



19
2ej

Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Trabajo Social

**" FACTORES SOCIOECONOMICOS EN EL PROCESO
DEL TRASPLANTE RENAL "**

T E S I S

Que para obtener el titulo de
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

presenta

MARISA GUZMAN CEDENO

México, D. F.

ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
TESIS Y EXAMENES
PROFESIONALES

1992

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

PAG.

INTRODUCCION.....	1
-------------------	---

CAPITULO I

1. CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS TRASPLANTES.	
1.1 RESEÑA HISTORICA DE LOS TRASPLANTES EN OTROS PAISES.....	4
1.2 RESEÑA HISTORICA EN MEXICO.....	6

CAPITULO II

2. ASPECTOS MEDICOS.	
2.1 CONCEPTO DE TRASPLANTE.....	9
2.2 OBTENCION DE ORGANOS HUMANOS.....	13
2.3 DONACIONES POSTMORTEM.....	14
2.4 CONCEPTO DE MUERTE CEREBRAL Y SU EVOLUCION.....	18
2.5 TIPOS DE TRASPLANTES, REQUISITOS Y RIESGOS.....	21
2.6 COSTO DEL TRASPLANTE.....	22
2.7 CONSIDERACIONES ETICO-MORALES.....	23

CAPITULO III

3. LEGISLACION SANITARIA.	
3.1 APLICACION DE ALGUNOS ARTICULOS DE LEGISLACION.....	27
3.2 LA DISPOSICION DE ORGANOS HUMANOS EN MEXICO.....	33
3.3 EL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES.....	33

CAPITULO IV

4.	REPERCUSIONES PSICOSOCIALES EN EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES.	
4.1	AL IDENTIFICAR EL PROBLEMA.....	35
4.2	DURANTE LA APLICACION DE METODOS DE TRATAMIENTO.....	36
4.3	POSTERIOR AL TRASPLANTE RENAL.....	38

CAPITULO V

5.	INVESTIGACION DE CAMPO ENFOCADA A LOS TRASPLANTES DE RIÑON.	
5.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	39
5.2	OBJETIVOS.....	40
5.3	HIPOTESIS.....	40
5.4	METODOLOGIA.....	44
5.5	INSTRUMENTOS.....	47
5.6	REPRESENTACION GRAFICA DE LOS RESULTADOS.....	47
5.7	INTERPRETACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	75

CAPITULO VI

6.	PARTICIPACION DE TRABAJO SOCIAL.....	82
6.1	IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.....	82
6.2	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LOS HOSPITALES DE ESPECIALIDADES Y PEDIATRIA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI.....	87

	PAG.
GLOSARIO DE ALGUNOS TERMINOS MEDICOS.....	96
BIBLIOGRAFIA.....	98
ANEXOS.....	101

INTRODUCCION

Los trasplantes de órganos humanos se han convertido en -- una alternativa de tratamiento bien reconocida por muchos-pacientes que son afectados por enfermedades terminales o irreversibles del riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas, etc. y también han representado logros muy importantes en la ciencia médica.

En el mundo existen diversos grupos de profesionales de la salud que intervienen en la realización de los trasplantes de órganos con mucho éxito, sin embargo no dejan de tener limitaciones en cuanto a la disponibilidad de órganos, agu dizándose más esta situación en los países subdesarrollados.

En nuestro país, los trasplantes de órganos humanos enfrentan problemas que van desde la insuficiencia de recursos - financieros, la falta de promoción y sensibilización, hasta la dependencia de apoyo logístico, aún cuando se cuenta con profesionales capaces en este campo.

En el aspecto social, falta información escrita que sirva de apoyo al Trabajador Social, para proporcionar una mejor atención al paciente y a su familia, razón por la que esta investigación se enfoca al conocimiento de los aspectos -- emocionales, económicos y sociales que se modifican al pre

sentarse dichas enfermedades, así como la definición de estrategias y actividades que ayudarán a este profesional ta en la atención, manejo y seguimiento social de los casos.

El desarrollo de un trabajo sobre el tema de los trasplantes de órganos humanos representa una gama inmensa de posibilidades, considerando que se han implementado técnicas para substituir un órgano dañado y no funcional por otro sano. Tomando el tiempo y espacio que un trabajo de esta naturaleza representa, nos enfocamos en este estudio sólo al trasplante de riñón y se estructura en seis capítulos.

En el primer capítulo se presenta una semblanza de los avances más trascendentales en el terreno de los trasplantes de órganos humanos en el mundo y en nuestro país.

El segundo capítulo contiene la información médica mínima que, un Trabajador Social debe dominar. Esta información permitirá que su participación sea adecuada y oportuna en el manejo integral de los casos de trasplante.

El conocimiento de los preceptos legales aplicables a los trasplantes de órganos humanos, y que regulan la intervención de los profesionales de la medicina y del Trabajo Social, se trata en el capítulo tercero del presente estudio.

Al presentarse un padecimiento como lo es la insuficiencia renal crónica, este trae aparejado consecuencias psicosociales para el paciente y sus familiares, estos aspectos se analizan en el capítulo cuarto.

El desarrollo del trabajo se sustenta en una investigación de campo para aportar elementos técnicos al Trabajador Social y que esta vivencia sirva para enriquecer los recursos de auxilio que el profesionalista puede brindar al paciente y sus familiares, un aspecto importante que es planteado en el capítulo quinto.

La atención integral al paciente con la participación del Trabajador Social, coordinado en el equipo multidisciplinario, es la esencia del capítulo sexto.

Finalmente se presentan las conclusiones y sugerencias, las cuales son producto de la investigación de los factores socioeconómicos en el proceso del trasplante renal.

CAPITULO I

I CONSIDERACIONES GENERALES DE LOS TRASPLANTES

I.1 RESEÑA HISTORICA EN OTROS PAISES

Los intentos para llevar a cabo los trasplantes de órganos humanos y tejidos en los seres vivos, ya sea de la misma o de distinta especie, son muy antiguos, sin embargo el avance de la ciencia médica en el presente siglo ha permitido su aplicación práctica, siendo en algunas ocasiones, hasta rutinaria.

El primer injerto de gran relevancia fue el de sangre, reconociéndose al Dr. Dennis en 1867, cuando en la Ciudad de París utilizó sangre de cordero para llevar a cabo su mérito. El procedimiento intentado por Dennis fue realizado en repetidas ocasiones, sobre todo en los casos de accidentes graves, obligando al Tribunal de Chatelet a dictar penas - para quienes practicaran este método. [1]

Posteriormente Blondell en 1875, propuso la utilización de sangre humana para llevar a cabo las transfusiones, con lo que disminuyeron las quejas en este sentido. Este procedi-

1) "Dictámen de la Academia de Cirugía sobre el trasplante de órganos". Revista Criminalia. Año XXXV. No. 2. 1969 pág. 77.

miento fue reafirmado por Landsteiner, cuando en 1890, dió a conocer los tipos sanguíneos.

Fueron Carrel y Guthrie entre los años 1901 y 1902, los -- que hicieron realidad la técnica para llevar a cabo la sutura de los vasos sanguíneos en los seres vivos, haciendo con este método, viable el trasplante clínico de órganos.

Los progresos técnicos y tecnológicos permitieron el primer trasplante de riñón en el año de 1957, realizado en -- unos mellizos por el Doctor Hume, en Boston E.U.A. y el -- primer trasplante de corazón en un ser humano, llevado a -- cabo por Hardy en la Universidad de Mississippi. En dicho -- trasplante fue utilizado el corazón de un chimpancé, el -- cual pudo mantener la circulación en su receptor por espacio de sesenta minutos.

También Starzl en 1963, inicia el trasplante de hígado con buenos resultados y Lillehei en 1966 trasplantó un páncreas y, en 1967 un intestino delgado.

Christian Barnard, Doctor sudafricano, llamó poderosamente la atención del mundo al practicar en 1967 el primer trasplante de corazón entre dos seres humanos, manteniendo vivo al receptor durante dieciocho días.

La creatividad del Dr. Devries es digna de reconocimiento al implantar un corazón artificial, llamado igual que su --

inventor (Jarvik), elaborado en plástico y metal con un costo aproximado de 15,000 dólares, en Louisville E.U.A.

Cabe destacar, la contribución de Hamburger y Merrill en cuanto al estudio de los factores básicos en el rechazo -- del injerto, definiendo la importancia de los beneficios.

Asimismo resulta importante resaltar la participación de Scharz en la ampliación armamentaria terapéutica del trasplante de órganos humanos entre 1960 y 1980 al introducir el uso de la azatioprina*.

Desde la introducción de la ciclosporina en 1980, en el tratamiento de los casos de trasplante, se ha observado que el índice de supervivencia a nivel mundial de personas que han recibido un corazón en trasplante, ha llegado al 60 % a los cinco años de la intervención quirúrgica.

1.2 RESEÑA HISTORICA EN MEXICO

En México, en los últimos cuarenta años se han realizado grandes adelantos en la medicina, pero ninguno ha sido tan espectacular como el ocurrido con el trasplante de órganos humanos.

Los trasplantes se inician en México en 1963 con el de ri-

* Medicamento para prevenir el rechazo de órganos.

ñón de donador vivo relacionado, el cual fue llevado a cabo por el equipo de Urología encabezado por el Dr. Federico Ortiz Quezada, evento que tuvo lugar en el Hospital General del Centro Médico Nacional (I.M.S.S.).

Ha sido fundamental el trabajo realizado en el pasado por los profesionales de la medicina y así tenemos que, en el año de 1968, se iba a realizar el primer trasplante de corazón en el Instituto Mexicano del Seguro Social por los doctores Javier Palacios Macedo, Carlos Gaos, Miguel Cosío -- Pascal y Carlos Esperanza, suspendiéndose unos minutos antes por una orden de la Dirección del Instituto, ya que los -- problemas médico-legales no estaban resueltos.

En 1984, el Dr. Arturo Dibb Kuri, efectuó el primer trasplante pancreático en el Instituto Nacional de Nutrición, -- sin resultados. En el mismo año el Dr. Héctor Diliz, realizó nuevos intentos, incluyendo un autotrasplante, evento -- que tuvo lugar en el Hospital de Pemex Picacho.

En el año de 1988, el Dr. Ruben Argüero Sánchez, realizó -- el primer trasplante cardiaco en el Centro Médico La Raza del I.M.S.S., con buenos resultados y, en el mismo año el Dr. Javier Palacios Macedo ejecuta el segundo trasplante -- en el propio Instituto, con éxito.

En 1989, el Dr. Federico Juárez practicó dos trasplantes --

pancreáticos en la Ciudad de Torreón, Coahuila, con resultado exitoso. En el mismo año el Dr. Juan Gabiño Chapa, realiza el primer trasplante combinado de páncreas y riñón y los doctores Morales Polanco en el I.M.S.S. y Sosa en el Instituto Nacional de la Nutrición, desarrollan con éxito los trasplantes de médula ósea.

Otra técnica en el campo de los trasplantes, la constituye el injerto de córneas, el cual fue iniciado en el Hospital de Traumatología de Xoco en el año de 1975, y hoy en día se practica regularmente en este nosocomio y en otros más del sector salud e instituciones privadas.

CAPITULO II

2 ASPECTOS MEDICOS

2.1 CONCEPTO DE TRASPLANTE

Los trasplantes de órganos humanos han sido objeto de mucha polémica, hecho por el cual ha sido difícil dar una definición que cumpla con cada uno de los puntos de vista -- con los que están ligados, pero considerando la especialidad del tema, se empleará un concepto médico para este estudio.

La ciencia médica conceptúa el trasplante como " la reimplantación (SIC) de un órgano o tejido en un organismo receptor con restablecimiento de las conexiones vasculares, arteriales y venosas ". [1]

Los trasplantes desde el punto de vista médico, se dividen en:

A) Trasplante autoplástico, llamado también autoinjerto, - el cual se da cuando el órgano o tejido es tomado del mismo individuo. Se llama ortotópico cuando se coloca en el mismo lugar y heterotópico cuando se coloca en lugar diferente al organismo.

1) Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, Ed. Salvat, Duodécima Edición, México, 1984.

B) *Trasplante Homoplástico*, se realiza cuando es tomado un órgano o tejido de otro individuo de la misma especie.

C) *Trasplante Isoplástico*, se realiza entre organismos con estructura antigénica.

El panorama de los trasplantes es muy amplio por lo que la presente investigación se enfocará en exclusiva al de riñón.

El trasplante de riñón, es un procedimiento quirúrgico que consiste en la colocación de un riñón de una persona con función renal normal, dentro de la cavidad abdominal del paciente. Dicho riñón se encargará de realizar las funciones normales. Este procedimiento tiene limitaciones y complicaciones, sin embargo en el estado actual de los conocimientos médicos, es el tratamiento de elección más prometedor para la insuficiencia renal crónica.

No obstante lo anterior, existen otros tratamientos para atender la insuficiencia renal crónica, pero antes resulta importante mencionar qué es la insuficiencia renal crónica, sus causas y síntomas frecuentes.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad irreversible que progresa inexorablemente, acabando con la vida del paciente a corto o a largo plazo. La supresión del funcionamiento renal es en forma progresiva y paulatina.

Las causas que provocan la insuficiencia renal crónica varían, siendo estas las siguientes: enfermedades renales hereditarias, traumatismos renales, infecciones renales, intoxicaciones, desórdenes metabólicos, enfermedades circulatorias, inflamatorias, del tejido conjuntivo, enfermedades neoplásicas, inmunológicas, etc.

También los síntomas son muy variados y prácticamente los aparatos y sistemas están afectados. Los síntomas generales y más frecuentes son: astenia, adinamia, debilidad, --mareos, hiporexia, cese o disminución del crecimiento y --desarrollo, cefalea, dolor abdominal, lumbar o suprapúbico y palidez.

Hasta ahora solo se ha descrito un método de tratamiento para atender el problema de la insuficiencia renal crónica, que es el trasplante renal, pero existen tres métodos más:

A) Tratamiento conservador que consiste en la administración de medicamentos sintomáticos y de una dieta hiposódica e hipoprotéica con restricción de líquidos y su objeto, es prolongar la vida y disminuir las manifestaciones de la enfermedad. Este tipo de tratamiento es útil mientras se mantiene niveles séricos aceptables de potasio, azoados (urea, creatinina, ácido úrico) y renina.

B) Tratamiento con diálisis peritoneal, el cual es un tratamiento sustitutivo de la función renal con el que se --

mantiene a los pacientes en condiciones generales satisfactorias durante tiempos prolongados (meses o años), mientras se consigue un órgano de donador vivo o de cadáver.

Este tratamiento puede ser de dos tipos:

Diálisis continua ambulatoria que es aquella que se realiza por el paciente o su familia, previa a una capacitación adecuada y con control médico periódico. El número de veces que se pasa la solución o cambios, varía según el grado de Insuficiencia Renal.

Diálisis intermitente es aquella que se realiza a los pacientes en forma periódica en los hospitales, una vez por semana con un número de cambios de 20 a 30 durante cada internamiento.

C) Tratamiento con Hemodiálisis, es realizado en aquellos pacientes en los que la diálisis peritoneal no puede efectuarse por razones diversas (infecciones, restricción respiratoria, etc.) o bien cuando ya están próximos a trasplante renal.

La Hemodiálisis consiste en el lavado de la sangre a través de una máquina que en forma selectiva extrae las sustancias que normalmente debieran ser eliminadas por el riñón. La hemodiálisis se puede llevar a cabo en el hospital o en el domicilio.

2.2 OBTENCION DE ORGANOS HUMANOS.

El trasplante de órganos es uno de los logros más importantes de la medicina moderna. Los mejores resultados se han obtenido con los trasplantes de riñón, corazón e hígado; -- con páncreas los progresos más recientes ofrecen expectativas favorables, los de pulmón (único o simultáneo con el de corazón), aún se encuentran en la fase experimental.

Los trasplantes de tejido de córneas, médula osea, hueso y piel se realizan cada vez con más éxito.

Los órganos para trasplante de riñón, pueden obtenerse de donador vivo relacionado o de cadáver.

El donador vivo es el familiar del receptor con insuficiencia renal crónica y reunir las siguientes características:

- Sujeto íntegramente sano.
- Edad variable entre 18 y 55 años.
- Relacionado genéticamente con el receptor, de preferencia: padres, hijos, hermanos. En caso de ser donador primo, sobrino o tío se someterá a análisis particular.
- Grupo sanguíneo igual.
- Perfil inmunológico aceptable con el receptor.
- Su donación debe ser voluntaria.

Además de ser sometidos a estudios clínicos exhaustivos, -- de laboratorio y gabinete para cada uno de sus órganos y

sistemas, y solo que se le encuentre sano, podrá considerarse como posible donador.

El donador cadáver es el paciente con muerte cerebral y -- los requisitos de carácter médico son los siguientes:

- 55 años de edad como máximo.
- Sin padecimiento renal
- Sin enfermedad infectocontagiosa.
- Sin enfermedad neoplásica.
- Su donación debe ser voluntaria.

Los injertos obtenidos de un cadáver deben ser órganos vivos y con función suficiente, por tanto deben ser donados de un individuo con lesión cerebral irreversible y con el corazón latiendo (muerte cerebral). Esta situación es diferente a los requerimientos de tejidos como las córneas, - donde la viabilidad se prolonga por varias horas después - del cese de latido cardíaco.

2.3 DONACIONES POST-MORTEM.

En estas, se plantean tres tipos de problemas:

- A) El que se refiere al consentimiento del donante o el de familiares.
- B) La determinación de la muerte del donante.
- C) Los conflictos de interés que podrían aparecer en relación con el trasplante.

Respecto al primer problema, se dan dos tipos de soluciones:

1) El consentimiento afirmativo del donante, esto es, la donación voluntaria de órganos, que hace rápido e incontrovertible el trasplante; en los países que lo utilizan se determinan tres tipos de donación:

a) Donación por testamento, criticada porque se considera al cuerpo como parte de la masa hereditaria, se permite en países como República Dominicana y Costa Rica.

Este tipo de donaciones no son muy seguras, ya que las donaciones por este medio rara vez llegan a concluirse, por los trámites legales que se deben de cubrir, los cuales impiden la disposición oportuna de los órganos y también puede haber oposición de los familiares.

b) Donación por medio de la llamada "Tarjeta del Donante", esta se utiliza en países como Argentina, Cuba y México -- donde ha funcionado, debido a que ofrece la ventaja de poder traerla consigo como una tarjeta de crédito y, de esta forma, en caso de accidente el hospital al que se lleva al donante, evita solicitar el consentimiento a los familiares para la disposición de órganos, una vez ocurrido el deceso.

En México, se sigue este procedimiento por medio de la tarjeta de "Donación Voluntaria de Órganos", (Anexo 1).

En la realidad, es una solución poco práctica, porque son pocas las personas que gozando de salud se ponen a reflexionar sobre que en el momento de su muerte podrían donar sus órganos, esto aunado al amarillismo de la prensa se convierte en un obstáculo para esta práctica.

c) Donación por consentimiento presunto, según esta idea los órganos se deberían extraer de los cadáveres habitualmente, a menos que se hiciera alguna objeción por la persona antes de morir o de algún familiar al ocurrir el deceso.

En la práctica, los médicos prefieren extirpar el órgano con el consentimiento de la persona de que se trata o, en su defecto, de los familiares, sea por un sentimiento de humanidad o por temor a una demanda por la familia del donante, donde podría alegar una revocación posterior del consentimiento, retardando con esto la operación y hacer el órgano inservible en algunos casos. Esto además de la mala publicidad que se le haría al sistema de donación.

2) La Petición Obligatoria, la cual consiste en obligar a los hospitales a plantearle al familiar más cercano de la persona fallecida la posibilidad de extraer un órgano. Esta posibilidad es válida, ya que por una parte se respeta el carácter "voluntario" esencial en la donación y por otro lado, se toma una "decisión informada" en base a una explicación médica, dejando a los familiares la opción de

aceptar la extirpación del órgano o negarse a ello.

Con respecto al segundo problema planteado la "determinación de la muerte", se tratará en el siguiente apartado de este capítulo, recordando que la Ley General de Salud establece requisitos para la determinación de muerte en el Título Decimocuarto artículo 317 y, en el artículo 318 hace referencia a la disposición de órganos con fines terapéuticos.

En cuanto al tercer problema el "conflicto de intereses", se dice "exige que los médicos que atienden a las personas -- consideradas donantes adecuados de órganos, en el momento de fallecer no estén ..." (2) relacionados con el equipo de salud encargado del trasplante.

Esta inseguridad disminuiría la donación voluntaria de órganos, así tenemos que, en las legislaciones de algunos -- países se garantiza que el médico responsable de determinar la muerte (actualmente pérdida de la vida), no forme parte del equipo de trasplante; en México es el último párrafo del artículo 318, Título Decimocuarto de la Ley Gene

2) Dickens citado en Fuenzálida- Puelma H.L. "Trasplante de órganos". La Respuesta Legislativa de América Latina. Boletín de la Oficina Panamericana OPS/OMS. Vol. 108 - No. 5-6. 1990. pág. 449.

nal de Salud el que indica "La certificación de muerte respectiva, será expedida por dos profesionales distintos de los que integran el cuerpo técnico que intervendrá en el trasplante".

2.4 CONCEPTO DE MUERTE CEREBRAL Y SU EVOLUCION.

La preocupación por definir en que momento ha fallecido un individuo, ha sido una constante en la evolución de la humanidad.

En el pasado, el cese del latido del corazón y la respiración espontánea siempre produjeron la muerte pronta del cerebro y similarmente, la muerte del cerebro concluía en el cese pronto de la respiración y circulación.

Recientemente, sin embargo, los avances tecnológicos han hecho posible mantener el funcionamiento del cerebro en la ausencia de la respiración espontánea y del funcionamiento cardíaco; aún más, es ahora posible que el cerebro de una persona pueda estar completamente destruido aunque su circulación y respiración estén siendo mantenidas artificialmente por aparatos mecánicos.

La muerte cerebral fué definida por primera vez, por el Comité de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, Estados Unidos, en 1968. Fué un grupo multidisciplinario, quien estableció los requisitos necesarios para diagnosticar, en enfermos en estado de coma por lesión del

sistema nervioso central, la irreversibilidad del daño a pesar de cualquier tratamiento. Se estableció que para determinar la muerte del cerebro, el sujeto debe:

- Estar en coma profundo e irreversible.
- Manifestar una total falta de respuesta a los estímulos dolorosos del exterior.
- No tener movimientos espontáneos de los músculos o respuesta a estímulos externos.
- No tener respiración cuando falta el resucitador.
- No tener reflejos espontáneos.
- Tener un electroencefalograma isoelectrico con las características anteriores mantenidas durante 24 horas.

En el mismo año la Organización Mundial de la Salud, estableció sus criterios acerca del diagnóstico de muerte, mismos que se aceptaron en la XII Asamblea Médica Mundial celebrada también en 1968, en la Ciudad de Sydney, Australia y fueron los siguientes:

- Pérdida de toda vida de relación.
- Arreflexia y atonía muscular totales.
- Brusca caída de la presión arterial desde el momento que deja de ser sostenida artificialmente.
- Electroencefalograma con trazado lineal absoluto, realizado con suficientes garantías técnicas.

Estos criterios no son aplicables a niños, a sujetos en estado de hipotermia o de intoxicación aguda.

En el II Congreso de la Sociedad Italiana de Trasplantes de Organos, llevado a cabo también en 1968 se estableció - que se puede determinar con certeza el diagnóstico precoz de muerte cuando concurren las siguientes condiciones:

A) Coma profundo con atonía muscular, arreflexia tendinosa, indiferencia de los reflejos plantares, midriasis parálitica con ausencia del reflejo corneal y del reflejo pupilar a la luz.

B) Ausencia de respiración espontánea después de suspender la artificial.

C) Ausencia de actividad eléctrica espontánea y provocada.

La obtención de tales parámetros deberá hacerse continuamente, en ausencia de administración de fármacos depresivos del sistema nervioso y de condiciones de hipotermia inducida, por espacio de veinticuatro horas para coma por lesión primitiva encefálica secundaria. (3)

Lo anterior nos permite apreciar que ha sido motivo de -- preocupación de las instituciones "la determinación de la muerte".

3) Vidal, M. Moral de Actitudes. P.S. Madrid. 1978. pág. - 202.

En el caso de los trasplantes, se ha establecido que la -- constatación de la muerte cerebral sea llevada a cabo -- por médicos diferentes a los que forman parte del equipo - de trasplante.

En México, como se señaló antes en la Ley General de Salud para los casos de los trasplantes de órganos se establece al respecto: "la certificación de la pérdida de la vida se rá expedida por dos profesionales distintos de los que integran el cuerpo técnico que intervendrá en el trasplante"(4)

2.5 TIPOS DE TRASPLANTES, REQUISITOS Y RIESGOS.

Desde el punto de vista médico los trasplantes de órganos pueden ser vistos en diferentes ángulos, señalándose algunos en el apartado I del Capítulo II de este trabajo.

En el campo de la medicina, los trasplantes representan diversos problemas técnicos que son primordiales para el éxito en este tipo de intervenciones, como son los siguientes:

- Tipificación de tejidos.
- Identificación de sangre.
- Criterios de selección de donante vivo o cadáver.

4) Artículo 318 de la Ley General de Salud. Editorial Porrúa. Séptima Edición, México. 1991. pág. 63.

Dentro de los riesgos está la determinación de la muerte - de un cadáver y la infección.

Los requisitos en los trasplantes de órganos entre vivos, son:

- Que no cause un daño irreparable al donante, que pudiera dejarlo igual o peor que al paciente que se pretende salvar.
- Que resulte un beneficio al receptor (alto grado de éxito de las operaciones).
- Que no sea objeto de lucro.
- Que no sea contrario a la ley, a la moral y a las buenas costumbres.

Respecto al riesgo que se corre, es un hecho que toda cirugía representa un peligro, el cual aumentará en la medida en la que aumenta su grado de dificultad.

2.6 COSTO DEL TRASPLANTE.

Un requisito importante en esta materia lo constituye el - gasto económico, puesto que esta técnica es sumamente costosa, además de utilizar un tipo de tecnología altamente - especializada, tanto para sus procedimientos quirúrgicos - como de diagnóstico. En los Estados Unidos, a principios - de 1991 el promedio del costo del procedimiento quirúrgico del trasplante de hígado y de médula osea se estimó en - 20,000 dolares, de corazón en 8,000 dólares, de riñón en - 7,000 dólares y de córneas en 300 dólares, a lo que se le

debe de agregar los gastos de los procedimientos de diagnóstico, los de hospitalización y el tratamiento al que debe someterse el paciente por el resto de su vida. Por lo anterior este tipo de operaciones están fuera del alcance de la mayoría de las personas aun tomando a las que tienen un seguro de gastos médicos; por otra parte tampoco se les puede dejar a los gobiernos este problema, puesto que al destinar determinada cantidad de dinero a los servicios de salud y éste se gastara en un solo tipo de tratamiento o gran parte de esa cantidad es evidente que disminuirían los servicios médicos prioritarios.

2.7 CONSIDERACIONES ETICO-MORALES.

El trasplante de órganos como complemento aun cuando muy reducido, de la preservación del género humano, debido a las complicaciones tecnológicas y económicas, amen de la poca capacidad del ser humano para entender que este proceso es llevarlo a cabo cuando ya un cuerpo ha dejado de cumplir sus funciones; representa un sin fin de cuestionamientos éticos morales que se han tratado en los diversos países y por autores destacados, tratadistas de este tema que aportando sus principales puntos de vista y consideraciones filosóficas han redondeado un marco de conceptos ético morales que da finalidad al trasplante de órganos humanos. Uno de los principales problemas éticos que se presentan es el de la determinación de la muerte, que en algunos ca-

sos como en el de la Ley General de Salud vigente en nuestro país en sus artículos 317 y 318 representan el progreso de la ciencia y nos colocan en la vanguardia que sobre el tema países avanzados como Estados Unidos, Suiza, Francia, ocuparon sin ninguna sombra desde mucho tiempo atrás.

En los citados artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud se señalan los criterios a seguir para determinar los signos de fallecimiento y establecer la muerte del paciente, los cuales en el siguiente capítulo serán descritos.

Algunos autores como Javier Gaffo (5), tratando acerca de los aspectos éticos, considera que se presenta una doble perspectiva:

- 1) Por parte del donante. Desde este punto de vista, hay -- que tomar en cuenta si se trata de cadáveres, considerar -- la voluntad del difunto y de sus familiares.
- 2) Por parte del receptor. Gaffo habla de que el sometimiento es totalmente moral a aquellas formas de trasplante con alta probabilidad de éxito, como el trasplante de -- riñón o de córneas y que inclusive lo es a las de menor -- probabilidad y en este caso la justificación la darían las consideraciones personales y sociales.

5) Gaffo J. Nuevas perspectivas de la Moral Médica. I.E.E. Madrid. 1978. Págs. 249-250.

Por su parte, Richard Mc Cormick (citado por Gaffo), seña
la los siguientes principios éticos:

- Cuando sea posible deberían utilizarse órganos artificia
les o extirpados de cadáveres.
- La donación de órganos después de la muerte es preferi--
ble que sea por consentimiento que por sistema rutinario -
de extirpación de órganos de cadáveres (salvo una objeción
explícita presentada por familiares).
- El consentimiento del donante, informado y libre, debe -
buscarse siempre.
- La intervención del trasplante debe realizarse solo cuan
do existe una esperanza razonable de éxito y con una fina
lidad terapéutica aceptable.
- Cuando el trasplante de un órgano vital de un cadáver es
ta implicado, debe asegurarse la muerte del donante; por -
lo cual el equipo responsable del trasplante debe ser dis--
tinto al equipo de médicos al cuidado del moribundo.
- El paciente receptor, dentro de lo posible, debe ser plena
mente sensibilizado de las probabilidades y consecuencias
del trasplante.

Al respecto la Organización Panamericana de la Salud, divi
de las donaciones en dos tipos:

1) Donación postmortem, la cual fue desarrollada anteriormente.

2) Donación entre vivos, esta reviste pocos problemas, ya que existe la voluntad expresada por el donante y solo se limita cuando la donación puede poner en peligro su vida.

Sin embargo, de todos los planteamientos anteriores válidos para el manejo de los trasplantes de órganos humanos - existe un acto que a nivel internacional representa el problema más serio que enfrenta el trasplante de órganos, del cual su esencia es netamente altruista; la comercialización de órganos humanos que en forma indiscriminada se realiza y que en diversas oportunidades la prensa nacional e internacional denuncia, pero que con frecuencia poco o nada se realiza al respecto.

CAPITULO III

3. LA LEGISLACION SANITARIA.

3.1 APLICACION DE ALGUNOS ARTICULOS DE LEGISLACION.

Los intentos de legislación sanitaria en materia de trasplantes, se dan como una necesidad creada por los avances de la tecnología aplicada a la medicina, siendo de esta manera como en 1968 a raíz de los trasplantes de corazón, los juristas y médicos se ven obligados a pensar en una legislación sanitaria.

En 1973 aparece el Código Sanitario con disposiciones sobre el aprovechamiento de órganos y tejidos humanos, mismo que al surgir la Ley General de Salud, es derogado a excepción de lo estipulado en materia de salubridad local.

La Ley General de Salud en vigor (1), se publica en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y contiene un apartado exclusivo para el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, bajo el Título Decimocuarto. Este Título se divide en:

- Capítulo 1, en donde se tratan las disposiciones comunes.

1) Ley General de Salud, Séptima Edición. Editorial Porrúa. México. 1991, Págs. 62-67.

- Capítulo II. en el cual se regula lo relativo a órganos y tejidos.
- Capítulo III, referido a los cadáveres.

Para iniciar propiamente el estudio de la legislación sanitaria en materia de trasplantes, cabe comentar que solamente se presentarán los preceptos legales relevantes que el profesional de Trabajo Social deberá dominar.

El primer capítulo que se refiere a disposiciones comunes... establece que para efectos legales se entenderá por disposición, según el artículo 314 de la Ley General de Salud "el conjunto de actividades relativas a la obtención, conservación, utilización, preparación, suministro y destino de órganos, tejidos y sus componentes y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de preembriones, embriones y fetos con fines terapéuticos, de donación e investigación".

En este mismo artículo nos dice que... "un órgano es una entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño del mismo trabajo fisiológico".

El tejido lo describe como " la entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñan la misma función".

De cadáver a la letra dice: "es el cuerpo humano en el -- que se haya comprobado la pérdida de la vida".

Para aclarar que se debe entender por "pérdida de la vida" se hace necesario referirnos al artículo 317 de la misma - Ley General de Salud, el cual señala que "para la certifi- cación de la pérdida de la vida, deberá comprobarse previa- mente la existencia de los siguientes signos de muerte...

o de aquéllos en que se comprueba la persistencia por seis horas de ausencia completa y permanente de conciencia, de ausencia permanente de respiración espontánea, la falta de percepción y respuesta a los estímulos externos y la ausen- cia de los reflejos de los pares craneales y de los refle- jos medulares".

Asimismo para certificar la pérdida de la vida, el mismo - artículo 317 señala que deberá cumplirse con dos requisi- tos: electroencefalograma isoelectrico y que no haya ante- cedentes inmediatos de ingestión de bromuros y barbitúri- cos, alcohol y otros depresores del sistema nervioso cen- tral o hipotermia.

También en este artículo se menciona, que si se presentara un paro cardiaco irreversible, se podrá determinar de inme- diato la pérdida de la vida y expedir el certificado co-- rrespondiente, el cual solo puede expedirse por dos profe- sionales distintos de los que integran el cuerpo técnico -- que intervendrá en el trasplante.

En el segundo capítulo referido a "Organos y Tejidos" se establece en el artículo 322 de la Ley General de Salud -- que la obtención de órganos o tejidos y sus componentes de seres humanos, con fines terapéuticos se hará preferentemente de cadáveres a excepción de la sangre y sus componentes.

En este mismo capítulo se establece el procedimiento para efectuar la toma de órganos y tejidos, marcando como punto importante el requisito del consentimiento, el cual debe ser expreso y por escrito, otorgado por el disponente originario. Además de que este consentimiento debe ser libre de coacción física o moral ante notario o documento expedido en presencia de dos testigos.

En este mismo artículo también se señala que el consentimiento puede ser revocado por el disponente originario en cualquier momento y sin responsabilidad de su parte; en la práctica la situación ha representado erogaciones altas -- para las instituciones, ya que realizan gastos preoperatorios.

Asimismo dicho artículo señala el caso en que el disponente originario no haya otorgado su consentimiento en vida -- para la utilización de órganos, tejidos y los componentes de su cadáver, se requerirá del consentimiento del disponente secundario, excepto cuando la autoridad competente -- de conformidad con la Ley ordene la necropsia, en cuyo ca-

so la toma de órganos, tejidos y sus componentes no requerirá de autorización o consentimiento alguno.

También en este artículo se señala que los establecimientos de salud, previa autorización de la Secretaría de Salud, podrán instalar y mantener para fines terapéuticos: Bancos de órganos, tejidos y sus componentes, los que serán utilizados bajo la responsabilidad técnica de la Dirección del establecimiento.

En el capítulo tercero, bajo el título de "cadáveres", se menciona que éstos no pueden ser objeto de propiedad y que deberán ser tratados con respeto y consideración.

En este mismo capítulo aparece la clasificación de los cadáveres en: personas conocidas y personas desconocidas. Con respecto a este último aclara que son los cadáveres no reclamados dentro de las setenta y dos horas posteriores al fallecimiento y aquellos de los que se ignora su identidad.

También en este capítulo se señalan los requisitos para la realización de las inhumaciones, incineración y embalsamamiento, la inhumación y salida de cadáveres del territorio nacional y su traslado de una entidad a otra, así como lo relativo para la utilización de cadáveres de personas conocidas o parte de ellos, con fines de docencia e investigación de los cuales siempre se requerirá de permiso del disponen-

te originario, mismo que no podrá ser revocado por los disponentes secundarios. En el caso de que el disponente originario no haya otorgado su consentimiento, éste podrá ser dado por el disponente secundario.

El incumplimiento de los preceptos señalados en el Título Decimocuarto trae consigo sanciones administrativas y penas tipificadas en el Capítulo segundo de la Ley General de Salud en los artículos 416 a 427 y en el Código Penal para el Distrito Federal.

Finalmente además de la Ley General de Salud, existe el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos (2), el cual tiene por objeto "proveer en la esfera administrativa, el cumplimiento de la Ley General de Salud, en lo que se refiere al control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, con fines terapéuticos, de investigación y de docencia".

Este Reglamento es de aplicación en toda la República y -- sus disposiciones son de orden público y de interés social

2) Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario en la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; anexo a la Ley General de Salud. Séptima Edición. Editorial Porrúa. México. 1991. Págs. 469-492.

3.2 LA DISPOSICION DE ORGANOS HUMANOS EN MEXICO.

La disposición de órganos en México, se lleva a cabo por medio de la "Tarjeta de Donación Voluntaria de Organos", (Anexo 1) la cual contiene el consentimiento del donador.

Dicho documento incluye dos opciones; una que se refiere a la disposición de cualquier tipo de órganos útil y, la otra, que especifica cuáles órganos podrán ser utilizados.

En este párrafo vale la pena destacar que el Programa Nacional de Trasplantes, no da la seguridad de que el órgano vaya a ser utilizado en otra persona, ya que los que no son compatibles son destinados al tratamiento, a la investigación o a la docencia.

La "Tarjeta de Donación Voluntaria de Organos", es un documento expedido por el Registro Nacional de Trasplantes, el cual es un organismo de la Secretaría de Salud que se encarga de coordinar las prácticas de trasplantes en nuestro país. El Objeto de la tarjeta es informar en caso de muerte del donante, de que órganos se puede disponer.

3.3. EL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES.

Es un organismo que está a cargo de la Secretaría de Salud cuyo propósito es regular la práctica de los trasplantes de órganos humanos en nuestro país.

Sus funciones están establecidas en el Reglamento de la -- Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, siendo éstas entre otras las siguientes:

- 1.- Coordinar la distribución de órganos y tejidos en todo el territorio nacional.
- 2.- Establecer y aplicar procedimientos para facilitar, en todo el territorio nacional, la obtención de órganos y tejidos de seres humanos.
- 3.- Llevar un registro de disponentes originarios de órganos y tejidos y de disponentes de sangre humana.
- 4.- Estudiar, conocer y proporcionar información de todos los aspectos relacionados con la disposición de órganos y tejidos de seres humanos.
- 5.- Llevar el control de los informes trimestrales que rinden los establecimientos que realicen actos de disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos.

CAPITULO IV

4. REPERCUSIONES PSICOSOCIALES EN EL PACIENTE Y SUS FAMILIARES.

4.1 AL IDENTIFICAR EL PROBLEMA.

Las situaciones de tensión que se presentan en el paciente y sus familiares, cuando se identifica el problema son diversas y con impactos emocionales de repercusión personal.

En el paciente la incertidumbre se presenta como una realidad que va a afectar su quehacer cotidiano y afloran en él consecuentemente los temores: acerca de su futuro, a la -- muerte, a lo desconocido.

Otras manifestaciones son: la irritabilidad, la incapacidad para concentrarse, la pérdida de la libido, la sensación de culpa y la negación a la realidad médica.

Las situaciones por las que pasa el paciente, en esta etapa de reconocimiento de la enfermedad provocan también -- reacciones diferentes en el ámbito familiar que en muchas ocasiones llevan al desajuste de las relaciones interpersonales, al abandono de sus actividades rutinarias y de tipo social (escuela, trabajo, vida social), con la consecuente disminución del ingreso familiar.

De ahí la importancia de la participación directa del equipo multidisciplinario, para lograr la readaptación de sus-

actividades, de acuerdo al estado de salud de cada paciente y de la disposición y apoyo familiar.

4.2 DURANTE LA APLICACION DE METODOS DE TRATAMIENTO.

Una vez iniciado el tratamiento los pacientes muestran habitualmente sensación eufórica de alivio al comprobar su eficacia y descubrir que se sienten mucho mejor, sin embargo, -semanas más tarde cuando se percatan de que seguir con vida significa depender de la diálisis o de una máquina, puede iniciarse una reacción depresiva; caracterizada por ansiedad, apatía o desánimo.

Los pacientes también se dan cuenta que han perdido gran parte de su independencia y del control de sus vidas y esta situación la constatan al presentarse desajustes en la dinámica familiar, porque la vida de sus integrantes recibe el impacto de nuevas obligaciones y actitudes motivadas por la situación que vive el paciente. Todos los miembros, incluyendo el paciente, deben reacomodar sus actividades y seguramente algunas de ellas abandonarlas por necesidad.

La importancia que tiene en este momento la intervención -- del Trabajador Social, se deriva de su participación para -- que en el núcleo familiar se acepte la realidad médica del paciente y se brinde el apoyo que éste necesita para salir adelante, iniciando el tratamiento que le ayude en su pade

cimiento y posteriormente preparándose para una eventual -
intervención quirúrgica.

La labor del Trabajador Social, va más allá de adecuar men-
talmente al paciente y a su familia para sobrellevar el mo-
mento que viven, lo trascendental de su intervención es mo-
delar en cada uno de sus miembros, incluyendo al paciente,
una idea clara de los problemas que deben afrontar, la ayu-
da que pueden recibir y una visión razonablemente optimis-
ta del futuro, una vez superados los obstáculos que conlle-
va el padecimiento.

Hay aspectos en que el paciente y su familia observarán --
cambios: el ingreso familiar puede modificarse, entre otros
aspectos porque habrá gastos adicionales para llevar a ca-
bo el tratamiento.

El ingreso puede verse menguado por incapacidades constan-
tes, según requiera la atención al paciente.

La vida social de la familia ha de adecuarse a las necesi-
dades de atención que requiera el paciente.

El desarrollo de actividades sociales, deportivas y cultu-
rales sufre cambios como consecuencia del padecimiento que
aqueja al paciente.

Sin lugar a dudas el panorama, puede ser áspero consideran

do el desarrollo de una vida social en familia, pero la --
unidad familiar y el auxilio que se le puede brindar al pa-
ciente por profesionales de la medicina y del Trabajo So-
cial a través de instituciones de salud, es el apoyo más -
fuerte que la sociedad puede brindarle a uno de sus miem-
bros.

4.3 POSTERIOR AL TRASPLANTE RENAL.

Una vez realizado el trasplante, el paciente después de un
período corto, físicamente está recuperado en la mayoría -
de las ocasiones y en el aspecto psicológico o emocional -
poco a poco van desapareciendo sus tensiones y va reanudan
do de manera gradual sus actividades cotidianas. La fami-
lia también, va sintiendo menos peso en lo que a la salud
del paciente se refiere y, al igual que este reinicia sus
actividades escolares, laborales y su vida social que ve-
nia desarrollando en el momento que la enfermedad se desen-
cadenó en el paciente.

Al final del siguiente capítulo, se hace un breve resúmen
sobre los resultados obtenidos y las modificaciones de --
actitud después del trasplante (5.7 Interpretación y análi-
sis de resultados).

CAPITULO V.

5 INVESTIGACIÓN DE CAMPO ENFOCADA A LOS TRASPLANTES - DE RIÑON.

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo a los datos del Registro Nacional de Trasplantes (1), en el territorio nacional se efectúan más de 1000 - - trasplantes de órganos o tejidos humanos, de los cuales el de córneas con 750 y el de riñón con 354 casos, ocupan el primer lugar y segundo lugar.

No obstante lo anterior, aún se encuentran en espera de -- recibir trasplante de riñón y córneas 1000 y 3000 pacien-- tes en promedio, respectivamente.

Las cifras así planteadas reflejan datos estadísticos y no permiten conocer lo que acontece a los receptores de órganos o tejidos humanos desde el punto de vista social, económico y psicológico. En la literatura mexicana las publicaciones acerca del impacto social del trasplante no han sido suficientes para informar, orientar y ofrecer un apoyo adecuado y oportuno a los pacientes y a sus familiares.

En México se realizan diversos tipos de trasplantes, en el presente estudio solo analizaremos los de riñón.

(1) Registro Nacional de Trasplantes, dependiente de la Secretaría de Salud. Primer Informe Trimestral 1991.

5.2 OBJETIVOS.

GENERAL.

Identificar los cambios sobresalientes en la dinámica familiar y en los aspectos socioeconómicos (escolaridad, actividades sociales, deportivas y culturales, ocupación e ingreso familiar) del receptor de riñón antes y después del trasplante.

ESPECIFICOS.

- *Identificar si la dinámica familiar que se manifiesta en el receptor de riñón, mejora una vez que se realiza el trasplante.*
- *Identificar si los aspectos socioeconómicos del receptor de riñón se estabilizan o mejoran después de efectuar el trasplante.*

5.3 HIPOTESIS

Una vez realizado el trasplante de riñón, la dinámica familiar y los aspectos socioeconómicos mejorarán.

Las variables fueron las siguientes:

- *Variable independiente:*
 - . *Trasplante de riñón.*

- Variables Dependientes:
- . Dinámica Familiar.
- . Aspectos Socioeconómicos.

Con las variables dependientes, se trata de comprobar que una vez que el paciente y su familia reciben información médica de que éste presenta insuficiencia renal crónica, la dinámica familiar y los aspectos socioeconómicos sufren -- cambios debido a que el paciente puede aislarse socialmente, disminuir su autoestima, interrumpir estudios y hay -- continuas ausencias a sus labores las cuales provocan deterioro en la economía familiar. Después del trasplante se -- estabilizan dichos aspectos.

Para el estudio de la dinámica familiar se usaron cuatro -- indicadores que propone Virginia Satir: (2)

1.- AUTOESTIMA

Conjunto de sentimientos e ideas que uno tiene de sí mismo. Este indicador lo maneja a través de dos vertientes:

- A) Sobre-estima, cuando son expresados los sentimientos -- abiertamente.
- B) Sub-estima, cuando hay dificultad para expresarlos.

2.- COMUNICACION FAMILIAR.

La autora la clasifica en:

2) Satir, Virginia. Las Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. Editorial Pax-México. 1980. Págs. 1 a 8.

- A) Abierta, cuando se da importancia a los sentimientos y a la persona, confianza y seguridad, esta expresa sentimientos y estímulo al crecimiento.
- B) Cerrada, cuando impide el crecimiento de la familia, -- provoca subestima y no permite la interacción.

3.-NORMAS FAMILIARES.

Al igual que en el indicador anterior, Satir, no presenta en su texto el concepto, sino que simplemente las divide - en;

- A) Actualizadas, flexibles y humanas, cuando en la familia se puede hablar de sucesos negativos, de la enfermedad de alguno de sus miembros y no hay restricciones respecto a los comentarios; las reglas nacen, se discuten y analizan dentro del núcleo familiar.
- B) Inflexibles, desactualizadas e inhumanas, cuando en la familia solo se permite hablar de lo bueno, correcto y apropiado; no se discuten las reglas o bien estas no -- son conocidas por todos los miembros de la familia, por lo tanto están ocultas.

4.-ENLACE CON LA SOCIEDAD.

También la autora lo divide en dos;

- A) Abierto y confiado, cuando se relacionan e interactúan y se sienten en un ambiente de confianza.

B) Cerrado, cuando no se establece ningún vínculo con persona ajena al núcleo familiar.

En la variable dependiente descrita, encontramos cuatro -- elementos con características positivas y negativas; así -- consideradas integran dos grupos a los que se les asigna -- un punto por elemento, esto es, cuatro puntos por cada grupo.

Grupo 1, de elementos positivos:

Sobre-estima, comunicación abierta, normas actualizadas y enlace con la sociedad abierto.

Grupo 2, de elementos negativos:

Sub-estima, comunicación cerrada, normas desactualizadas y enlace con la sociedad cerrado.

La dinámica familiar se valorará antes y después del trasplante renal y para la clasificación final se considerará:

- Tres respuestas positivas será una familia nutridora y -- cuando haya igualdad de elementos, familia conflictiva.

Para el estudio del aspecto social y económico, se considerarán los siguientes indicadores:

- Escolaridad.
- Actividades sociales, deportivas y culturales.
- Ocupación o posición del individuo en la producción.
- Ingreso económico familiar.

Al captar la información se valoró la continuidad y consistencia, el abandono y las causas que lo originaron, además de comparar la actividad laboral desarrollada antes y después del trasplante, así como los cambios que pudieran darse y las causas, considerando para ello cinco causas de cambio en la situación laboral:

- Reubicación en la misma empresa.
- Cambio de Centro de Trabajo.
- Renuncia.
- Liquidación.
- Desempleo.

El ingreso familiar se clasificó en cinco rangos:

- Ingreso variable, menor al salario mínimo o igual.
- Ingreso fijo menor al salario mínimo o igual.
- Ingreso fijo menor o igual de dos salarios mínimos.
- Ingreso menor o igual a tres salarios mínimos.
- Ingreso de cuatro o más salarios mínimos.

En la medición de esta variable de aspectos socioeconómicos, se busca definir el estado que guarda el receptor de riñón, antes y después del trasplante renal y sus consecuencias en el núcleo familiar y la sociedad.

5.4 METODOLOGIA.

El proyecto de investigación se elaboró cuando el plantea-

miento del problema renal que pudiendo ser prevenido, se convierte en enfermedad terminal.

Para lo anterior se llevó a cabo análisis documental y se generó el proyecto, el cual fue sometido al tamiz de los Comités Locales de Investigación de los Hospitales de Especialidades y Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, quienes una vez hechas las observaciones dieron el visto bueno para continuar con el desarrollo del proyecto.

Para definir el universo de trabajo, se acudió a los archivos de los hospitales donde se desarrolló el proyecto y éste fue de 34 pacientes, de los cuales 27 son adultos atendidos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI y 7 menores de 16 años, pacientes que reciben atención en el Hospital de Pediatría del mismo Centro Médico Nacional

Todos los pacientes incluidos en la investigación fueron intervenidos en las instalaciones del Hospital de Especialidades.

La investigación incluyó todos los casos que recibieron trasplante, de ambos sexos, sin límite de edad durante el período del primero de diciembre de 1989 al primero de diciembre de 1991.

En el estudio no se incluyeron los trasplantes de donador

cadáver, toda vez que en estos las características y los - resultados post-trasplante son distintos, requiriendo en - mi opinión un estudio por separado.

El tipo de muestreo en este estudio fue por conveniencia, ya que se tomó el 100 % de los casos que recibieron tras--plante de riñón en el período arriba señalado, y correspon--dieron a donador vivo relacionado.

Para la recolección de la información se diseñó un instru--mento (Anexo 2), que fue aplicado en la revisión de los -- expedientes clínicos de los propios pacientes y, también - fue utilizado en las entrevistas a pacientes y familiares aplicadas en los dos hospitales, así como durante las visi--tas domiciliarias que se efectuaron en aquellos casos en - donde no fue posible recolectar los datos a través del ex--pediente, al no contar éste con estudio social, notas so--ciales subsecuentes o del Servicio de Higiene Mental.

Para la integración del capitulado se hizo necesaria la in--vestigación bibliográfica, hemerográfica y de campo.

Se estableció ceguedad en el encuestador, al llevar a cabo contacto con el receptor y/o familiares en la entrevista, - es decir no se tuvieron presentes los datos captados en -- los expedientes clínicos.

5.5 INSTRUMENTOS.

A fin de precisar la información económica y social se estructuró un instrumento que sirvió para capturar los datos de los 34 pacientes que recibieron trasplante de riñón. Dicho instrumento consta de un apartado para la integración de los datos de identificación y de 22 preguntas, algunas cerradas y otras de opción múltiple.

El instrumento fue piloteado en el 10 % de los casos, siendo el resultado de gran utilidad, ya que permitió la adecuación de éste para su aplicación definitiva.

Concluida la aplicación del instrumento se validó la información captada, elaborándose códigos faltantes para la base de datos, su procesamiento e integración de tablas estadísticas, según frecuencia y las correlaciones requeridas para la integración del estudio.

5.6 REPRESENTACIÓN GRAFICA DE LOS RESULTADOS.

A continuación se presenta, a través de 19 tablas y 8 gráficas, los resultados obtenidos en la investigación de campo, sometiéndose a prueba estadística las gráficas 1, 2, 4, 5, 6 y 7, el índice fue en el orden señalado, el siguiente:
.79477126, .0001631, .1608636, .1996188, .00003 y .0166488.

RECEPTORES DE RINON POR UNIDAD MEDICA

UNIDAD MEDICA	FRECUENCIA	%
Especialidades	27	79.4
Pediatría	7	20.6
TOTAL	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos

Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 1.

EDAD DE LOS RECEPTORES DE RIÑON

EDADES EN AÑOS	FRECUENCIA	%
Menos de 15	7	20.6
De 16 a 20	4	12.0
De 21 a 30	9	26.2
Más de 30	14	41.2
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos

Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 2.

SEXO DE LOS RECEPTORES DE RION

SEXO	FRECUENCIA	%
Masculino	19	55.9
Femenino	15	44.1
TOTAL	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos

Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 3.

TRASPLANTES EN EL PERIODO 1989-1991

AÑO	FRECUENCIA	%
1989	2	5.8
1990	19	55.9
1991	13	38.3
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos
Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 4.

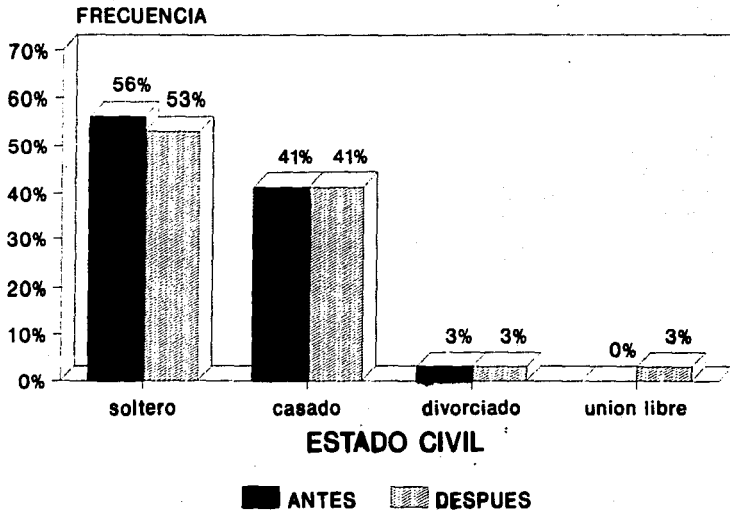
LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS RECEPTORES DE RIADON

LUGAR	FRECUENCIA	%
Distrito Federal	25	73.5
Foráneo	9	26.5
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos
Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 5.

GRAFICA 1. ESTADO CIVIL ANTES Y DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL.



muestra total = 34 casos
Fuente : Investigacion de campo 1992.

**INTEGRANTES DE LAS FAMILIAS DE LOS
RECEPTORES DE RIION**

INTEGRANTES	FRECUENCIA	%
De 2 a 4 .	9	26.5
De 5 a 7	21	61.7
De 8 a 10	2	5.9
Más de 10	2	5.9
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos

Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 6.

**TIPO DE TRATAMIENTO AL QUE SE SUJETARON
LOS RECEPTORES DE RIÑON**

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	%
Conservador	2	5.9
Diálisis peritoneal continua ambulatoria	12	35.3
Diálisis intermitente	13	38.3
Hemodiálisis	1	2.9
Conservador e intermitente	2	5.9
Ambulatoria e intermitente	3	8.8
Ambulatoria, intermitente y hemodiálisis	1	2.9
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos
Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 7.

INTERNAMIENTOS PREVIOS AL TRASPLANTE RENAL

INTERNAMIENTOS	FRECUENCIA	%
Si	33	97.1
No	1	2.9
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos
Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 8.

**INTERNAMIENTOS QUE TUVIERON LOS PACIENTES
ANTES DEL TRASPLANTE DE RIÑON**

INTERNAMIENTOS	FRECUENCIA	%
De 1 a 5	18	52.9
De 6 a 10	10	29.5
De 11 a 15	4	11.8
Más de 15	1	2.9
T O T A L	33	97.1

Muestra Total: 33 Casos
Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 9.

PERIODO DE TRATAMIENTO ANTES DEL TRASPLANTE RENAL

PERIODO	FRECUENCIA	%
De 7 a 9 meses	5	14.7
De 10 meses a 1 año	9	26.5
Más de 1 año	20	58.8
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos

Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 10.

FAMILIARES DISPUESTOS A DONAR UN RIÑON

FAMILIARES DISPUESTOS	FRECUENCIA	%
De 1 a 2	22	64.7
De 3 a 4	8	23.5
De 5 a 6	3	8.8
Más de 6	1	2.9
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos
Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 11.

**PARENTESCO DE LOS DONADORES
CON EL RECEPTOR DE RIÑON**

PARENTESCO	FRECUENCIA	%
Hermano	14	41.2
Hermana	10	29.4
Madre	6	17.6
Padre	4	11.8
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos
Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 12.

INTERNAMIENTOS POSTERIORES AL TRASPLANTE RENAL

INTERNAMIENTOS	FRECUENCIA	%
Ninguno	21	61.8
Uno	10	21.4
Dos	3	8.8
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos

Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 13.

ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%
Saben leer y escribir	3	8.8
Primaria completa	4	11.8
Secundaria incompleta	2	5.9
Secundaria completa	5	14.7
Nivel Técnico/Vocacional/ Preparatoria	13	38.2
Nivel Profesional	7	20.6
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos

Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 14.

ALTERACION EN LA ACTIVIDAD ESCOLAR

ALTERACION	FRECUENCIA	%
Si	12	35.3
No	22	64.7
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos
Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 15.

EFFECTOS DEL PADECIMIENTO EN LA ACTIVIDAD ESCOLAR

EFFECTOS	FRECUENCIA	%
Pérdida de un ciclo escolar	5	14.7
Interrupción temporal de estudios	4	11.8
Interrupción definitiva de estudios	2	5.9
Cambio de área escolar	1	2.9
T O T A L	12	35.3

Muestra Total: 12 Casos

Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 16.

CAUSAS DE ALTERACION EN LA ACTIVIDAD ESCOLAR

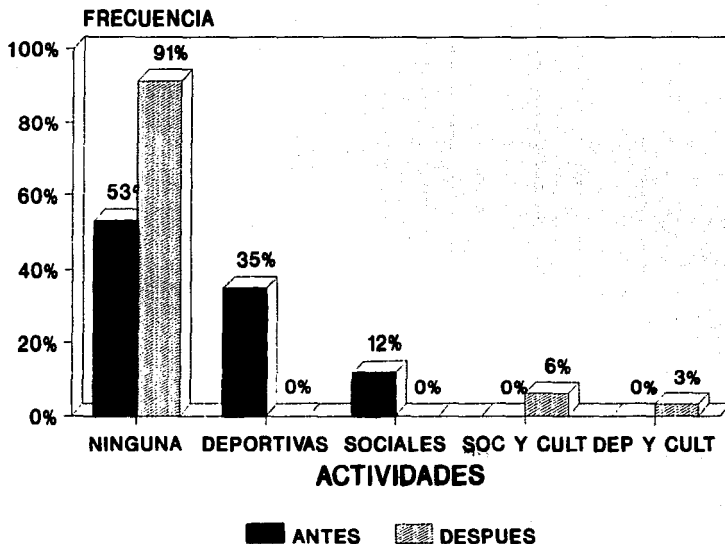
CAUSAS	FRECUENCIA	%
Ninguna.	22	64.7
Consultas médicas y hospitalizaciones frecuentes.	8	23.5
Malestar emocional y pérdida de interés.	2	5.9
Frecuentes consultas, hospitalizaciones prolongadas y malestar emocional.	2	5.9
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos

Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 17.

GRAFICA 2. ACTIVIDADES SOCIALES, DEPORTIVAS Y CULTURALES ANTES Y DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL.



muestra total = 34 casos

Fuente : Investigación de campo 1992.

**DIFICULTAD DE LOS RECEPTORES DE RIADON PARA
CONTINUAR SU VIDA SOCIAL**

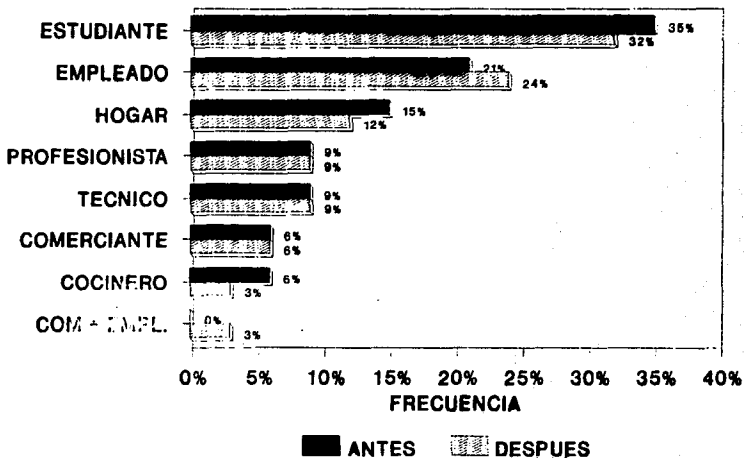
DIFICULTAD	FRECUENCIA	%
Enfermedad	7	20.6
Falta de interés	2	5.9
No identificada la causa	22	64.7
T O T A L	31	91.2

Muestra Total: 31 Casos
Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 18.

GRAFICA 3. OCUPACION DEL RECEPTOR ANTES Y DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL.

OCUPACION



Muestra total = 34 casos
Fuente : Investigación de campo 1992.

**PROBLEMAS DE LOS RECEPTORES DE RIAON
EN EL AREA LABORAL**

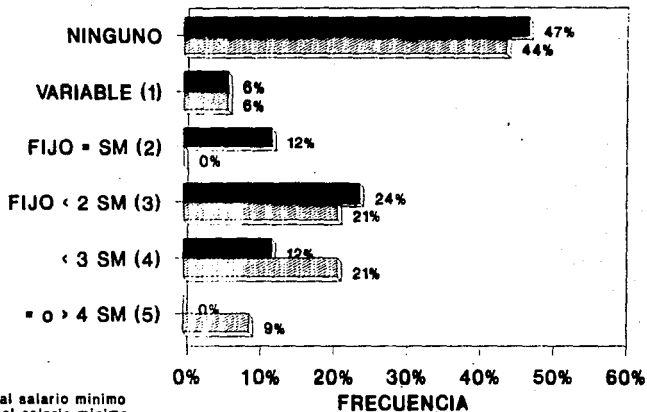
PROBLEMAS	FRECUENCIA	%
Ausentismo frecuente	13	38.2
Liquidación	2	5.9
Reubicación	1	2.9
Cambio de centro de trabajo	1	2.9
Renuncia	1	2.9
Ninguno	16	47.1
T O T A L	34	100.0

Muestra Total: 34 Casos
Fuente: Investigación de Campo 1992.

T A B L A 19.

GRAFICA 4. INGRESO MENSUAL DE LOS PACIENTES ANTES Y DESPUES DEL TRASPLANTE

INGRESO MENSUAL

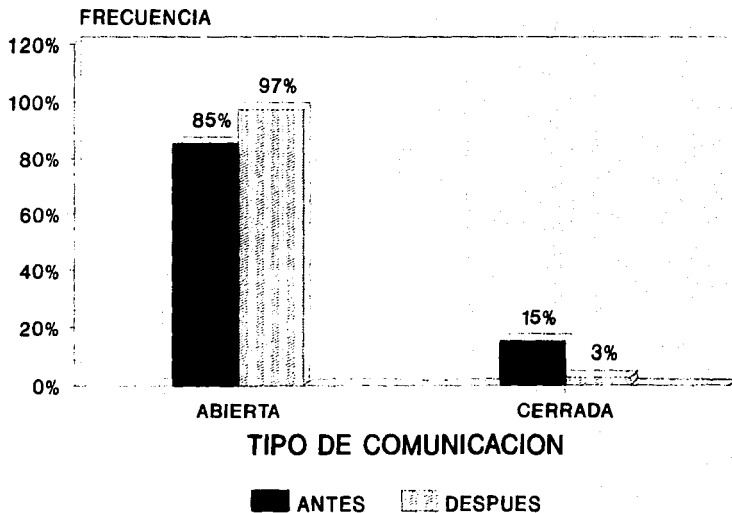


- (1) igual o menor al salario mínimo
 (2) igual o menor al salario mínimo
 (3) menor o igual de dos salarios mínimos.
 (4) menor o igual a tres salarios mínimos
 (5) cuatro o mas salarios mínimos

■ ANTES ▨ DESPUES

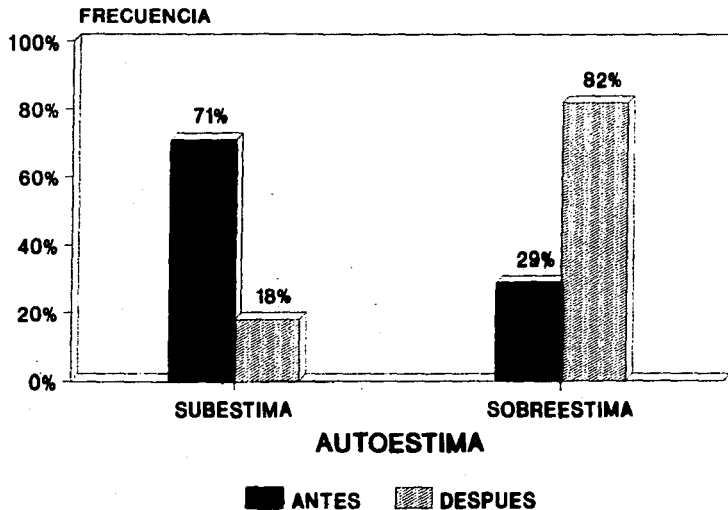
Muestra total • 34 casos
 Fuente : Investigación de campo 1992.

GRAFICA 5. COMUNICACION EN EL NUCLEO FAMILIAR DEL RECEPTOR DE RINON.



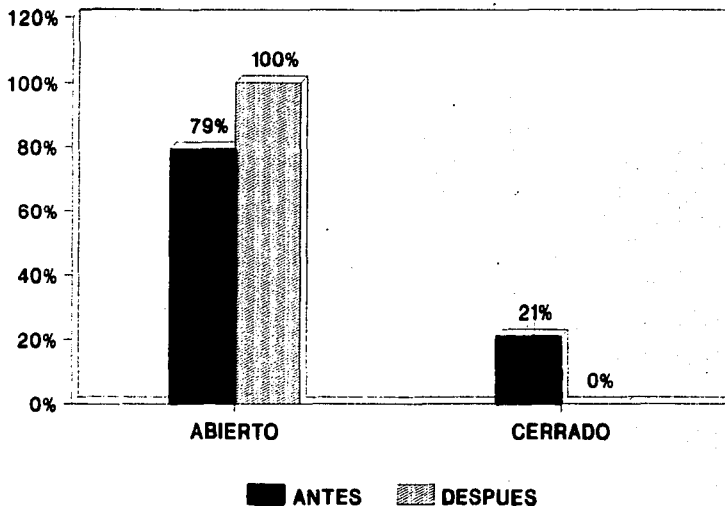
Muestra total = 34 casos
Fuente : Investigacion de campo 1992.

GRAFICA 6. AUTOESTIMA DEL RECEPTOR ANTES Y DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL



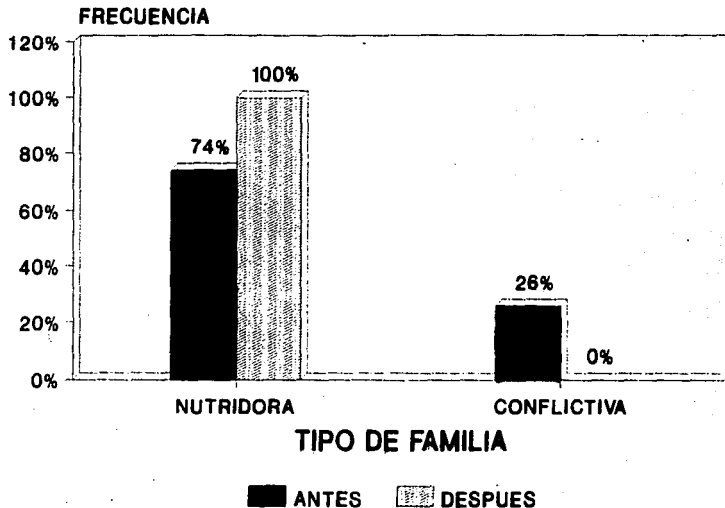
Muestra total = 34 casos
Fuente : Investigación de campo 1992.

**GRAFICA 7. ENLACE SOCIAL DEL RECEPTOR
ANTES Y DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL.**



Muestra total = 34 casos
Fuente : Investigación de campo 1992

GRAFICA 8. TIPO DE FAMILIA DEL RECEPTOR ANTES Y DESPUES DEL TRASPLANTE RENAL.



Muestra total = 34 casos
Fuente : investigación de campo 1992

5.7. INTERPRETACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.

Complementando los datos concentrados en las tablas y gráficas, resulta de interés emitir comentarios sobre los contenidos de las mismas.

En las unidades médicas donde se desarrolló el estudio en el lapso de 1989-1991 se practicaron 34 trasplantes, de los cuales 27, esto es 79.4% se realizaron en el Hospital de Especialidades y 7 que equivalen al 20.6%, en el Hospital de Pediatría (tabla 1).

La edad de los pacientes beneficiados, según se muestra en la tabla 2 reflejó que predominan los adultos; que en el estudio representan el 79.4% (27 casos), y el 20.6% (7 casos) correspondió a menores de 16 años.

El problema de afección renal, se presenta indistintamente en hombres y mujeres; esto se puede constatar en el presente estudio donde de 34 casos, 15 (44.1%) fueron pacientes femeninas y 19 (55.9%) masculinos, (tabla 3).

El número de pacientes beneficiados con trasplante de riñón fue mayor en 1990, ya que de 34 casos, 19 (55.9%) correspondieron a ese año y 13 (38.3%) fueron de 1991. Los casos de 1989 fueron 2 (5.8%) debido a que el estudio abarcó a partir del primero de diciembre de 1989, (Tabla 4).

En la tabla 5 se observa que se ha atendido un número mayor de pacientes del Distrito Federal, 25 que equivale al 73.5%

que del interior del país, el cual fue de 9 casos, 26.5 %.

El estado civil de los pacientes no sufrió cambios después del trasplante, según se muestra en la gráfica 1, lo cual indica un fuerte apoyo entre parejas.

Las familias de los pacientes, varían en el número de miembros, predominando las de 5 a 7, que en el estudio representaron el 61.7 %, 21 familias (tabla 6).

El tratamiento al que se sujetan los pacientes con mayor frecuencia son las diálisis, 73.6 % y recurren a otros en menor grado, 26.4 %. El de diálisis peritoneal continua -- ambulatoria representa un 35.3 % (12 casos), de diálisis intermitente el 38.3 % (13 casos), otros cinco tratamientos representan el 26.4 % correspondiente a 9 casos (tabla 7).

En las tablas 8 y 9 se presentan los pacientes que tuvieron internamientos previos al trasplante y el número de éstos, siendo 33 pacientes los que recibieron atención hospitalaria, esto es el 97.1 % y sólo 1 caso que equivale al 2.9 %, no requirió atención hospitalaria.

De las 33 hospitalizaciones previas, 18 casos que correspondieron al 52.9 % fueron internados de 1 a 5 veces, 10 - de ellos que representaron el 29.5 % de 6 a 10 ocasiones y 5 casos (14.7 %) de 11 a más de 15 veces.

Los estudios previos y la disposición de órganos puede influir en el tiempo para realizar el trasplante y así tenemos que de 34 casos, 20 de ellos (58.8%) tienen que esperar más de un año y los 14 restantes, de 7 meses a un año, (tabla 10).

En la tabla 11 se observa que la disposición a donar por parte de los familiares es mínima, ya que de 34 familias integradas al estudio, en 22 de ellas (64.7%) de 1 a 2 miembros estuvieron de acuerdo en apoyar al paciente y fue descendiendo.

En la donación de riñón, los familiares directos son el apoyo más importante, según se podrá apreciar, ya que de 34 casos; 24 (70.6%), fueron hermanos, y 10 (29.4%) correspondieron a padres de los pacientes, (tabla 12).

Los problemas post-operatorios fueron poco frecuentes y así tenemos que de los 34 casos, 3 (8.8%) fueron reingresados dos veces al hospital, 10 (21.4%), una vez y 21 (61.8%) no tuvieron necesidad, (tabla 13).

Se presenta una diversidad en la escolaridad de los pacientes; la situación escolar sufrió cambios en 12 casos - - - (35.3%) que se manifestaron en pérdidas e interrupción de actividades escolares, cuyas causas tuvieron su origen en la atención al padecimiento, como son: consultas, malesta-

res y otras, (tablas 14, 15, 16 y 17):

Las actividades sociales, deportivas y culturales cambiaron radicalmente, antes del trasplante en 18 casos (52.9%) no se realizaba ninguna actividad, en tanto que 12 realizaban actividades deportivas (35%) y 4 (12%) tenían actividades sociales. En forma posterior al trasplante prácticamente todos los pacientes, 31 (91%) abandonaron todo tipo de actividad (gráfica 2).

Las diferentes causas que impidieron el desarrollo de las actividades sociales, deportivas y culturales después del tratamiento fueron: 7 casos (20.6%) por enfermedad, 2 casos (5.9%) por falta de interés, y en 22 casos (64.7%) sin identificar, (tabla 18).

En la gráfica 3 se presenta la ocupación de los pacientes, antes y después del trasplante, la cual tuvo modificaciones poco relevantes.

En el área laboral, según la tabla 19, el ausentismo fue una de las principales causas, originado por el padecimiento, 13 casos (38.2%), 2 pacientes (5.9%) fueron liquidados, 1 caso (2.9%) renunció, 1 caso (2.9%) fue reubicado 1 paciente (2.9%) cambió de trabajo y el resto 16 pacientes permanecieron igual que antes del trasplante (47.1%).

De acuerdo a la gráfica 4, el ingreso mensual de los pacientes sufrió modificaciones importantes al rebasar los

límites que se tenían antes del trasplante y, ubicarse en otros superiores de ingreso.

La comunicación se mejoró después del trasplante, así antes se tenían 29 casos (85.3%) de comunicación abierta, después del trasplante se tenían 33 casos (97.1%), y por lo tanto la comunicación cerrada casi se eliminó; antes del trasplante 5 casos (14.7%), después 1 caso (2.9%), gráfica 5.

La autoestima del receptor de acuerdo a la gráfica 6 se benefició notablemente, ya que antes del trasplante había 24 casos con subestima que representaron el 70.6% y después del trasplante 6 casos arrojaron el 17%; la sobreestima antes del trasplante se dio en 10 pacientes, esto es 29.4%, después se presentó en 28 pacientes equivalentes al 82.3%.

La normatividad familiar de los receptores de riñón no sufrió alteración alguna, razón por la que no se anexa representación gráfica.

En la gráfica 7 se muestra que el enlace social de los receptores se mejoró totalmente, después del trasplante desapareció el tipo cerrado.

En la gráfica 8 se muestra el concentrado de los cuatro indicadores para valorar la dinámica familiar a través de los

dos tipos de familia: nutridora y conflictiva. En dicha --
gráfica se aprecia un incremento en el número de familias-
nutridoras en forma posterior al trasplante que cubre al
100% de las familias estudiadas (34 casos).

Finalmente se puede concluir que la hipótesis de la presen-
te investigación: "Una vez realizado el trasplante de ri-
ñón, la dinámica familiar y los aspectos socioeconómicos -
mejorarán", fue comprobada, ya que el trasplante renal mos-
tró un impacto favorable en la dinámica familiar y en los
aspectos socioeconómicos estudiados; sin embargo, estas si-
tuaciones favorables, no se dieron como consecuencia de la
intervención quirúrgica, sino que son el fruto del esfuer-
zo de todos los que intervinieron: pacientes, familiares y
equipo multidisciplinario.

Dentro de los resultados de esta investigación se destaca
el hecho de haberse presentado mejoría en forma posterior
al trasplante en 3 de los 4 indicadores de dinámica fami-
liar, en tanto que en uno de ellos no se observó modifica-
ción. De esta manera la autoestima mejoró en 53 %, la comu-
nicación se incrementó de 85 % a 97 % y en relación al en-
lace social, desaparecieron los casos de enlaces "cerrados".

En los aspectos sociales, se observó una alteración tran-
sitoria en la escolaridad, no hubo modificaciones importan-
tes en la ocupación, el ingreso económico tuvo un incremen-

to en el monto después del trasplante, en algunos casos y, se hizo evidente un deterioro en las actividades sociales, deportivas y culturales, las cuales disminuyeron notablemente en los meses subsiguientes a la realización del trasplante (47 § vs 9 §).

CAPITULO VI.

6.1 PARTICIPACION DE TRABAJO SOCIAL.

En el quehacer de la vida concurren diversas disciplinas - para regular la actuación del hombre en sociedad, la que - reviste mayor importancia por su presencia siempre dispuesta al auxilio del ser humano, es el Trabajo Social, del --cual señala Kisman (1) "procura crear una actitud crítica acerca de las causas-efectos de los problemas sociales, así como de los recursos disponibles con el fin de que los sujetos afectados por esos problemas asuman una acción organizada y preventiva transformadora que los supere".

De la cita anterior, podemos desprender que la participación del Trabajo Social está perfectamente definida en la vida del hombre y se puede apreciar un enorme sentido social al interiorizar no tan solo en la definición, sino en la actuación siempre solícita y entregada del Trabajador Social en diferentes ámbitos de la Sociedad.

6.1 IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL AREA DE LA SALUD.

El Trabajo Social aplicado en el área de la salud, tiene antecedentes que nos remontan al año de 1880 en Inglaterra

1) Kisman, Natalio. Salud Pública y Trabajo Social. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina. 1981. Pág.-- 121.

con la aparición de los visitantes médicos que aconsejaban a la familia y amigos de pacientes enfermos mentales sobre la atención que debían procurarles para evitar una recaída. A finales del siglo XIX en Londres, Inglaterra por iniciativa del Sir Charles S. Loch se crearon las damas de la caridad que hacían labores de recepcionistas y realizaban -- investigaciones sociales.

En 1895 en Nueva York, Lilliam y Mary Brouster, empezaron a visitar enfermos pobres en algunos hospitales, apoyaron el trabajo algunas enfermeras Wald y Brouster, en una labor netamente social prestaron auxilio a los enfermos.

En 1900 el Dr. Charles P. Emerson, de la Universidad John-Hopkins, de Batimore, pidió que sus alumnos fueran voluntarios en las asociaciones de caridad para que el estudio y la influencia de las condiciones de vida que actúan en la enfermedad se comprendieran y formando parte de la enseñanza enriquecieran la formación del alumno.

En 1905 el Trabajador Social empieza a formar parte del -- personal de hospitales en Boston, Nueva York y Batimore en Estados Unidos de Norteamérica.

Es a partir de 1943, aproximadamente, que empiezan a con- tratar Trabajadores Sociales para desempeñar ciertas fun- ciones de orientación y ayuda a la población hospitalizada(2).

2) Revista de Trabajo Social 37. Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Pág. 22.

El Trabajo Social en el área de la salud tiene presencia permanente, en forma directa algunas de las veces y, en otra, formando parte del equipo multidisciplinario.

La necesidad de brindar apoyo al paciente en el transcurso de la etapa difícil de la enfermedad y su convalecencia, lo desarrolla el Trabajador Social.

La colaboración que el Trabajador Social brinda al médico y, en general a las instituciones de salud, se manifiesta en el manejo de información sobre el padecimiento, promoción de acciones educativas para que el paciente y su familia participen en el tratamiento y rehabilitación.

La participación del Trabajador Social enriquece la actuación del equipo multidisciplinario, cuando se coordina con los demás integrantes para lograr un objetivo común: "La salud integral del paciente".

Al hablar del Trabajo Social en el área de la salud, no se puede aislar de su relación directa con el Trabajo Social, ya que se trata solamente de una especialidad o rama de éste. Sus funciones y conceptos están enmarcados dentro del Trabajo Social y la Salud Pública.

El Trabajo Social en el área de la salud se define (3) como
5) *Revista de Trabajo Social 37. Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. Pág. 32.*

mo "el conjunto de acciones metodológicamente orientadas - mediante la investigación de factores sociales que influyen en la salud para participar en programas tendientes a educar, organizar y movilizar a la población a efecto de - contribuir a su salud integral".

Lo anterior lleva al Licenciado en Trabajo Social o Trabajador Social que labore en el área de la salud a dirigir - el conjunto de acciones que realice a la investigación de la patología social que influye o afecta la salud del individuo, grupo o comunidad, con el propósito de intervenir - en la corrección de los factores que originan conflictos - de salud, buscando siempre que sean participes y corresponsables en el autocuidado de su salud.

El objetivo principal del Trabajo Social en el área de la salud, es la preservación y fomento de la salud del individuo dentro de su contexto social, el cual para lograrse requiere de acciones metodológicas de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, investigación y enseñanza.

A continuación se mencionan algunas de las funciones generales del Trabajador Social en el área de la salud.

- Conocer e interpretar las relaciones que existen entre - los problemas socioeconómicos y los estados de salud y - enfermedad.

- Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que llevan a la promoción, protección y restauración de la salud.
- Elaborar programas tendientes a preservar la salud comunitaria a través de la revisión de hábitos de vida del individuo, educación sanitaria, prevención de las consecuencias de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento temprano, prevención de la incapacidad social a través de la rehabilitación adecuada.
- Elaborar programas tendientes a mantener un nivel de vida aceptable desde el punto de vista fisiológico con énfasis en alimentación adecuada, vivienda higiénica, saneamiento general, etc.

En relación a las funciones específicas del Trabajo Social en el área de la salud, éstas se sujetan a la política que sobre salud tenga cada Unidad Hospitalaria y el tipo de servicio que preste.

6.2 PROPUESTA DE ACTIVIDADES ESPECIFICAS DEL TRABAJADOR -
SOCIAL EN LOS HOSPITALES DE ESPECIALIDADES Y PEDI---
TRIA DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

Como producto de la investigación desarrollada, las activi
dades del Trabajador Social en el área de la salud deben -
abarcas lo siguiente:

1. Elaborar estudio socioeconómico del receptor de órganos de donador vivo relacionado para conocer los siguientes aspectos:
 - . Estado actual del receptor, donador y sus familiares y su conocimiento acerca de la clase de intervención quirúrgica necesaria para el trasplante de riñón
 - . Grado de aceptación del padecimiento por los receptores de riñón y sus familiares.
 - . Participación del receptor de riñón y de sus familiares en el tratamiento y rehabilitación.
 - . El comportamiento, actitudes, estado de ánimo, comuni
cación familiar, normas familiares, autoestima, etc.
 - . Ambiente físico o condiciones de la vivienda, escuela, trabajo, etc. a través de visita domiciliaria o de vi
sita a los centros de referencia, si el caso lo requie
re.
2. Participar en el tratamiento y rehabilitación del recep

tor de donador vivo relacionado, mediante la aplicación de los siguientes métodos:

- . Apoyo psicológico o terapia de apoyo para disipar dudas, tensiones emocionales, ajustes en las relaciones interpersonales, convencimiento para la reanudación de sus actividades cotidianas, etc.
 - . Clarificación, en el caso de que se requiera del esclarecimiento de cuestiones médicas generales, derechos en cuanto al pago del monto de incapacidades, -- etc.
 - . Modificación del ambiente para la adecuación de las condiciones de la vivienda, para la atención de la situación escolar del receptor, para cuestiones laborales en cuanto a permisos, cambios de área y horario, -- así como acomodo de familiares de pacientes foráneos en el albergue comunitario del Instituto Mexicano del Seguro Social o casas de huéspedes particulares.
3. Realizar seguimiento de los receptores de riñón por un período de tres años, después de haber recibido el trasplante, ya sea mediante entrevista cuando se presenta -- en la Consulta Externa de la Unidad Médica o a través -- de visita domiciliaria.
4. Registro de notas de evolución social de los casos en -- los expedientes clínicos.

5. *Participación con el equipo multidisciplinario en la solicitud a los familiares para su apoyo en el trasplante renal, sensibilizando e informando a éstos acerca de la donación de riñón, las posibilidades y consecuencias -- del trasplante.*
6. *Coordinar la entrega de los formatos oficiales: anuencia del receptor para la realización del trasplante y - autorización del donador de riñón.*
7. *Proporcionar orientación legal a los posibles donadores de riñón.*
8. *Participar en las sesiones del Comité de Trasplante en el análisis y discusión de casos desde el punto de vista social, de aquéllos que sean candidatos a trasplante renal.*
9. *Fomentar la integración de los miembros del Comité de - Trasplante Renal para realizar con mayor efectividad el trabajo y lograr los objetivos de este organismo.*
10. *Integrar grupos educativos en los cuales se refuercen aspectos médicos, nutricionales, emocionales, recreativos, etc.*
11. *Elaborar programas de promoción tendientes a lograr la participación de la población para la donación postmor*

tem de órganos.

12. Observar los fenómenos sociales relacionados con los -- trasplantes renales para efectuar trabajos de investigación que sirvan en el otorgamiento de una mejor información, orientación y apoyo a los pacientes y sus familiares.
13. Mantener coordinación con el Registro Nacional de Trasplantes para proveer de órganos humanos a aquéllos pacientes que se encuentren en la lista de espera para -- trasplante de riñón de cadáver.
14. Entregar la información social requerida para la integración del informe trimestral que se deriva al Registro Nacional de Trasplantes.

C O N C L U S I O N E S .

1. Los trasplantes en México y en el mundo han representado una alternativa importante en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal, ya que los -- resultados que se obtienen en relación a la rehabilitación y calidad de vida de los pacientes son notables.
2. Lo complejo de la maniobra terapéutica trae como consecuencia que muy pocos pacientes puedan recibirla, -- debido al escaso número de órganos disponibles y a la falta de capacidad en cuanto a recursos humanos y financieros se refiere, por parte de las instituciones -- de salud, oficiales y privadas.
3. Tradicionalmente la eficacia del trasplante renal ha sido medida a través de los años de supervivencia del paciente en forma posterior al trasplante, empero, recientemente se ha hecho énfasis en la necesidad de -- considerar el nivel funcional de la dinámica familiar así como de los aspectos socioeconómicos relacionados a la calidad de vida de los pacientes como un indicador de éxito de dicho tratamiento.
4. Dentro de los resultados de la investigación destacó el hecho de haberse presentado mejoría en forma posterior al trasplante, en tres de los cuatro indicados de dinámica familiar, en tanto que en uno de --

ellos no se observó modificación. De esta manera la comunicación se incrementó de 85% a 97%; la autoestima mejoró en 53% y en relación al enlace social, desaparecieron los casos de enlaces "cerrados". El resumen de estos indicadores mostró que en forma posterior al -- trasplante el 100% de las familias eran de tipo "nutridora".

5. En lo que respecta a los aspectos socioeconómicos se observó una alteración transitoria en lo relativo a la escolaridad, no hubo modificación en la ocupación y se hizo evidente un deterioro en lo relacionado a las actividades sociales, deportivas y culturales, las cuales disminuyeron notablemente en los meses subsiguientes a la realización del trasplante (47% vs 9%).
6. El tratamiento médico (trasplante) por sí solo no asegura la recuperación total del paciente en el nivel -- funcional requerido; debe ocurrir la participación del conjunto total de profesionales de la salud en forma -- interdisciplinaria. Esto pudo palparse en la revisión de las notas de las áreas de Higiene Mental, Trabajo -- Social, Nutrición, etc. registradas en los expedientes -- clínicos de los pacientes estudiados.

SUGERENCIAS

- Promover la identificación temprana de enfermedades renales en niños con el fin de ofrecer tratamiento oportuno, reducir la morbi-mortalidad y valorar los recursos para el tratamiento.
- Informar al público sobre la presencia de signos y síntomas que puedan orientar a identificar la presencia de nefropatías que conducen a la insuficiencia renal crónica, tales como cambios en el color y en olor de la orina, -- fiebre de duración prolongada sin causa aparente, edema, enuresis y en los lactantes y preescolares dificultad para ganar peso y retraso en el crecimiento.
- La difusión de los aspectos de identificación de signos y síntomas para la prevención de la insuficiencia renal crónica, se puede lograr a través de los medios masivos de comunicación y la publicación de folletos breves que ilustren y contengan información acerca del funcionamiento de los riñones y posibilidades terapéuticas cuando es identificada la enfermedad.
- Aprovechar el momento de espera cuando se acude a Consulta Externa del Hospital, para ofrecer charlas que contengan información sobre la insuficiencia renal crónica. Esta difusión se puede planear y organizar para que se dirija

ja a grupos de padres de familia, profesores, alumnos y público en general.

- Promover y sensibilizar a la población para la donación de órganos o tejidos humanos, utilizando apoyos didácticos adecuados.
- Dada la importancia que tiene el conocer el impacto social del trasplante renal, se considera necesario ampliar el número de estudios con medición basal precoz, seguimiento uniforme posterior al trasplante y una muestra -- más amplia.
- Es necesario que el Trabajador Social forme parte del Comité de Trasplante Renal para que, invariablemente, emita su opinión respecto a las condiciones sociales que definen a los pacientes como candidatos viables al trasplante. Se recomienda que el Trabajador Social que participe en esta labor, esté actualizado en aspectos médicos terapéuticos (qué es la insuficiencia renal crónica, tipos de tratamiento aplicados, medidas higiénicas, infecciones comunes, etc.), así como en aspectos sociales y - legales a que da lugar el trasplante.
- Se sugiere la asistencia regular a las sesiones clínicas que se llevan a cabo en el Servicio de Nefrología, acudir los días en que se imparte la Consulta Externa en és

te servicio y dar a conocer el seguimiento social del ca
so al médico tratante.

GLOSARIO DE ALGUNOS TERMINOS MEDICOS.

FUENTE: DICCIONARIO TERMINOLOGICO DE CIENCIAS MEDICAS. --
EDITORIAL SALVAT. MEXICO. 1984.

ADINAMIA.-	Falta o pérdida de la fuerza vital o normal.
ARREFLEXIA.-	Falta de reflejos.
ASTENIA.-	Falta de fuerza, desgano.
ATONIA.-	Falta de la fuerza o tono normal, especialmente de un órgano contractil.
COMA.-	Estado de sopor profundo con abolición del conocimiento, sensibilidad y movilidad que aparece en el curso de ciertas enfermedades o después de un tratamiento grave.
CREATININA.-	Substancia básica. Creatinina, anhidra, producto terminal del metabolismo que se encuentra siempre en la orina.
ENURESIS.-	Micción involuntaria.
HIPOREXIA.-	Poco apetito.
INJERTO.-	El material autólogo, homólogo, heterólogo o alógeno con que se realiza la operación. TRASPLANTE.
ISOELECTRICO.-	Uniformemente eléctrico en todas partes; que tiene el mismo potencial eléctrico.

- NEFROPATIA.-** Término general para las enfermedades de riñón.
- RENINA.-** Enzima coagulante de la leche que se encuentra especialmente en el jugo gástrico de algunos animales. Substancia de carácter enzimático liberada por el riñón.
- SERICO.-** Relativo a los sueros o producido -- por ellos.
- SUPRAPUBICO.-** Situado encima del púbis.
- UREA.-** Compuesto cristalino , incoloro que se comporta como una base débil; presente en la orina y en pequeña cantidad en la sangre, el quilo, la linfa. La urea constituye el principal compuesto de excreción del amoniaco.

BIBLIOGRAFIA

Almaguer López Miguel.
"Un Enfoque para la atención integral de la Insuficiencia Renal Crónica"
Revista Nefrología Mexicana. Vol. 9 No. 1. México. 1988.

Almaguer López Miguel.
"Aspectos Eticos y Sociales de la Nefrología en Latinoamérica".
Revista Nefrología Mexicana. Vol. 9 No. 3. México. 1988.

Ander-egg Ezequiel.
Diccionario de Trabajo Social. Cuaderno de Trabajo Social No. 11.
Editorial Eco-ILPH. Buenos Aires, Argentina. 1974.

Anderson, Durston, Poole.
Redacción de Tesis y Trabajos Escolares.
Editorial Diana. México. 1981.

Apodaca Rangel Ma. L.
Cuaderno de Trabajo Social No. 9. "Análisis del Ejercicio Profesional del Trabajador Social en el Sector Salud".
Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. México. 1984.

Código Penal para el Distrito Federal.
Editorial Porrúa. México. 1991.

Davis James A.
Análisis Elemental de Encuestas.
Editorial Trillas. México. 1975.

Dickens citado en Fuenzalida-Puelma H.L.
"Trasplante de Organos. La Respuesta Legislativa en América Latina".
Boletín de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Vol. 108 No. 5-6. 1990.

"Dictámen de la Academia Mexicana de Cirugía sobre los Trasplantes de Organos Humanos".
Revista Criminalia XXXV No. 2. México. 1989.

Gafo J.
Nuevas Perspectivas de la Moral Médica. Ed. I.E.E.
Madrid, España. 1978.

Hernández González P.
Antología Educación para la Salud.
Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM. México. 1991.

Kadushin Alfred.
La Entrevista en Trabajo Social.
Editorial Extemporáneos. México. 1972.

Kisnerman Natalio
Salud Pública y Trabajo Social.
Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina. 1981.

Ley General de Salud
Editorial Porrúa. México. 1991.

López Uriarte Adolfo.
"Indicaciones y Contraindicaciones del Trasplante Renal en el Paciente
de Urémico".
Revista Médica. IMSS. México. 1991.

Mendieta Alatorre Angeles.
Tesis Profesionales.
Editorial Porrúa. México. 1983.

Pardinas Felipe.
Metodología y Técnicas de Investigación en Ciencias Sociales Introducción Elemental. Siglo XXI Editores. México. 1980.

Pérez Joseph.
Terapia Familiar en el Trabajo Social. Teoría y Práctica.
Editorial Pax-México. México. 1981.

Rojas Soriano R.
Métodos para la Investigación Social.
Folios Ediciones. México. 1984.

Satir Virginia
Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar.
Editorial Pax-México. México. 1980.

Terán Trillo Margarita.
"Perfil Profesional del Trabajador Social en el Area de la Salud".
Revista Trabajo Social 37. Escuela Nacional de Trabajo Social. UNAM.
México. 1989.

Vidal M.
Moral de Actitudes.
Editorial P.M. Madrid, España. 1978.

A N E X O S

ANEXO 1

LLENE LA TARJETA Y LLEVELA SIEMPRE

REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES SSA.

Firma del disponente originario Edad

Testigo Testigo
(Nombre y firma) (Nombre y firma)

Lugar y fecha

Este es un documento legal amparado por el reglamento -
de la Ley general de salud en materia de disposición de
órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

(ANVERSO)

DONACION VOLUNTARIA DE ORGANOS

Yo _____
Nombre del Donador (Disponente)

Con la esperanza de poder ayudar a otros hago la presente donación si médicamente es aceptable el momento de mi muerte.

DOMO: a) Cualquier órgano vital
b) Sólo los siguientes órganos

(Especifique los órganos)

con fines de trasplante, tratamiento, investigación o
educación.

(REVERSO)



NOMBRE DEL RECEPTOR _____
EDAD _____ Sexo (1) Fem (2) Masc
NO. DE AFILIACION _____
FECHA DE TRASPLANTE _____
FECHA DE ENCUESTA _____

<p>1 ESTADO CIVIL DEL RECEPTOR</p> <p>(A) Antes (B) Después (1) Soltero (2) Casado (3) Viudo (4) Divorciado (5) Unión Libre</p>	<p>2 INTEGRACION FAMILIAR</p> <p>(1) Padre _____ (2) Madre _____ (3) Esposo _____ (4) Esposa _____ (5) Hijos _____ (6) Hermanos _____ (7) Otros parientes consanguíneos _____ (8) Otros parientes afines _____ (9) Integrantes _____ (Total) _____</p>	<p>3 TRATAMIENTO PREVIO AL TRASPLANTE</p> <p>(1) Conservador (2) Diálisis peritoneal continua ambulatoria (3) Diálisis intermitente (4) Hemodiálisis</p>	<p>4 TUVO INTERNAMIENTOS PREVIOS AL TRASPLANTE</p> <p>(1) Sí (2) No (3) En caso afirmativo señale cuantos _____ (4) Fueron para estudios médicos (5) Fueron por infecciones (6) Fueron por descuido en el tratamiento (7) Otras _____ especifique _____</p>	<p>5 TIEMPO TRANSCURRIDO ANTES DEL TRASPLANTE</p> <p>(1) Menos de un mes (2) De 1 a 3 meses (3) De 4 a 6 meses (4) De 7 a 9 meses (5) De 10 meses a 1 año (6) Más de un año</p>	<p>6 NUMERO DE FAMILIARES DISPUESTOS A DONAR</p> <p>_____</p> <p>7 QUIEN FUE SU DONADOR</p> <p>(1) Padre (2) Madre (3) Hermano (4) Hermana (5) Esposa (6) Esposo (7) Hijo (8) Hija</p>
<p>8 HUBO INTERNAMIENTOS DESPUES DEL TRASPLANTE</p> <p>(0) Ninguno (1) De 1 a 2 (2) De 3 a 4 (3) De 5 a 6 (4) Más de 6</p>	<p>9 ESCOLARIDAD</p> <p>(A) Antes (B) después (1) Analfabeta (2) Sabe leer y escribir (3) Primaria incompleta (4) Primaria completa (5) Secundaria incompleta (6) Secundaria completa (7) Nivel técnico (8) Nivel profesional</p>	<p>10 EL PADECIMIENTO ALTERO LA SITUACION ESCOLAR</p> <p>(1) Sí (2) No Efectos (3) Perdió un año escolar o más (4) Cambio de área (5) Cambio de horario (6) Bajo aprovechamiento (7) Interrumpió definitivamente estudios (8) Otros _____ especifique _____</p>	<p>11 CAUSAS DE ALTERACION EN SUS ESTUDIOS</p> <p>(1) Malestar físico (2) Frecuentes consultas (3) Hospitalizaciones prolongadas (4) Malestar emocional (5) Pérdida de interés (6) Baja en centro escolar (7) Otras _____ especifique _____</p>	<p>12 REALIZACION DE ACTIVIDADES SOCIALES, DEPORTIVAS Y CULTURALES</p> <p>(A) Antes (B) Después (0) Ninguna (1) Socias (2) Deportivas (3) Culturales</p> <p>13 EN CASO DE ALTERACION EN LA REALIZACION DE ESTAS, SEÑALAR LA CAUSA</p> <p>(1) Enfermedad (2) Falta de interés (3) Otras _____ especifique _____</p>	<p>14 OCUPACION DEL RECEPTOR</p> <p>(A) Antes (B) Después (0) Ninguna (1) Empleado (2) Profesionista (3) Estudiante (4) Técnico (5) Obrero (6) Hogar (7) Otra _____ especifique _____</p>
<p>15 EN CASO DE ALTERACION EN EL AREA LABORAL SEÑALAR LA CAUSA:</p> <p>(0) No identificada (1) Ausentismo frecuente (2) Reubicación (3) Cambio de centro de trabajo (4) Renuncia (5) Liquidación</p>	<p>16 INGRESOS MENSUALES (A) ANTES (B) DESPUES</p> <p>(0) Ninguno (1) Ingreso variable, igual o menor al salario mínimo (2) Ingreso fijo, igual o menor al mínimo (3) Ingreso fijo, menor de dos salarios mínimos o igual (4) Ingreso menor de tres salarios mínimos o -- igual (5) Ingreso de cuatro o más salarios mínimos o igual</p>	<p>17 COMUNICACION EN EL NUCLEO FAMILIAR DEL RECEPTOR</p> <p>(A) Antes (B) Después (0) Ninguna (1) Plantean sus logros y problemas (2) Solicitan apoyo de la familia (3) Sienten que viven entre personas que los quieren (4) Viven con personas en quien confían (5) No se ven cara a cara, esquivan la mirada (6) En su familia las voces son duras, estridentes o apenas audibles</p>	<p>18 ESTADO DE ANIMO DEL RECEPTOR</p> <p>(A) Antes (B) Después (1) Hay confianza en ti mismo (2) Tienes muchos ánimos (3) En tu familia se habla de todo (4) Te sientes inútil (5) Estás contento(a) (6) Piensas que vales mucho (7) Te sientes desesperado(a) (8) Hay atmósfera de tensión en tu familia (9) Otras _____ especifique _____</p>		

19 NORMAS CON LAS QUE VIVE EL RECEPTOR	20 EL ENLACE CON LA SOCIEDAD	21 RELACIONES INTERFAMILIARES	22 OPINION DEL RECEPTOR DESPUES DEL TRASPLANTE
<p>(A) Antes (B) Después</p> <p>(1) Hay libertad para hacer cualquier comentario</p> <p>(2) Estas son elaboradas sin la participación de toda la familia</p> <p>(3) Los miembros de su familia conocen su estado de salud</p> <p>(4) Expresa sus sentimientos en el seno familiar con facilidad</p> <p>(5) Están prohibidos algunos comentarios</p>	<p>(A) Antes (B) Después</p> <p>(1) Hay ayuda reciproca entre sus miembros</p> <p>(2) Demandan apoyo extra-familiar</p> <p>(3) Los vecinos y/o compañeros lo apoyan moral y/o materialmente</p>	<p>(A) Antes (B) Después</p> <p>(1) Relación con padres positiva</p> <p>(2) Relación con padres negativa</p> <p>(3) Relación con hermanos positiva</p> <p>(4) Relación con hermanos negativa</p> <p>(5) Relación con hijos positiva</p> <p>(6) Relación con hijos negativa</p> <p>(7) Soltero con miedo a tener pareja</p> <p>(8) Soltero con pareja y relaciones positivas</p> <p>(9) Soltero con pareja y relaciones negativas</p> <p>(10) Casado con relaciones positivas</p> <p>(11) Casado con relaciones negativas</p>	<p>(0) No identificada</p> <p>(1) Dependo de mi familia</p> <p>(2) No puedo hacer nada solo</p> <p>(3) Soy independiente</p> <p>(4) Soy igual que antes</p> <p>(5) Tengo muchas aspiraciones</p> <p>(6) Otras _____ especifique _____ _____</p>