

# Aspectos sociales de la no adherencia al tratamiento en trasplante renal

por *Rubén Omar Schiavelli (\*)*, *Roxana Sandra Fontana (\*\*)* y *Daniel Osvaldo Merino (\*\*\*)*

(\*) Médico Nefrólogo, UBA. Jefe de Unidad de Nefrología. Hospital General de Agudos "Dr Cosme Argerich". Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

(\*\*) Psicóloga, UBA. Jefa Departamento de Comunicación Social. INCUCAI, Ministerio de Salud de la Nación. Coordinadora del Comité de Bioética del INCUCAI

(\*\*\*). Psicólogo, UBA. Psicólogo de Planta. División Salud Mental. Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich". Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## Resumen

Las enfermedades crónicas generalmente no son curables, por lo que sus tratamientos son prolongados. En el caso de la insuficiencia renal crónica terminal el tratamiento es la diálisis sin embargo la mejor opción terapéutica es el trasplante renal. Una vez trasplantado el paciente se enfrenta a obligaciones vinculadas al cuidado de su salud, las que incluyen controles periódicos, dieta y tratamiento inmunosupresor. La falta de adherencia a este tratamiento es una de las causas de pérdida del trasplante. Existe una relación marcada entre la enfermedad renal crónica y la pobreza.

Se presenta un paciente de 28 años en tratamiento de hemodiálisis de 3 años de duración que fue trasplantado con un riñón de donante cadavérico. A los 25 días se encontraba en condiciones de alta pero no pudo ser externado porque no tenía donde vivir. Al momento del trasplante el paciente residía en la institución donde se dializaba y además trabajaba como cadete. Estando en situación de calle a partir de su enfermedad había logrado casa, comida, trabajo y una pensión por invalidez. Medicamente el resultado del trasplante fue satisfactorio pero los beneficios obtenidos, a partir de su enfermedad, se perdieron al no tener ya la necesidad de dializar lo que lo llevó a abandonar la medicación inmunosupresora perdiendo el funcionamiento del órgano trasplantado con la lógica consecuencia del regreso a diálisis. El caso pone de manifiesto la relevancia que tiene, en los tratamientos médicos, considerar los aspectos sociales, culturales, legales y económicos superadores del mero hecho orgánico.

## Palabras claves

Diálisis, trasplante, adherencia, vulnerabilidad.

## Abstract

Chronic diseases are generally incurable, thus treatments are long. In the case of end-stage renal disease, dialysis is the required treatment. However, the best therapeutic option is renal transplant. Once patients have been transplanted, they assume healthcare-related responsibilities, including regular check-ups, diet, and immunosuppressive treatment. Non-adherence to this treatment is one of the root causes of transplant loss. There is a close relationship between chronic renal disease and poverty.

We present the case of a 28-year-old male patient who had been on dialysis for 3 years and was transplanted a cadaveric kidney. Twenty-five days later he was in good conditions to be discharged, but it was not possible to do so as he had nowhere to live. Upon transplantation, the patient lived in the institution where he was dialyzed and he also worked as an errand boy. He used to be homeless, but thanks to his disease, he could obtain a place to live, food and a disability pension. From a medical point of view, the transplant was successful, but the benefits obtained from his disease were lost as the patient no longer needed to be dialyzed. Thus, he discontinued his immunosuppressive treatment, his transplanted organ stopped functioning and he went back on dialysis. This case shows that in medical treatments it is particularly relevant to consider social, cultural, legal and economic factors that go beyond the merely organic aspects.

## Key words

Dialysis, transplant, adherence, vulnerability.

## Introducción

El padecimiento de una enfermedad crónica enfrenta al paciente que la sufre a un desafío diario, que probablemente ocupará el resto de su vida. El término "crónico", del griego Χρονος (*Chronos*): «dios del tiempo», como su etimología lo indica, se refiere al tiempo de evolución de la enfermedad, pero nada dice acerca de su gravedad (1)

Entre las enfermedades crónicas existen aquellas sin gravedad y las que ponen en riesgo la vida. Otra característica de la enfermedad crónica es que generalmente no es curable, por lo que deriva en tratamientos prolongados que insumen mucho tiempo, con altibajos en los resultados. Dentro de las enfermedades crónicas, la insuficiencia renal crónica terminal requiere, para su tratamiento, la utilización de métodos supletorios de la función del riñón como la diálisis. En Argentina, este tratamiento comenzó a desarrollarse en la década del '50 (2) y se hizo de aplicación masiva en la década del '70. Como tantos otros tratamientos que se pusieron a disposición de toda la población, se debió organizar a través de diferentes programas. Es así que en la década del '90 se crea el Programa Provincial (provincia de Buenos Aires) de desarrollo de servicios regionales para la atención de pacientes portadores de insuficiencia renal crónica y aguda (3). Ante la presencia de un paciente sin cobertura social con necesidad de diálisis, y al encontrarse superada la disponibilidad en el hospital público, se hacía una derivación a un centro privado que debía hacerse cargo de la práctica con financiamiento del Estado, a través del Ministerio de Salud provincial.

La prevalencia de pacientes en diálisis en la Argentina asciende a 600 por cada millón de habitantes, y entre las tres primeras causas de ingreso a este tratamiento están la diabetes, nefroangioesclerosis -que es la vía final de la hipertensión arterial-, y la causa "desconocida" (4). Estas etiologías suman el 63% de todas las causas y tienen en común que en algún momento de su evolución pudieron ser prevenidas.

Cuando se analiza la población prevalente en diálisis se observa que existe una relación marcada entre la enfermedad renal crónica y la pobreza (5). Existen datos que demuestran mayor incidencia de insuficiencia renal terminal en sectores socialmente

más desfavorecidos (6). En ésta, y en otras enfermedades crónicas como la obesidad, la diabetes y la hipertensión, la pobreza es un importantísimo marcador de salud que influye en la predisposición, el diagnóstico y el tratamiento (7). El mejor tratamiento de la insuficiencia renal crónica es el trasplante renal, ya que demuestra mejor supervivencia comparada con la diálisis (8). Cabe considerar que la limitante para los trasplantes ha sido y sigue siendo la disponibilidad de órganos que se transforman, de esta manera, en un bien escaso.

En Argentina los primeros trasplantes renales se realizaron en la década del '50, casi en forma contemporánea con el resto del mundo (9,10). Para regular e impulsar la actividad de procuración, distribución y trasplante de los órganos, en 1978 se creó el CUCAI (Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de Órganos) a través la Ley N° 21541 (11), luego denominado INCUCAI (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante de Órganos) a través de la Ley N° 23885 (12). Esta institución determinó, desde sus inicios, las normas de distribución de órganos que siempre estuvieron basadas en la accesibilidad, equidad y justicia distributiva.

Al momento de la inscripción los pacientes en diálisis eran evaluados para ingresar a la lista de espera, y en esos primeros años la misma se realizaba desde los propios centros de diálisis y no desde los centros de trasplante, lo que generaba que habitualmente los pacientes tuvieran su primer contacto con el equipo de trasplante renal el día en que les había sido adjudicado el riñón. Esto representaba un obstáculo para los equipos de trasplante, que en pocas horas previas al mismo, debían someter a los pacientes a la realización de una serie de estudios de alta complejidad para tomar la decisión respecto de la intervención. Hasta ese momento el paciente había sido tratado en su centro de diálisis, con médicos y enfermeros conocidos, y ahora se encontraba en un medio desconocido por completo para someterse a una operación que, muy probablemente, le cambiaría la vida. La falta de información previa, la falta de conocimiento del equipo de trasplante y la carencia de relación médico- paciente generaba un impacto psicológico que se manifestaba en angustia.

Una vez trasplantado, el paciente se ve enfrentado a obligaciones vinculadas al cuidado de su salud, las que incluyen controles periódicos, dieta y el tratamiento inmunosupresor. La falta de adherencia a este tratamiento es una de las causas de

pérdida del trasplante, alcanzando en algunas series niveles del 22% con serias consecuencias, ya que la misma se asocia con episodios de rechazo agudo y llega a ser el 36% de todas las pérdidas de los injertos (13).

Un meta-análisis que evaluó estudios del impacto de la no adherencia a la inmunosupresión sobre la pérdida del trasplante llegó a los mismos resultados. Este estudio también demostró que la probabilidad de pérdida del órgano de los no adherentes versus los adherentes fue siete veces mayor (14). En un estudio español, la prevalencia estimada de incumplimiento al tratamiento post trasplante fue sólo del 6,4%, siendo en receptores menores de 45 años significativamente mayor. Los autores explican que este bajo porcentaje de falta de adhesión, a diferencia de los datos de Estados Unidos, podría explicarse por el rol que juega la mayor cobertura del sistema de salud español(15).

La población que vive el tratamiento inmunosupresor con mayor dificultad es la de los pacientes más jóvenes, de niveles socioeconómicos bajos, de menor nivel formativo, que viven en entornos de convivencia limitada, no pertenecen a la población activa laboralmente y están sometidos a tratamientos con varios medicamentos por día (16, 17, 18, 19, 20).

### **Presentación del caso**

El caso que nos ocupa ocurrió en la década del '90 y refiere a un paciente de 28 años con antecedentes de enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis de tres años de duración, que fue convocado para la adjudicación de un riñón en el contexto antes descrito. Sorprendentemente, el paciente decidió no aceptar el trasplante y el órgano fue adjudicado al siguiente de la lista.

A las dos semanas, en lo que suele ser inusual y solamente mediado por el la existencia de otro donante cadavérico con compatibilidad óptima, el paciente volvió a salir primero en la lista del INCUCAI adjudicándosele otro riñón. En ese momento, los médicos a cargo del mismo refirieron que habían hablado sobre lo que significaba perder una nueva oportunidad y el paciente aceptó ser trasplantado, por lo que se dirigió a nuestro Servicio. En el mismo se realizaron los estudios correspondientes, y

se llevó a cabo el trasplante. Después de veinticinco días de internación el paciente se encontraba en condiciones de alta pero no pudo ser externado porque no tenía donde vivir.

Al momento del trasplante el paciente residía en el centro de diálisis donde recibía tratamiento y además trabajaba como cadete. Estando en situación de calle, a partir de su enfermedad había logrado casa, comida y trabajo, además de una pensión por invalidez. El resultado del trasplante, desde el punto de vista médico, fue satisfactorio, pero los beneficios obtenidos a partir de su enfermedad se perdieron al no tener ya la necesidad de dializar. Después de tres meses de internación en el hospital por causa social, se le consiguió una residencia a través de su cobertura social que además cubría el costo de la medicación post trasplante. El paciente fue dado de alta y se mantuvo en seguimiento ambulatorio por seis meses.

Por su cuenta decidió no tomar más la medicación inmunosupresora por lo que sufrió un rechazo y perdió el funcionamiento del órgano trasplantado con la lógica consecuencia del regreso a diálisis.

## **Discusión**

El paciente de esta presentación es un claro representante de lo que significa la exclusión social en el tratamiento de una enfermedad crónica, en la que se encuentran gran cantidad de personas. Podríamos decir que a partir de su enfermedad consiguió un beneficio secundario. Dicho término fue introducido por Freud en su análisis del caso Dora(21) y actualmente se denomina beneficio secundario o adyacente de una enfermedad a la ventaja que el paciente o sus familiares obtienen a partir de la misma. Para algunos autores este beneficio puede llegar a ser interpretado como una *estafa*, definido como una corrupción que se propaga impunemente (22).

En el caso de nuestro paciente, lejos de interpretarse como un hecho de corrupción creemos que él mismo pudo, a partir de su enfermedad, lograr un sustento social que le permitió superar las barreras psicosociales que generó su insuficiencia renal. En este caso, logró poder salir de su estado de indigencia para pasar a ser un individuo inserto nuevamente en una red social, a través del trabajo y vivienda. Pero lo

realmente llamativo fue su instinto de adaptación interpretando al trasplante como aquello que lo había “privado” de sus beneficios, y desde ese pensamiento la acción de la suspensión de la medicación con la posterior pérdida del trasplante operó en su fantasía como la posibilidad de restitución de su orden anterior.

Otro aspecto que debemos abordar es aquello que se interpreta como resultado exitoso del trasplante, asumiendo que con la buena función del órgano el paciente volvería a un estado de salud aceptable.

La realización de un trasplante exitoso devuelve, en principio, la salud al receptor, pero si tenemos en cuenta que salud es definida como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente ausencia de enfermedad” (23), aunque logremos un excelente funcionamiento del órgano trasplantado, estamos lejos de cumplir con este precepto y nuestro trabajo profesional pasa a ser más que incompleto ya que este paciente, como muchos otros, no pudo reinsertarse socialmente.

En un trabajo realizado en el Hospital Argerich, cuyos datos no fueron publicados, se describe claramente la evolución laboral de 100 pacientes trasplantados de diferentes órganos, que disponían de una capacidad plena de trabajo cuando estaban en buen estado de salud; cuando se les diagnostica la enfermedad la capacidad de trabajo disminuye al 36 % y no vuelve a subir después del trasplante, inclusive se aumenta el porcentaje de precarización laboral.

Paradójicamente el sistema de salud solicita a la comunidad que donen los órganos, pero el trasplantado difícilmente se pueda reinsertar como un ser productivo a la sociedad, por lo que adquirimos una deuda con ella.

A pesar de los avances realizados en la materia desde el caso hasta la fecha, el trasplante en nuestro país adolece aún de ser un tratamiento completo. Si bien el paciente que nos ocupa estaba en conocimiento de los riesgos y beneficios que esta práctica médica le generaría, lejos estaba él y el equipo médico de saber las consecuencias que le traería en su ámbito social. En este punto vuelve a tomar relevancia el valor de la subjetividad del paciente y su condición social, y queda claro

que la atención del mismo desde una perspectiva paternalista, nos puede llevar por caminos equivocados.

La herramienta que tenemos los médicos que hacemos trasplantes para asegurar la información a los pacientes sobre los riesgos y beneficios de los mismos, no sólo se basa en la lógica de la relación médico-paciente sino que también se contempla desde la Ley de Trasplantes, que en su artículo 13° dice que deberemos “informar a los donantes vivos y a los receptores y, en caso de ser estos últimos incapaces, a su representante legal o persona que detente su guarda, de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación de ablación e implante -según sea el caso-, sus secuelas físicas y psíquicas ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes, así como las posibilidades de mejoría que, verosímilmente, puedan resultar para el receptor. Luego de asegurarse que la información ha sido comprendida por los sujetos destinatarios de la misma, dejarán a la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar. Del cumplimiento de este requisito, de la decisión del dador, de la del receptor y de la del representante legal cuando correspondiere, así como de la opinión médica sobre los mencionados riesgos, secuelas, evolución, limitaciones y mejoría, tanto para el dador como para el receptor, deberá quedar constancia documentada de acuerdo con la normativa a establecerse reglamentariamente”(24). A pesar de la obligación ética y legal de esta información sabemos que todavía nos resta un largo camino por recorrer, tratando de evaluar lo que verdaderamente el paciente entiende de lo que, como médicos, decimos y explicamos poniendo todo el esfuerzo en tratar de llevar nuestro lenguaje académico a un nivel de comprensión más general. El hecho que el médico se tome todo el tiempo necesario para explicar al paciente sobre su enfermedad y posibles tratamientos no determina que el paciente adopte un rol protagónico, y podemos caer en la trampa de creer que hemos logrado que nuestro paciente decida aceptar o rechazar su tratamiento desde el conocimiento y la comprensión plena.

Desde la concepción de Stuart Mill, “la autonomía es una posesión del individuo que decide con independencia absoluta sobre sí mismo... Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano”. Sin embargo en la práctica nos enfrentamos muchas veces a pacientes no competentes o con la competencia disminuida, que

hacen difícil la aplicación inmediata del principio de Stuart Mill(25). Otro aspecto de la información médica brindada al paciente es lo que debe quedar por escrito, la constancia documentada de lo que el paciente entendió, o sea, el consentimiento informado. Una de las preguntas que surge es si no corremos el riesgo de legalizar esa comprensión que no estamos seguros que se hubiere producido. De esta manera, el hecho de entregarle la información por escrito podría estar legitimando también el poder del médico.

Si ejercer la autonomía es elegir en libertad desde lo que el paciente cree mejor para sí mismo teniendo como base el consentimiento informado, es probable que al momento de aceptar el trasplante se hayan incluido todos los aspectos beneficiosos para la salud en términos biológicos sin considerar lo que había para perder en términos de calidad de vida: un lugar para vivir y un trabajo. Esto último, porque ni el equipo de trasplante lo sabía. Esto nos lleva necesariamente a preguntarnos si el paciente del caso que nos ocupa pudo ejercer su autonomía, y si así fue, si lo hizo cuando aceptó ser trasplantado o cuando decidió perder el órgano.

Estas afirmaciones no cuestionan el consentimiento informado ni la estandarización de sus componentes esenciales, pero hasta la fecha no se han encontrado una herramienta de evaluación de la forma en que los pacientes reciben esta información y de cuánto han comprendido de la misma, aspecto que pareciera relevante. Las evaluaciones posteriores de los consentimientos informados no sólo adolecen de valorar la comprensión, sino que se limitan a lo que está escrito, perdiendo, de esta manera, los aspectos no traducibles al papel como son la forma en que saludamos a nuestros pacientes, el apretón de manos o el beso que le damos, cuando los tocamos en actitud de consuelo o cuando los llamamos para entrar al consultorio, o cómo damos la información de las buenas y malas noticias; en ningún lado queda escrita la postura física ante la información, ni los gestos de la cara, ni el tono de la voz.

Como se describe anteriormente, sopesando riesgo–beneficio, nuestro paciente decide dejar de tomar la medicación para recuperar lo perdido, aunque en esta instancia, tampoco podamos hablar de ejercicio de autonomía dada la vulnerabilidad social y emocional que podemos inferir.

Desde el caso que nos ocupa, y en materia de trasplantes en general, aplica un concepto ampliado de vulnerabilidad tal como se visualiza a partir del VIH, que no sólo tiene en cuenta los aspectos estrictamente orgánicos, sino también el funcionamiento de programas de salud, pasando por aspectos de comportamiento culturales, económicos y políticos(26). Toda vez que ocurre una situación como ésta nos pone de cara al principio de justicia, cuando de alguna manera la elección del paciente, mediada por el sistema de salud, termina generando daño a terceros: al trasplantarse una persona que pierde el órgano por no adherencia le genera la pérdida de oportunidad a alguien en la lista de espera que no pudo trasplantarse.

El desafío comunitario consiste en determinar, en un marco de escasez de recursos, qué criterios deben utilizarse para la selección y distribución de dichos bienes. El principio de justicia en salud debe permitir el mayor beneficio de los miembros de una comunidad, estableciendo un trato diferencial sólo en favor de aquellos sectores menos aventajados. La toma de decisiones en la distribución de recursos requiere moderación y equilibrio en el marco de la transparencia, publicidad y pluralismo.

En materia de trasplantes el principio de justicia se concreta en el establecimiento de condiciones de igualdad para todas las personas que podrían beneficiarse con la donación de órganos y tejidos, tratando con la misma consideración y respeto a todos aquellos que se encuentren en condiciones similares. El fin propio en materia trasplantológica debería ser considerado del mismo modo que el fin propio de la medicina, en el sentido de intentar predecir, prevenir, reestablecer y paliar en la libertad del despliegue de las capacidades básicas para el desarrollo integral de la persona, más allá de cualquier intento positivista, promotor de un reduccionismo biologicista en la consideración del ser humano (27).

La forma que aprendimos a evaluar a estos pacientes fue a través de la interacción de varios especialistas tales como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, nutricionistas. Esta inter y transdisciplinariedad implica respetar la interacción entre los objetos de estudio de las diferentes disciplinas y lograr la integración de sus aportes respectivos en un todo coherente y lógico, requiriendo para cada disciplina la revisión, reformulación y redefinición de sus propias estructuras lógicas individuales, ya que esas conclusiones particulares ni siquiera serían "verdad" en sentido pleno. Ejemplos de ello los tenemos a diario en todas las disciplinas, pero

quizás, una de las que más nos afecta personalmente es nuestra medicina actual, que siendo básicamente biológica, ignora la etiología no-biológica de muchas enfermedades y su correspondiente terapéutica, igualmente no biológica (28).

Desde una perspectiva actual, y con la experiencia adquirida en los criterios de selección de pacientes, la conformación de equipos interdisciplinarios y la generación de nuevas reglamentaciones que comenzaron a tener en cuenta los aspectos sociales de los pacientes trasplantados, se minimizaron los riesgos de que situaciones como las descritas se vuelvan a repetir.

### **Conclusión**

El caso pone de manifiesto la relevancia que tiene, en los tratamientos médicos, considerar los aspectos sociales, culturales, legales y económicos superadores del mero hecho orgánico. El camino para detectar y poner en práctica estos aspectos es la conformación de grupos de trabajo de diferentes disciplinas que aporten su saber a través del dialogo para el bien de los pacientes en su individualidad y de la salud pública en lo colectivo.

### **Agradecimiento**

A la Lic M. Laura Merlo por la revisión del trabajo

## Bibliografía

1. [es.wikipedia.org/wiki/](http://es.wikipedia.org/wiki/)
2. Anon. Dr. Alfonso Ruiz Guiñazú (1919-1992). *Medicina* (Buenos Aires) 1992; 52: 289-90.
3. Convenio entre Ministerio y Asociación de Diálisis. Resolución Provincial Bs. As. y N 1635/95
4. [www.incucai.gov.ar](http://www.incucai.gov.ar)
5. Hossain MP, Goyder EC, Rigby JE, El Nahas M. CKD and poverty: a growing global challenge. *Am J Kidney Dis.* 2009 Jan;53(1):166-74.
6. Shoham DA, Vupputuri S, Diez Roux AV, Kaufman JS, Coresh J, Kshirsagar AV et al. Kidney disease in life-course socioeconomic context: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Kidney Dis.* 2007 Feb;49(2):217-26.
7. A.L. Martín de Francisco, C. Piñera, M. Gago, J. Ruiz, C. Robledo, M. Arias. Epidemiología de la enfermedad renal crónica en pacientes no nefrológicos. *Nefrología* 2009;29(Sup. Ext. 5):101-105.
8. Ojo AO, Hanson JA, Meier-Kriesche H, Okechukwu CN, Wolfe RA, Leichtman AB, et al. Survival in recipients of marginal cadaveric donor kidneys compared with other recipients and wait-listed transplant candidates. *J Am Soc Nephrol.* 2001 Mar;12(3):589-97.
9. Rodo Jorge E.; "Trasplante renal en Argentina". *Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires.* Vol. 75, 1997 683- 696.
10. Lanari A, Rodo JE, Molins M, Torres Agüero M, Garces JM, Martín R. Human kidney homograft. Experience with 100 grafts. *Medicina (B. Aires).* 1978 Jan-Feb; 38(1): 1-8.
11. Ley de Trasplante de Órganos y Material Anatómico Humano nº 21.541
12. Sagarna, Fernando Alfredo. Los trasplantes de órganos en el derecho. Doctrina, Legislación, Jurisprudencia. Legislación y derechos comparados. Ediciones Depalma, Bs. As., 1996.
13. Hansen R, Seifeldin R, Noe L. Medication adherence in chronic disease: issues in posttransplant immunosuppression. *Transplant Proc.* 2007 Jun;39(5):1287-300.

14. Butler JA, Roderick P, Mullee M, Mason JC, Peveler RC. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. *Transplantation*. 2004 Mar 15;77(5):769-76.
15. M. Fernández Lucas, J. López Sánchez, B. Miranda y R. Matesanz. Adhesión al tratamiento en pacientes receptores de trasplante renal. Estudio multicéntrico español. *NEFROLOGIA*. Vol. XVIII. Núm. 4. 1998
16. [www.alcer.org/mm/file/adh.pdf](http://www.alcer.org/mm/file/adh.pdf)
17. Rovelli M, Palmeri D, Vossler E, Bartus S, Hull D, Schweizer R. Noncompliance in organ transplant recipients. *Transplant Proc*. 1989 Feb;21(1 Pt 1):833-4.
18. Schweizer RT, Rovelli M, Palmeri D, Vossler E, Hull D, Bartus S. Noncompliance in organ transplant recipients. *Transplantation*. 1990 Feb;49(2):374-7.
19. Sketris I, Waite N, Grobler K, West M, Gerus S. Factors affecting compliance with cyclosporine in adult renal transplant patients. *Transplant Proc*. 1994 Oct;26(5):2538-41.
20. Siegal BR, Greenstein SM. Postrenal transplant compliance from the perspective of African-Americans, Hispanic-Americans, and Anglo-Americans. *Adv Ren Replace Ther*. 1997 Jan;4(1):46-54.
21. Freud S. Análisis fragmentario de una histeria. (Caso «Dora») *Obras Completas* 1901 [1905].
22. Zorrilla Héctor. El beneficio secundario y la depresión mental. *Depresión su tratamiento.com.ar/articulos/beneficio-secundario.html*
23. Off. Rec. Wld Hlth Org.; *Actes off. Org. mond. Santé*, 2, 100), 22 de julio de 1946.
24. Ley de Trasplante de Órganos y Material Anatómico Humano n° 24193
25. Francisco J. León Correa. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni Medicina defensiva. <http://www.fmv-ba.org.ar/antropologia/index2.htm>
26. Carvalho Mesquita Ayres, J y col. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud. Nuevas perspectivas y desafíos. Czeresnia, D; Machado de Freitas, C. "Promoción de la salud". *Conceptos, Reflexiones y Tendencias*. *Revista de salud Pública*, 2(1), junio2008.

27. Documento de Intención acerca de los Principios Éticos en Procuración y Trasplante de Órganos y Tejidos en Países del Cono Sur - Comité de Bioética del Incucai. Buenos Aires, 2000.
28. Miguel Martínez. La investigación cualitativa (síntesis conceptual). REVISTA DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA - VOL. 9, N° 1. 2006 PP. 123 - 146