento del sistema familiar. La donación equivale al movimiento que un

miembro de la familia realiza, para que el equilibrio del sistema se mantenga. Para que este proceso se realice se inicia la puesta en marcha del **trabajo elaborativo psíquico**. Posibilita que el sujeto donante, pueda organizar internamente una situación de características traumáticas, sin derrumbe psicológico, con la consiguiente **disminución de tensión para el aparato psíquico**. El trabajo elaborativo del psiquismo, posibilita que la acción de donar, puede realizarse. **El miedo a la muerte propia, es negado y la donación puede constituirse en la concreción de ideales y expresión del narcisismo**. Están presentes también, en el acto de la donación de órganos, valores y creencias que imprimen la manera que los individuos adoptan, para pensar y actuar en la vida frente al dolor y la posibilidad de muerte, condicionando una actitud favorable o no a la donación de órganos.

Bibliografía:

Asoc. Arg. de Cirugía 1993. Procuración de órganos para Trasplantes. Estudio del Servicio de Psicopatología del Centro Integral de Nefrología y Trasplantes del Sanatorio Guemes.

Bonomi, V.,G. Gozzetti. (1990). ¿Is living donation still justifiable? *Nephrology, Dialysis y Transplantation*. 407-409.

Bonomi V. (1991) *Transplantation Proceedings*, Vol 23, N. 5 (october).

Cabrer Barbosa, C. A., M. Mañalich I Vidal, R. Valero I Castell (1991). Coordinación de la obtención de órganos y tejidos para trasplante. Trasplante de órganos, *Medicina integral* Vol. 18, N° 10.

Cabrol, C. (1992). Problemes ethiques et sociaux poses par la greffe d'organes, *Bull. Acad. Natle. Med.* 176, N° 7, 1097-1110.

Casadei, R., C. Cambariere, C. Najun Zarazaga Y Otros. trasplante Renal Abo Incompatible De Dador Vivo Relacionado. (1987) *Medicina* (Buenos Aires) 47: 293-296

Daar, A. S. (1993). Commerce in trasplantable human kidneys. *Rev. española de trasplantes*. 58-61.

Danion-grillat, A., C. Bursztejn, A. Babin-boilletot, P. Lutz, R. Ebtinger. (1994). Don de moelle osseuse intrafamilial: la place des parents. *Ann. Méd.-Psychol.*, 152, n.3.

Evans, W. (1992) Incentives for organ donation. *The Lancet* 1992 Jan 18; 339 (8786): 185.

Favaloro R. (1993). Trasplantes pulmonares y cardiopulmonares. *Boletín de la Academia Nacional de Buenos Aires* Vol.71-2. 353-362.

Finlay, I., D. Dallimore (1991). Your child is dead. *BMJ* June 22; 02 (6791); 1524-1525.

Franco, C., L.pataro, F. Cantarovich, N. Vilá. Resultados del programa de trasplante renal. Inst.Arg.de Riñón y Trasplante. Bs. As.

Freud, S. (1968). Introducción al Narcisismo. Vol. I

Freud, S. (1968). La Teoría de la Libido y el Narcisimo Vol. II. Obras Completas, Madrid. Biblioteca Nueva.

Garrison, N., F. Bentley, and colab. (1991). There is an answer to the shortage of organ donors, *Surgery, gynecology & Obstetrics*. 173.

Manyalich, M., R. Valero, y otros. (1994)Criterios de aceptación de donantes de órganos. *Revista española de trasplantes*. 1 N° 1, 16-20.

Mañalich, M., C. Cabrer, L. C. García - Fages, R. Valero (1993). Criterios de donación de órganos para trasplante, *Update, Trasplante de órganos*. 1, 1-15.

Martín .A., J. Martínez, J. López. La donación en España: un estudio sobre los aspectos psico-sociales.

Natenson, S. Tesis Doctoral. Características psicológicas intervinientes en el acto de la donación de órganos entre vivos. Aspectos psicológicos de los donantes vivos de riñón.Buenos Aires (1996) Universidad de Belgrano.

Perkins. *The New England Journal of Medicine* Vol. 326, N° 15, 1025-1030.

Pujol, M., G. Souillet, N. Pasquier, N. Philippe. (1993). Psychological aspects of bone marrow Transplantation in donor brothers and sisters in bone marrow transplantation. *Pediatric Bucur*; 48 (4):337-41.

Ritz, E., M. Ziegler. (1972). Indicaciones para el trasplante de riñones. *Med. Wschr*,19, 777.

Valero R., C. A. Cabrer, M. Manyalich, L. C. Fages (1992). Mantenimiento del donante de órganos, *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim*. 39:293-300.

Varma, V., R. Yadav, K. Sharma, A. Sarup. (1992). Psychological assesment of blood related renal donors.*Indian-J-Med-Res*. Jun ;96:182-5.

