



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



Personalidad, gaudibilidad, bienestar subjetivo e ira con relación al alargamiento del telómero y a la función o disfunción del injerto renal en el primer año postrasplante

TESIS PRESENTADA POR

Mariana Carrasco Ramírez

PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE

Doctora en Psicología

COMITÉ TUTORAL

Ferrán Padrós Blázquez (Director)

Doctor en Psicología

José María de la Roca Chiapas (Co-Director)

Doctor en Ciencias Médicas

REVISORES

Blanca Olivia Murillo Ortiz

Doctora en Ciencias Médicas

Roberto Montes Delgado

Doctor en Psicología

Mónica Fulgencio Juárez

Doctora en Psicología



DEDICATORIA

A Dios, a mi hija, a mi familia.

AGRADECIMIENTOS

Gracias al CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (CONACYT) ya que el presente se realizó por una beca asignada a mi persona por haber sido parte del programa de Doctorado Interinstitucional en Psicología (DIP) inscrito en el Padrón Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC). Gracias a las Universidades sedes, Universidad Autónoma de Guadalajara, Universidad de Guanajuato, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Universidad de Colima y en especial a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Gracias a la Secretaría de Salud en el Estado de Michoacán, ya que me brindó todas las facilidades para convertirme en estudiante de dedicación exclusiva.

Gracias a la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 1, Bajío, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de León, Guanajuato, México y a la Dra. Blanca Olivia Murillo Ortiz, Jefa de la Unidad de Investigación, quien me permitió participar en este espacio.

Agradezco a personas tan valiosas que me apoyaron en este proceso: a la Dra. María Elena Rivera Heredia, al Mtro. David Martínez Morales, a la Dra. Claudia Rojas Soriano, al Dr. Roberto Montes Delgado, al Dr. José María De la Roca Chiapas, a la Dra. Mónica Fulgencio, a cada uno de mis compañeros de generación, a cada uno de mis maestros. A todos los que constituyen el DIP porque han sido parte de esta intensa y a ratos infartante experiencia formativa, en lo académico, en lo profesional e incluso en lo personal.

Un agradecimiento muy especial al Dr. Ferrán Padrós Blázquez, Director de mi trabajo, quien siempre se mostró generoso y paciente al compartir sus conocimientos, experiencia y su tiempo. Estoy segura de que sin su actuar en este proceso no hubiese sido el mismo, o no hubiese sido.

Gracias estimada Laura Amador, porque con tu tenaz labor haz facilitado el cierre de este ciclo. Agradezco con todo mi amor a mi familia, especialmente a mi hermosa madre, a mi padre y a mi hermano César, ya que sin su valioso apoyo, definitivamente no hubiese conseguido esta meta.

Gracias por creer siempre en mí. A Rodrigo, mi cuñado por sus oraciones y su paciencia para compartir con mi hija en momentos en los que requería avocarme de lleno al trabajo.

Agradezco a mi hermosa hija Amanda, por su amorosa paciencia, ya que le quitaba a su mamá por ratos para poder cumplir con el presente compromiso, y que se volvió el faro en momentos complejos de este andar devolviendo mi alma siempre a al centro y recordarme de nuevo cuál es el fin y cuáles los medios.

Y sobre todo, agradezco a Dios que me sostiene en su infinito amor.

Índice

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
ENFERMEDAD RENAL, TRASPLANTE Y OTROS ASPECTOS A CONSIDERAR	7
Enfermedad Renal y Trasplante	7
Telómero	12
Psiconeuroinmunoendocrinología	14
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y SALUD	18
• Personalidad	18
○ <i>N- neuroticismo, inestabilidad emocional, emocionalidad negativa, nerviosismo</i>	19
○ <i>E- Extraversión, energía, entusiasmo</i>	19
○ <i>O- Apertura a nuevas experiencias, originalidad, apertura de mente</i>	20
○ <i>A- Amabilidad, altruismo, afectividad</i>	20
○ <i>C- Responsabilidad, restrictividad, conciencia, control de impulsos</i> ...	21
○ <i>Personalidad y salud</i>	21
• Gaudibilidad	27
• Psicología Positiva y Bienestar Subjetivo	28
○ <i>Antecedentes</i>	28
○ <i>Satisfacción con la vida</i>	33
○ <i>Afecto positivo y afecto negativo</i>	34
○ <i>Bienestar subjetivo y salud</i>	36
• Ira	38
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	41
• Justificación	41
• Pregunta de investigación	43

• Objetivo general	43
• Objetivos particulares	43
• Variables	44
• Hipótesis de investigación	45
• Aspectos éticos (precisiones sobre el consentimiento informado, beneficencia, no-maleficencia, justicia, autonomía y devolución de resultados)	45
MÉTODO	47
• Tipo de estudio	47
• Delimitación espacio-temporal	47
• Participantes	47
• Criterios de inclusión	47
• Criterios de exclusión	48
• Criterios de eliminación	48
• Muestreo	48
• Instrumentos	48
○ <i>Personalidad: NEO FFI (Inventario NEO reducido de Cinco Factores)</i>	49
▪ <i>Inestabilidad emocional o neuroticismo (N)</i>	49
▪ <i>Extraversión (E)</i>	49
▪ <i>Apertura a nuevas experiencias (O)</i>	50
▪ <i>Amabilidad (A)</i>	50
▪ <i>Responsabilidad (C)</i>	50
○ <i>Gaudibilidad: EGP (Escala de Gaudibilidad de Padrós)</i>	51
○ <i>Bienestar subjetivo</i>	51
○ <i>Satisfacción con la vida: SWLS (Satisfaction With Life Scale)</i>	51
○ <i>Afecto negativo y afecto positivo: PANAS (Positive affect, negative affect)</i>	52
○ <i>Ira: STAXI 2 (Inventario de la Expresión de Ira Estado – Rasgo)</i>	52
PROCEDIMIENTO	55
• Medición del telómero	55
• Identificación de disfunción del injerto renal	56

• Análisis de datos	56
RESULTADOS	58
• Descripción de la muestra	58
• Diferencias entre el grupo que sí hizo disfunción renal y el que no la hizo a un año del trasplante, según alargamiento del telómero, características sociodemográficas, personalidad, gaudibilidad, bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y afectos -positivos y negativos-) y expresión de la ira	60
• Diferencias entre el grupo que sí mostró un aumento de la longitud del telómero y el que no a un año del trasplante, según características sociodemográficas, gaudibilidad, bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y afectos -positivos y negativos-) y expresión de la ira	64
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	68
REFERENCIAS	72
ANEXOS	92
• Anexo 1. Consentimiento Informado	92
• Anexo 2. Ficha de identificación	95
• Anexo 3. NEO FFI (Inventario NEO reducido de Cinco Factores)	96
• Anexo 4. EGP (Escala de Gaudibilidad de Padrós)	101
• Anexo 5. SWLS (<i>Satisfaction With Life Scale</i>)	103
• Anexo 6. PANAS (Afecto Positivo y Negativo)	104
• Anexo 7. STAXI 2 (Inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo)	106

Resumen

El objetivo de la presente investigación es conocer si existe alguna relación entre aspectos sociodemográficos, personalidad, afectos y aspectos psicológicos positivos con la disfunción del injerto renal y el alargamiento del telómero, a un año del trasplante renal. Método: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, longitudinal y correlacional; que se llevó a cabo en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) No. 1, Bajío, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la ciudad de León, Guanajuato, México. En el período: julio del 2016 - agosto del 2017. Se trata de una muestra por conveniencia de 26 personas con trasplante renal, y los instrumentos aplicados son: NEO FFI (Inventario NEO reducido de Cinco Factores), PANAS (Afecto Positivo y Negativo), STAXI 2 (Inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo), EGP (Escala de Gaudibilidad de Padrós) y SWLS (Satisfaction Whit Life Scale), cuyos resultados se compararon con la diferencia entre la longitud de telómero final y la basal, así como con la disfunción o no del injerto renal. Se encontró que el grupo que presentó altas puntuaciones de gaudibilidad, de afecto positivo en estado y en rasgo, tiene una relación positiva con el alargamiento del telómero. Por otro lado, el grupo que hizo disfunción del injerto durante el primer año posterior al trasplante fue el que tenía más altos niveles de responsabilidad. Mientras que, de modo opuesto, el grupo que no tuvo disfunción del injerto durante el primer año postrasplante fue el que presentaba más altos niveles de neuroticismo.

Palabras clave: *Personalidad, Afectos Positivos/Negativos, Gaudibilidad, Satisfacción con la Vida, Telómero, Trasplante Renal.*

Abstract

The aim of this research is to find out if there is any relationship between the graft, telomere length, sociodemographic issues, personality, affections and positive psychological aspects, a year after kidney transplant. Materials and methods: This is a quantitative, descriptive, longitudinal and correlational study; which was carried out in the High Specialty Medical Unit (UMAE) No. 1, Bajío, Mexican Institute of Social Security (IMSS), in the city of León, Guanajuato, Mexico. In the period: July 2016 - August 2017. This is a convenience sample of 26 people with kidney transplant. The instruments are: NEO FFI (Reduced NEO Inventory of Five Factors), PANAS (Positive and Negative Affection) , STAXI 2 (Ira State Expression Inventory - Trait), EGP (Padrós Gaudiebility Scale) and SWLS (Satisfaction Whit Life Scale), whose results were compared with the difference between the final telomere length and the basal one, as well as with the dysfunction or not of the renal graft. As main result there was founded that the gaudiebility and positive affect high score is related to longer telomeres a year after kidney transplant. In the other hand, the disfunction allograft group scored higher in conscientiousness. But as a paradox, the functional renal graft group scored higher in neuroticism.

Keywords: *Personality, Positive / Negative Affects, Gaudiebility, Satisfaction with Life, Telomere, Renal Transplantation.*

Introducción

Las actuales formas de vida tienen implicaciones en la salud humana (hábitos, estilos de vida, estilos de producción de alimentos), algunas de éstas han sido descritas por la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015), que ha reportado un incremento evidente en los tipos de padecimientos que aquejan la salud de la población, en términos tanto de salud física como psicológica. Padecimientos denominados Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), por ejemplo, se encuentran relacionados con las grandes urbes, y su calidad de aire, así como cambios en hábitos alimenticios, incrementándose de modo importante los padecimientos metabólicos, relacionados con la insuficiencia renal crónica (IRC), condición física que implica terapia sustitutiva de la función renal (TSFR), ya sea diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante (OMS, 2015).

La tesis está estructurada en capítulos, en el primero de ellos se revisan los aspectos físicos de nuestro estudio, comenzamos por describir la IRC, enfermedad que consiste en la pérdida gradual de la función renal, que es progresiva y que, si se reduce al 10%, puede llegar a ser terminal, momento en el que se define que se requiere ya de terapia sustitutiva, sea: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante (Contreras, Esguerra, Espinosa, Gutiérrez, & Fajardo, 2006).

El problema de la IRC es relevante tanto a nivel global como nacional. En su reporte anual 2018 de la donación de órganos y tejidos, el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA, 2019), refiere 15,072 personas en lista de espera para trasplante renal (TR) en México al 31 diciembre de dicho año. Hasta el momento se ha logrado un máximo histórico de 3,175 TR, que fueron realizados en el 2017, de los cuales 936 fueron de donador fallecido y 2,239 de donador vivo.

En 1963 se realizó el primer TR en México, con un total de tres ese mismo año y desde entonces se ha incrementado la cantidad de trasplantes realizados. Guanajuato, sede del presente estudio, ocupa el tercer lugar a nivel nacional en registro de TR, con 191 cirugías realizadas durante el 2018, ocupando el primer lugar el Estado de México con 898 y en

segundo, lugar Jalisco con 534. Con relación a trasplante de donante fallecido, Guanajuato ocupa el segundo lugar con 120 procedimientos realizados durante el 2018. Por otro lado, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ocupa a la fecha el primer lugar a nivel nacional como dependencia en la realización de trasplantes renales tanto de donador fallecido (430) como vivo (1083) (CENATRA, 2019).

Para la mayor parte de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) el TR es la opción más efectiva ya que proporciona mayor supervivencia y nivel de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Además, a pesar del alto índice de reingresos por recaídas que presentan los pacientes en el primer año post-trasplante y del exhaustivo control que necesitan, los requerimientos económicos de ese primer año de la diálisis, el trasplante es una de las intervenciones más coste-efectivas, puesto que el gasto anual posterior es muy inferiores en comparación con los otros procedimientos (diálisis peritoneal y hemodiálisis) (Fernández, Valdés, Villar & Díaz, 2015).

Por esta alta incidencia, es que nos encontramos frente a un asunto de salud pública con repercusiones personales y familiares tanto en lo físico como en lo afectivo; y sociales y económicas a nivel familiar como social. El impacto de este problema ha motivado algunas investigaciones (Gremigni & Cappelli, 2016; Grijpma *et. al*, 2016 y Harrington & Morgan, 2016) que han descrito principalmente cómo este procedimiento quirúrgico repercute en el ámbito emocional, pero no así, si algún aspecto psicológico favorece o no el comportamiento clínico del injerto durante el primer año posterior al trasplante. Como por ejemplo; puesto que el trasplante puede realizarse con diferentes tipos de donador, fallecido o vivo, han de considerarse las repercusiones psicológicas que puede tener en el caso de trasplante de donador vivo en el donante con receptor fallecido. En este sentido, Watson, Behnke, Fabrizio y McCune (2013) mencionan, por ejemplo, que cuando el receptor fallece, la CVRS del donante, aunque decline al momento inmediato postrasplante, tiende a recuperarse; mientras que, cuando el receptor pierde el injerto renal, la CVRS del donador declina y ya no se recupera.

Por su parte, Velasco y Sinibaldi (2001), mencionan que existen cambios estructurales en las familias cuando donador y receptor pertenecen al mismo sistema. Ya que quien dona, escala en jerarquía dentro del sistema familiar; y quien recibe, genera una serie de

sentimientos que lo vinculan al donador. Al respecto, Hanson *et al.* (2015), mencionan que los pacientes reportan preocupación en torno a los problemas y asuntos financieros a largo plazo que los donadores adquieren, así como sentimientos de culpa, la posibilidad de falla renal, duda, conflictos familiares y deuda. Situación que el presente estudio tomará en consideración.

Por otro lado, en el mismo capítulo se revisa el telómero, cuya medición pre y postrasplante nos es de utilidad como variable confirmatoria de cambios de acuerdo a los aspectos psicológicos y sociodemográficos señalados; ya que el éste ha sido descrito como un indicador de senescencia celular, que refleja, asimismo, el estado general del organismo, en este caso, humano. Por lo que se cree que, como reflejan algunas investigaciones (Hough *et al.*, 2016; Schutte, Palanisamy, & McFarlane, 2016; Chan, & Blackburn, 2004 y Bartlett, 2015), también tiene relación con aspectos psicológicos. No así descrito con aspectos sociodemográficos.

Y por último en el mismo capítulo se aborda brevemente la psiconeuroinmunoendocrinología. Se conoce que existe una relación entre emociones, pensamientos y salud física (Segerstrom, 2010; 2008; 2001; 2006; Segerstrom & Miller, 2004; Schutte, Palanisamy, & McFarlane, 2016; Shulz *et al.*, 2012). Debido a que son muy escasos los estudios que se centran en el posible impacto que pueden tener variables psicológicas en la evolución de la enfermedad, concretamente en la función o disfunción del injerto renal y/o el alargamiento del telómero se consideró plantear el presente estudio para detectar la posible relación entre algunas variables de tipo psicológico (personalidad, bienestar subjetivo –gaudibilidad, satisfacción con la vida, afecto positivo/afecto negativo- e ira) y sociodemográficos, con el resultado del injerto. Esto puede abrir un campo para la intervención oportuna en pacientes postrasplantados renales, lo que optimizaría los recursos.

El siguiente capítulo corresponde a las variables psicológicas, y su asociación con la salud física, que se tomaron en consideración para el presente estudio:

- personalidad, desde el Modelo de los Cinco Grandes (Costa & McCrae, 1992);
- gaudibilidad, que se refiere al conjunto de moduladores que regulan el disfrute (habilidades, creencias y estilo de vida), o conjunto de moduladores que regulan

actividades placenteras o hedónicas (Padrós-Blázquez & Fernández-Castro, 2008 y Padrós-Blázquez, Herrera-Guzmán & Gudayol-Ferré, 2012);

- bienestar subjetivo, en sus dos componentes: satisfacción con la vida, que corresponde al aspecto cognoscitivo, y se refiere a una evaluación global sobre la manera en que las personas juzgan la calidad de su vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985); y por otro lado, la propuesta de modelo bifactorial del afecto, donde Watson y Tellegen (1988)) después de un análisis que realizan sobre otros estudios, establecen que dichas dimensiones, no poseen alta correlación negativa entre sí, es decir, se consideran independientes una de la otra.
- ira, de acuerdo a Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (2001), el *estado de ira* se refiere a una situación emocional psicobiológica en la que se presentan sentimientos subjetivos que van desde un enfado o fastidio moderado a una intensa furia o rabia.

El presente trabajo describe la posible asociación entre dichas variables psicológicas señaladas y los aspectos físicos al inicio de esta introducción, es decir, a la disfunción o no del injerto renal y al alargamiento o no del telómero.

Enfermedad renal, trasplante y otros aspectos a considerar

Enfermedad Renal y Trasplante.

La aparición y creciente incidencia de enfermedades crónico degenerativas en México, como en el resto del mundo, se asocia tanto al envejecimiento de la población, como a la adopción de estilos de vida no saludables. Lo que impacta directa y negativamente el presupuesto público, ante la mayor demanda de servicios de salud (Franco-Marina, Tirado-Gómez, Estrada, Moreno-López, Pacheco-Domínguez, Durán-Arenas y López-Cervantes, 2011).

De acuerdo al IMSS, la IRC es una de las 10 primeras causas de mortalidad, y representa uno de los principales motivos de hospitalización y de solicitud de los servicios de urgencias (Treviño, 2004; Fernández-Cantón, 2006 y Méndez-Durán, 2010).

Por otro lado, la enfermedad renal crónica (ERC), se define en la guía de práctica clínica (GPC) *Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal*, del 2014, como una entidad nosológica caracterizada por la presencia durante al menos tres meses de filtrado glomerular (FG) inferior a $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ o lesión renal (que se refiere a anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del FG). La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen.

La ERC es un proceso multifactorial de carácter progresivo e irreversible que deriva en un estado terminal comúnmente, ya que la función renal, indispensable para la vida, se encuentra deteriorada, lo que implica el requerimiento TSFR, o “soporte de vida”; de lo contrario, el pronóstico de la enfermedad puede ser fatal. Las etiologías más comunes

asociadas a la ERC son: hipertensión, diabetes y dislipidemias; enfermedades todas que tienen niveles epidémicos en México (López-Cervantes *et al.*, 2009 y Levey *et al.*, 2005). Según el origen, es la evolución de la misma, que comúnmente comienza de modo insidioso y progresa lentamente durante años.

Dado el número creciente de casos, los altos costos de atención, los limitados recursos tanto materiales como de infraestructura, la detección tardía y las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad en programas de sustitución, la ERC ha sido considerada una situación catastrófica de salud pública (Treviño, 2004 y Paniagua, Ramos, Fabián, Lagunas y Amato, 2007). Incluso se estima que si la ERC terminal continúa aumentando como lo ha hecho hasta el momento, para el 2025 habrá cerca de 212 mil casos, asociados a casi 160 mil muertes (López-Cervantes *et al.*, 2009).

Por otro lado, un concepto relacionado con la ER es la IRC terminal (IRCT), que implica la pérdida irreversible de la función renal, documentado con una tasa de $F < 15$ ml/min. Es propiamente la etapa 5 de la Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), donde se requiere TSFR (Coresh y Stevens, 2006).

La TSFR puede ser: diálisis peritoneal, hemodiálisis y TR. En México, aunque está documentado que el trasplante es la TSFR en la que los pacientes reportan más altos índices de calidad de vida (Shaw, 2014; Naqvi, 2015; Purnell *et al.*, 2013 y Liem, Arends, Heijjenbroek-Kal & Hunink, 2007.), persiste un problema de inequidad entre demanda de órganos y número de donaciones, así como los altos costos iniciales como el nivel de deterioro orgánico que presentan los pacientes por las enfermedades primarias (López-Cervantes, 2009).

La GPC *Terapia inmunosupresora en el trasplante renal* del 2009, define al trasplante como la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra o de un individuo a otro, que se integre al organismo como propio.

A nivel psicológico, la experiencia del TR tiene diferentes matices, como, por ejemplo y especialmente en el caso de donador vivo, cuando no se consigue el éxito, se genera un sentimiento de culpa en el receptor, así como sentimiento de decepción. En tanto que, en caso de donador vivo no conocido o de donador cadavérico, el sentimiento que surge ante al fracaso del tratamiento es principalmente de decepción, relacionado al factor económico, así como ansiedad ante un panorama de nueva y posible larga espera para

recibir una vez más un riñón. Es común también, encontrar asociada la depresión. Asimismo, estas condiciones inciertas, se relacionan a cansancio mental y a mal humor. Por este alto costo psicológico, así como en lo físico, económico, etc., el fracaso en un TR secundario a conductas no adherentes, resulta injustificable, social y éticamente. Sin embargo la prevalencia de dicho problema es de alrededor del 70% de los pacientes, motivo por el cual sigue siendo una preocupación prioritaria en el área de salud pública (Ortega-Deballon, Hornby & Shemie, 2015).

Por otro lado, para que un TR sea exitoso, se requiere que exista, una terapia inmunosupresiva, que implica diversos efectos colaterales físicos como excesivo crecimiento de cabellos, oscurecimiento y cambios varios en la piel, incremento de peso corporal, mismos que pueden llevar a cambios del estado de ánimo, que se deben tener en cuenta y ser atendidos de modo profesional (Naqvi, 2015).

El tratamiento a partir de inmunosupresores ha representado un hito para el éxito de los trasplantes, ya que el control o manejo de la respuesta inmune es necesario para la supervivencia del injerto y por tanto, del paciente, con mejor calidad de vida. Es por esto que éste debe ser consciente que el tratamiento médico es fundamental. Dicho tratamiento consiste en el manejo de la respuesta inmune con esteroides, lo que implica una potente acción antiinflamatoria que inhibe la proliferación y reclutamiento celular como de síntesis de prostaglandinas. Su acción inmunosupresora está relacionada con la supresión de la inmunidad celular mediada por linfocitos T al bloquear la síntesis de interleucina 2 y la activación celular antígeno-dependiente (Gallon *et al.*, 2006).

Disminuir la nefropatía crónica del injerto, deterioro agudo de la función renal que se asocia a cambios patológicos específicos, así como las muertes de pacientes con injerto funcionante, es un reto, ya que son la causa de la pérdida de injertos trasplantados en un 80% aproximadamente (Chapman, O'Connell & Nankivell, 2005).

Aunque con el uso de inmunosupresores más específicos y ponentes se ha logrado disminuir el rechazo agudo, que se define como un deterioro agudo de la función renal, asociado a cambios patológicos específicos, aún el 20% de la población con TR, presentará un evento durante el primer año postrasplante. Éste se sospecha frente a un incremento del 15 al 25% del valor basal de la creatinina y disminución notable de los volúmenes urinarios, ante lo cual se deberán realizar estudios complementarios, siendo la biopsia la

requerida para confirmar el rechazo agudo (celular o humoral), cuya severidad se deberá establecer de acuerdo a la escala de Banff (Micas & Mateos, 2015; Racusen *et al.*, 2003; González-Posada, Tamajón, Miranda, González, Adanero & Rinne, 2012; y Pascual, Alonso, Burgos, Cruzado & Serón, 2012).

En términos no fisiológicos, se ha mostrado que el estado socioeconómico y la escolaridad del paciente, son factores que influyen (Xu *et al.*, 2012), sin embargo, no está claramente mostrado de qué manera.

Se ha descrito la función social como un aspecto clave en la CVRS especialmente después de un trasplante de algún órgano. Y en relación al TR, se sabe que se requiere un esfuerzo especial para adaptarse a la nueva condición de vida durante el primer año posterior al mismo. En este sentido, los pacientes suelen referir que anhelan recuperar su vida normal, como una señal de adaptación exitosa (Forsberg, Cavallini, Fridh & Lennerling, 2015).

Por otro lado, es importante que todo el sistema donador – receptor esté bien informado en relación a los riesgos, aunque la evidencia empírica señala que son mínimos, sin embargo, las implicaciones de una donación de donador vivo, no son sólo físicas, como ya brevemente se ha revisado, por lo que la asesoría para tomar una decisión autónoma debe ser tanto en aspectos físico como psicológicos, que implican cambios estructurales y relacionales (Bailey, Ben-Shlomo, De Salis, Tomson & Owen-Smith, 2016).

Asimismo, se carece de procedimientos estandarizados en el campo de la salud mental y TR (Ludwig *et al.*, 2014 y Ferreira-Hermosillo, Valdez-Martinez y Bedolla, 2014).

Según algunos estudios, emociones positivas son mejores para enfrentar los momentos adversos de la vida, que la angustia, la ansiedad o el resentimiento (Martorelli, 2004).

Se requiere de mayor evidencia de la interacción entre enfermedad y la estimulación en el desarrollo de formas de pensamiento guiado hacia una ilusión de control, hacia una postura filosófica hedonista o darle un sentido a la enfermedad, o a la vida actual. Este campo de investigación es reciente para sacar conclusiones y para que esto no quede en el terreno de la especulación se deberían realizar más trabajos empíricos (Martorelli, 2004).

Se ha encontrado que la variable de mayor peso en pacientes con IRC, es la baja autoestima, misma que correlaciona con bajo nivel escolar. Existe también una relación positiva entre altos puntajes de resiliencia familiar y ajuste a la ERC, asimismo se

mostraron, como ya se ha mencionado, diferencias culturales en el enfrentamiento de la misma (Martorelli, 2004).

Telómero

Los telómeros son complejos de nucleoproteínas de ADN especializados, que protegen al material genético de sufrir daños, mismos que se encuentran en el núcleo de la célula, que es como un alfabeto dado por una secuencia de bases: Adenina (A), Guanina (G), Citosina (C) y Timina (T), que contienen las instrucciones genéticas del organismo.

Los telómeros apoyan la estabilidad genómica y la integridad durante la reproducción celular; sin embargo, se van dañando con cada réplica, así como por causa del estrés oxidativo como de la inflamación (Chan & Blackburn, 2004, y Blackburn, 1991). Cuando se acorta demasiado, el cromosoma alcanza una longitud crítica y ya no se puede replicar más. Momento en que la célula vieja muere, conocido como apoptosis.

Fueron descubiertos y descritos por los Dres. Elizabeth Blackburn, Carol Greider y Jack Szostak, cuando realizaban estudios en Sidney Farber Cancer Institute, en la escuela de medicina en Harvard, en Boston, Massachusetts, y la universidad de Berkeley en California entre 1982 y 1989; así como la telomerasa, que es la enzima que los repara; lo que les valió el premio Nobel de medicina en 2009 (Bartlett, 2015). Sin los telómeros, los cromosomas son inestables. La información sobre telómeros es especialmente valorada en investigaciones sobre senescencia y los relacionados con cáncer (Blackburn, 1991).

Los telómeros son considerados indicadores de envejecimiento (Murillo-Ortiz, Albarrán-Tamayo, López-Briones, Martínez-Garza, Benítez- Bribiesca & Arenas Aranda, 2013); pues su longitud ofrece información de la historia de las réplicas de las células, así como del potencial restante de las mismas (Counter *et al.*, 1998). Así, telómeros más largos están asociados con mejor salud y longevidad; como a características psicológicas positivas como un alto nivel de optimismo y de inteligencia emocional (Schutte *et al.*, 2016).

En un estudio realizado con pacientes diagnosticados con depresión mayor, se encontró que aquéllos con telómeros más cortos tenían una respuesta más pobre a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (Hough *et al.*, 2016). Asimismo, se sabe que, en ERCT se acorta, elongándose al año postrasplante (Murillo-Ortiz, Abraham-Mancilla, Martínez-Garza, Delgado-Pesero, Reyes-Sánchez & Ramos-Rodríguez, 2016).

Por lo anterior, se ha mostrado que existe alguna relación entre aspectos psicológicos y la longitud del telómero, y de ésta con salud de las personas con este problema.

Asimismo, puesto que el tratamiento en TR es inmunosupresivo, y siendo algunos estados afectivos negativos asociados con un decremento en el sistema inmunológico, ya antes mencionados, y los mismos con un mayor desgaste del telómero; se considera que si se tienen en cuenta en un momento oportuno aspectos psicológicos como afectos y/o rasgos de la personalidad, se estará en condiciones de emitir recomendaciones encaminadas a favorecer el comportamiento clínico del injerto renal, lo que constituye la motivación central del presente estudio.

Psiconeuroinmunoendocrinología.

A modo de antecedente de la postura del presente trabajo, a continuación se describe de brevemente el concepto *psiconeuroinmunoendocrinología*, lo que le da sentido al presente planteamiento ya que evidencia la relación existente entre emociones y cuerpo. Así, la IRC, como un asunto de salud, tiene una manera distinta de enfocarse. Actualmente la enfermedad ya no se trata tan sólo de un asunto de índole física. El ser humano se entiende ahora como un ser integral, donde mente, cuerpo y consciencia están vinculados (De la Roca, 2012). Koenig y Cohen (2002) mencionan que lo largo de la historia de la humanidad, en distintos contextos, se muestran antecedentes en los que se evidencia una fuerte relación entre mente y cuerpo. Entre otros, encontramos que la medicina Aryuvédica en la India, desde hace más 4,000 años asociaba ya personalidad y resistencia a las enfermedades (Shukla, Solomon & Doshi 1979). Pavlov (1928) demostró el vínculo entre el sistema nervioso central y el sistema digestivo en su reconocido experimento con perros.

George Solomon y Rudolph Moos en 1964, reunieron las piezas en su artículo “*Emociones, Inmunidad y Enfermedad*”, en el que mostraban el vínculo entre emociones, sistema neuroendócrino y sistema inmune. Así se le atribuye a Solomon la creación e introducción del término *psiconeuroinmunología* (PNI) para describir las interrelaciones entre el sistema nervioso, endócrino e inmunológico. Posterior a lo cual, diversos investigadores han abonado al campo, confirmando que existe una interacción clara entre estos sistemas, lo que supone que el estado de salud está directamente relacionado con la psicología del ser humano. Cabe recordar que estos estudios se iniciaron con animales.

Posteriormente, Moss y Solomon (1965) mostraron que el bienestar psicológico funcionaba como factor protector frente a una predisposición genética a enfermedades autoinmunes.

Ader y Cohen (1975) parearon una droga inmunosupresiva (ciclofosfamida) con sacarina (azúcar sintética) en ratas; de tal modo que éstas asociaron el sabor de la sacarina con el efecto de la ciclofosfamida. Más tarde, cuando las ratas recibían simplemente sacarina, se generaba la inmunosupresión. Probando así que un estado psicológico podía tener manifestaciones física evidentes.

Felten y Felten (1988), así como Renoux, Biziere, Renoux & Guillaumin (1983), realizaron estudios que mostraron que el sistema nervioso central está vinculado con el inmunológico.

De la Roca y cols. (2013), mostraron que pacientes con diabetes que además presentan depresión, tienen valores más altos de glucosa en ayunas y de hemoglobina glucosilada (HbA1c), que aquéllos sin depresión. Asimismo, se han encontrado diferencias en el desarrollo de tumores en ratas asociado a estrés y ansiedad secundario a aislamiento (De la Roca *et al.*, 2016). Así como una asociación con padecimientos como la dispepsia funcional en pacientes con estrés psicosocial, estados de ánimo y ciertos estilos de afrontamiento (De la Roca *et. al*, 2010).

De tal suerte que, el sistema inmune se ve influido por factores ambientales, sociales, y personales, como son los que se revisarán en esta investigación, es decir: personalidad y aspectos afectivos.

Yan (2016) explica como el sistema inmune en el ser humano está compuesto por células y órganos que protegen el cuerpo contra invasores, o bien, otros dañinos dentro del mismo rango como en el caso de algunos tipos de células cancerígenas. La primera línea de defensa es el sistema inmune innato, tal como es el caso de los neutrófilos y macrófagos que responden a señales no específicas de invasión, del mismo inespecífico modo, como inflamación. Ésta es promovida por proteínas llamadas citoquinas, secretadas por las mencionadas células. Las citoquinas proinflamatorias incluyen el factor- α de necrosis tumoral, la interleucina (IL)-1, y la IL-6, que promueve la respuesta local como la vasodilatación y la infiltración de células inmunes circulantes al sitio afectado, así como una respuesta sistémica como fiebre.

Una segunda línea de defensa es la adquirida, que está compuesta por grupos de células que responden frente a antígenos específicos. El linfocito antígeno específico que responde incluye a las células T, mismas que lanzan citoquinas como IL-2, IL-4, IL-5, e IL-10 para activar y dirigir otras células inmunes, células T, que tienen la capacidad de matar células comprometidas como las epiteliales infectadas por un virus; células B, que producen anticuerpos. Anticuerpo que puede atacar a un invasor o bien inactivarlo, o colocarlo como objetivo para ser atacado por otras células (Yan, 2016).

Tanto la inmunidad innata como la adquirida, implican costos para el organismo. Tal como lo es la fiebre. Por cada grado Celsius que se incremente la temperatura corporal, el gasto metabólico se incrementa entre un 7 y un 13% (Yan, 2016).

Casi cualquier función inmune demanda un gasto energético, lo que impacta en la cantidad total de energía disponible (Yan, 2016).

El comportamiento del sistema inmune es distinto en situaciones de infección, de un estresor agudo que implica alguna respuesta inmediata de supervivencia, que en un estresor crónico, como es el caso de la insuficiencia renal, y como lo es el proceso de adaptación a un injerto renal que implica modificaciones al estilo de vida. Comúnmente, un estresor crónico implica un decremento en las funciones de las células del sistema inmune, lo que incluye proliferación, citotoxicidad, producción y secreción de citoquinas, así como producción de anticuerpos. Los cambios son distintos en los estresores que duran días, a los estresores que duran meses o años, cuya repercusión se da a nivel tanto de función celular como humoral (Segerstrom & Miller, 2004).

Sin embargo, la inmunidad adquirida disminuye, mientras que la innata, especialmente la producción de citoquinas proinflamatorias, se incrementa (Robles, Glaser & Kiecolt-Glaser, 2005). Quizá porque la exposición crónica a un estresor, desde una perspectiva ecológica, implica un cambio en las prioridades del organismo, donde la consecución, protección o restauración de recursos se vuelve más importante, mientras que una inmunidad óptima, menos importante.

Asimismo, tanto las experiencias estresantes propias de la vida, que ocurren, cuando las demandas exceden los recursos disponibles (Folkman, 2013), como los cambios neuroquímicos que le acompañan tienen efectos en la inmunidad. Por ejemplo, se ha encontrado que los pensamientos irracionales y un estilo de afrontamiento evitativo de la ira, actúan como mediadores entre la hostilidad y la salud (Vandervoort, 2006). Segerstrom (2010) menciona que una respuesta inmunológica fuerte, es deseable únicamente en momentos de desafíos para el organismo como en el caso de una infección. Ya que paradójicamente se ha encontrado, no es conveniente que se mantenga así constantemente, pues no es adaptativo y puede llevar a resultados de salud deficiente a largo plazo.

Existen elementos que convencionalmente se han considerado como amortiguadores en situaciones estresantes y a favor de la salud, por ejemplo, el optimismo como una

tendencia a esperar más cosas “buenas” que “malas” es, por un lado, un predictor de mejor función inmunológica frente a eventos estresantes (Seegerstrom, 2008).

El costo energético de mantener o incluso de interactuar con grandes redes sociales puede resultar en detrimento a la inmunidad, por lo tanto, afecta la salud en situaciones de enfermedades crónicas, como paradoja. El optimismo está asociado negativamente con la inmunidad celular (Seegerstrom, 2001 y 2006).

Por otro lado, hay interacciones complejas a diferentes niveles como la genético-ambiental a diferentes niveles a lo largo de la vida (Yan, 2016). Friedman (2008) señala que especialmente, estar sometido a estrés crónico no puede ser explicado únicamente como una respuesta HPA (eje: hipófisis-pituitaria-adrenal) y Miller, Chen y Zhou (2007), refieren que es necesario reconocer e incorporar en nuevos modelos explicativos, la influencia del *timing*, la naturaleza del estrés, la controlabilidad, y la respuesta psiquiátrica individual.

Por otro lado, rasgos de personalidad, como la conducta ofensiva agresiva, han sido identificados como el mejor predictor de factores de riesgo inmune de muchas enfermedades (Koolhaas, 2008). Estos elementos personales han mostrado tener efectos en la salud, incluso sobre un ambiente estresante. Se han identificado así, enlaces en diferentes sentidos entre personalidad, salud, desórdenes y longevidad (Friedman, 2008).

Variables psicológicas y salud

Personalidad

A la personalidad se le atribuye el comportamiento humano. Se refiere a la forma de ser del individuo, es decir, un complejo patrón de cualidades psicológicas, que se manifiestan de un modo automático en las diferentes áreas de expresión y/o de funcionamiento de la persona (Millon, Millon, Meagher, Grossman & Ramnath, 2012).

Para el estudio del concepto de personalidad, el modelo de los cinco grandes (BFF por sus citas en inglés) ha sido frecuentemente utilizado. Más adelante se describen varios que lo han tomado como base, y cuyas conclusiones constituyen aportaciones importantes a la psicología de la salud, para comprender la interacción entre la expresión del ser humano tanto en cuanto a conducta como a estado de salud.

Para Costa y McCrae (1992), creadores del BFF, la personalidad tiene una parte de su origen en la herencia y otra en el medio, y puede ser descrita desde cinco grandes factores, dentro de los cuales puede incluirse cualquiera de los rasgos que se identifiquen. Cada factor está constituido por facetas, que confieren una especie de filtro para expresarse en el mundo, lo que abarca la manera de percibir y de *estar-en* éste, como de resolver problemas (John, Naumann & Soto, 2008). Dicha taxonomía ha probado ser válida para cualquier contexto tanto espacial como temporal, probado en diferentes culturas y latitudes (Skodol & Bender, 2009).

Es en 1978 que Costa y McCrae comenzaron juntos su trabajo en el tema de personalidad, tomando como base los estudios de Eysenck en el tema, siendo aquéllos, a la fecha, de los autores vivos más citados en todo el mundo, con una amplia producción científica, entre artículos, capítulos de libro, libros, y más (Hofstede & McCrae, 2004).

Costa y McCrae (1985) propusieron, de inicio, tres grandes factores: neuroticismo, extroversión y apertura a nuevas experiencias. Posteriormente completaron el modelo al incorporar las dos más recientes: amabilidad y responsabilidad, que aunque ya se conocían para entonces, aún no habían sido planteadas sus facetas (John *et al.*, 2008).

Una objeción recurrente que se le hace al modelo es que no es posible clasificar en estos cinco grandes, absolutamente todas las facetas de la personalidad humana, como aseguran algunos (Block, 1995; McAdams, 1992). Por otro lado, John et al. (2008) sostienen, por su parte, que estos cinco grandes factores no representan una perspectiva teórica en particular, que surgen a partir de un análisis del lenguaje natural que las personas usan para describirse a sí mismos frente a otros. Como todo modelo, la taxonomía tiene alcances y limitaciones, a saber, que de inicio fue creada para describir, no para explicar propiamente, la forma de ser. No obstante, es un modelo que proporciona sólidas bases conceptuales, con un gran valor a la psicología.

Costa y McCrae (1992) creyeron que los rasgos son bipolares o dicotómicos, al igual que Eysenck y Eysenck (1987), es decir, puntuar alto en cierta escala asegura que un grupo de características que describen la personalidad de cierto sujeto, será opuesto al de características o rasgos de quienes puntúen bajo en el mismo factor.

En su capítulo *Paradigm Shift to the Integrative Big Five Trait Taxonomy, History, Measurement, and Conceptual Issues*, John y cols. (2008) proporcionan elementos para comprender el BBF, así como para contextualizar. Ellos describen las facetas y los rasgos de personalidad que conforman cada uno de los factores como a continuación se presentan:

N- neuroticismo, inestabilidad emocional, emocionalidad negativa, nerviosismo.

Es considerado como *emocionalidad negativa*, referido a todos aquellos sentimientos de malestar, como lo son: ansiedad, nerviosismo, tristeza y tensión.

Sus facetas son: N1 Ansiedad, N2 Hostilidad, N3 Depresión, N4 Ansiedad social, N5 Impulsividad y N6 Vulnerabilidad.

Una persona con alto neuroticismo es alguien con pobre e inadecuado estilo de afrontamiento frente a situaciones demandantes propias de la vida, como lo es una enfermedad. Es normal encontrarles inestables en el trabajo, esto relacionado con *Burnout*.

Por el contrario, una persona con bajos niveles es alguien comprometido con las organizaciones, así como con mayor satisfacción en las relaciones sociales.

E- Extraversión, energía, entusiasmo.

Ésta se manifiesta en el individuo como una forma energética de aproximarse tanto social

como materialmente. Altos niveles de extraversión son caracterizados de: sociabilidad, actividad, asertividad y en general de *emocionalidad positiva*.

Sus facetas: E1 Cordialidad, E2 Gregarismo, E3 Asertividad, E4 Actividad, E5 Búsqueda de emociones y E6 Emociones positivas.

A un extrovertido se le puede encontrar comúnmente en lugares sobresalientes dentro de grupos sociales, asimismo, suele estar rodeado de una gran cantidad de amigos como de compañeros sexuales a lo largo de su vida. Es común que muestren una expresión positiva de sus emociones.

En el otro lado, se encuentran quienes puntúan bajo, a quienes se les suele observar rechazados por sus pares, como con relaciones poco satisfactorias con sus padres.

O- Apertura a nuevas experiencias, originalidad, apertura de mente.

Ésta es la faceta de la persona con una más rica, original, amplia y profunda vida mental y experiencial.

La persona abierta a nuevas experiencias, suele concluir su educación escolar satisfactoriamente, vestir de modo más original tanto en su apariencia física como en sus espacios tanto personales como laborales, así como más creativos.

Mientras que se encontrarán personas tradicionalistas y conservadoras en el otro extremo.

Sus facetas: O1 Fantasía, O2 Estética, O3 Sentimientos, O4 Acciones, O5 Ideas y O6 Valores.

A- Amabilidad, altruismo, afectividad.

Esta faceta abarca rasgos como: ternura, confianza, modestia. La orientación prosocial y comunitaria es un rasgo sobresaliente de las personas amables.

Las facetas de este factor son: A1 Confianza, A2 Franqueza, A3 Altruismo, A4 Actitud conciliadora, A5 Modestia y A6 Sensibilidad a los demás.

Quien puntúa alto en amabilidad, suele ser bastante funcional en trabajos en grupo. En el otro extremo encontramos que quienes son poco amables, suelen involucrarse en actos delictivos, tener problemas interpersonales y presentan mayor probabilidad de problemas cardíacos.

C- Responsabilidad, restrictividad, conciencia, control de impulsos.

Quien es responsable tiene rasgos de mayor reflexividad previo a la conducta, al igual que mayor capacidad de postergar una gratificación, como de seguir normas, de planear, organizar y jerarquizar tareas.

Las facetas de la responsabilidad son: C1 Competencia, C2 Orden, C3 Sentido del deber, C4 Necesidad de logro, C5 Autodisciplina y C6 Deliberación.

Quienes obtienen puntajes más altos en este factor, también suelen ser quienes obtienen los mejores promedios en las calificaciones escolares; mientras que en el trabajo, un mejor desempeño laboral; en cuanto a tratamientos médicos, una mejor adherencia a los tratamientos, asimismo, suelen ser más longevos.

En otro extremo, las personas bajas en responsabilidad suelen implicarse en actividades relacionadas con un bajo control de impulsos, como lo son, las asociadas al consumo de sustancias, tabaco, dieta y ejercicio inadecuados, así también es común encontrarle asociado a Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

La personalidad no es estática, y se han encontrado algunas generalidades como que a los 30 años de edad es cuando se consolida, en tanto que los factores Neuroticismo y Extraversión comienzan a declinar, y en relación a este último, tiene su pico hacia los 19 años de edad; mientras que los factores: Amabilidad y Responsabilidad, se están incrementando a lo largo de toda la vida.

Personalidad y Salud.

John et al. (2008) han encontrado que en estudios realizados en las últimas décadas, el interés por describir la relación entre personalidad y salud, ha crecido. Y el BFF ha sido utilizado para identificar el modo en que estos factores predicen resultados particulares de vida a nivel de salud en diferentes dimensiones: física, mental, laboral, relacional, entre otras.

John et al. (2008) describieron cómo los rasgos de personalidad y los ambientales interactúan entre sí para dar lugar a la conducta, y a la manera de experimentar la vida, lo que influye en la vida útil de las personas. Es decir, los rasgos de personalidad orientan la manera en que la persona interactúa con el ambiente; puesto que influyen en la manera en

que las éstas interpretan, construyen y asignan un sentido a la realidad. Así, la manera de interpretar el riesgo potencial en salud, como la adherencia a tratamiento médico, varía en cada individuo. En la misma línea, los rasgos influyen en cómo las personas eligen y modifican los ambientes en los que se expresan, y es a través de una interacción sistemática con el ambiente que estos influyen en la conducta, en las emociones y en la vida social y material.

Aunque los estudios en personalidad son ya una tradición, la taxonomía de los cinco grandes factores constituye una base sólida para aclarar y organizar los vínculos entre ésta, conductas de salud, enfermedad, longevidad en incluso mortalidad a lo largo de la vida.

A continuación, tabla 1, se muestran algunos estudios realizados con base en el BFF, y sus principales conclusiones.

Tabla 1. *Hallazgos de algunos estudios recientes de personalidad y salud, con base en el BFF.*

Factor(es)	Relacionado(s) con:	Estudios
N+	Duelo complicado.	Goetter, Bui, Horenstein, Baker, Hoepfner, Charney & Simon, 2018.
N+	Incremento del riesgo de padecer algún tipo de ansiedad específica, no así de depresión específica.	He, Song, Xiao, Cui & McWhinnie, 2018.
N+	Riesgo inmune en diversas enfermedades.	Koolhaas, 2008.
N+	Afecto negativo en pacientes chinos de diversas edades diagnosticados con cáncer, dado el estilo evitativo de afrontamiento.	You, Wang, Rodriguez, Wang & Lu, 2018.
N-	Dos tipos de resiliencia.	Oshio, Taku, Hirano & Saeed, 2018.
N-	Inteligencia emocional.	Abe, Niwa, Fujisaki &

		Suzuki, 2018
N+	Actos interpersonales desviados.	Markova, 2018.
N+	Asociados con afecto negativo, explicado por el estilo de afrontamiento evitativo.	You, Wang, Rodriguez, Wang & Lu, 2018
N+ E+	Relación con el gen de la dopamina en climas extremos, no así en los templados o menos exigentes.	Fischer, Lee & Verzijden, 2018.
N+ E-	Pobre bienestar subjetivo.	Simpson y Thomas, 2018, & Van Dijk, 2018.
N+ E-	Síntomas residuales de depresión y baja autoestima.	Verhoeven, F. E., Wardenaar, Ruhé, Conradi, & Jonge, 2018.
N+ E- O- A- C-	Introversión, rigidez, temperamento pasivo-dependiente, bajos niveles de búsqueda de sensaciones, altos niveles de evitación del daño, baja dependencia a la recompensa y alta persistencia. Carácter inmaduro y poco desarrollado, baja autodirección, poca cooperación y alta autotranscendencia en adultos con trastornos del espectro	Vuijk, Deen, Sizoo & Arntz, 2018.

	autista. Desórdenes de personalidad como: trastornos paranoide, esquizoide y obsesivo compulsivo, respectivamente.	
N- E+ C+	Predictor de satisfacción con la vida.	Fowler, Davis, Both & Best, 2018.
N- E+	Felicidad.	Hayes & Joseph, 2003.
N- C+	Satisfacción con la vida.	Hayes & Joseph, 2003.
N- E+ C+	Bienestar subjetivo.	Hayes & Joseph, 2003.
N+ A- C-	Abuso de sustancias, impulsividad antisocial.	Nigel, Dudeck, Otte, Knauer, Klein, Böttcher, ... & Streb, 2018).
E+	Moderadora de factores resilientes.	Tse, Kwon & Faust, 2018.
E-	Asociada a síntomas depresivos.	Tse, Kwon & Faust, 2018.
O+ (en conjunto con apoyo social)	Relaciona con niveles menores de depresión.	Tse, Kwon & Faust, 2018.
O+ A+	Resiliencia del ego a diferencia de resiliencia – rasgo.	Oshio, Taku, Hirano & Saeed, 2018.
O+	Autonomía de pensamiento, logro, poder y estímulo.	Hietalahti, Tolvanen, Pulkkinen & Kokko, 2018.
O-	Poder.	Hietalahti, Tolvanen, Pulkkinen & Kokko, 2018.
C-	Conformidad.	Hietalahti, Tolvanen, Pulkkinen & Kokko, 2018.
A+	Cuidado, preocupación social y conformidad.	Hietalahti, Tolvanen, Pulkkinen & Kokko, 2018.

A+ (en hombres)	Tolerancia.	Hietalahti, Tolvanen, Pulkkinen & Kokko, 2018.
A+ (en embarazadas)	Reevaluación y solución de problemas.	
A- (en embarazadas)	Expresión emocional manifiesta y afrontamiento negativo centrado en sí mismo. Pobre salud mental, especialmente en el primer trimestre del embarazo.	Peñacoba, Rodríguez, Carmona & Marín, 2017
O+ (en mujeres)	Autonomía de acción.	Hietalahti, Tolvanen, Pulkkinen & Kokko, 2018.
C+ (en mujeres)	Logro.	Hietalahti, Tolvanen, Pulkkinen & Kokko, 2018.
O+	Duración más corta en psicosis no tratada en población serbia con esquizofrenia.	Maric, Andric, Mihaljevic & Mirjanic, 2016.
C+	Adherencia a tratamiento médico.	Christensen & Smith, 1995, y Kenford et al., 2002.
C-	Conductas de riesgo, como lo son hábitos dietéticos y de ejercicio inadecuados, tabaquismo y consumo de sustancias.	Bogg & Roberts, 2004; Hampson, Andrews, Barckley, Lichesnstein & Lee, 2000 y Trull & Sher, 1994.
C+	Alta resiliencia	González & Valdez, 2011.
N+	Baja resiliencia	González & Valdez, 2011.
C+	Buenos hábitos de salud, y con ello sus resultados, así como longevidad.	Friedman, Hawley & Tucker, 1994.
O+ N-	Mejor rendimiento	Heinze, Vargas & Cortés

Nota: N – neuroticismo, E – extraversión, O – apertura a nuevas experiencias, A – amabilidad, C – responsabilidad. (+) y (-) indican puntajes altos o bajos, respectivamente, del factor al que suceden.

Como se puede observar al revisar los resultados de algunas investigaciones de las últimas décadas con el modelo BFF, en general, el factor Neuroticismo está asociado a afectividad negativa, en tanto que el resto de factores, Extraversión, Apertura a nuevas experiencia, Amabilidad y Responsabilidad, se relacionan directamente a afectividad positiva.

Siendo el Neuroticismo asociado a afectividad negativa, se relaciona con complicaciones en el duelo, ansiedad, depresión, problemas relacionales como actos interpersonales desviados, estilo de afrontamiento evitativo y pobre bienestar subjetivo. Asimismo, disminuye la funcionabilidad del sistema inmune, lo que aumenta el riesgo de padecer alguna enfermedad física. En aquellas investigaciones donde se ha estudiado un perfil caracterizado por nivel elevado de neuroticismo y bajo en el resto de factores, se encuentra relacionado con rigidez, temperamento pasivo-dependiente, conductas impulsivas, abuso de sustancias, evitación del daño, y desórdenes de personalidad como trastorno paranoide, esquizoide, y obsesivo compulsivo.

En el otro extremo, cuando el Neuroticismo es bajo, se asocia con afectividad positiva, como mejor resiliencia, mayor inteligencia emocional, mayor satisfacción con la vida. Cuando se observa el perfil Neuroticismo bajo y el resto de factores elevados, se encuentra relación con la felicidad, con mejores hábitos de salud y con ello, mejores resultados en el estado general de salud así como en la longevidad de los individuos.

Las investigaciones que se han realizado en relación a personalidad y a aspectos de salud permiten que se identifiquen áreas de riesgo en los individuos, que pueden requerir de mayor atención, no únicamente por el malestar que el factor puede implicar en sí mismo, como es el caso de un neuroticismo alto (N+), cuyos afectos negativos han sido descritos, o puntajes bajos en el resto de factores; sino por los riesgos que implican en la salud de las personas.

Gaudibilidad

Uno de los aspectos psicológicos positivos que se ha asociado con BS es la *gaudibilidad*, término proviene del latín *Gaudiere*, y que se refiere al conjunto de moduladores que regulan el disfrute (habilidades, creencias y estilo de vida), o conjunto de moduladores que regulan actividades placenteras o hedónicas (Padrós-Blázquez & Fernández-Castro, 2008 y Padrós-Blázquez, Herrera-Guzmán & Gudayol-Ferré, 2012), de tal modo que, a mayor nivel de gaudibilidad, mayor capacidad de disfrute. Es decir, hace referencia a los moduladores del hedonismo (Padrós-Blázquez & Fernández-Castro, 2008).

Padrós y cols. (2012), diferencian la gaudibilidad de la experiencia de flujo (que describe Csikszentmihalyi (1999), misma que se refiere al momento en el que la persona da su máximo rendimiento frente a un reto) señalando que la gaudibilidad contempla diferentes modalidades del disfrute (con diferentes intensidades) mientras el flujo solo sería una, además el flujo se refiere a una experiencia y la gaudibilidad al conjunto de unos moduladores (Padrós y Fernández, 2002). Y aunque no se ha descrito aún su expresión en pacientes trasplantados renales, así como su relación posible con el rechazo y o la aceptación del injerto, ni con la longitud del telómero; se considera que es una cualidad que se relaciona con estados afectivos positivos y con niveles de afecto negativo más bajos (Padrós-Blázquez & Fernández-Castro, 2008 y Padrós-Blázquez, *et al.*, 2012); puesto que el disfrute corresponde a la gama de afectos positivos tanto en intensidad como en frecuencia, es decir, la gaudibilidad se relaciona positivamente con el bienestar psicológico; así como con la satisfacción con la vida (Padrós, Gutiérrez & Medina, 2015). Ya se ha asociado positivamente con anterioridad la baja frecuencia de afectos del tipo positivo con una no adherencia a tratamiento médico en pacientes postrasplantados renales, lo que incrementa la probabilidad de rechazo y/o pérdida del injerto (Kuntz, Weinland, & Butt, 2015). Siendo la gaudibilidad, susceptible de ser modificada (Padrós-Blázquez, *et al.*, 2012), se hace posible la intervención en personas con sintomatología de anhedonia o disnhedonia, a partir de a terapia de gaudibilidad (Padrós-Blázquez, Martínez-Medina, & Graff-Guerrero, 2014), lo que podría repercutir favorablemente en la evolución postrasplante renal.

Psicología Positiva y Bienestar Subjetivo.

Antecedentes.

El estudio sobre el Bienestar Subjetivo (BS) y otros aspectos psicológicos positivos ha atraído la mirada de diversos investigadores a nivel global, sin embargo, esto no ha sido siempre así. Anterior a la Segunda Guerra Mundial, la psicología se enfocó en sanar lo que estaba enfermo, de reparar lo dañado, con un modelo de atención a la enfermedad y a lo disfuncional (Csikszentmihalyi, 2014). Los clínicos encontraron que se podía conseguir presupuesto si se investigaba sobre patología (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Por sus intentos de dar respuesta a las necesidades sociales emergentes en la posguerra, la psicología se avocó a la curación de enfermedades mentales, basada en un modelo de enfermedad (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006, Mariñelarena-Dondena, 2012).

En 1946 se fundó, la *Administración de Veteranos* (ahora *Asuntos de Veteranos*), y en 1947 el Instituto Nacional de Salud Mental, mismo que se basa en el modelo de enfermedad, por lo que sería más apropiado llamarlo Instituto Nacional de Enfermedad mental. Dada las condiciones psíquicas de la posguerra, la psicología tendió a estudiar la psicopatología, con el objetivo de aliviar el sufrimiento humano (Martorelli, 2004).

El principal foco de estudio de la psicología, eran los aspectos patológicos, y se carecía de propuestas de aspectos positivos, como esperanza, sabiduría, creatividad, coraje espiritualidad, responsabilidad, entre otros (Csikszentmihalyi, 2014). El enfoque de salud hegemónico hasta la fecha había sido el modelo patogénico (Vera *et al.*, 2006). Sin embargo, en el terreno de la salud mental, diferentes autores, como Seligman y Csikszentmihaly (2000), afirman que se requiere la construcción sistemática de competencias para el éxito en la *prevención* de los trastornos mentales.

El gran énfasis del enfoque clásico de la psicología en la patología, ha significado descuidar aspectos positivos de las personas como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, así como los beneficios que estos representan (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Previo a la Segunda Guerra Mundial, la psicología tenía tres misiones básicas: curar la enfermedad mental, hacer la vida de las personas más productivas y plenas, e identificar y fomentar los más altos talentos. De tal forma que la práctica psicológica se había centrado

principalmente en curar el sufrimiento, que también se observaba en las investigaciones, cuyos temas centrales eran los desórdenes, el efecto negativo de los estresores ambientales, como el divorcio de los padres, la muerte de los seres amados, abuso sexual, entre otros. Entonces, el marco de referencia para comprender el fenómeno psíquico ha sido principalmente el relacionado con la reparación (de hábitos, de infancias, de formas de pensamiento, y más). Pero el campo de la psicología no es solo la patología, sino también el estudio de la fuerza y las virtudes humanas. El tratamiento no es sólo reparar, sino nutrir lo mejor de las personas. Es acerca de trabajo, educación, amor, crecimiento, juego, de prevención enfocada en la construcción sistemática de competencias, no tan sólo de corrección de debilidades. Ya que, en diversas investigaciones, se ha descubierto que dichas fortalezas o competencias actúan como amortiguadores en contra de la enfermedad mental. Por lo anterior, se trata de una ciencia de las fortalezas humanas, cuya misión es entender y aprender cómo fomentarles (Csikszentmihalyi, 2014). Existe, también, como antecedente del interés por los aspectos positivos del psiquismo humano *Mente Sana* de Willam James (Mariñelarena-Dondena, 2012).

Por otro lado, María Martina Casullo, la reconocida como principal representante de la Psicología Positiva (PP) en Argentina, situaba el surgimiento del concepto de promoción de la salud como antecedente del enfoque salugénico, en el campo de las ciencias sociales, en la década de 1980. Y definía a la psicología salugénica o positiva como un nuevo paradigma de reflexión teórica y metodológica (Casullo, 2000). Que hace énfasis en la promoción de la salud y surge para completar el tradicional y hegemónico modelo clásico biomédico (Gancedo, 2008). Surgiendo así la llamada Psicoeulogía, como el subsistema de la psicología que estudia el bienestar psíquico, sus cualidades, condiciones y promoción. Es el polo opuesto de la psicopatología del continuo de la realidad psíquica (Gancedo, 2008).

Frente al énfasis en estados negativos, surge la PP, que se interesa, en cambio, por centrar su mirada en las cualidades que contribuyen al bienestar subjetivo. Desde este enfoque, las crisis con entendidas como eventos inevitables y necesarios que potencian el crecimiento y la madurez en la vida de las personas. Y en ese sentido, el bienestar psicológico no es simplemente la vida feliz en sí, sino los *procesos del “vivir”* (Cuadra & Florenzano, 2003).

Gancedo (2008) señala, por su parte, los inicios de la PP en 1998 y su *locus nascendi* en el discurso de Martin Seligman cuando éste asume la presidencia de la *American Psychological Association*. Definiéndole como un movimiento que promovía la investigación de los aspectos positivos del psiquismo cuyos ejes eran: estudiar las emociones positivas, investigar los rasgos individuales positivos, indagar acerca de las instituciones que promueven los dos anteriores.

La psicología humanística, o tercera fuerza de la psicología, en los años 60's y 70's, con Maslow y Rogers, es la predecesora del enfoque salutífero de la psicología, y afirma que ésta debe ocuparse con igual énfasis en las capacidades y en las potencialidades, como lo hace en la patología, de otro modo, su revisión será parcial. Sin embargo, desafortunadamente, la psicología humanística no se ha visto acompañada de una base empírica sólida y ha dado lugar a una inmensa cantidad de movimientos de autoayuda dudosos y poco confiables (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, Gancedo, 2008 y Vera *et al.*, 2006).

La PP es una ciencia joven, emergente que ha sido definida como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas (Marieñelarena-Dondena, 2012). Constituye una corriente psicológica inscrita dentro del denominado enfoque salutífero en psicología (Gancedo, 2008). Puede entenderse como una subdisciplina de la psicología que centra su atención en las cualidades y características positivas humanas, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. Asimismo, insiste, como modo de prevención y de resolución de trastornos en la construcción de competencias (Vera *et al.*, 2006).

Se tienen tres ejes rectores en las aportaciones centrales de este enfoque: la experiencia positiva, eso que hace que un momento sea mejor que el otro; la personalidad positiva, relacionada con la capacidad de autoorganizarse y de adaptarse; y por último, el tercer eje, el reconocimiento de que las personas y las experiencias se encuentran dentro de un contexto social, de tal forma que una psique positiva requiere de comunidades e instituciones positivas. Cada una de estas contribuciones entiende la conducta desde un contexto social (Csikszentmihalyi, 2014).

Las “emociones positivas”, como la seguridad, la esperanza, la confianza, la capacidad de perdonar, entre otras. Los rasgos positivos, como las fortalezas y virtudes y

las habilidades generales, y más. Y las instituciones positivas, tales como lo son la democracia, las libertades individuales y de información y las familias integradas (Martorelli, 2004). La PP señala que existen tres necesidades psicológicas básicas, universales e innatas: ser competente, autonomía y relaciones interpersonales (Cuadra & Florenzano, 2003).

Martorelli (2004) refiere que la PP se trata del estudio de la comprensión de otros patrones de las personas, que contribuyen a su felicidad, aumentar sus fortalezas y virtudes y su bienestar genera. En el nivel subjetivo, el campo de la PP se trata de experiencias subjetivas valiosas (el bienestar, el compromiso, y la satisfacción –en el pasado-, de esperanza y optimismo – respecto al futuro-, y de la experiencia llamada *flow* y felicidad – en el presente- (Csikszentmihalyi, 2014). Su centro, es el estudio del bienestar, entendido como un constructo de cinco elementos: las emociones positivas, el compromiso, los vínculos positivos, el significado y el logro (Mariñelarena-Dondena, 2012).

Con relación al origen de la felicidad, se han tenido explicaciones desde un materialismo extremo hasta lo más espiritual. Aunque ambas han mostrado evidencia de tener relación con la felicidad, la propuesta espiritualista parece producir resultados más sólidos. Y esta alternativa puede ser entendida como el aspecto psicológico de la persona, si se parte del entendimiento de que la felicidad es un estado mental que las personas pueden llegar a controlar cognoscitivamente (Csikszentmihalyi, 1999). Y en relación al aspecto material, sólo se correlaciona en la medida en que la persona está satisfecha con su nivel de ingresos. Está asociada también con relaciones afectivas cercanas.

Comúnmente se denomina “felicidad” al bienestar subjetivo que se vive cuando se experimentan más emociones agradables que desagradables, cuando se está comprometido en actividades interesantes y cuando se está satisfecho con la vida (Cuadra & Florenzano, 2003). Asimismo, tiene que ver con la capacidad de adaptación. Correlaciona con el bienestar subjetivo. Es entendida como un rasgo o como estado. Las personas más felices son menos vulnerables a las enfermedades, son menos hostiles, abusadores y autorreferentes; asimismo, también están más dispuestos a perdonar, a ser generosas, tolerantes, confiables, energéticas, decididas, creativas, sociales y cooperadoras (Myers, 1993).

Tellegen, Lykken, Bouchard, Wilcox, Segal y Rich (1988), estimaron que la herencia explica aproximadamente un 40% de la variación emotiva positiva y un 55% de la variación emotiva negativa y que el ambiente familiar compartido responde por alrededor del 22% en la variación de la emotividad positiva y un 2% por la negativa.

Cobra así gran énfasis el estudio del bienestar subjetivo BS es entendido como una evaluación de “estar bien” y es susceptible de ser medido (Cuadra & Florenzano, 2003).

También conocido como *calidad de vida percibida*, ha sido estudiado como una medida de eficiencia de la actuación de las sociedades, puesto que supone un buen nivel de conocimiento, por parte de los gobiernos, de las necesidades de las personas que conforman una sociedad. Está relacionado también con aspectos como: nivel educativo, de delincuencia, ingresos, etc., lo que refleja el progreso de una nación.

A Ed Diener se le reconoce su gran labor en el estudio del BS, abundantes aportaciones en el campo desde 1984 (Diener, 2009).

BS es un constructo que ha sido relacionado con Calidad de Vida, con Bienestar Social y con Satisfacción Vital, todos relacionados con Felicidad (Cuadra & Florenzano, 2003).

Es común encontrar la palabra *felicidad* asociada a BS, especialmente cuando se le experimenta principalmente más emociones agradables, menos desagradables, y existe buen nivel de satisfacción con la propia vida, especialmente si se está comprometido en actividades interesantes (Cuadra & Florenzano, 2003), siendo prioritario, la evaluación subjetiva que realiza el individuo de su propia vida (Diener, 2000). Sin embargo, diferentes investigadores en el tema han dado acepciones particulares sobre su enfoque. Diener y Fujita (1995) encontraron que las personas eligen batallas personales para las que se sienten capaces, es decir, que cuentan con los recursos pertinentes, por lo que el nivel de congruencia entre sus metas y recursos es predictivo de bienestar. De acuerdo a la Teoría del Flujo de Csikszentmihalyi (1999), el bienestar se encuentra en la actividad humana en sí, no en el logro final de la meta. Cuadra y Florenzano (2003), refieren que de acuerdo al modelo universalista la autonomía y las relaciones de calidad son índices de bienestar.

Ed Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) realizaron diversos estudios sobre BS, uno de ellos con 6782 estudiantes de diversos países, la evaluación cognitiva la realiza con la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS por sus siglas en inglés). Describen que el BS

está conformado por dos elementos, uno afectivo - emocional (referido a estados de ánimo de la persona -afectos positivos y afectos negativos-) y otro cognitivo - valorativo (satisfacción con la vida) (Cuadra & Florenzano, 2003).

A nivel internacional, los estudios sobre felicidad, salud y bienestar, conceptos estrechamente unidos, han ido en aumento dado el incremento del interés en su estudio, incluyendo incluso estos términos como indicadores de desarrollo de las sociedades, siendo Bhután el primer país a nivel global que estableció como política estatal, la búsqueda de la felicidad (Sithey, Thow & Li, 2015).

En este contexto surge la Medición del Progreso de las Sociedades, compuesta por tres grandes dimensiones: Progreso Material, Sostenibilidad y Calidad de Vida. El BS es uno de los dos componentes de ésta última, junto con Capacidades. Capacidades entendidas como, al bienestar objetivo de las sociedades, es decir, tiene que ver con lo adecuado o no que sea el entorno para que las personas desarrollen sus potencialidades Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI, s.f.).

Por otro lado, la ONU emitió la Resolución A/RES/65/309 en 2011, hacia un enfoque holístico del desarrollo, con la que se conmina a los estados miembros a reconocer la importancia de la búsqueda de la felicidad y del bienestar en el desarrollo. Asimismo, el Reporte de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) considera ya, el nivel de satisfacción con la vida (INEGI, s.f.).

Como indica el *Índice para una Vida Mejor*, de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2016), contar con una buena salud y un buen empleo, son dos de los más importantes factores con los que se ha asociado el BS.

Satisfacción con la vida.

Otro componente del BS es la satisfacción con la vida, que corresponde al aspecto cognoscitivo, y se refiere a una evaluación global sobre la manera en que las personas juzgan la calidad de su vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Las apreciaciones o percepciones que las personas tienen sobre su vida tienen que ver con lo que es percibido como apropiado (Atienza, Pons, Balaguer & García Merita, 2000)

Investigadores en esta área, se cuestionan sobre los aspectos que hacen que unas personas sean más felices que otras, cómo determinar la calidad de su vida, o qué hace que una vida sea llamada buena (Veenhoven, 1994).

Se han encontrado algunos estudios que muestran relación satisfacción con la vida y la vivencia del TR, por ejemplo Goetzmann, Scholz, Dux, Roellin, Boehler, Muellhaupt y Klaghofer (2012) describen los efectos de los esfuerzos adaptativos que implica el trasplante, pero en las parejas de los pacientes, en términos de un detrimento de su satisfacción con la vida. Kamran y Fife-Schaw (2014a y 2014b) refieren que existe relación entre calidad de vida percibida y depresión, siendo incluso uno de estos predictor del otro, y que posterior al trasplante, se registraron incrementos en las mediciones de satisfacción con la vida que fueron consistentes a lo largo del tiempo. Y Baranyi, Krauseneck y Rothenhäusler (2013), por su parte, encontraron que pacientes receptores de órganos se encuentran en mayor riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático, así como deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud, como de la satisfacción con la vida. No se encontraron estudios que describan la relación entre satisfacción con la vida y el largo del telómero.

Afecto positivo y afecto negativo

Los afectos que las personas viven en el día a día se encuentran consistentemente entre dos grandes grupos: positivos y negativos (Diener, 1985). Se trata de una propuesta de modelo bifactorial del afecto, donde Watson y Tellegen (1988) después de un análisis que realizan sobre otros estudios, establecen que dichas dimensiones, no poseen alta correlación negativa entre sí, es decir, se consideran independientes una de la otra, de tal forma que por un lado son descriptivamente bipolares, pero efectivamente unipolares (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed & Valiente, 1999).

El afecto positivo, correlaciona positivo con extraversión (Watson, Clark & Tellegen, 1988; Clark, Watson y Mineka, 1994, Watson & Pennebaker, 1989); es decir, se ha relacionado con mayor participación social, autoinforme de sucesos placenteros y frecuencia de ejercicio físico (Clark & Watson, 1988) La afectividad positiva refleja un

punto hasta el cual la persona se siente entusiasta, activa, alerta y con energía y participación gratificante (Sandín *et al.*, 1999).

Cuando una persona tiene un alto nivel de afecto positivo, se muestra con alta energía, gran concentración, compromiso placentero (Watson, Clark & Tellegen, 1988), además de dominio, gran facilidad para sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, amistad, unión, afirmación y confianza (Robles & Páez, 2003) capacidad y gusto por la afiliación, entusiasmo, unión, amistad, dominio de individuos y confianza; como con interés, ánimo, entusiasmo, orgullo, disposición, decisión atención y activación (Sandín *et al.*, 1999). Relacionada con sociabilidad y satisfacción hacia eventos placenteros frecuentes (Beiser, 1974; Bradburn, 1969; Clark & Watson, 1988). Es decir, refleja la extensión con que una persona se siente entusiasta, activa y alerta (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Cuando la afectividad positiva es baja, se caracteriza por tristeza y letargo (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Puntajes bajos de afectividad positiva se caracterizan por desinterés y aburrimiento (Robles & Páez, 2003)

El afecto negativo, en tanto, se refiere a la sensibilidad temperamental de una persona frente a estímulos negativos (Robles & Páez, 2003), representa diestrés subjetivo y participación desagradable o compromiso no-placentero, que implica estados afectivos aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo (Watson, Clark & Tellegen, 1988), así como calma relajación, desgana, lentitud/torpeza. Se corresponde con neuroticismo, como un rasgo de diestrés somatopsíquico (Watson & Pennebaker, 1989). En las personas que poseen un alto nivel de afectividad negativa, se observan emociones como ansiedad, tristeza, depresión, culpa, insatisfacción, hostilidad, pesimismo, mala actitud, percepción negativa de uno mismo y de los demás, actitudes negativas y pesimismo, problemas de quejas somáticas, e insatisfacción y apreciación negativa de uno mismo y de los demás (Robles & Páez, 2003). Pues se trata de la sensibilidad que tiene una persona ante estímulos negativos (Diener, Larsen, Levine & Emmons, 1985), tensión disgusto, enojo, irritación, vergüenza, nerviosismo, intranquilidad, temor (Sandín *et al.*, 1999), estrés y pobre afrontamiento (Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, 1981) quejas sobre salud (Watson & Pennebaker, 1989), y frecuentes eventos displacenteros (Warr, Barter, & Brownbridge, 1983). Un bajo nivel de afectividad negativa es un estado de calma y serenidad (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Respecto a afectividad negativa, Sandín y

cols. (1994) encontraron que las mujeres suelen manifestar mayores niveles de la misma que los hombres.

También se han realizado estudios donde se ha observado una relación entre estados afectivos y TR, especialmente emociones negativas en torno al procedimiento quirúrgico (Kuntz, Weinland & Butt, 2015; Calia, *et al.*, 2015; Schulz, *et al.*, 2012; Griva, Davenport, Harrison & Newman, 2012; Ismail *et al.*, 2012; Goetzmann *et al.*, 2012; Gilleland, Amaral, Mee, & Blount, 2012; Shinozaki, *et al.*, 2011; Kuntz & Bonfiglio, 2011; Devine, Reed-Knight, Loiselle, Simons, Mee & Blount, 2011; Yagil, Geller, Sidi, Tirosh, Katz & Nakache, 2015; Cicognani, Mazzoni, Totti, Roi, Mosconi & Nanni Costa, 2015; Tumin *et al.*, 2015; Iacoviello *et al.*, 2015; Kamran, 2015; Kohlsdorf, 2015; Kamran & Fife-Schaw, 2014; Pisanti *et al.*, 2014; Schulz *et al.*, 2014; Baranyi *et al.*, 2013; Reed-Knight, Loiselle, Devine, Simons, Mee & Blount, 2013 y Kamran, 2012). Sin embargo, no se ha descrito el comportamiento clínico del injerto como resultado de los afectos que experimentan las personas.

Como ya se mencionó, ambos aspectos, afectividad positiva y negativa, se muestran independientes, sin embargo, cada una posee dos dimensiones: intensidad y frecuencia. Al respecto, se ha descrito que correlacionan negativo en frecuencia, pero positivo en intensidad. Es decir, si una persona suele presentar intensas emociones positivas, las negativas también las suele presentar intensas. Y por otro lado, parece que entre más una persona experimenta afectividad positiva o placentera, le resta menos tiempo para experimentar las opuestas, las negativas, lo que explica la correlación negativa entre sí. Asimismo, ambas dimensiones son estables a lo largo del tiempo (Diener *et al.*, 1985).

Una alta frecuencia de afectividad positiva sobre la negativa y una alta intensidad, constituyen la estructura del bienestar subjetivo, según Diener y cols. (1985).

Bienestar Subjetivo y Salud

Se ha sugerido que la forma habitual en que una persona explica las causas de los buenos o malos eventos está asociada con su salud futura, a través de estudios se ha mostrado que existe una relación significativa entre pesimismo y el incremento del riesgo de padecer enfermedades infecciosas, de salud deficiente, número de visitas al doctor por año y de

muerte temprana, tanto a corto como a largo plazo. Asimismo, la indefensión aprendida y la pasividad actúan en detrimento de la salud física, quizá por estar relacionadas con dificultad para asumir y resolver los retos propios de la vida, como por un déficit en el cuidado personal así como con pobre apoyo social. Por otro lado, la autoeficacia alta se relaciona con elevados niveles de bienestar subjetivo, optimismo y satisfacción vital (Azizli, Atkinson, Baughman & Giarmmarco, 2015; Bandura, 1992; Luszczynska, Gutiérrez- Doña & Schwarzer, 2005 en Schönfeld, 2016).

Martorelli (2004) señala, respecto a la relación entre buena salud objetiva y la sensación de bienestar, que tiene mayor influencia la percepción subjetiva de nuestro estado de salud y la valoración de la salud en forma optimista que la misma salud objetiva. Ya que se ha encontrado que ante una enfermedad discapacitante, grave y duradera, apenas disminuye la satisfacción con la vida.

El optimismo, un sentido de control personal y la habilidad para encontrar significado a las experiencias de la vida se asocian a una mejor salud mental (Martorelli, 2004).

Se ha encontrado también que la felicidad mejora la progresión de enfermedades, aumenta la supervivencia en pacientes terminales e influencia sobre la salud en general (Peterson, Seligman & Vaillant, 1988, en Martorelli, 2004). En un estudio longitudinal de 35 años, encontraron que los sujetos que poseían, a los 25 años de edad, un estilo explicativo pesimista (la creencia de que los eventos malos son causados por factores estables o permanentes, globales e internos y que los buenos son causados por factores casuales, transitorios, específicos y externos), fueron menos saludables en su vida posterior que aquellos que tenían explicaciones optimistas a los eventos que les ocurrían. Esta correlación la halló a partir de los 45 años, edad en que el organismo comienza a declinar. Un factor que se requiere resaltar ya que se asocia positivamente con una mejor progresión de la enfermedad y con una mejor calidad de vida son las denominadas "ilusiones positivas". Se trata de enfermos que tienen una visión optimista de la enfermedad, más que realistas. Aquellos pacientes que le daban un significado trascendente a la vida o a la enfermedad o que se distraían tenían también una progresión más lenta de la enfermedad comparada con enfermos que tenían una percepción objetiva de la misma. Se concluye que estos pacientes padecen menos estrés, por consiguiente, tienen una mejor respuesta

inmunológica y una mejor predisposición a tener hábitos de vida sanos. A pesar de la creciente cantidad de producción científica sobre el tema, no se ha descrito cómo las emociones pueden favorecer o no el proceso clínico en pacientes postrasplantados renales.

Ira

Ira, hostilidad y agresión son fenómenos diferentes aunque relacionados, así como estado y rasgo (Spielberger, Krasner & Solomon, 1988). La ira se considera un concepto más básico que la hostilidad y la agresión. Se refiere generalmente a una condición emocional psicobiológica que consiste en sentimientos de intensidad variable desde la ligera irritación o enfado hasta la furia y rabia intensas acompañadas por la activación de los procesos neuroendócrinos y la excitación del sistema nervioso autónomo. En tanto, la hostilidad implica la experiencia frecuente de sentimientos de ira; pero este concepto tiene también la connotación de un complejo conjunto de actitudes que incluyen la mezquindad y el rencor, así como conductas agresivas y vindicativas. Mientras que la ira hace referencia a sentimientos, los conceptos de hostilidad y agresión se utilizan generalmente para aludir a actitudes negativas y conductas destructivas y punitivas.

Así, Spielberger y Gorsuch (1983) diferencian ira, hostilidad y agresión:

- Ira: estado emocional caracterizado por sentimientos de enojo o enfado de intensidad variable.
- Hostilidad: hace referencia a una actitud persistente de valoración negativa de y hacia los demás.
- Agresión: se entiende como una conducta dirigida a causar daño a personas o cosas.

De este modo se deduce que la ira es una condición necesaria pero no suficiente, para el desarrollo de actitudes hostiles y de manifestaciones de conductas agresivas.

Generalmente se confunde sentimientos de ira con los de expresión de la ira en la conducta agresiva.

Por otro lado, se ha documentado que el enojo forma parte de la experiencia psicológica que vive un individuo que ha pasado por el proceso del TR (Kuntz, Weinland & Butt, 2015); entendiendo el enojo como una situación psicobiológica que se vive como enfado o

fastidio hasta intensa furia o rabia y que se puede expresar o controlar, ambas hacia el exterior o hacia uno mismo (Spielberger, 1999).

De acuerdo a Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (2001), el *estado de ira* se refiere a una situación emocional psicobiológica en la que se presentan sentimientos subjetivos que van desde un enfado o fastidio moderado a una intensa furia o rabia. Al ser una condición psicobiológica, se manifiesta de la mano de tensión muscular y excitación de los sistemas neuroendócrino y nervioso autónomo. Con relación a la intensidad, ésta va modificándose al paso del tiempo de acuerdo a la injusticia percibida, de los ataques o del trato injusto recibido por parte de alguien más, o bien, de una frustración, resultado de las limitaciones a la conducta que se pretendía realizar. En cuanto a *rasgo de ira*, se refiere a las características individuales que hacen que las personas reaccionen distinto al percibir un estímulo como enojoso o frustrante; así como a la tendencia a responder ante tales estímulos con un incremento en *estado de ira*. De tal forma que se espera encontrar *estados de ira* más frecuentes e intensos en personas con *rasgo de ira* también más elevados.

Se han encontrado implicaciones de salud de acuerdo a la expresión de la ira, que aunque sea una emoción adaptativa, cuando la frecuencia o intensidad son disfuncionales, se le asocia a trastornos de salud mental como ansiedad y depresión mayor, mismas que cuando se mantienen de manera crónica suelen implicar niveles de activación fisiológica intensos, así como cambio de hábitos como el cese de ejercicio físico, y por otro lado, el desarrollo de conductas como tabaquismo. Se le asocia también a hipertensión, asma, cefaleas y dermatitis. Asimismo, nos predispone a enfermedades infecciosas como gripe y herpes, al debilitar el sistema inmune (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 2001).

Cano-Vindel y Macías (2002) realizaron un estudio en pacientes con enfermedad de Parkinson y aspectos emocionales (ansiedad, ira y tristeza-depresión), encontrando que las cifras de ansiedad y de tristeza-depresión son mayores en el grupo de pacientes que en los sujetos sanos; mientras que los niveles de expresión externa de ira son menores en las personas con enfermedad de Parkinson que en población sana.

En un estudio realizado con 184 adultos suecos se encontró que la ira está asociada con el perfeccionismo orientado hacia uno mismo, que implica tener altos estándares sobre la propia persona o sobre uno mismo (Saboonchi & Lundh, 2003).

Vindel y Rodríguez (1999) encontraron diferencias significativas entre ira y asma bronquial. Se observaron mayores niveles de ira en este tipo de pacientes, esto en cuanto a su tendencia a expresarla sin provocación en particular y de manera frecuente, es decir, altos niveles de temperamento de ira y de expresión de ira respectivamente, acompañado también de altos niveles de ira externa y de rasgo de ira.

En una investigación realizada con 103 pacientes con diagnóstico de hipertensión arteria en Colombia, se encontró una relación entre altos niveles de control de la ira y la enfermedad (Gaviria, Vinaccia, Quiceno, Taborda, Ruiz & Francis, 2009).

Planteamiento del problema

Justificación

Las enfermedades crónicas, de acuerdo a la OMS (2015) son la principal causa de mortalidad a nivel global, representando el 60% de todas las muertes.

La misma organización en el 2015 reporta que las ECNT cobran la vida de 38 millones de personas al año en el mundo, y que está positivamente relacionada al consumo (en cantidades y formas dañinas) de alcohol y tabaco, con la inactividad física y las dietas no sanas; teniendo mayor ocurrencia en países de mediano y bajo ingreso. Aunque son vulnerables todos los niveles socioeconómicos, como todos los grupos de edades, ya que la evidencia muestra que 16 millones de todas las muertes atribuidas a este tipo de enfermedades ocurren antes de la séptima década de vida. Por lo que se necesita un enfoque integral de la sociedad con una respuesta pertinente del gobierno para la prevención y control de ECNT; ya que éstas amenazan el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU y la agenda de desarrollo post -2015.

Durante el 2005, 35 millones de personas que murieron de enfermedad crónica en el mundo. De dicha cifra, un porcentaje importante corresponde a IRC, padecimiento que implica TSFR. De las cuales, se ha mostrado evidencia que es el trasplante al día de hoy el tratamiento que ha probado mayor eficacia, en términos de supervivencia, calidad de vida y costo beneficio (Observatorio Global de Donación y Trasplante, 2012), sobrevivencia y calidad de vida (OMS, 2012). Y, siendo la IRC una enfermedad con implicaciones en todas las esferas de la vida del ser humano y un alto índice de incidencia, es considerada un asunto de salud pública.

El CENATRA (2019) reportó 15,072 personas en lista de espera para TR al 31 de diciembre del 2018. Y de acuerdo al observatorio de la OMS (2015) las ER son una de las 10 primeras causas de muerte en un país como el nuestro, lo que indica que se trata de un problema de salud pública que requiere atención.

A nivel nacional y mundial, existe un alto índice de pacientes con necesidad de trasplante renal, encabezando las listas de requerimientos de órganos para trasplantes. Lo que implica una gran inversión de energía en diversos rubros: en lo financiero, dado que el debut de una ER que requiera ya de terapia sustitutiva es en promedio en una edad

altamente productiva, donde el adulto es comúnmente uno o el principal pilar de sustento familiar, por tanto, la enfermedad en sí misma, exige una serie de ajustes estructurales con sus respectivas implicaciones emocionales, que se describirán en otro apartado. Por otro lado, los costos propios del tratamiento son altos, ya que un trasplante se trata no sólo de una cirugía especializada, sino de largos períodos de medicación con inmunosupresores. Así que el paciente no sólo deja de encargarse de responsabilidades, entre otras, financieras, y las demás propias de la etapa del desarrollo en la que se encuentre como de su rol dentro de la familia, sino que se convierte, además, en un foco de gastos que superan en muchos de los casos, los ingresos globales de la familia, además que algunos programas de salud gubernamentales no los contemplan (Velasco & Sinibaldi Gómez, 2001).

En este escenario de excesivos costos para mantener no solo la vida, sino su calidad, se aspira al éxito del trasplante. Sin embargo, es común que existan complicaciones, que pudieran haber sido evitadas, como a través de conductas adherentes, así como otras variables de las que aún no se conoce de qué modo funcionan como factores de riesgo o protectores. Algunas maleables y otras no, como género. De las que se conoce en cierta medida que tienen relación con la adherencia terapéutica y ésta con el éxito del TR (Mena-Nájera, Barragán-Fuentes & Gómez-de-Regil, 2014).

En nuestro país, la supervivencia a un año del TR es del 87% de acuerdo a la OMS (2017). Lo que significa que, de 15 pacientes, entre 2 y 4 tendrán pérdida del injerto renal y algunos de estos morirán durante el primer año postrasplante, con mayor probabilidad durante los tres primeros meses posteriores al mismo, de un ataque cardíaco, un derrame cerebral, una infección u otra causa. De quienes siguieron vivos, algunos habrán presentado alguna pérdida de la función renal del trasplante o habrán tenido que realizarse diálisis nuevamente. La mayoría de estos pacientes podrán aspirar a un nuevo trasplante.

Varios estudios han mostrado que existen aspectos psicológicos que guardan relación con la conducta adherente, y ésta con la función o disfunción del injerto renal (Griva *et al.*, 2012; Kuntz & Bonfiglio, 2011; Devine *et al.*, 2011; y Kohlsdorf, 2015), pero el problema, secundario a comportamientos no saludables, persiste.

Por lo que se considera que si se tienen en cuenta en un momento oportuno factores psicológicos, tales como la personalidad, la manera de expresar el enojo, la vivencia de los afectos positivos y los negativos, la capacidad de disfrute y la satisfacción con la vida, se

podría permitir la emisión de recomendaciones por parte de profesionales, para trabajar en los mismos, y reducir así el índice de disfunción, toda vez que, como ya se ha mencionado arriba, se ha mostrado tener relación con el sistema inmunológico, y en consecuencia, con el comportamiento clínico del trasplante renal.

Se muestra la necesidad de conocer si existe alguna relación entre la personalidad, el bienestar subjetivo y la ira con a la aceptación o complicaciones en personas con trasplante renal.

Pregunta de investigación

- ¿Existen diferencias en cuanto a factores sociodemográficos, personalidad, gaudibilidad, bienestar subjetivo e ira en el primer año postrasplante renal entre el grupo que hizo disfunción del injerto renal y el que no, y entre el grupo que presentó un crecimiento telomérico y el que no?

Objetivo general

- Conocer si existen diferencias en cuanto a factores sociodemográficos, personalidad, gaudibilidad, bienestar subjetivo e ira en el primer año postrasplante renal, entre el grupo que hizo disfunción del injerto renal y el que no, y entre el grupo que presentó crecimiento telomérico y el que no.

Objetivos particulares

- Identificar si hay relación entre disfunción del injerto y alargamiento del telómero a un año del trasplante renal.
- Exponer si existen diferencias sociodemográficas entre quienes presentaron disfunción del injerto renal y quienes no, a un año del trasplante.

- Identificar si existen diferencias de personalidad entre quienes presentaron disfunción del injerto renal y quienes no, a un año del trasplante.
- Mostrar si hay diferencias en gaudibilidad entre quienes presentaron disfunción del injerto renal y quienes no, a un año del trasplante.
- Reconocer si hay diferencias en satisfacción con la vida entre quienes presentaron disfunción del injerto renal y quienes no, a un año del trasplante.
- Revisar si hay diferencias en afectos psicológicos positivos y negativos entre quienes presentaron disfunción del injerto renal y quienes no, a un año del trasplante.
- Estimar si existen diferencias en la manera de experimentar la ira entre el grupo que presentó disfunción del injerto renal y el que no, a un año del trasplante.
- Exponer si existen diferencias sociodemográficas entre quienes presentaron alargamiento del telómero y quienes no, a un año del trasplante.
- Identificar si existen diferencias de personalidad entre quienes presentaron alargamiento del telómero y quienes no, a un año del trasplante.
- Mostrar si hay diferencias en gaudibilidad entre quienes presentaron alargamiento del telómero y quienes no, a un año del trasplante.
- Reconocer si hay diferencias en satisfacción con la vida entre quienes presentaron alargamiento del telómero y quienes no, a un año del trasplante.
- Revisar si hay diferencias en afectos psicológicos positivos y negativos entre quienes presentaron alargamiento del telómero y quienes no, a un año del trasplante.
- Estimar si existen diferencias en la manera de experimentar la ira entre el grupo que presentó alargamiento del telómero y el que no, a un año del trasplante.

Variables

- Independiente: personalidad.
- Independiente: gaudibilidad.
- Independiente: sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y escolaridad).
- Independiente: satisfacción con la vida.
- Independiente: afectos positivos.

- Independiente: afectos negativos.
- Independiente: expresión de la ira.
- Dependiente: cambio en la longitud del telómero.
- Dependiente: disfunción del injerto renal.

Hipótesis de investigación

- Sí existen diferencias de personalidad entre los pacientes que presentaron disfunción del injerto renal y los que no, y entre quienes mostraron un alargamiento del telómero y los que no, a un año del trasplante.
- Existe una relación positiva entre gaudibilidad y funcionalidad del injerto renal y alargamiento del telómero a un año del trasplante.
- Existe una relación positiva entre satisfacción con la vida y funcionalidad del injerto renal y alargamiento del telómero a un año del trasplante.
- Existe una relación positiva entre afectos positivos y funcionalidad del injerto renal y alargamiento del telómero a un año del trasplante.
- Existe una relación negativa entre control interno, control externo y expresión interna de la ira y funcionalidad del injerto renal, así como alargamiento del telómero a un año del trasplante.

Aspectos éticos (precisiones sobre el consentimiento informado, beneficencia, no-maleficencia, justicia, autonomía y devolución de resultados)

Según los principios establecidos en el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología en los artículos 50, 51, 118, y 122, a los principios que rigen el comportamiento del Psicólogo y de la Declaración de Helsinki (apartado 1 principios 8, 9) y puesto que la presente investigación se considera de bajo riesgo, en este estudio se actuará bajo los siguientes criterios:

- El investigador asume la responsabilidad de actuar adherido a los principios de: Respeto a los derechos y a la Dignidad de las Personas. Cuidado Responsable. Integridad en las Relaciones. Responsabilidad hacia la sociedad y a la Humanidad.

- El investigador al evaluar utiliza un lenguaje entendible para el receptor.

- El investigador se asegura de explicar los resultados.

- El investigador obtiene consentimiento informado apropiado a la investigación u otros procedimientos, utilizando un lenguaje razonablemente entendible para los participantes.

El contenido del consentimiento informado variará, sin embargo, comunmente supone que la persona:

- Posee la capacidad para consentir,
 - Se le ha proporcionado la información pertinente respecto a su participación en la investigación,
 - Ha expresado libremente y sin ningún tipo de coerción su consentimiento y
 - El consentimiento se ha documentado en forma apropiada.
- A las personas participantes se les informa la naturaleza de la investigación; que tienen la libertad de participar o de declinar, o de retirarse.
- En la publicación de los resultados el investigador está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos.

Método

Tipo de estudio

Cuantitativo, prospectivo, descriptivo, longitudinal y correlacional.

Delimitación espacio-temporal

El estudio se llevó a cabo en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) No. 1, Bajío, IMSS, en la ciudad de León, Guanajuato, México. En el período: julio del 2016 - agosto del 2017.

Participantes

Para el presente estudio, se contó con 26 pacientes que han cumplido un año de haber sido trasplantados. De los cuales 69.2% son masculinos y el 30.2% femeninos. Con edades entre 18 y 59 años. El 57.7% casados y el 34.6% solteros, una persona en unión libre y una divorciada. Respecto a escolaridad, el 46.2% cuenta con estudios de preparatoria y el 7.7% de primaria.

Criterios de inclusión

Pacientes que acudieron a atención médica postrasplante renal; que entre julio del 2016 y agosto del 2017 cumplieron el año de la cirugía, a la T1 de alta especialidad del IMSS en León, Gto., y que sean mayores de edad.

Criterios de exclusión

Pacientes que, por cualquier motivo, al momento de la entrevista carecieran de contacto con realidad. Retraso mental evidente. Que no hablen español.

Criterios de eliminación

Personas que abandonaran la prueba o que expresen que no están conformes en que sus datos sean utilizados.

Muestreo

Muestra por conveniencia.

Instrumentos

Previo a la aplicación de los instrumentos, cada evaluación requiere como condición, la lectura y firma de la Hoja de Consentimiento Informado (anexo 1).

Acto seguido, se levantaron datos generales a través de la Ficha de Identificación (anexo 2), misma que consta de: Folio (asignado por el equipo de investigación), fecha, observaciones generales del estado físico u otras, nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación tanto previa a la enfermedad, como posterior; religión, residencia, y una reseña del padecimiento actual.

Al término de la misma se inició con la aplicación de las pruebas seleccionadas y a continuación brevemente descritas:

Personalidad: NEO FFI (Inventario NEO reducido de Cinco Factores).

Para medir personalidad se optó por esta prueba, que se basa en una de las teorías de la personalidad más estudiadas, el modelo de los cinco factores.

Se trata de una prueba de Personalidad, de 60 ítems con un cuadernillo de preguntas y una hoja de respuestas, elaborado por Costa y McCrae (1994), que valora Cinco Grandes Factores de Personalidad, las respuestas son tipo likert, por lo que su aplicación resulta práctica (anexo 3).

A continuación una breve descripción de los cinco grandes factores de personalidad, de acuerdo a Costa y McCrae (1991):

Inestabilidad emocional o neuroticismo (N). Implica la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, o una predisposición a padecer trastornos como las fobias, y/o sentimientos negativos, como: miedo, melancolía, vergüenza, ira, culpabilidad y repugnancia.

Asimismo, está relacionada a ideas irracionales y a un bajo control de impulsos. Sin embargo, es preciso tener en cuenta, que se trata de una dimensión también considerada como normal de la personalidad, por lo que no debería de ser considerada como medida de psicopatología.

Quien puntúa alto, tiene las características antes mencionadas, así como una mala adaptación a las circunstancias. Y quien puntúa bajo, es una persona más bien sosegada, relajada y se adapta más funcionalmente a las circunstancias.

Sus facetas son: ansiedad, hostilidad, depresión, ansiedad social, impulsividad y vulnerabilidad.

Extraversión (E). Consiste en el interés sobre un objeto externo, la gente, las cosas, lo social. Una persona extrovertida, además de sociable suele ser asertiva, activa, emprendedora, y estas características serán más intensas en puntuaciones altas. Por otro lado, los introvertidos, o las puntuaciones bajas en este Factor, no precisamente son lo opuesto, sino más bien, prefieren estar solos y no necesariamente por ansiedad social.

Sus facetas son: cordialidad, gregarismo, asertividad, actividad, búsqueda de emociones, y emociones positivas.

Apertura a nuevas experiencias (O). Se refiere a qué tan abierta a la experiencia se encuentra una persona. Si puntúan alto, son más creativos, menos tradicionales, pero no por ello con menos valores. En contraposición, si puntúan bajo, son más apegados a los convencionalismos. Se compone de las siguientes facetas: fantasía, estética, sentimientos, acciones, e ideas.

Amabilidad (A). Corresponde a cooperación, armonía social y altruismo. Aunque en términos de deseabilidad social, pareciera que esta característica se refiere a mayor salud emocional, en realidad su contraparte, en una persona que puntúa bajo, por ejemplo, tendremos características como: luchar con tenacidad por los propios intereses, actitud escéptica y crítica como la que se necesita en el campo científico. Aunque como se mencionó, ambos extremos de este espectro pueden ser igualmente saludables, una persona con puntuación baja puede asociarse a: desórdenes narcisistas, antisociales y paranoicos de la personalidad. Por otro lado, puntuaciones altas pueden asociarse a dependencia.

Las facetas de la amabilidad son: confianza, franqueza, altruismo, actitud conciliadora, modestia, sensibilidad hacia los demás.

Responsabilidad (C). Trata sobre la capacidad de controlar los impulsos o de dirigirlos, por un objetivo considerado de mayor relevancia. Las personas responsables suelen percibirse como minuciosos, pulcros, obstinados, disciplinados y organizados. Puntuaciones altas en esta escala se trata de personas que rinden en el ámbito académico y/o laboral, sin embargo, pueden llegar a ser compulsivos y/o adictos al trabajo. Puntuaciones bajas se refiere no a falta de escrúpulos, pero sí a descuido en la persecución de sus objetivos.

Este factor cuenta con las siguientes facetas: competencia, orden, sentido del deber, necesidad de logro, y autodisciplina.

La prueba ya ha sido utilizada en población mexicana, y ha mostrado ser adecuada para medir personalidad, con una confiabilidad de $\alpha=0.72$ (Reyes-Zamorano, Álvarez-Carrillo, Peredo-Silva, Miranda-Sandoval & Rebolledo-Pastrana, 2014) por lo que resultó una opción viable.

Gaudibilidad: EGP (Escala de Gaudibilidad de Padrós). Se trata de un instrumento que mide la Gaudibilidad, en otras palabras, el conjunto de moduladores del disfrute (Padrós & Fernández-Castro, 2008). La prueba consiste en 23 ítems con respuestas tipo Likert (0 = nada de acuerdo, 1 = no muy de acuerdo, 2 = ligeramente de acuerdo, 3 = bastante de acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo), la puntuación se extrae de la sumatoria de todos los ítems, considerando que 15, 19 y 22 son inversos; de tal forma que los valores oscilan entre 0 y 92 (anexo 4). Puntuaciones elevadas son indicativos de un elevado potencial para el disfrute, y viceversa. El instrumento, posee una $\alpha = .828$, misma que mejora si se excluyen los ítems 15, 19 y 22 ($\alpha = .831$) y una confiabilidad test-retest a dos meses de $r = .723$, en población mexicana (Padrós *et al.*, 2012).

Bienestar subjetivo.

Satisfacción con la vida: SWLS (Satisfaction With Life Scale). La Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS por sus siglas en inglés), fue creada por Diener y cols. (1985), es una prueba que evalúa el aspecto cognoscitivo del bienestar subjetivo, es decir, el nivel de satisfacción con la vida de los individuos por medio del juicio global que sobre la misma, hacen las personas (Padrós *et al.*, 2015).

Consta de 5 ítems con 5 opciones de respuesta para esta versión abreviada, donde 1 = “totalmente de acuerdo” y 5 = “totalmente en desacuerdo” (anexo 5). Las puntuaciones van de 5 a 35, baja o alta satisfacción, respectivamente. Ha mostrado correlación negativa con afecto negativo, ansiedad y depresión, así como positiva con otras medidas de bienestar (Diener *et al.*, 1985).

En un estudio realizado en población michoacana (mexicana) Padrós *et al.* (2015) mostraron que el instrumento posee un buen grado de validez como de confiabilidad. La prueba tiene un $\alpha = .832$. Por lo cual, es adecuado para la población de la presente investigación.

Afecto positivo y afecto negativo: PANAS (Afecto Positivo y Negativo). Es la prueba para medir Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS por sus siglas en inglés) (Watson, *et al.*, 1988).

Es una prueba autoaplicable de 20 ítems, de los cuales 10 evalúan Afecto Positivo y 10 Afecto Negativo. Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos, y la persona evaluada les asigna un valor entre 1 (“muy poco o nada”) y 5 (“extremadamente”) (Robles & Páez, 2003) (anexo 6).

En su versión en español, muestra, de acuerdo al estudio realizado por Robles y Páez (2003), adecuadas propiedades psicométricas para ser aplicada en población mexicana, lo que va de acuerdo con lo reportado por Tellegen y cols. (1988). Robles y Páez (2003) reportaron que el PANAS tiene una consistencia interna para las escalas de AP de .85 - .90 y para las de AN .81 - .85; y la validez estructural factorial coincidieron con las ya documentadas por los autores de la versión original. Siendo la correlación entre ambos baja, con rangos de entre -.12 a -.23. Sus coeficientes de confiabilidad test – retest de las

Ira: STAXI 2 (Inventario de Expresión de Ira Estado – Rasgo).

El STAXI 2 (State – Trait Anger Expression Inventori – 2, o Inventario de Expresión de la Ira Estado/Rasgo – 2) fue creado por el Dr. Charles D. Spielberg en 1985, con diversos ajustes, se constituyó finalmente como un instrumento de 49, ajustado para población española por Miguel-Tobal, Casado-Morales, Cano-Vindel y Spielberger (2001).

Conformado por seis escalas, cinco subescalas y un Índice de Expresión de la Ira (medida general de la expresión y control de la ira): Estado de Ira (*E*) (con tres subescalas: Sentimiento -*Sent.*-, Expresión Verbal -*Exp. V*- y Expresión Física -*Exp. F*-), Rasgo de Ira (*R*) (con dos subescalas: Temperamento de Ira -*Temp.*- y Reacción de Ira -*Reacc.*-), Expresión Externa de Ira (*E. Ext.*), Expresión Interna de Ira (*E. Int.*), Control Externo de Ira (*C. Ext.*), Control Interno de Ira (*C. Int.*) (Tobal *et al.*, 2001).

Los reactivos se califican eligiendo una de cuatro opciones, tipo Likert (anexo 7). Y su tiempo de aplicación varía entre 10 y 15 minutos. Dos componentes principales

constituyen la experiencia de la ira: el estado y el rasgo, que a continuación se describe con sus respectivos componentes (Tobal *et al.*, 2001):

Sentimiento de ira (Sent.)	Se refiere a manifestaciones más o menos intensas de ira, entre enfado y furia, cuando las puntuaciones son altas.
Expresión física de la ira (Exp.F)	Una puntuación elevada sugiere a una persona que tiende a expresar la ira por medio de manifestaciones físicas, como rompiendo objetos o golpeando.
Expresión verbal de la ira (Exp.V)	Una alta puntuación en Exp. V es indicativo de personas cuya experiencia de la ira es intensa y que tienden a expresarla de manera verbal, ya sea lloriqueando, vociferando o “echando bronca”, sea dirigida a una persona en particular, o más bien de modo general.
Estado (E)	Quien puntúa alto en E, suele experimentar sentimientos de ira de una intensidad importante.
Temperamento de ira (Temp.)	Sujetos con altas calificaciones en Temp., suelen ser irritables y tendientes a manifestar la ira ante la más mínima provocación. Suelen actuar de modo impulsivo, sin por ello ser necesariamente sujetos violentos o vengativos que puedan atacar a otros.
Reacción de ira (Reacc.)	Elevadas puntuaciones en Reacc. sugieren alta sensibilidad a la evaluación negativa, a la crítica o a agravios percibidos, con una experiencia intensa de ira.
Rasgo de ira (R)	La persona que obtiene puntajes altos en R, es alguien que más consistentemente experimenta sentimientos de ira, asociados a pensamientos de ser tratados injustamente por los otros, lo que suele generar sentimientos de frustración.
Expresión Externa de Ira (E.Ext.)	Cuando el puntaje es elevado, ante sentimientos de ira, la manifestación es externa, es decir, va dirigida a personas o a cosas en el entorno, tanto en actos físicos (arrojar objetos, portazos, golpes a personas o a cosas, etc.) como verbales

	(insultos, sarcasmos, amenazas, etc.).
Expresión Interna de Ira (E.Int.)	Si las puntuaciones son altas, aunque el sentimiento de ira sea intenso, la persona tiende a suprimirlo o contenerlo.
Control Externo de Ira (C.Ext.)	Una persona con puntuaciones elevadas aquí, suele invertir grandes cantidades de recursos en prevenir la experiencia como la expresión de la ira hacia el entorno. Aunque socialmente pueda parecer deseable un control externo de la ira, cuando es muy elevado, puede implicar pasividad, depresión o abandono.
Control Interno de Ira (C.Int.)	Una alta puntuación aquí, indica a una persona que deriva cantidades importantes de energía en reducir la ira tanto y tan rápidamente como le sea posible. De modo semejante que lo descrito en el rubro anterior, socialmente también puede considerarse deseable o positivo un C.Int alto, sin embargo, esto puede limitar de modo importante una posibilidad de resolución asertiva o constructiva ante una situación frustrante.
Índice de Expresión de Ira (IEI)	Se refiere a una medida global tanto de expresión como de control de la ira. Cuando una persona obtiene un puntaje elevado, la experiencia de la ira es intensa, ya sea suprimida o expresada, incluso ambos.

De acuerdo con Oliva, Hernández y Calleja (2010), la consistencia interna para las escalas de ira-estado, ira-rasgo y expresión-control son de: $\alpha = .887$, $\alpha = .860$, y $\alpha = .733$, respectivamente; y los porcentajes de varianza explicada: 49.5%, 59.3% y 49.4%. Por lo que muestra validez y confiabilidad para aplicarse en población mexicana.

Procedimiento

Se realizó la solicitud formal con un Protocolo adaptado para la Institución y la muestra de la Hoja de Consentimiento Informado (ver anexo 1) para llevar a cabo la medición con dichos pacientes al IMSS, Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud, Coordinación de Investigación en Salud.

Se aplicaron los documentos señalados a cada uno de los pacientes que iba cumpliendo un año de haber sido trasplantado en un espacio privado se ofreció el Consentimiento Informado (anexo 1) en el que se daba a conocer la cualidad de voluntaria su participación en la presente investigación. Así como la posibilidad de abandonar el estudio si así era su voluntad en cualquier momento.

La aplicación se realizó en el área de investigación de las instalaciones de la UMAE No. 1, Bajío, IMSS. Los cuestionarios son autoaplicables, pero los pacientes estuvieron acompañados y apoyados por personal especializado, quien leyó el instrumento en caso de que los participantes no supieran o pudieran hacerlo.

El tiempo total de aplicación aproximado es de 2 hrs. Mismo que varía dependiendo de la agilidad con que los pacientes vayan respondiendo.

A cada participante se le ofreció recibir recomendaciones psicoterapéuticas, si es el caso, derivadas de la entrevista con la conciencia de estar colaborando en la construcción de evidencia científica del comportamiento de las variables señaladas en el planteamiento del problema.

Medición del telómero.

Se obtuvo una muestra de sangre en ayuno en momentos posteriores al trasplante. Se aisló ADN a partir de leucocitos circulantes. Y la medida se obtuvo por el método PCR (Murillo et al., 2013; Murillo et al., 2016; Cawthon, 2002; y, O'Callaghan y Fenech, 2011).

Un año después del trasplante, se obtuvo una nueva muestra de sangre y se repitió el procedimiento para obtener las nuevas mediciones de la longitud del telómero.

Para efectos de la presente investigación, las medidas se clasificaron en dos grupos: uno, si el telómero efectivamente aumentó, y el segundo, si no lo hizo.

Identificación de disfunción del injerto renal.

La TFG es un componente de la función excretora que es considerada como un índice general para dar cuenta de la función renal, que comúnmente se reduce cuando se da un daño estructural generalizado (Stevens, Coresh, Greene & Levey, 2006). Se define como la velocidad del flujo plasmático renal libre de creatinina, estimada en la unidad de tiempo y expresada en ml/min. Para conocerle, la depuración de creatinina es un método común. Inicialmente, se recomienda el uso de la creatinina sérica, aunque por sí sola, no indica el nivel de función renal (Stevens & Levey, 2005 y Coresh & Stevens, 2006) y una fórmula apropiada en cada perfil del paciente (adulto, niño, anciano, amputado, otros) (Kellum *et al.*, 2012).

Se revisaron los niveles de creatinina postrasplante; cuando estos se elevaron es cuando se clasificaron como disfunción (Micas & Mateos, 2015; Racusen *et al.*, 2003; González *et al.*, 2012 y Pascual *et al.*, 2012). Y frente a una elevación del 15 al 25% del valor basal de la creatinina y disminución notable de los volúmenes urinarios, se deberá sospechar de rechazo agudo, que se deberá confirmar con estudios complementarios y finalmente la realización de la biopsia para confirmar el diagnóstico, clasificar el rechazo (celular o humoral) y establecer la severidad del daño de acuerdo a la escala de Banff.

Las medidas se separaron en dos grupos, los que hicieron disfunción y los que no.

Análisis de datos.

Para el análisis de los datos, se obtuvieron descriptivos de las condiciones sociodemográficas de la muestra; posteriormente los datos de todas las variables independientes se contrastaron con cada una de las dependientes, respectivamente, con la

prueba estadística no paramétrica U de Mann-Whitney, y finalmente entre las dos variables dependientes con una Chi cuadrada (χ^2).

Resultados

El objetivo del presente estudio fue conocer si existe alguna relación entre características sociodemográficas, personalidad, aspectos psicológicos positivos (satisfacción con la vida, gaudibilidad y afectos -positivos y negativos-) y expresión de la ira con la disfunción del injerto renal y con el aumento del telómero, respectivamente, así como entre estos dos últimos, a un año del trasplante.

Se presentan, a continuación, los resultados de la investigación que se dividieron en tres grupos. El primero lo constituye, la descripción general de la muestra, el segundo corresponde al análisis de todas las variables independientes (aspectos sociodemográficos, personalidad, aspectos psicológicos positivos –satisfacción con la vida, gaudibilidad y afectos, positivos y negativos- y expresión de la ira) con disfunción del injerto renal. Mientras que el último grupo está conformado por el análisis de la variables independientes señaladas y el aumento del telómero.

Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformada por 26 pacientes que tenían un año de haber sido trasplantados, cuya descripción de datos sociodemográficos se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2. *Datos sociodemográficos*

	Porcentaje
Sexo	
Femenino	30.8
Masculino	69.2
Estado civil	

Soltero	34.6
Casado	57.7
Unión libre	3.8
Separado/divorciado	3.8

Escolaridad

Primaria	11.5
Secundaria	38.5
Preparatoria	38.5
Licenciatura	7.7
Maestría	3.8

Ocupación previa al trasplante

No trabaja	3.8
Estudiante	7.7
Hogar	3.8
Oficio u operativo	69.2
Profesional	7.7
Estudia y trabaja	3.8

Ocupación a un año del trasplante

Estudiante	7.7
Oficio u operativo	57.7
Profesional	7.7
Retirado	7.7
Estudia y trabaja	7.7

Nota: N = 26

La mayoría de sujetos fueron masculinos, en relación a estado civil, la mayor frecuencia se encontró en casados, y del total de la muestra principalmente se mostró que su

escolaridad oscilaba entre la educación media o media superior, respectivamente, concluida.

Diferencias entre el grupo que sí hizo disfunción renal y el que no la hizo a un año del trasplante, según alargamiento del telómero, características sociodemográficas, personalidad, gaudibilidad, bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y afectos -positivos y negativos-) y expresión de la ira.

De toda la muestra, el comportamiento clínico del injerto fue principalmente funcional con una frecuencia de 19, de una N=26. Respecto a las mediciones completas del telómero, se tuvieron 22, de los cuales 19 personas sí presentaron un alargamiento. Ambas mediciones a un año del trasplante con referencia al las realizadas previas al mismo y periódicamente en el caso de la vigilancia del funcionamiento del injerto renal (véase tabla 3).

Tabla 3. *Función/disfunción del injerto y alargamiento del telómero a un año del trasplante renal.*

VD	N	n y Porcentaje	
		Positivo	Negativo
Disfunción del injerto	26	7 (26.9)	19 (73.1)
Aumento del telómero	22	19 (86.4)	3 (13.6)

Nota: VD = variable dependiente (disfunción del injerto / aumento del telómero). Entiéndase disfunción del injerto positiva cuando sí se dio en algún momento durante el primer año postrasplante, y negativa cuando no se dio durante ese mismo período de tiempo. Y entiéndase como aumento de telómero positivo cuando sí se dio un alargamiento y como negativo, cuando no se dio alargamiento durante el mismo período de tiempo.

Se agregó un análisis de las variables nominales mediante Chi cuadrada, se encuentra una tendencia hacia el aumento del telómero en los pacientes cuyo comportamiento clínico del injerto fue funcional a un año del trasplante, ver tabla 4.

Tabla 4: *Relación entre disfunción del injerto renal y alargamiento del telómero a un año del trasplante.*

		Cambio en la longitud del telómero	
		Sí aumentó	No aumentó
Injerto renal	Sí disfuncionó	4	2
	No disfuncionó	15	1

Tabla 5. *Resultados de diferencias sociodemográficas y función/disfunción del injerto renal a un año del trasplante.*

	Aspectos sociodemográficos							
	Edad		Sexo		Estado civil		Escolaridad	
	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND
N	7	19	7	19	7	19	7	19
RP	11.93	14.08	11.93	14.08	11.29	14.32	12.71	13.79
Z	-.637		-.795		-1.023		-.338	
P	.524		.427		.306		.735	

Nota: GSD= grupo que sí hizo disfunción del injerto renal (N=7), GND=grupo que no mostró disfunción del injerto renal (N=19).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las condiciones sociodemográficas entre el grupo que sí hizo disfunción del injerto renal y el que no (ver tabla 5).

Para analizar las posibles diferencias de personalidad entre el grupo que sí hizo disfunción y el que no mostró disfunción del injerto renal a un año del trasplante, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney; encontrándose que el grupo que sí disfuncionó mostró mayor nivel de responsabilidad ($Z=-2.007$, $p=.045$), así como una tendencia, sin alcanzar la significancia estadística, a la no-disfunción a mayores niveles de neuroticismo ($Z=-1.851$, $p=.064$), véase tabla 6.

Tabla 6. Resultados de diferencias de personalidad y función/disfunción del injerto renal a un año del trasplante

	Dimensiones de personalidad									
	N		E		O		A		C	
	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND
N	7	18	7	18	7	18	7	18	7	18
RP	17.36	11.31	11.36	13.64	10.14	14.11	11.36	13.64	8.29	14.83
Z	-1.851		-.697		-1.213		-.697		-2.007	
P	.064		.486		.225		.485		.045*	

Nota: N=neuroticismo, E=extraversión, O=apertura a nuevas experiencias, A=amabilidad, C=responsabilidad, GSD=grupo que sí mostró disfunción del injerto renal (N=7), GND=grupo que no mostró disfunción del injerto renal (N=18).

*Se señala relación significativa.

La misma prueba no paramétrica fue utilizada para revisar si existen diferencias entre el grupo que sí hizo disfunción y el que no, con relación a aspectos psicológicos positivos, encontrándose que no existen diferencias en los niveles de satisfacción con la vida, de gaudibilidad, de afecto positivo o negativo en estado, ni de afecto positivo o negativo en rasgo (ver tabla 7).

Tabla 7. Resultados de diferencias en aspectos psicológicos positivos y función/disfunción del injerto renal a un año del trasplante.

	Bienestar subjetivo											
	Gaudibilidad		Satisfacción con la vida		Estado				Rasgo			
					AP		AN		AP		AN	
	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND
N	7	19	7	19	7	18	7	18	7	19	6	19
RP	11.36	14.29	10.93	14.45	14.64	12.36	11.57	13.56	13.64	13.45	13.75	12.76
Z	-.869		-1.050		-.698		-.607		-.058		-.287	
P	.385		.294		.485		.544		.954		.774	

Nota: AP= afecto positivo, AN= afecto negativo, GSD= grupo que sí hizo disfunción del injerto renal (N=7), GND=grupo que no mostró disfunción del injerto renal (N=19).

Respecto al análisis de la variable expresión de la ira, en sus diversas dimensiones, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que sí hizo disfunción y el que no, de acuerdo a los resultados que arroja la prueba U de Mann-Whitney (ver tablas 8 y 9).

Tabla 8. *Resultados de diferencias en la expresión de la ira (estado y rasgo) y función/disfunción del injerto renal a un año del trasplante.*

	Ira A (estado y rasgo)													
	Estado de la ira						Rasgo de la ira							
	Sent		Exp.F		Exp.V		Estado		Temp		Reacc		Rasgo	
	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND
N	7	19	7	19	7	19	7	19	7	19	7	19	7	19
RP	14.29	13.21	13.86	13.37	14.64	13.08	15.14	12.89	9.64	14.92	12.57	13.84	10.86	14.47
Z	-.462		-.261		-.627		-.851		-1.578		-.379		-1.078	
P	.644		.794		.530		.395		.115		.705		.281	

Nota: Sent= sentimiento, Exp.F= expresión física de la ira, Exp.V= expresión verbal de la ira, Temp= temperamento, Reacc= reacción GSD= grupo que sí hizo disfunción del injerto renal (N=7), GND=grupo que no mostró disfunción del injerto renal (N=19).

Tabla 9. *Resultados de diferencias en la expresión de la ira (expresión y control) y función/disfunción del injerto renal a un año del trasplante.*

	Ira B Expresión y control de la ira									
	Expresión y control de la ira									
	E.Ext		E.Int		C.Ext		C.Int		IEI	
	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND	GSD	GND
N	7	19	7	19	7	19	7	19	7	19
RP	11.07	14.39	10.50	14.61	13.07	13.66	13.43	13.53	10.36	14.66
Z	-.989		-1.221		-.176		-.030		-1.277	
P	.323		.222		.861		.976		.201	

Nota: E.Ext= expresión externa de la ira, E.Int= expresión interna de la ira, C.Ext= control externo de la ira, C.Int= control interno de la ira, IEI= índice de expresión de la ira, GSD= grupo que sí hizo disfunción del injerto renal (N=7), GND=grupo que no mostró disfunción del injerto renal (N=19).

Diferencias entre el grupo que sí mostró un aumento de la longitud del telómero y el que no a un año del trasplante, según características sociodemográficas, gaudibilidad, bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y afectos -positivos y negativos-) y expresión de la ira.

Respecto a los aspectos sociodemográficos, ahora con relación al alargamiento del telómero, se encontró que no existen diferencia entre el grupo que sí mostró un alargamiento y el que no (ver tabla 10).

Tabla 10. *Resultados de diferencias sociodemográficas y aumento o no del telómero a un año del trasplante renal.*

	Aspectos sociodemográficos							
	Edad		Sexo		Estado civil		Escolaridad	
	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT
N	19	3	19	3	19	3	19	3
RP	12.21	7.00	11.45	11.83	12.16	7.33	11.00	14.67
Z	-1.294		-.115		-1.369		-.972	
P	.196		.909		.171		.331	

Nota: GAT=grupo que sí mostró aumento en la longitud del telómero (N=19), GND=grupo que no mostró aumento en la longitud del telómero (N=3).

Se revisó si existen diferencias entre personalidad y alargamiento del telómero entre el grupo que sí hizo disfunción y el que no, sin encontrarse, de acuerdo al análisis con la U de Mann-Whitney (ver tabla 11).

Tabla 11. *Resultados de diferencias de personalidad y alargamiento o no del telómero en personas a un año del trasplante renal.*

	Dimensiones de personalidad									
	N		E		O		A		C	
	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT
N	18	3	18	3	18	3	18	3	18	3
RP	10.86	11.83	11.00	11.00	10.61	13.33	11.50	8.00	10.89	11.67
Z	-.252		.000		-.705		-.906		-.202	
P	.801		1.000		.481		.365		.840	

Nota: N=neuroticismo, E=extraversión, O=apertura a nuevas experiencias, A=amabilidad, C=responsabilidad, GAT=grupo que sí mostró aumento en la longitud del telómero (N=18), GND=grupo que no mostró aumento en la longitud del telómero (N=3).

Se utilizó la misma prueba no paramétrica para identificar posibles diferencias entre las variables independientes correspondientes a aspectos psicológicos positivos: satisfacción con la vida, gaudibilidad, afectos positivos y negativos en rasgo y en estado, respectivamente. Encontrándose que el grupo que presentó un aumento en la longitud del telómero tiene niveles más altos de afecto positivo tanto en estado como en rasgo respecto al grupo que no mostró dicho incremento ($Z=-2.121$, $p=.034$ en estado, y $Z=-2.064$, $p=.039$ en rasgo). Asimismo, se observa una tendencia a mayor gaudibilidad, sin alcanzar la significancia estadística ($Z=-1.773$, $p=.076$) en el grupo que sí aumentó su telómero a un año del trasplante (ver tabla 12).

Tabla 12. *Resultados de diferencias en aspectos psicológicos positivos y aumento o no del telómero a un año del trasplante.*

	Bienestar subjetivo											
	Gaudibilidad		Satisfacción con la vida		Estado				Rasgo			
					AP		AN		AP		AN	
	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT
N	19	3	19	3	18	3	18	3	19	3	18	3
RP	10.53	17.67	10.89	15.33	9.83	18.00	11.53	7.83	10.37	18.67	11.56	7.67
Z	-1.773		-1.115		-2.121		-.958		-2.064		-1.008	
P	.076		.265		.034*		.338		.039*		.313	

Nota: AP= afecto positivo, AN= afecto negativo, GAT= grupo que sí presentó un aumento en la longitud del telómero (N=19), GNAT=grupo que no presentó un aumento en la longitud del telómero (N=3).

*Se señala relación significativa

Se realizó el análisis de las diversas dimensiones de la variable independiente *expresión de la ira*, con la U de Mann-Whitney para revisar si existen o no diferencias significativas en el grupo que sí mostró un aumento en la longitud del telómero y el que no, sin encontrarse (ver tablas 13 y 14).

Tabla 13. *Resultados de diferencias en la expresión de la ira (estado y rasgo) y aumento o no del telómero a un año del trasplante.*

Ira A (estado y rasgo)															
	Estado de la ira						Rasgo de la ira								
	Sent		Exp.F		Exp.V		Estado		Temp		Reacc		Rasgo		
	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	
N	19	3	19	3	19	3	19	3	19	3	19	3	19	3	
RP	11.82	9.50	11.74	10.00	11.37	12.33	11.47	11.67	11.45	11.83	11.24	13.17	11.34	12.50	
Z	-.854		-.724		-.305		-.061		-.097		-.483		-.291		
P	.393		.469		.760		.951		.922		.629		.771		

Nota: Sent= sentimiento, Exp.F= expresión física de la ira, Exp.V= expresión verbal de la ira, Temp= temperamento, Reacc= reacción, GAT= grupo que sí presentó un aumento en la longitud del telómero (N=19), GNAT=grupo que no presentó un aumento en la longitud del telómero (N=3).

Tabla 14. *Resultados de diferencias en la expresión de la ira (expresión y control) y aumento o no del telómero a un año del trasplante.*

Ira B Expresión y control de la ira										
	Expresión y control de la ira								Índice de expresión de la ira	
	E.Ext		E.Int		C.Ext		C.Int		IEI	
	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT
N	19	3	19	3	19	3	19	3	19	3
RP	11.55	11.17	11.87	9.17	11.68	10.33	11.39	12.17	11.37	12.33
Z	-.096		-.674		-.341		-.199		-.241	
P	.923		.500		.733		.842		.810	

Ira B Expresión y control de la ira										
Expresión y control de la ira									Índice de expresión de la ira	
E.Ext		E.Int		C.Ext		C.Int		IEI		
GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	GAT	GNAT	
N	19	3	19	3	19	3	19	3	19	3
RP	11.55	11.17	11.87	9.17	11.68	10.33	11.39	12.17	11.37	12.33
Z	-.096		-.674		-.341		-.199		-.241	
P	.923		.500		.733		.842		.810	

Nota: E.Ext= expresión externa de la ira, E.Int= expresión interna de la ira, C.Ext= control externo de la ira, C.Int= control interno de la ira, IEI= índice de expresión de la ira, GAT= grupo que sí presentó un aumento en la longitud del telómero (N=19), GNAT= grupo que no presentó un aumento en la longitud del telómero (N=3).

Discusión y conclusiones

La muestra analizada estuvo conformada principalmente por pacientes masculinos; la mayoría de sujetos casados, y del total de la muestra principalmente se mostró que su escolaridad oscilaba entre la educación media o media superior concluida, respectivamente. En cuanto a ocupación previa y al año con respecto al trasplante, se encontraron más operativo u oficios, sin embargo, algunos refirieron haberse retirado de trabajar a consecuencia de la incapacidad que la situación de salud les condicionaba.

Respecto al comportamiento clínico del injerto, fue primordialmente funcional, con base en el monitoreo de los cambios en los niveles de creatinina respecto a la basal previa al trasplante; asimismo el telómero aumentó en la mayoría de pacientes. Asimismo, casi todos presentaron un crecimiento en la longitud de sus telómeros, ambas condiciones no estuvieron relacionadas significativamente, sin embargo, sí se observa una tendencia a que los mismos sujetos que presentan un alargamiento del telómero, son quienes también mostraron un adecuado funcionamiento del injerto, es posible que si se incrementa el número de participantes a estudiar, también se encuentre una relación significativa. Ya que el telómero está asociado a mejor salud, longevidad, a características psicológicas positivas, como altos niveles de optimismo y de inteligencia emocional (Scutte *et al.*, 2016), pero cuando existen factores de estrés oxidativo, alguna enfermedad crónica como la ERCT se acortan con mayor celeridad (Murillo *et al.*, 2016). Esto onfirmó en el presente estudio cuando se mostró la relación entre afectos positivos tanto en estado como en rasgo, y el crecimiento del telómero.

Por otro lado, aunque no resultó estadísticamente significativa la relación con gaudibilidad, una variable que define la capacidad de disfrute de las personas (Padrós & Fernández-Castro, 2008), sí se encontró una tendencia leve, es decir, el grupo que motró un alargamiento del telómero mostró una tendencia a mayores índices de gaudibilidad. Es posible entonces que la gama de afectos positivos en conjunto esté relacionada con un alargamiento del telómero, y éste con el adecuado funcionamiento del injerto renal.

Como ya se mencionó anteriormente, una limitante del presente estudio es la cantidad de participantes. Al observar el comportamiento de la longitud del telómero en relación a la gaudibilidad, se observa que existe una cierta tendencia a la significancia

estadística sin llegar a ésta, se cree que si se incrementa el número de participantes, se encuentre una asociación entre dichas variables.

El grupo estudiado, pacientes trasplantados renales, tienen también algunas características psicológicas que se describen. De acuerdo a los resultados obtenidos de la prueba de personalidad, en general, se encontraron puntuaciones altas en amabilidad y en extroversión, medias en neuroticismo y en apertura a nuevas experiencias. Y muy altas en satisfacción con la vida, paradójicamente, puesto que ésta se refiere a la manera en que las personas juzgan su calidad de vida. La prueba es autoaplicable y se refiere a la percepción que tiene el paciente sobre su propia vida, lo que habla de un grupo que atribuye un sentido trascendental a la experiencia del trasplante. Lo cual guarda relación con lo que Sinnott (2013) explica con relación a la espiritualidad, campo que se recomienda que se explore en esta población, ya que nos dice que ésta es un eje rector que proporciona fortaleza y sentido a la existencia, a la vida e incluso a la muerte, se le relaciona así con el bienestar subjetivo. De tal forma, que se propone que sea un aspecto a revisar en esta población. En otros estudios se podrá proponer algún tipo de terapia encaminada a este rubro, en beneficio del funcionamiento del injerto renal.

El grupo estudiado tiende a niveles medios-altos de gaudibilidad, como de afecto positivo tanto en rasgo como en estado. Y por el contrario, bajos en afectividad negativa. Así también, la expresión de la ira es poco intensa y poco frecuente, baja en expresión verbal como física. Sin embargo, frente a evaluaciones negativas se encuentran en los extremos, es decir, puntuaciones muy altas y muy bajas en diferentes individuos, lo que habla de una posible dificultad para expresar asertivamente el enojo. Se ha documentado que el enojo forma parte de la experiencia psicológica que vive un individuo que ha pasado por el proceso del TR (Kuntz, Weinland, & Butt, 2015); entendiéndole como una situación psicobiológica que se vive como enfado o fastidio hasta intensa furia o rabia y que se puede expresar o controlar, ambas hacia el exterior o hacia uno mismo (Spielberger, 1999). Sin embargo, no se encontró relación estadísticamente significativa entre el comportamiento clínico del injerto y ninguna de las dimensiones que conforman la variable, lo que podría modificarse si se incrementa el número de pacientes a estudiar.

En cuanto a aspectos sociodemográficos, no se encontró relación estadísticamente significativa con ninguna de las variables dependientes, lo que resulta valioso ya que no

está descrito en este tipo de pacientes, sin embargo, sería conveniente estudiar el comportamiento de estas variables con otra población, ya que la presente fue principalmente de un estrato socioeconómico medio-bajo, por los niveles de escolaridad como por la ocupación tanto previa como posterior al trasplante; ya que se ha encontrado correlación entre bajo nivel escolar y baja autoestima (Martorelli, 2004), lo que puede tener otras implicaciones.

En cuanto a las posibles diferencias de personalidad y las variables dependientes, se encontró que existe una tendencia a la no-disfunción a mayores niveles de neuroticismo, sin alcanzar la significancia estadística; así como mayores niveles de responsabilidad en el mismo grupo, es decir, el de no-disfunción del injerto renal.

Es posible que lo anterior se explique de la siguiente manera. Cuando se realiza un trasplante renal, es indispensable, como ya se mencionó, el apego a un tratamiento médico inmunosupresivo, con la finalidad de tratar la respuesta inmune, inhibir la proliferación y reclutamiento celular; mediado por linfocitos T (Gallon, 2006). En este sentido se ha presentado evidencia de la relación que guardan algunos aspectos psicológicos y el sistema inmunitario (Moss & Solomon, 1965; Ader & Cohen, 1975; De la Roca *et al.*, 2013; De la Roca, 2012; Koenig & Cohen, 2002; Solomon & Moss, 1964; Felten & Felten, 1988; Renoux *et al.*, 1983, De la Roca *et al.*, 2016; De la Roca *et al.*, 2010; Segerstrom & Miller, 2004; Robles *et al.*, 2005; Folkman, 2013; Vandervoot, 2006; Segerstrom, 2010, 2008, 2001, 2006, Friedman, 2008; Miller *et al.*, 2007; Yan, 2016 y Koolhas, 2008, entre otros).

Los Cinco Grandes factores de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura a nuevas experiencias, amabilidad y responsabilidad) se pueden revisar desde la perspectiva de dos grandes grupos de afectos: positivos y negativos. Negativos los relacionados con neuroticismo, y positivos con todos los demás.

Es diferente el efecto de los afectos si son positivos que si son negativos en el sistema inmunitario. Por un lado, el bienestar psicológico funciona como factor protector en enfermedades autoinmunes (Moss & Solomon, 1965), así como el optimismo es un predictor de un mejor funcionamiento inmune (Segerstrom, 2008), en tanto no implique una mayor actividad social que se torne demandante, lo que podría tener consecuencias paradójicas (Segerstrom, 2001 y 2006).

Por otro lado, cuando el estrés es crónico, al implicar que el organismo ponga como

prioridad la protección o restauración de recursos, la inmunidad óptima se torna menos importante (Robles *et al.*, 2005). En la misma línea, una conducta ofensiva agresiva ha sido identificada como predictor de factores de riesgo inmune (Koolhaas, 2008).

Por lo tanto, se puede inferir que a mayores niveles de Neuroticismo, el sistema inmunitario se afecta negativamente, lo que es paradójicamente conveniente en el contexto del trasplante renal. Y eso podría explicar la tendencia a un mejor funcionamiento del injerto renal, lo que tendría que confirmarse con estudios con muestras más amplias.

En cuanto a la diferencia significativa encontrada entre los pacientes más responsables y los menos, mostrando una asociación con el funcionamiento del injerto; se conoce en estudios realizados con el modelo de los Cinco Grandes, existe relación entre la responsabilidad y buenos hábitos de salud (Friedman, Hawley y Tucker, 1994), mejores niveles de adherencia al tratamiento médico (Christensen & Smith, 1995 y Kenford *et al.*, 2002), lo que es prioritario en este contexto como ya se explicó, y que puede explicar la relación que guarda la responsabilidad alta con un buen funcionamiento del injerto.

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de personalidad entre los grupos en los que sí presentaron un aumento en la longitud del telómero y los que no. Lo que tendría que revalorarse en muestras más amplias, ya que otros estudios han señalado que existe relación entre el crecimiento del telómero y afectividad positiva, como mejores niveles de optimismo y de inteligencia emocional (Schutte *et al.*, 2016), asimismo, se acorta en la ERCT (Murillo *et al.*, 2016) lo que implica factores estresantes crónicos.

Se recomienda, revisar estas variables pero en muestras más extensas para confirmar los resultados obtenidos en la presente.

Referencias

- Abe, K., Niwa, M., Fujisaki, K., & Suzuki, Y. (2018). Associations between emotional intelligence, empathy and personality in Japanese medical students. *BMC medical education, 18*(1), 47.
- Ader, R., & Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosomatic medicine, 37*(4), 333-340.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema, 12*(2).
- Bailey, P., Ben-Shlomo, Y., de Salis, I., Tomson, C., & Owen-Smith, A. (2016). Better the donor you know? A qualitative study of renal patients' views on 'altruistic' live-donor kidney transplantation. *Social Science & Medicine, 150*, 104-111.
- Baranyi, A., Krauseneck, T., & Rothenhäusler, H. (2013). Posttraumatic stress symptoms after solid-organ transplantation: preoperative risk factors and the impact on health-related quality of life and life satisfaction. *Health and quality of life outcomes, 11*(1), 111.
- Bartlett, Z. (2015). Elizabeth Blackburn, Carol Greider and Jack Szostak's Telomere and Telomerase Experiments (1982-1989). *Embryo Project Encyclopedia*.
- Beiser, M. (1974). Components and correlates of mental well-being. *Journal of Health and Social Behavior, 320-327*.
- Blackburn, E. H. (1991). Structure and function of telomeres. *Nature, 350*(6319), 569.
- Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological bulletin, 117*(2), 187.

- Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological bulletin*, 130(6), 887.
- Bradburn, N. M. (1969). The structure of psychological wellbeing.
- Calia, R., Lai, C., Aceto, P., Luciani, M., Camardese, G., Lai, S., . . . Pedrosa, J. (2015). Emotional self-efficacy and alexithymia may affect compliance, renal function and quality of life in kidney transplant recipients: Results from a preliminary cross-sectional study. *Physiology & behavior*, 142, 152-154.
- Casullo, M. M. (2000). Psicología salugénica o positiva. Algunas reflexiones. Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 8, 340-346.
- Cawthon, R. M. (2002). Telomere measurement by quantitative PCR. *Nucleic acids research*, 30(10), e47-e47.
- Centro Nacional de Trasplantes. (2016). *www.gob.mx/cenatra*. Obtenido de Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/188831/Presentaci_nTercerTrimestre2016.pdf
- Centro Nacional de Trasplantes. *Reporte Anual 2018 de Donación y Trasplantes en México*, México, D.F.: México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/427652/Presentacion_anual_2018.pdf
- Chan, S., & Blackburn, E. (2004). Telomeres and telomerase. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 359 (1441), 109-122.
- Chapman, J. R., O'Connell, P. J., & Nankivell, B. J. (2005). Chronic renal allograft dysfunction. *Journal of the American Society of Nephrology*, 16(10), 3015-3026.

- Christensen, A. J., & Smith, T. W. (1995). Personality and patient adherence: correlates of the five-factor model in renal dialysis. *Journal of behavioral medicine, 18*(3), 305-313.
- Cicognani, E., Mazzoni, D., Totti, V., Roi, G., Mosconi, G., & Nanni Costa, A. (2015). Health-related quality of life after solid organ transplantation: the role of sport activity. *Psychology, health & medicine, 20*(8), 997-1004.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1988). Mood and the mundane: Relations between daily life events and self-reported mood. *Journal of personality and social psychology, 54*(2), 296.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of abnormal psychology, 103*(1), 103.
- Contreras, F., Esguerra, G., Espinosa, J. C., Gutiérrez, C., & Fajardo, L. (2006). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Universitas Psychologica, 5*(3), 487-500.
- Coresh J, Stevens LA. Kidney function estimating equations: where do we stand? *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2006;15(3):276-284.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality inventory Manual*. Odessa, FL; Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. C., & Costa, S. P. (1991). *Inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI-R). Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI)*. TEA Ediciones SA,.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO FFI): Professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological assessment, 4*(1), 5.

- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1994). The stability of personality: Observations and evaluations. *Current directions in psychological science*, 3(6), 173-175.
- Counter, C. M., Hahn, W. C., Wei, W., Caddle, S. D., Beijersbergen, R. L., Lansdorp, P. M., ... & Weinberg, R. A. (1998). Dissociation among in vitro telomerase activity, telomere maintenance, and cellular immortalization. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95(25), 14723-14728.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). *Fluir. Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kaidos, 7.
- Csikszentmihalyi, M. (2014). *Flow and the foundations of positive psychology*. Recuperado de <http://www.springer.com/us/book/9789401790871>.
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), ág-83.
- De la Roca Chiapas, J. M. (2012). Psychomagnetobiology. In *Applied Biological Engineering-Principles and Practice*. InTech.
- De la Roca-Chiapas, J. M., Barbosa-Sabanero, G., Martínez-García, J. A., Martínez-Soto, J., Ramos-Frausto, V. M., González-Ramírez, L. P., & Nowack, K. (2016). Impact of stress and levels of corticosterone on the development of breast cancer in rats. *Psychology research and behavior management*, 9, 1.
- De la Roca-Chiapas, J. M., Solís-Ortiz, S., Fajardo-Araujo, M., Sosa, M., Córdova-Fraga, T., & Rosa-Zarate, A. (2010). Stress profile, coping style, anxiety, depression, and gastric emptying as predictors of functional dyspepsia: a case-control study. *Journal of psychosomatic research*, 68(1), 73-81.
- De la Roca-Chiapas, J. M., Hernández-González, M., Candelario, M., de la Luz Villafaña, M., Hernández, E., Solorio, S., ... & Jasso, J. A. (2013). Asociación entre depresión y niveles altos de glucosa en pacientes mexicanos de edad media con diabetes. *Revista de Investigación Clínica*, 65(3), 209-213.

- Devine, K., Reed-Knight, B., Loiselle, K., Simons, L., Mee, L., & Blount, R. (2011). Predictors of long-term health-related quality of life in adolescent solid organ transplant recipients. *Journal of pediatric psychology, 36*(8), 891-901.
- Diener, E. (2009). *The science of well-being: The collected works of Ed Diener* (Vol. 37, pp. 11-58). New York: Springer.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment, 49*(1), 71-75.
- Diener, E., & Fujita, F. (1995). Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of personality and social psychology, 68*(5), 926.
- Diener, E., Larsen, R., Levine, S., & Emmons, R. (1985). Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of personality and social psychology, 48*(5), 1253.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist, 55*(1), 34.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1987). *Personality and individual differences*. New York, NY: Plenum.
- Fernández-Cantón S. El IMSS en cifras: la demanda de servicios en urgencias, 2004. *Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2006;44:261-73.*
- Fernández-Viña Fernández, A. M.; Valdés Arias, C.; Villar Fernández, E.; Díaz Corte, C. (2015). Estudio de la calidad de vida relacionada con la salud del donante de vivo renal. *Enfermería Nefrológica, Enero-Marzo, 41-47.*
- Ferreira-Hermosillo, A., Valdez-Martinez, E., & Bedolla, M. (2014). Ethical issues relating to renal transplantation from prediabetic living donor. *Bmc Medical Ethics, 15*. doi:10.1186/14726939-15-45.

- Felten, D. L., & Felten, S. Y. (1988). Sympathetic noradrenergic innervation of immune organs. *Brain, behavior, and immunity*, 2(4), 293-300.
- Fischer, R., Lee, A., & Verzijden, M. N. (2018). Dopamine genes are linked to Extraversion and Neuroticism personality traits, but only in demanding climates. *Scientific reports*, 8(1), 1733.
- Folkman, S. (2013). Stress: appraisal and coping. In *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1913-1915). Springer New York.
- Forsberg, A., Cavallini, J., Fridh, I., & Lennerling, A. (2015). The core of social function after solid organ transplantation. *Scandinavian journal of caring sciences*.
- Fowler, S. A., Davis, L. L., Both, L. E., & Best, L. A. (2018). Personality and perfectionism as predictors of life satisfaction: The unique contribution of having high standards for others. *FACETS*, 3(1), 227-241.
- Franco-Marina F, Tirado-Gómez LL, Estrada AV, Moreno-López JA, Pacheco-Domínguez RL, Durán-Arenas L, López-Cervantes M. An indirect estimation of current and future inequalities in the frequency of end stage renal disease in Mexico. *Salud Publica Mex* 2011;53:506-515.
- Friedman, H. S., Hawley, P. H., & Tucker, J. S. (1994). Personality, health, and longevity. *Current Directions in Psychological Science*, 3(2), 37-41.
- Friedman, H. S. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain, behavior, and immunity*, 22(5), 668-675.
- Gallon LG, Winoto J, Leventhal JR, and Cols. Effect of prednisone versus No Prednisone as part of maintenance immunosuppression on long-term renal transplant function. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1: 1029-1038.
- Gancedo, M. (Producer). (2008). *Psicología Psitiva: Posible futuro y derivaciones clínicas*. *Psicodebate* 9. Psicología, Cultura y Sociedad. Retrieved from <https://dspace.palermo.edu:8443/dspace/bitstream/handle/10226/569/9Psico%2001>

.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Gilleland, J., Amaral, S., Mee, L., & Blount, R. (2012). Getting ready to leave: Transition readiness in adolescent kidney transplant recipients. *Journal of Pediatric Psychology, 37*(1), 85-96.
- Goetter, E., Bui, E., Horenstein, A., Baker, A. W., Hoepfner, S., Charney, M., & Simon, N. M. (2018). The five-factor model in bereaved adults with and without complicated grief. *Death studies*, (just-accepted).
- Goetzmann, L., Scholz, U., Dux, R., Roellin, M., Boehler, A., Muellhaupt, B., & Klaghofer, R. (2012). Life satisfaction and burnout among heart, lung, liver, and kidney transplant patients and their spouses. *Swiss journal of psychology*.
- Goetzmann, L., Scholz, U., Dux, R., Roellin, M., Boehler, A., Muellhaupt, B., & Klaghofer, R. (2012). Life satisfaction and burnout among heart, lung, liver, and kidney transplant patients and their spouses. *Swiss journal of psychology*.
- González Arratia López Fuen, N. I., & Valdez Medina, J. L. (2011). Resiliencia y personalidad en adultos. *Revista electrónica de psicología Iztacala, 14*(4).
- González-Posada, J. M., Tamajón, L. P., Miranda, D. M., González, A. Á., Adanero, C. R., & Rinne, A. G. (2012). Complicaciones médicas precoces tras el trasplante renal. *Nefrología, 7*(1), 0.
- Gremigni, P., & Cappelli, G. (2016). Psychosocial well-being after kidney transplantation: A matched-pair case-control study. *Journal of health psychology, 21*(5), 599-606.
- Grijpma, J. W., Tielen, M., van Staa, A., Maasdam, L., van Gelder, T., Berger, S. P., ... & Massey, E. K. (2016). Kidney transplant patients' attitudes towards self-management support: A Q-methodological study. *Patient education and counseling, 99*(5), 836-843.
- Griva, K., Davenport, A., Harrison, M., & Newman, S. (2012). Non-adherence to immunosuppressive medications in kidney transplantation: intent vs. forgetfulness

and clinical markers of medication intake. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(1), 85-93.

Hampson, S. E., Andrews, J. A., Barckley, M., Lichtenstein, E., & Lee, M. (2000). Conscientiousness, perceived risk, and risk-reduction behaviors: A preliminary study. *Health Psychology*, 19, 496–500.

Hanson, C., Chadban, S., Champman, J., Craig, J., Wong, G., Ralph, A., & Tong, A. (Marzo de 2015). The Expectations and Attitudes of Patients With Chronic Kidney Disease Toward Living Kidney Donor Transplantation a Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *Transplantation Journal*, 99(3), 540-554.

Harrington, J., & Morgan, M. (2016). Understanding kidney transplant patients' treatment choices: the interaction of emotion with medical and social influences on risk preferences. *Social Science & Medicine*, 155, 43-50.

Hayes, N., & Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34(4), 723-727.

He, Y., Song, N., Xiao, J., Cui, L., & McWhinnie, C. M. (2018). Levels of neuroticism differentially predict individual scores in the depression and anxiety dimensions of the tripartite model: A multiwave longitudinal study. *Stress and Health*.

Heinze, G., Vargas, B. E., & Cortés Sotres, J. F. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud mental*, 31(5), 343-350.

Hietalahti, M., Tolvanen, A., Pulkkinen, L., & Kokko, K. (2018). Relationships between personality traits and values in middle aged men and women. *Journal of Happiness and Well-Being*, 6.

Hofstede, G., & McCrae, R. R. (2004). Personality and culture revisited: Linking traits and dimensions of culture. *Cross-cultural research*, 38(1), 52-88

- Hough, C., Saverio Bersani, F., Mellon, S., Epel, E., Reus, V., Lindqvist, D., . . . Wolkowitz, O. M. (2016). Leukocyte telomere length predicts SSRI response in major depressive disorder. *Research Gate*. doi:10.1159/000446500
- Iacoviello, B., Shenoy, A., Braoude, J., Jennings, T., Vaidya, S., Brouwer, J., . . . Rudow, D. (2015). The Live Donor Assessment Tool: A Psychosocial Assessment Tool for Live Organ Donors. *Psychosomatics*, *56*(3), 254-261.
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (s.f.). Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/proyectos/investigacion/bienestar/piloto/default.html>
- Ismail, S., Massey, E., Luchtenburg, A., Claassens, L., Zuidema, W., Busschbach, J., & Weimar, W. (2012). Religious attitudes towards living kidney donation among Dutch renal patients. *Medicine, Health Care and Philosophy*, *15*(2), 221-227.
- John, O., Naumann, L., & Soto, C. (2008). *Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues* (3rd ed., Vol. XV). (O. John, R. Robins, & L. Pervin, Edits.) New York, NY, US: Guilford Press.
- Kamran, F. (2015). Factors of Non-Compliance in Renal Transplant Recipients: A Systematic Review. *Journal of Behavioural Sciences*, *25*(2), 65.
- Kamran, F., & Fife-Schaw, C. (2014). Causal Relationships Among Depression and Quality of Life: A Cross-Lagged Analysis. *Pakistan Journal of Psychological Research*, *29*(2), 171.
- Kamran, F., & Fife-Schaw, C. (2014). Socio demographic Correlates of Quality of Life in Renal Transplant Recipients in Pakistan: A Longitudinal Study. *Journal of Behavioural Sciences*, *24*(2), 37.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of behavioral medicine*, *4*(1), 1-39.

- Kellum, J. A., Lameire, N., Aspelin, P., Barsoum, R. S., Burdmann, E. A., Goldstein, S. L., ... & MacLeod, A. M. (2012). Kidney disease: improving global outcomes (KDIGO) acute kidney injury work group. KDIGO clinical practice guideline for acute kidney injury. *Kidney international supplements*, 2(1), 1-138.
- Kenford, S. L., Smith, S. S., Wetter, D. W., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2002). Predicting relapse back to smoking: Contrasting affective and physical models of dependence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 216.
- Koenig, H. G., & Cohen, H. J. (Eds.). (2002). *The link between religion and health: Psychoneuroimmunology and the faith factor*. Oxford University Press.
- Kohlsdorf, M. (2015). Coping Strategies Adopted by Patients With Chronic Kidney Disease in Preparation for Transplant. *Psychology, Community & Health*, 4(1), 27-38.
- Koolhaas, J. M. (2008). Coping style and immunity in animals: making sense of individual variation. *Brain, behavior, and immunity*, 22(5), 662-667.
- Kuntz, K. K., & Bonfiglio, D. B. (2011). Psychological distress in patients presenting for initial renal transplant evaluation. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 18(3), 307.
- Kuntz, K., Weinland, S., & Butt, Z. (2015). Psychosocial challenges in solid organ transplantation. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 22(2-3), 122-135.
- Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, De Zeeuw D, Hostetter TH, Lameire N, Eknoyan G. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Kidney Int* 2005;67(6):2089-2100
- Linley, A.; Joseph, S.; Harrington, S. & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (1), 3-16.

- Liem, Y. S., Bosch, J. L., Arends, L. R., Heijenbrok-Kal, M. H., & Hunink, M. M. (2007). Quality of life assessed with the Medical Outcomes Study Short Form 36-Item Health Survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value in Health, 10*(5), 390-397.
- López-Cervantes M; Rojas-Russell ME; Tirado-Gómez LL; Durán-Arenas L; Pacheco-Domínguez RL; Venado-Estrada AA; et al. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. México, D.F.: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. 2009.
- Ludwig, G., Dobe-Tauchert, P., Nonnast-Daniel, B., Stiefel, F., de Jonge, P., Lobo, E., Soellner, W. (2014). Assessing Psychosocial Vulnerability and Care Needs of Pretransplant Patients by Means of the INTERMED. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie, 60*(2), 190-203.
- Maric, N. P., Andric, S., Mihaljevic, M., & Mirjanic, T. (2016). Openness to experience shortens duration of untreated psychosis in Serbian clinical population. *Early intervention in psychiatry*.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2012). Surgimiento y desarrollo de la Psicología Positiva. Análisis desde una historiografía crítica. *Psicodebate, 12*, 9-22.
- Markova, G. (2018). Not bad, just unhappy: diminished well-being as a motive for interpersonal deviance. *Leadership & Organization Development Journal, 39*(1), 66-81.
- Martorelli, A. E. M. (Producer). (2004). Positive psychology and health in patients with end stage renal disease. *Asociación Regional de Dialisis y Transplantes Renales. Revista de Nefrología*. Retrieved from [http://www.renal.org.ar/revista/REVISTA/Rev%20Nefrol%20Dial%20Traspl%20004%2024\(3\).pdf#page=5](http://www.renal.org.ar/revista/REVISTA/Rev%20Nefrol%20Dial%20Traspl%20004%2024(3).pdf#page=5)
- McAdams, D. P. (1992). The five-factor model in personality: A critical appraisal. *Journal of personality, 60*(2), 329-361.

- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1994). The stability of personality: Observations and evaluations. *Current directions in psychological science*, 3(6), 173-175.
- Mena-Nájera, A., Barragán-Fuentes, A. G., & Gómez-de-Regil, L. (2014). Factores sociodemográficos y psicosociales asociados a la adherencia a la medicación postrasplante renal en pacientes adultos. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, 7(4), 162-168.
- Méndez-Durán A, Méndez-Bueno JF, Tapia-Yáñez T, Muñoz Montes A, Aguilar-Sánchez L. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante* 2010;31(1):7-11
- Micas, D. S., & Mateos, F. M. (2012). Disfunción crónica tardía del trasplante renal. *Nefrología*, 6(1), 0.
- Miller, G. E., Chen, E., & Zhou, E. S. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans.
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S. E., Grossman, S. D., & Ramnath, R. (2012). *Personality disorders in modern life*. John Wiley & Sons.
- Moos, R. H., & Solomon, G. F. (1965). Psychologic Comparisons Between Women with Rheumatoid Arthritis and Their Nonarthritic Sisters: I. Personality Test and Interview Rating Data. *Psychosomatic Medicine*, 27(2), 135-149.
- Murillo-Ortiz, B.; Abraham-Mancilla, S.M.; Martínez-Garza, S.; Delgado-Pesero, A.; Reyes-Sánchez, E.; y Ramos-Rodríguez, E.; PÓSTER, T. L. E. (2016). www.medigraphic.org.mx. *Revista Mexicana de Trasplantes* • Vol, 5(Supl 1).
- Murillo-Ortiz, B., Albarrán-Tamayo, F., López-Briones, S., Martínez-Garza, S., Benítez-Bribiesca, L., & Arenas-Aranda, D. (2013). Increased telomere length and proliferative potential in peripheral blood mononuclear cells of adults of different ages stimulated with concanavalin A. *BMC geriatrics*, 13(1), 99.
- Myers, D. G. (1993). *Pursuit of happiness*. Harper Collins.

- Naqvi, R. (2015). Evaluation of psychiatric issues in renal transplant setting. *Indian journal of nephrology*, 25(6), 321.
- Nigel, S. M., Dudeck, M., Otte, S., Knauer, K., Klein, V., Böttcher, T., ... & Streb, J. (2018). Psychopathy, the Big Five and empathy as predictors of violence in a forensic sample of substance abusers. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 1-19.
- Observatorio Global de Donación y Trasplante. (2012). *www.transplantobservatory.org*.
Obtenido de <http://www.transplantobservatory.org/pages/Facts.aspx>
- O'Callaghan, N. J., & Fenech, M. (2011). A quantitative PCR method for measuring absolute telomere length. *Biological procedures online*, 13(1), 3.
- Oliva, M. F. J., Hernández P. M. D. R. & Calleja B. N. (2010). Validation of the Mexican version of the State-trait anger expression inventory (STAXI-2). *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 107-117.
- Ortega-Deballon, I., Hornby, L., & Shemie, S. (2015). Protocols for uncontrolled donation after circulatory death: a systematic review of international guidelines, practices and transplant outcomes. *Critical Care*, 19(1), 268.
- Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., & Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 127, 54-60.
- Padrós, F. (2002). *Disfrute y bienestar subjetivo. Un estudio psicométrico de la gaudibilidad* (Doctoral dissertation, Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de psicología de la educación, facultad de psicología, Barcelona).
- Padrós-Blázquez, F., Herrera-Guzmán, I., & Gudayol-Ferré, E. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Gaudibilidad en una población mexicana. *Revista Evaluar*, 12(1).

- Padrós, F., & Fernández-Castro, J. (2008). A Proposal to Measure a Modulator of the Experience of Enjoyment: The Gaudiebility Scale. *International Journal Of Psychology & Psychological Therapy*, 8(3), 413-430.
- Padrós, F., Gutiérrez, C. Y., & Medina, M. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 221-230. doi:dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04
- Padrós-Blázquez, F., Martínez-Medina, P., & Graff-Guerrero, A. (2014). Gaudiebility Group Therapy in Depressed Patients: A Pilot Study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(1).
- Paniagua R, Ramos A, Fabian R, Lagunas J, Amato D. Chronic kidney disease and dialysis in Mexico. *Perit Dial Int* 2007;27(4):405-409.
- Pascual, J., Alonso, Á., Burgos, D., Cruzado, J. M., & Serón, D. (2012). Disfunción renal crónica en pacientes trasplantados renales: Documento de Consenso. *Nefrología (Madrid)*, 32, 01-28.
- Pavlov, I. P. (1928). Lectures on conditioned reflexes, translated by WH Gantt. *International Pub-lishers, New York*.
- Peñacoba, C., Rodríguez, L., Carmona, J., & Marín, D. (2017). Agreeableness and pregnancy: Relations with coping and psychiatric symptoms, a longitudinal study on Spanish pregnant women. *Women & health*, 1.
- Pisanti, R., Poli, L., Lombardo, C., Bennardi, L., Giordanengo, L., Berloco, P., & Violani, C. (2014). The role of transplant-related stressors and social support in the development of anxiety among renal transplant recipients: The direct and buffering effects. *Psychology, health & medicine*, 19(6), 650-655.
- Purnell TS, Auguste P, Crews DC, Lamprea-Montealegre J, Olufade T, Greer R, Ephraim P, Sheu J, KostECKI D, Powe NR, Rabb H, Jaar B, Boulware LE. Comparison of life participation activities among adults treated by hemodialysis, peritoneal dialysis,

and kidney transplantation: a systematic review. *Am J Kidney Dis* 2013;62(5):953-973.

- Racusen, L. C., Colvin, R. B., Solez, K., Mihatsch, M. J., Halloran, P. F., Campbell, P. M., ... & Fogo, A. (2003). Antibody-Mediated Rejection Criteria—an Addition to the Banff 97 Classification of Renal Allograft Rejection. *American Journal of Transplantation*, 3(6), 708-714.
- Reed-Knight, B., Loiselle, L., Devine, K., Simons, L., Mee, L., & Blount, R. (2013). Health-related quality of life and perceived need for mental health services in adolescent solid organ transplant recipients. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20(1), 88-96.
- Renoux, G., Biziere, K., Renoux, M., & Guillaumin, J. M. (1983). The Production of T-Cell-Inducing Factors in Mice Is Controlled by the Brain Neocortex. *Scandinavian Journal of Immunology*, 17(1), 45-50.
- Reyes Zamorano, E.; Álvarez Carrillo, C.; Peredo Silva, A.; Miranda Sandoval, A.; Rebolledo Pastrana, I. M. (2014). Psychometric properties of the big five inventory in a Mexican sample *Salud Mental*, vol. 37, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 491-497 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal, México.
- Robles, R., & Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental*, 26(1), 69-75.
- Robles, T. F., Glaser, R., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2005). Out of balance: A new look at chronic stress, depression, and immunity. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 111-115.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.

- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*(1), 1-10.
- Schulz, T., Niesing, J., Homan van der Heide, J., Westerhuis, R., Ploeg, R., & Ranchor, A. (2014). Great expectations? Pre-transplant quality of life expectations and distress after kidney transplantation: A prospective study. *British journal of health psychology, 19*(4), 823-838.
- Schulz, T., Niesing, J., Stewart, R., Westerhuis, R., Hagedoorn, M., Ploeg, R., . . . Ranchor, A. (2012). The role of personal characteristics in the relationship between health and psychological distress among kidney transplant recipients. *Social Science & Medicine, 75*(8), 1547-1554.
- Schutte, N. S., Palanisamy, S. K., & McFarlane, J. R. (2016). The relationship between positive psychological characteristics and longer telomeres. *Psychology & health, 31*(12), 1466-1480.
- Shaw, R. (2014). Live kidney donation as body work. *Critical Social Policy, 34*(4), 495-514. doi:10.1177/0261018314538795
- Seegerstrom, S. C. (2001). Optimism, goal conflict, and stressor-related immune change. *Journal of behavioral medicine, 24*(5), 441-467.
- Seegerstrom, S. C. (2006). How does optimism suppress immunity? Evaluation of three affective pathways. *Health Psychology, 25*(5), 653.
- Seegerstrom, S. C. (2008). Social networks and immunosuppression during stress: Relationship conflict or energy conservation?. *Brain, behavior, and immunity, 22*(3), 279-284.
- Seegerstrom, S. C. (2010). Resources, stress, and immunity: An ecological perspective on human psychoneuroimmunology. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(1), 114-125.

- Segerstrom, S. C., & Miller, G. E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological bulletin*, *130*(4), 601.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55* (1), 5-14.
- Shinozaki, G., Jowsey, S., Amer, H., M Biernacka, J., Colby, C., Walker, D., . . . Mrazek, D. (2011). Relationship between FKBP5 polymorphisms and depression symptoms among kidney transplant recipients. *Depression and anxiety*, *28*(12), 1111-1118.
- Shukla, H. C., Solomon, G. F., & Doshi, R. P. (1979). The relevance of some Ayurvedic (traditional Indian medical) concepts to modern holistic health. *Journal of Holistic Health*, *4*, 125-131.
- Simpson, A., & Thomas, N. A. (2018). Neuroticism, schizotypy, and scale anchors influence eye movement behaviour in the visual exploration of abstract art: An exploratory study. *Acta Psychologica*, *183*, 85-98.
- Sithey, G., Thow, A. M., & Li, M. (2015). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, *93*, 514. Recuperado de: <https://www.who.int/bulletin/volumes/93/8/15-160754/es/>
- Skodol AE, Bender DS. (2009) The future of personality disorders in DSM- V? *Am J Psychiatry* 2009;166(4):388–391.
- Solomon, G. F., & Moos, R. H. (1964). Emotions, immunity, and disease: a speculative theoretical integration. *Archives of General Psychiatry*, *11*(6), 657-674.
- Spielberger, C. D. (1985). The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders*, 5-30.
- Spielberger, C. (1999). *State-Trait anger expression inventory*. John Wiley & Sons, Inc.
- Spielberger, C. D., & Gorsuch, R. L. (1983). *State-trait anxiety inventory for adults: sampler set: manual, test, scoring key*. Mind Garden.


- Spielberger, C. D., Krasner, S. S., & Solomon, E. P. (1988). The experience, expression, and control of anger. In *Individual differences, stress, and health psychology* (pp. 89-108). Springer, New York, NY.
- Stevens LA, Coresh J, Greene T & Levey AS. Assessing kidney function--measured and estimated glomerular filtration rate. *N Engl J Med* 2006;354(23):2473-2483.
- Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1031.
- Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A., & Spielberger, C. D. (2001). Manual del Inventario de expresión de ira estado-rasgo. *Madrid: Tea Ediciones*.
- Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. México: Secretaría de Salud; 25 de septiembre 2014.
- Treviño BA. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cir Ciruj* 2004; 72:3-4.
- Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 103(2), 350.
- Tse, J., Kwon, P., & Faust, E. (2018). Extraversion as a moderator of resilience factors in lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 22(1), 36-51.
- Tumin, M., Mohd Satar, N., Zakaria, R., Raja Ariffin, R., Soo-Kun, L., Kok-Peng, N., & Tafran, K. (2015). Determinants of willingness to become organ donors among dialysis patients' family members. *Urology journal*, 12(4), 2245-2250.
- Vandervoort, D. J. (2006). Hostility and health: Mediating effects of belief systems and coping styles. *Current Psychology*, 25(1), 50-66.

- Van Dijk, F. A. (2018). A longitudinal analysis of the effects of neuroticism and extraversion on subjective well-being in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 259*, 538-544.
- Veenhoven, R. R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial, 3*, 87-116.
- Velasco, M. L., & Sinibaldi Gómez, J. J. (Edits.). (2001). *Manejo del Enfermo Crónico y su Familia (sistemas, historias y creencias)*. México, México: Manual Moderno.
- Vera Poseck, B., Carbelo Baquero, B., & Vecina Jiménez, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo, 27*(1).
- Verhoeven, F. E., Wardenaar, K. J., Ruhé, H. G. E., Conradi, H. J., & Jonge, P. (2018). Seeing the signs: Using the course of residual depressive symptomatology to predict patterns of relapse and recurrence of major depressive disorder. *Depression and anxiety, 35*(2), 148-159.
- Vuijk, R., Deen, M., Sizoo, B., & Arntz, A. (2018). Temperament, Character, and Personality Disorders in Adults with Autism Spectrum Disorder: a Systematic Literature Review and Meta-analysis. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 1-22*.
- Warr, P., Barter, J., & Brownbridge, G. (1983). On the independence of negative and positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(3), 644-651.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology, 54*(6), 1063.
- Watson, J.M.; Behnke, M.K.; Fabrizio, M.D. y McCune T.R. (2013) Recipient graft failure or death impact on living kidney donor quality of life based on the living organ donor network database. *J Endourol. 27*(12): 1525-1529.

- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological review*, 96(2), 234.
- World Health Organization. (2012). *Global Observatory on Donation and Transplantation*. Obtenido de <http://www.transplant-observatory.org/pages/Facts.aspx>
- World Health Organization, *Chronic diseases and health promotion, 2015*, recuperado de: <http://www.who.int/chp/en/>
- World Health Organization. (2015). *Media Center, Non Communicable Diseases, Fact Sheet*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>
- World Health Organization. (2017). *Transplantation*. Obtenido de http://www.who.int/transplantation/gkt/statistics/kidney_outcomes/en/
- Xu, R., Han, Q. F., Zhu, T. Y., Ren, Y. P., Chen, J. H., Zhao, H. P., ... & Zhang, R. (2012). Impact of individual and environmental socioeconomic status on peritoneal dialysis outcomes: a retrospective multicenter cohort study. *PloS one*, 7(11), e50766.
- Yagil, Y., Geller, S., Sidi, Y., Tirosh, Y., Katz, P., & Nakache, R. (2015). The implications of body-image dissatisfaction among kidney-transplant recipients. *Psychology, health & medicine*, 20(8), 955-962.
- Yan, Q. (2016). Psychoneuroimmunology: Systems biology approaches to mind-body medicine.
- You, J., Wang, C., Rodriguez, L., Wang, X., & Lu, Q. (2018). Personality, coping strategies and emotional adjustment among Chinese cancer patients of different ages. *European journal of cancer care*, 27(1).

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>
	<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
	<p>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</p>
Nombre del estudio:	<p>Aspectos psicológicos positivos en trasplante renal y su relación con la medida del telómero.</p>
Patrocinador externo (si aplica):	<p>NO APLICA</p>
Lugar y fecha:	<p>UMAE HE1 León, Gto. A _____ del 2016</p>
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>En información nacional, al 03 de octubre del 2016 existía un total de 12,488 personas en espera de un riñón (Centro Nacional de Trasplantes, 2016). Se ha mostrado evidencia que es el trasplante al día de hoy el tratamiento que ha probado mayor eficacia, en términos de supervivencia, calidad de vida y costo beneficio (Observatorio Global de Donación y Trasplante, 2012), sobrevivencia y calidad de vida (World Health Organization, 2012).</p> <p>Por otro lado, se sabe que el largo del telómero está en relación a aspectos como envejecimiento, estrés, enfermedad, como sus opuestos.</p> <p>A la fecha, existen numerosos estudios que revisan los aspectos psicológicos en el trasplante renal, centrándose principalmente en los negativos, dejando pendiente el estudio de la influencia de aspectos psicológicos positivos en el trasplante renal. Y ninguno se ha encontrado relacionado con el largo telomérico.</p> <p>Es por esto que el objetivo que el presente estudio persigue es: Conocer la posible relación entre algunos aspectos psicológicos con la aceptación o el rechazo del injerto renal y la longitud del telómero.</p>
Procedimientos:	<p>Si usted acepta participar en el estudio se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento, así como contestar una serie de pruebas para medir aspectos psicológicos mencionados. Lo que implicará una sesión con una duración aproximada de 1.5 hrs., ya que el tiempo varía dependiendo de la agilidad con la que responda.</p>
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<p>Al participar en el estudio, la sesión que consiste en la entrevista se llevará a cabo con una terapeuta familiar, lo que permitirá que, se emitan recomendaciones específicas en el caso de que se considere pertinente.</p>
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	<p>Los resultados de ésta investigación podrán ser incluidos en publicaciones científicas o pueden ser presentados en congresos, conservando siempre como confidencial, la identidad de cada participante.</p>
	<p>Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, de cualquier manera recibirá la atención médica que suele recibir</p>

Participación o retiro:

en el IMSS y se le ofrecerán los procedimientos establecidos dentro de los servicios de atención médica de la institución. Esto es, no afectará su relación con el IMSS y tampoco afectará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios. Usted puede hacer las preguntas que desee al inicio y a lo largo del proyecto a las personas encargadas del estudio.

Privacidad y confidencialidad:

Si acepta participar en este estudio, tanto la información como la identidad de cada uno serán mantenidas en confidencialidad por el personal involucrado en la investigación. La información de la condición médica y de salud será registrada en una hoja de captura como parte de la investigación, la que podrá ser evaluada y analizada por los comités de ética e investigación de la Institución donde se efectuará el estudio así como las autoridades regulatorias requeridas.

Todos los investigadores y la Institución de Salud están obligados a mantener la confidencialidad sobre cualquier información que pudiera identificar al paciente, de acuerdo al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 16 de la Ley General de Salud vigente.

Los resultados de ésta investigación podrán ser incluidos en publicaciones científicas o pueden ser presentados en congresos médicos, sin que la identidad de cada participante sea revelada.

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Conocerá aspectos de su tipo de personalidad, el tipo de afectos que suele manejar (positivos, negativos, como en específico la forma en que expresa su enojo, su capacidad de disfrute, su tipo de fortalezas de carácter –a nivel estado-, así como su nivel de satisfacción con la vida).

El tener consciencia de dicho perfil, le permitirá tomar decisiones para modificar consciente y libremente aquellos aspectos que considere convenientes, con el debido apoyo profesional que usted elija.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Blanca Olivia Murillo Ortiz, Médico adscrito a la Unidad de Investigación Clínica, UMAE no. 1, IMSS, León, Guanajuato. Tel 4777183039
 Mtra. en T.F. Mariana Carrasco Ramírez, doctorante en psicología.
 Dr. José María de la Roca Chiapas, SNI Nivel 1

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Anexo 2. Ficha de identificación**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

***PERSONALIDAD, AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO, ASPECTOS PSICOLÓGICOS POSITIVOS,
TRASPLANTE RENAL Y TELÓMERO***

FOLIO DE IDENTIFICACION: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____

OBSERVACIONES (ESTADO FÍSICO AL MOMENTO DE LA APLICACIÓN, U OTRO):

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN (PREVIA AL DIAGNÓSTICO Y ACTUAL): _____

RELIGIÓN: _____

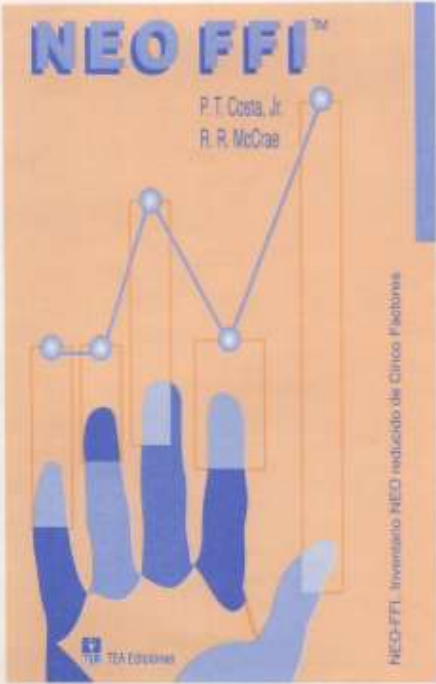
RESIDENCIA: _____

HISTORIA DEL P.A.

1. ¿Cómo empezó la enfermedad renal?
2. ¿Alguien más de la familia padece de la misma enfermedad, o alguna semejante? Especifique.
3. ¿Qué estaba ocurriendo en su vida cuando inició con la enfermedad?
4. ¿Qué ha significado para esta familia, este padecimiento?

Anexo 3. Neo FFI

Nº 266



NEO FFI™
P.T. Costa, Jr
R.R. McCrae

NEO-FFI. Inventario NEO reducido de Cinco Factores

TEA Ediciones

INSTRUCCIONES

Por favor, lea cuidadosamente estas instrucciones antes de empezar para marcar bien sus respuestas.

Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada frase con atención y marque la alternativa (A a E) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella. Señale:

- A** si la frase es completamente falsa en su caso, si está en **total desacuerdo** con ella.
- B** si la frase es frecuentemente falsa, si está **en desacuerdo** con ella.
- C** si la frase es tan cierta como falsa, si no puede decidirse, o si Vd. se considera **neutral** en relación con lo que se dice en ella.
- D** si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está **de acuerdo** con ella.
- E** si la frase es completamente cierta, si está **totalmente de acuerdo** con ella.

Vea los dos ejemplos (E1 y E2) que vienen aquí debajo y cómo se ha contestado.

E1 Me gustaría pilotar una nave espacial **A** B C D E

E2 A la hora de vestir prefiero los tonos oscuros A B C **D** E

La persona que ha contestado a estos ejemplos ha indicado que está en **total desacuerdo** (letra A) con la frase E1, porque no le gustaría nada pilotar una nave espacial, y está **de acuerdo** con la frase E2, porque frecuentemente prefiere los tonos oscuros para vestir (letra D).

Por tanto, no hay respuestas «correctas» ni «incorrectas». Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

Dé una respuesta a todas las frases. Asegúrese de que marca cada respuesta en la línea correspondiente a la misma frase y en la opción que mejor se ajuste a su manera de ser.

No olvide anotar sus datos personales en la parte superior antes de contestar a las frases.

ESPERE. NO PASE LA PÁGINA HASTA QUE SE LO INDIQUEN.
MUY IMPORTANTE. ESTE EJEMPLAR DEBE ESTAR DESPLEGADO PARA CONTESTAR.

Copyright © 1991 by Psychological Assessment Resources, Inc.
Copyright de la edición española © 1995 by TEA Ediciones, S.A. - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si se presentan otro en tinta negra, es una reproducción legal. En beneficio de la profesión y en el uso propio. NO LA UTILICE.
Edita: TEA Ediciones, S.A.; Freix Bernardino de Sahagún, 24; 28025 MADRID - Printed in Spain. Ingreso en España.

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____ Puntos _____

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1	A menudo me siento inferior a los demás.	23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.
2	Soy una persona alegre y animosa.	24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.
3	A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación.	25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.
4	Tiendo a pensar lo mejor de la gente.	26	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.
5	Parece que nunca soy capaz de organizarme.	27	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.
6	Rara vez me siento con miedo o ansioso.	28	Tengo mucha fantasía.
7	Disfruto mucho hablando con la gente.	29	Mi primera reacción es confiar en la gente.
8	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.	30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.
9	A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.	31	A menudo me siento tenso e inquieto.
10	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.	32	Soy una persona muy activa.
11	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.	33	Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.
12	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.	34	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.
13	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales.	35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.
14	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.	36	A veces me he sentido amargado y resentido.
15	Trabajo mucho para conseguir mis metas.	37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.
16	A veces me parece que no valgo absolutamente nada.	38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.
17	No me considero especialmente alegre.	39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana.
18	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza.	40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.
19	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.	41	Soy bastante estable emocionalmente.
20	Tengo mucha auto-disciplina.	42	Huyo de las multitudes.
21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.	43	A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.
22	Me gusta tener mucha gente alrededor.		

A	B	C	D	E
En total desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
¿Ha respondido a todas las frases? SI NO ¿Ha escrito sus respuestas en los lugares indicados? SI NO ¿Ha respondido FELIZ Y SINCERAMENTE a las frases? SI NO				
FIN DE LA PRUEBA				

RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA (A o E) QUE CORRESPONDA MEJOR A SU MANERA DE SER

A	B	C	D	E					
En total desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo					
1	A B C D E	2	A B C D E	3	A B C D E	4	A B C D E	5	A B C D E
6	A B C D E	7	A B C D E	8	A B C D E	9	A B C D E	10	A B C D E
11	A B C D E	12	A B C D E	13	A B C D E	14	A B C D E	15	A B C D E
16	A B C D E	17	A B C D E	18	A B C D E	19	A B C D E	20	A B C D E
21	A B C D E	22	A B C D E	23	A B C D E	24	A B C D E	25	A B C D E
26	A B C D E	27	A B C D E	28	A B C D E	29	A B C D E	30	A B C D E
31	A B C D E	32	A B C D E	33	A B C D E	34	A B C D E	35	A B C D E
36	A B C D E	37	A B C D E	38	A B C D E	39	A B C D E	40	A B C D E
41	A B C D E	42	A B C D E	43	A B C D E	44	A B C D E	45	A B C D E
46	A B C D E	47	A B C D E	48	A B C D E	49	A B C D E	50	A B C D E
51	A B C D E	52	A B C D E	53	A B C D E	54	A B C D E	55	A B C D E
56	A B C D E	57	A B C D E	58	A B C D E	59	A B C D E	60	A B C D E

MUY IMPORTANTE
NO ANOTE NADA EN ESTE RECTÁNGULO



Copyright © 1991 by Psychological Assessment Resources, Inc.
 Copyright de la edición española © 1990 by TEA Ediciones, S.A. - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si se presenta otro en otro negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el uso propio NO LA UTILICE. Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 34; 28006 MADRID - Printed in Spain, Impreso en España.

NEO-FFI

¿HA RESPONDIDO A TODAS LAS FRASES? SÍ NO

EL CUESTIONARIO NO ES VÁLIDO SI LA RESPUESTA ES NO SÍ NO

EL CUESTIONARIO NO ES VÁLIDO SI LA RESPUESTA ES NO SÍ NO

EN CADA COLUMNA (N, E, O, A Y C) SUME LOS PUNTOS SEÑALADOS POR EL SUJETO.
 TRASLADÉ ESAS PUNTUACIONES DIRECTAS AL PERFIL DE LA IZQUIERDA (SEGÚN EL BAREMO A UTILIZAR):
 TOTAL, VARONES O MUJERES) PARA OBTENER LAS PUNTUACIONES T Y ELABORAR EL GRÁFICO.

1	0 1 2 3 4	2	0 1 2 3 4	3	0 1 2 3 4	4	0 1 2 3 4	5	4 3 2 1 0
6	4 3 2 1 0	7	0 1 2 3 4	8	4 3 2 1 0	9	4 3 2 1 0	10	0 1 2 3 4
11	0 1 2 3 4	12	0 1 2 3 4	13	0 1 2 3 4	14	4 3 2 1 0	15	0 1 2 3 4
16	0 1 2 3 4	17	4 3 2 1 0	18	0 1 2 3 4	19	4 3 2 1 0	20	0 1 2 3 4
21	0 1 2 3 4	22	0 1 2 3 4	23	4 3 2 1 0	24	0 1 2 3 4	25	0 1 2 3 4
26	0 1 2 3 4	27	4 3 2 1 0	28	0 1 2 3 4	29	0 1 2 3 4	30	0 1 2 3 4
31	0 1 2 3 4	32	0 1 2 3 4	33	0 1 2 3 4	34	4 3 2 1 0	35	0 1 2 3 4
36	0 1 2 3 4	37	4 3 2 1 0	38	4 3 2 1 0	39	0 1 2 3 4	40	0 1 2 3 4
41	4 3 2 1 0	42	4 3 2 1 0	43	4 3 2 1 0	44	0 1 2 3 4	45	0 1 2 3 4
46	4 3 2 1 0	47	0 1 2 3 4	48	0 1 2 3 4	49	0 1 2 3 4	50	4 3 2 1 0
51	0 1 2 3 4	52	0 1 2 3 4	53	0 1 2 3 4	54	4 3 2 1 0	55	4 3 2 1 0
56	4 3 2 1 0	57	4 3 2 1 0	58	4 3 2 1 0	59	4 3 2 1 0	60	4 3 2 1 0
N	<input type="text"/>	E	<input type="text"/>	O	<input type="text"/>	A	<input type="text"/>	C	<input type="text"/>

Anexo 4. E.G.P.**E.G.P.****NOMBRE:**

Por favor conteste lo más honestamente posible, trate de hacerlo con rapidez y de no analizar demasiado sus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada. ASEGURESE DE NO DEJAR NADA SIN CONTESTAR, y si tiene alguna duda consulte al asistente.

Instrucciones: Esta escala está diseñada para conocer su opinión y las situaciones en que usted experimenta sensación de disfrute. Por favor, conteste marcando una cruz (x) a cada cuestión. Su respuesta ha de indicar el grado de acuerdo respecto a cada afirmación, no lo que cree que debería ser o lo que desearía. Por ello conteste con rapidez y no analice demasiado sus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada. Intente responder a todas las cuestiones y no dejarse ninguna.

	Nada de acuerdo 0	No muy de acuerdo 1	Ligera- mente de acuerdo 2	Bastante de acuerdo 3	Total- mente de acuerdo 4
1 Tengo mucho sentido del humor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 En la vida cotidiana, a menudo hay situaciones o cosas que me hacen gracia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Soy una persona muy imaginativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Si me lo propongo, me imagino las cosas con mucho detalle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Con pocos datos soy capaz de imaginar todo un mundo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Normalmente me concentro con facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Si me lo propongo, soy capaz de encontrar interés en cualquier actividad que realice.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Intento actuar siempre de tal manera que las cosas me interesen al máximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Si me lo propongo creo que soy capaz, en la mayoría de ocasiones de disfrutar de una situación grupal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Creo que con la mayoría de la gente te lo puedes pasar bien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Soy capaz de pasarlo muy bien contemplando un paisaje o a la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 En situaciones de espera, cuando estoy solo, intento y muchas veces consigo que se me haga gratificante el rato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Me organizo el tiempo de ocio que tengo para mí solo de forma que disfrute al máximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 Creo que seré capaz de disfrutar mucho en el futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 No vale la pena proponerse disfrutar mucho en el futuro, porque no es útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Acostumbro a proyectar el futuro para disfrutar al máximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Normalmente, acostumbro a fijarme más en los aspectos positivos de las cosas que en los negativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Creo que podría disfrutar incluso si me faltaran muchas de las cosas tradicionalmente buenas de la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Ante los problemas cotidianos soy incapaz de disfrutar de ningún aspecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Si me lo propongo soy capaz de disfrutar de una situación aparentemente aburrida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Soy capaz de organizarme la vida para disfrutar al máximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Normalmente no tengo presente en mis pensamientos que es muy importante disfrutar cada momento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Gobierno mi vida de forma que disfrute al máximo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 5. SWLS

SWLS

NOMBRE:

Por favor conteste lo más honestamente posible, trate de hacerlo con rapidez y de no analizar demasiado sus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada.

ASEGURESE DE NO DEJAR NADA SIN CONTESTAR, y si tiene alguna duda consulte al asistente.

A continuación se presentan 5 afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando la siguiente escala de 1 a 5, indique su grado de desacuerdo o de acuerdo con cada una. Por favor, responda a todas las preguntas **sinceramente**.

	Totalmente en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Ni en desacuerdo ni de acuerdo 3	De acuerdo 4	Totalmente de acuerdo 5
1) En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea					
2) Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes					
3) Estoy satisfecho con mi vida					
4) Si pudiera vivir mi vida otra vez la repetiría tal y como ha sido.					
5) Las circunstancias de mi vida son buenas					

Anexo 6. PANAS

PANAS

Por favor conteste lo más honestamente posible, trate de hacerlo con rapidez y de no analizar demasiado sus respuestas, ya que la primera suele ser la más acertada. ASEGURESE DE NO DEJAR NADA SIN CONTESTAR, y si tiene alguna duda consulte al asistente.

Instrucciones. Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique como se ha sentido usted durante la **ÚLTIMA SEMANA**. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: si se presenta la palabra triste, y en **LA ULTIMA SEMANA** usted se ha sentido extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el numero 5: Triste: 5

motivado	_____	irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	alerta	_____
emocionado	_____	avergonzado	_____
de malas	_____	inspirado	_____
firme	_____	nervioso	_____
culpable	_____	decidido	_____
temeroso	_____	estar atento	_____
agresivo	_____	inquieto	_____
entusiasmado	_____	activo	_____
estar orgulloso	_____	inseguro	_____

Instrucciones. Esta escala consiste en una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque en el espacio correspondiente la respuesta apropiada para usted. Indique como se siente **GENERALMENTE**, esto es, como se siente regularmente. Utilice la siguiente escala para registrar sus respuestas.

1	2	3	4	5
Muy poco o nada	Algo	Moderadamente	Bastante	Extremadamente

Ejemplo: si se presenta la palabra triste, y en **GENERAL O REGULARMENTE** usted se siente extremadamente triste, entonces registrará su respuesta con el número 5: Triste: 5

motivado	_____	irritable	_____
molesto (a disgusto)	_____	alerta	_____
emocionado	_____	avergonzado	_____
de malas	_____	inspirado	_____
firme	_____	nervioso	_____
culpable	_____	decidido	_____
temeroso	_____	estar atento	_____
agresivo	_____	inquieto	_____
entusiasmado	_____	activo	_____
estar orgulloso	_____	inseguro	_____

Anexo 7. STAXI – 2

NOMBRE Y APELLIDOS:	
EDAD:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	FECHA:
ESTUDIOS:	



Autor: Charles Spielberger.
Copyright © 1988, 1991 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
Copyright de la versión española © 2001 by J.J. Miguel-Tobal, M.I. Casado, A. Cano-Vindel y C. Spielberger.
Copyright de la edición española © 2001 by TEA Ediciones, S.A.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejercicio está protegido por

Parte 1

INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de afirmaciones que a partir de ellas deberá responder a la pregunta. Lee cada afirmación y decide si es verdadera o falsa. Marque con una X en el espacio que aparece a la derecha de la afirmación que mejor describe su respuesta. Marque con una X en el espacio que sigue cuando lo requiera.

A. NO, EN ABSOLUTO

E. A RDO

C. INTERMEDIAMENTE

D. SIEMPRE

¿CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO?

1. Estoy cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me siento enojado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Estoy preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estoy cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me siento confundido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me siento feliz de haber estado aquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me siento satisfecho de haber estado aquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento cansado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me siento triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me siento nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me siento confundido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento feliz de haber estado aquí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO

Parte 2

INSTRUCCIONES

A continuación se presentarán una serie de afirmaciones que a partir de ellas deberá responder a la pregunta. Lee cada afirmación y decide si es verdadera o falsa. Marque con una X en el espacio que aparece a la derecha de la afirmación que mejor describe su respuesta. Marque con una X en el espacio que sigue cuando lo requiera.

A. CADA VEZ

B. ALGUNAS VECES

C. RARAMENTE

D. CADA VEZ

¿CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE?

16. Me siento responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me siento seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Soy una persona exitosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me siento en control de mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me siento seguro de mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me siento seguro de mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Me siento seguro de mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me siento seguro de mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me siento seguro de mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me siento seguro de mi futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO