

01541



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL DURANTE
LAS ETAPAS PRE Y POST DE LOS TRASPLANTES RENALES
A NIVEL DE RECEPTOR, DONANTE Y FAMILIA
MEXICO 1993

L
Zej

CASO PRACTICO QUE PRESENTA
ANA KATERINE DECHNER BONILLA
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION DE TRABAJO
SOCIAL EN EL AREA DE SALUD

ASESORA: MAESTRA MARGARITA TERAN TRILLO



ESCUELA NACIONAL DE
TRABAJO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CIUDAD UNIVERSITARIA AGOSTO 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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

	PAGINA
INTRODUCCION	
CAPITULO I. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA	
A. Identificación del Problema Específico	7
B. Antecedentes y Desarrollo	9
C. Relevancia del Problema	17
D. La situación Actual	18
E. Medidas que se han tomado para resolver el problema	20
CAPITULO II. MARCO DE REFERENCIA	
A. Aspectos Legales	23
B. Aspectos Administrativos	28
CAPITULO III. PROPUESTA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCION	32
CAPITULO IV. IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE ALTERNATIVAS	37
CONCLUSION DE RESULTADOS	38
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS.	

INTRODUCCION

Desde el punto de vista de la salud pública, la insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) es el resultado final de todo un conjunto de enfermedades que afectan a un segmento importante de la población en edad productiva y que deterioran en forma progresiva la función renal, pero que dado los conocimientos disponibles, son susceptibles de prevención a través de equipos interdisciplinarios de salud, dentro de los cuales es importante la intervención del profesional en Trabajo Social como aquel que mediante acciones metodológicas establece alternativas de acción para la promoción, educación, recuperación y rehabilitación de la salud, con la participación de; individuos, grupos y comunidades. A pesar de esta importancia la intervención de Trabajo Social dentro de los programas de trasplante, se está limitando a la etapa pre-trasplante, o sea desde el momento que el paciente ingresa al programa, dejando en un segundo plano al donante y la familia y con una atención muy escasa y esporádica en las etapas quirúrgica y post-trasplante.

Por ello es importante identificar claramente la intervención de Trabajo Social y así proponer un modelo de intervención a nivel de paciente, familia y donante en cada una de sus etapas a nivel intramuros, ya que desde el inicio de la IRCT son muchos los factores de tipo socio-económico y cultural que afectan al paciente y su familia y en este tránsito el donante también entra a formar parte de esta problemática con sus respectivas consecuencias.

Además por la gran incidencia que está teniendo la IRCT, es importante que se promuevan donaciones de órganos para que la población en general adquiera una conciencia solidaria que faciliten los programas de trasplantes y permitan que personas

con insuficiencias orgánicas irreversibles puedan recuperarse y sigan viviendo como individuos útiles a la sociedad.

En el presente caso práctico se pretende identificar la intervención de Trabajo Social durante las etapas pre y post trasplante a nivel de paciente, donante y familia y de esta manera proponer un modelo de intervención.

Por ello, este caso práctico está conformado por cinco capítulos:

En el primero se contempla el planteamiento general del problema con su identificación, antecedentes, relevancia, situación actual y las medidas que se han tomado para resolverlo.

En el segundo capítulo se presentan los marcos de referencia (técnicos, administrativos y legales), el tercer capítulo está constituido por la propuesta de alternativas de solución; el cuarto capítulo contiene la implementación y desarrollo de alternativas y por último se considera las conclusiones del caso práctico.

Durante el proceso de elaboración del caso práctico se tuvo como principal limitación el no estar laborando en una institución de salud, lo que impide un mayor acercamiento y conocimiento de la situación problema.

Sin embargo a través de la investigación de carácter documental realizada y las entrevistas aplicadas a diferentes trabajadores sociales de los programas de trasplante renal se logró un mayor contacto con las instituciones y a la situación problema y así, a partir de ello, plantear alternativas factibles.

Finalmente se anexan: la guía de entrevista (ver anexo 1) aplicada a las trabajadoras sociales de los programas de trasplantes renales tales como; Hospital General, Hospital

de Especialidades (Centro Médico Siglo XXI), Hospital General (Centro Médico la Raza), Hospital de Especialidades (Centro Médico la Raza), y Hospital Regional 20 de Noviembre.

Y los formatos de estudio Médico-Social (ver anexos 2, 3 y 4) aplicados en estas instituciones.

INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL DURANTE LAS ETAPAS PRE Y POST DE LOS
TRASPLANTES RENALES A NIVEL DE RECEPTOR DONANTE Y FAMILIA MEXICO

1993.

I. PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA

A. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA ESPECIFICO.

El trasplante renal es el procedimiento quirúrgico por el cual un riñón sano de una persona se implanta en otra con IRCT, son un fenómeno muy complejo en el que entran en juego una serie de factores que desbordan el campo exclusivamente clínico ya que pueden encontrarse factores de índole social, económicos y psicológicos que logran afectar las etapas pre y post-trasplante.

Los factores de índole social incluyen cambios en el nivel de funcionamiento social, alteraciones en las relaciones matrimoniales y familiares y, disminución de las oportunidades vocacionales y laborales, el paciente puede experimentar sentimientos de culpabilidad al sentirse la causa de los trastornos.

En cuanto a la situación económica del grupo familiar se ve afectada por el alto costo de los procesos terapéuticos, que en este caso sería el trasplante; tanto por la diversidad de estudios anteriores a éste, como por el tratamiento posterior, que exige el consumo de medicamentos de por vida.

Las relaciones, las compensaciones y los patrones de interacción familiar de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, se modifican tanto por la enfermedad como por el proceso terapéutico, cada miembro de la familia debe adquirir habilidades y recursos emocionales para adaptarse a esta situación, ya que en muchos casos, después de realizado el trasplante es difícil para la familia dejar de sentir preocupación por el paciente, continuando con una actitud de sobreprotección que conlleva al deterioro de relaciones o en muchos casos a no permitir al trasplantado llevar una vida normal como la que llevaba antes de la enfermedad.

También, es importante tener en cuenta que a pesar de todos los problemas citados anteriormente con respecto al paciente y su familia, éstos no son los únicos afectados, ya que también entra en juego la situación del donante, el cual también puede presentar problemas de adaptabilidad y en los casos en que estén casados traerá consigo otra serie de problemas que serán descritos más adelante.

Lo anterior permite resaltar la problemática de los trasplantes renales teniendo en cuenta que es un proceso dinámico que debe involucrar al receptor, al donante, la familia y el equipo médico; dentro del cual es necesaria la intervención del profesional en Trabajo Social, por esta razón es importante saber;

¿En qué medida podrá ser posible determinar si las funciones que realiza el trabajador social cumplen con los objetivos de su formación y cubre las necesidades que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal; su familia y el donador?

Y cuál debería de ser la intervención profesional del Trabajador Social Especialista en el Área de la Salud, no sólo en los programas de trasplante renal sino generalizada a otro tipo de trasplantes.

Por último es importante tener en cuenta que fuera de todas las demandas de carácter social y psicológico existen aquellas de carácter físico, ya que los programas de trasplante renal requieren de una tecnología muy avanzada y costosa, por lo cual este servicio dentro de nuestras instituciones de salud es prestado por aquellas de tercer nivel o de carácter privado, las cuales deben contar con equipos de salud que seleccionan a los pacientes dentro de la disponibilidad física de cupos o la gravedad de su estado.

Todos estos requerimientos hacen que el trasplante se auxilie de otros procedimientos tales como la diálisis y la hemodiálisis.

B. ANTECEDENTES Y DESARROLLO

Los trasplantes renales generalmente se realizan en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal que no presentan otras enfermedades crónicas que lo contra indiquen, y que son menores de 60 años. Así mismo, es ineludible considerar los recursos financieros disponibles y la aceptación del enfermo una vez informado de su situación.

La mayoría de los centros de trasplantes seleccionan a los receptores entre el grupo de pacientes con IRCT. Este proceso de selección se justifica por el hecho de que las facilidades y el personal entrenado son limitados, por lo que solamente se trasplantan aquellos pacientes considerados de bajo riesgo. Se consideran receptores de bajo riesgo a los pacientes de 17 a 44 años, con enfermedad renal primaria sin complicaciones, enfermedades intercurrentes o padecimientos sistemáticos de cualquier tipo, tienen tracto urinario bajo normal, nunca han sangrado del tracto gastrointestinal y se encuentran libres de infecciones o padecimientos malignos.

En los países en desarrollo todavía es necesario que cada centro de trasplante fije los criterios de selección, ya que la disponibilidad de recursos sigue siendo escasa o insuficiente. Son muchos los factores que influyen, y mientras existan restricciones seguirá siendo difícil tomar decisiones acertadas.

Una selección apropiada depende de los siguientes factores:

Indicaciones médicas, edad y salud mental del paciente y su condición y motivación hacia el programa, disponibilidad de las diferentes modalidades de tratamiento y actitud

de los profesionales médicos hacia ellas, estabilidad y apoyo familiar; disponibilidad de donantes familiares motivados y factores sociodemográficos". (1)

Los factores sociales, culturales y psicológicos son también tomados en consideración, o al menos evaluados por varios grupos de trasplantes. Aún cuando resulta sumamente difícil en ocasiones juzgar la estabilidad social y psicológica de un paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, la evaluación psiquiátrica ofrece la posibilidad de conocer el tipo de respuesta que presenta el paciente a estos estados y su posible comportamiento ulterior. Ahora bien, en la mayoría de los casos esta evaluación psicossocial se efectúa una vez que el paciente se ha sometido ya al tratamiento médico y a diálisis repetidas, encontrándose en mejores condiciones generales, de forma tal que el estudio de estos factores ha permitido en algunos casos prevenir respuestas psíquicas anormales o patológicas, controlarlas o tratarlas.

El tratamiento mediante el trasplante renal pretende reincorporar al paciente a su medio social, sacándolo de su estado de invalidez, mejorando de esta manera su propia imagen y autoestima, el nivel de ajuste en su medio y reduciendo las tensiones en el seno de la familia.

El período inmediato al trasplante puede resultar de gran dificultad para muchos pacientes, ya que es en ese período cuando suelen presentarse los amagos del rechazo, y por lo tanto, son sometidos a grandes dosis de corticosteroides. También es evidente que, si el trasplante falla o amenaza con hacerlo, debido al rechazo, a la infección o a complicaciones graves, produce un nivel de tensión emocional intolerable para el paciente y su familia.

(1) O.P.S. Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante. Pg. 83.

Se han establecido diversas escalas e indicadores para medir el grado de ajuste de pacientes en tres aspectos fundamentales:

- a. La percepción por parte del paciente del nivel de rehabilitación física y sus sentimientos en cuanto a su salud y bienestar físico.
- b. Su ajuste general sociopsicológico, incluyendo su grado de satisfacción con la creación de relaciones más importantes, los cambios de su autoimagen, sus sentimientos de felicidad o depresión y su nivel de ansiedad.
- c. Su habilidad para desarrollar actividades ocupacionales o escolares.

En cuanto al donador, son los parientes vivos de los pacientes los que van a donar uno de sus riñones para salvar la vida de un familiar, o bien son los riñones sanos de cadáveres recientes, cuyos dos riñones son aprovechados para trasplantarlos a las personas que los necesiten, según el orden de lista de espera establecido en el banco renal.

Los riñones cedidos por los parientes vivos por lo general han resultado ser mejores para el trasplante y sobrevivir más largo tiempo, debido a razones inmunológicas; además, los parientes dispuestos a la donación evitan la angustiosa experiencia de estar en lista de espera durante un tiempo incierto.

De todas maneras, continua existiendo un amplio escepticismo sobre la posibilidad de que un pariente esté dispuesto al sacrificio de un riñón, sin que más adelante no exprese un cierto arrepentimiento por haberlo hecho. Existe en el ambiente la sensación de que la donación suele hacerse por la presión de cierto chantaje moral por parte de la familia que acaba por decidir al donador potencial. La pérdida de una parte del cuerpo por parte del donador engendrará a largo plazo un sentimiento de arrepentimiento y depresión, por estas razones, en numerosos centros hospitalarios en

los que se hace trasplante, se considera el uso de donadores vivos como un problema de ética que requiere muchas consideraciones antes de recibir esa solución.

Según Santiago Delpin, cinco son los factores de importancia que se relacionan con la respuesta del donador;

- a) Su ambiente social y su status familiar.
- b) Sus relaciones interpersonales, y emocionales en el seno de su familia.
- c) La personalidad del donador y su actitud frente a la donación.
- d) Sus preocupaciones en cuanto al pronóstico del receptor". (2)

Con referencia a su ambiente social y su status familiar, influye mucho el sexo; la reacción del varón es muy diferente de la mujer frente a la donación de un órgano. Los varones después del trasplante persisten en mantener sentimientos negativos hacia la donación. Es probable que a la mujer le parezca como una extensión de sus deberes familiares, en tanto que para el varón constituye una ofrenda fuera de lo común. En este factor también entra en juego la conducta familiar en cuanto a su capacidad de interayudarse. Los padres son menos ambivalentes y tienen menos sentimientos negativos inmediatamente después del trasplante, mientras que los hermanos y los hijos son más negativos para el trasplante que estos, ya que se puede presentar que se involucren en la donación a más de una unidad familiar, en efecto, los donadores si están casados son miembros al mismo tiempo de su familia original y de la familia que han procreado.

Otra característica del status personal en la familia se relaciona con la presencia o ausencia de otros potenciales donadores, si una persona cree que ella es la única

(2) DELPIN, Santiago. Trasplante de Organos. Pg. 128

donadora posible en la familia, la obligación que siente de hacer la donación es muy fuerte.

En cuanto al segundo factor, no siempre las personas que se hallan en más íntima relación con el paciente antes del trasplante estarán especialmente deseosas de donar su riñón, partiendo de la relación emocional del donador con el receptor y su relación interpersonal con el conjunto familiar; en el caso de que el donador sea la "oveja negra" de la familia, es posible que haga su donación para compensar sus pasados errores, y la consecuencia es saber el efecto que la donación ha tenido en ellos a lo largo del proceso de trasplante, el donador "oveja negra", es más proclive de reaccionar negativamente que otros familiares de su mismo tipo y sexo.

Quizas el deseo de compensación por pasados errores y el de reasumir su antiguo status familiar no es tan fácilmente alcanzado como él esperaba.

Según el autor, anteriormente citado, con respecto a la personalidad y actitud del donador, aquellos que lo hacen bajo presión o por sentimiento de culpa, posterior a la donación muestran arrepentimiento. Al igual que los que se muestran más felices, o más deprimidos antes del trasplante suelen tener sentimientos negativos frente a la donación, tiempo después de que se efectuó.

Y por último, en cuanto al pronóstico del receptor, hay un tipo de donador -el que tiene idéntica compatibilidad al receptor- que presentan especiales problemas de tipo ético, ya que el donador suele estar bajo una compulsión que lo induce a la donación, aunque luego del trasplante reaccionan en forma positiva debido a que la compatibilidad representa mayores probabilidades de éxito en el trasplante. Aunque se puede presentar la posibilidad de que una fuerte obligación pueda conducir al donador

a tener pensamientos rechazados, este puede considerar su sacrificio más positivamente si cree que su deber es ineludible. Si no existen otros parientes que pudieron haber sido donadores tan adecuados como él, ya que el hecho de que su voluntad lo colocó en peligro puede provocar algún malestar psicológico.

El nivel de salud del receptor al cabo de un tiempo es un factor de importancia para todos los donadores, y no solo para los de compatibilidad.

"Otro tipo de donación es la de cadáveres recientes, que aunque no son los más frecuentes debido a razones de índole; cultural, social, religioso entre otros, se les debe dar un alto grado de importancia ya que como se ha visto el problema del IRCT va en progreso y la donación por parte de familiares trae consigo muchos problemas y además los rápidos cambios tecnológicos requieren de una adaptabilidad muy rápida que en un futuro no muy lejano es probable que conviertan la donación cadavérica en la de mayor porcentaje como sucede en otros países". (3)

La donación cadavérica en la mayoría de las legislaciones requieren del consentimiento familiar previo a la obtención de órganos. El temor de causar un mayor trauma emocional a una familia en circunstancias de perder a uno de sus miembros es un razonamiento con frecuencia empleado para no considerar como potenciales donadores amútiples enfermos. Una adecuada información previa, explicando la fatalidad del pronóstico y sin hacer la solicitud de donación hasta tener la total seguridad del entendimiento de este hecho, evitan desagradables experiencias.

(3) O.P.S. Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante. Pg. 154.

"En Estados Unidos, se sentó precedente con la ley universal de donaciones anatómicas de 1968" (4) Este pronunciamiento indica que cualquier individuo, libre de coacción y mayor de 18 años de edad, puede donar todo o parte de su cuerpo para estudio, investigación, terapia o trasplante; la donación hecha en estas condiciones tendría un efecto válido en el momento de la muerte.

La ley de donaciones anatómicas y todas aquellas modeladas en su estilo, va más allá y propone que el familiar más cercano sea el dueño del cadáver y pueda disponer de él para los propósitos especificados en la ley, de educación, investigación, o trasplante.

Como regla general, la secuencia define al cónyuge, hijo o hija mayor, padre o madre, hermano o hermana mayor, tutor o cualquier otra persona con poder legal y con la obligación de disponer del cadáver.

Dentro de este tipo de donación se encuentra la de muerte cerebral, que dentro de sus criterios aceptables se deben considerar las siguientes características:

1. Los criterios serán claros y específicos, y las pruebas operacionales que se lleven a cabo para ver si los criterios se cumplen, deberán ser específicas, claras y con resultados no ambiguos
2. Las pruebas serán simples, convenientes y sencillas de llevar a cabo, y serán fáciles de interpretar por un médico ordinario.
3. Los procedimientos de determinación deben incluir una evaluación de la permanencia e irreversibilidad de la muerte, y las condiciones que llevaron a ella; y deberán identificar y excluir otras condiciones que puedan ser consideradas o confundirse con la muerte.

(4) Tomada de: Trasplante de Organos, Delpin Santiago, Pg. 97

4. La determinación de la muerte deberá descansar exclusivamente en un solo criterio o en el examen de una sola prueba. Múltiples criterios deben ser considerados
5. Los criterios de la muerte no deberán excluir sino que tendrán que ser compatibles con el uso de los criterios tradicionales de la muerte, específicamente el cese del latido cardíaco y de la respiración.
6. Los criterios alternos a los clásicamente usados deberán determinar los actos y decisiones del médico al igual que los criterios tradicionales.
7. Los criterios y procedimientos deberán ser de fácil comunicación a los familiares y a otras personas. Deberán ser aceptables por la ley y el público en general, como base operacional para la solución de litigios adicionales, tales como problemas; sociales, familiares, de herencia, etc.

El primer pronunciamiento fue el del Comité Ad Hoc de la Universidad de Harvard, que sugirió una serie de criterios en 1968.

Estos criterios son adaptados a la mayoría de los casos:

1. Ausencia de recepción y de respuesta; ausencia de respuesta a estímulos intensamente dolorosos.
2. Ausencia del movimiento o de respiraciones espontáneas, por tres minutos fuera de un respirador.
3. Ausencia de reflejos: pupilas dilatadas, fijas y sin respuesta; ausencia de movimientos oculares al rotar la cabeza e irrigar los oídos con agua helada; ausencia de parpadeo, ninguna actividad postural, ausencia de reflejos corneales o faríngeos; ausencia de tragar, bostezar, vocalizar, ausencia de reflejos bíceps, tríceps, pronador, cuadríceps o gastronemio y a ausencia de respuesta plantar.

4. Electroencefalograma isoelectrico por lo menos por 10 minutos, durante una toma técnicamente adecuada.
5. Ningún cambio al repetir estas pruebas 24 horas después.
6. Ninguna evidencia de hipotermia o de depresores del Sistema Nervioso Central". (5)

Todo lo anterior son datos eminentemente médicos con los que deben familiarizarse los profesionales del equipo multidisciplinario en un programa de trasplantes. En el caso de trabajo social es importante conocer o tener por lo menos una idea general sobre ellos, ya que en algunos casos es el profesional encargado del convencimiento a los familiares para que donen los órganos del paciente. Lo cual puede traer como consecuencia una serie de dilemas éticos si no se está totalmente seguro de que en realidad el paciente haya muerto y sólo se acepte en la medida en que es dictaminado por el médico, esta falta de seguridad conllevará a transmitirla de igual manera a los familiares a los que tiene que convencer de los beneficios que la donación traerá a otras personas.

C. RELEVANCIA Y JUSTIFICACION

En el área de trasplantes renales como en muchas otras la intervención del profesional en trabajo social es restringida y en algunos casos nula.

(5) Ibid, Pg. 101.

La intervención es limitada a la valoración inicial del receptor y su familia (que en la mayoría de los casos es el donador) siendo muy escasa en la etapa post-trasplante y si se hace no lo es de una manera formal.

Además se está dejando de lado la función de investigación en esta área, lo cual impide conocer de manera confiable las reacciones posteriores en lo social del receptor y en mayor grado del donador e igualmente no permite una intervención eficaz en la etapa post-trasplante.

Factores como estos hacen que en algunas instituciones el papel que desempeña el trabajador social no sea tan importante como el de los demás profesionales pertenecientes al equipo de salud y que no se requieran de muchas capacidades, sino las necesarias para realizar el estudio sociomédico, impidiendo de alguna manera que se cumplan funciones más acordes para las que se adquieren los conocimientos y habilidades durante los estudios previos. Razón por la cual es importante partir de proponer un modelo de intervención que pueda ser ejecutado por los trabajadores sociales ubicados en los programas de trasplantes renales y de otro tipo y así dar un punto de partida y dejar mayores posibilidades a los futuros profesionales que se interesen en esta área.

Además se debe tener en cuenta que la intervención de Trabajo Social varía de acuerdo a los diferentes cambios sociales y tecnológicos. Con respecto a los trasplantes renales:

Como consecuencia de los progresos en la inmunomodulación y en la inmunosupresión, durante la última década se ha producido un aumento notable del

número de trasplantes. En América Latina ya existen grupos de trasplantes organizados en 15 países. Esto permite pronosticar para un futuro no muy lejano, un alto índice de un problema de salud pública, que es importante tener en cuenta; y considerar todos los factores sociales que intervienen en él, con el fin de establecer acciones de tipo preventivo, a la vez que promover la capacitación de profesionales en trabajo social que cubran estas necesidades.

D. LA SITUACION ACTUAL

Según la Organización Mundial de la Salud; desde el punto de vista de la Salud Pública, la IRCT afecta a un porcentaje importante de la población en edad productiva ^(*), pero que gracias a los avances científicos es susceptible de prevención. Sin embargo la mortalidad por enfermedades del sistema urinario, no es precisamente de porcentaje bajo, según los datos de la OPS hace más o menos una década en países como Colombia y México la tasa de defunciones era de 2,258 y de 8,730 por 100,000 habitantes.

En países como México no solo afecta a los adultos en edad productiva, sino que es extensible a la población infantil (con un 56,6% de nefropatías glomerulares como una de las principales causas del IRCT). Siendo este un problema que va en aumento, actualmente existen diferentes programas de trasplantes renales en los centros hospitalarios de tercer nivel y de carácter privado (según el último informe de la OPS 1989. 18 centros de trasplante en México); contando en su interior con grupos

^(*) Según el último informe de la OPS en países como Colombia y México las defunciones por enfermedades renales crónicas fue de 1,766 en 1981 y 6,969 en 1992 respectivamente

multidisciplinarios, dentro de los cuales intervienen profesionales como: médicos generales, médicos nefrólogos, trabajadores sociales, enfermeras, dietistas, psicólogos y psiquiatras.

Como se puede observar la trascendencia de la IRCT aunque por número no es significativa, sí es letal y su tendencia va en aumento por el incremento de enfermedades crónicas degenerativas, pero que es factible de solucionar por medio de trasplantes.

Hasta fines de 1987 en países como Colombia los trasplantes renales realizados llegaron a 647 con un porcentaje de 62,4 con órganos de origen cadavérico, y en México el total de trasplantes ascendió a 878 con 16,3% con órganos de donante cadavérico.

El éxito de los trasplantes para este mismo año según la OPS en algunos centros hospitalarios de estos países fue el siguiente:

En la unidad de trasplantes del Hospital 20 de Noviembre de la ciudad de México la supervivencia para los trasplantes intrafamiliares es de 100% al año y de 97% a los dos años.

Y en la unidad de nefrología y trasplantes del Hospital Universitario San Vicente de Paul en Medellín, Colombia fue de 100% al año y del 95% a los dos años de los riñones trasplantados de donantes familiares y un 90% al año de donantes de origen cadavérico.

Para lograr los objetivos del presente caso práctico se realizaron entrevistas a las trabajadoras sociales encargadas de los programas de trasplantes renales, en

Siglo XXI), Hospital General (Centro Médico la Raza), Hospital de Especialidades (Centro Médico La Raza), y Hospital Regional 20 de Noviembre.

E. MEDIDAS QUE SE HAN TOMADO

Actualmente es importante tener en cuenta el desarrollo de la infraestructura para la atención de la salud, en términos de inversión. La expansión mayor de los servicios de trasplantes se ha generado en el sector privado, en segundo lugar en la Seguridad Social y, finalmente en los servicios de atención a población abierta, todo con una alta concentración de recursos en las grandes ciudades.

Los diferentes tratamientos pueden interactuar entre sí; la selección depende de las condiciones del paciente, de la actitud de los médicos y de los aspectos financieros.

Debido a su alto costo, la transferencia de tecnología de diálisis y trasplante en América Latina se hace difícil por el bajo ingreso per cápita promedio anual, en comparación con otros países. La permanencia del analfabetismo es otro aspecto negativo. Los índices de desarrollo social se reflejan en la bajísima inversión en tecnología para tratar al IRCT.

Considerando los altos costos del tratamiento, la ONU propone que los Ministerios y Organismos de Salud, así como las sociedades científicas de los distintos países, deben coordinar esfuerzos para implantar programas coherentes de educación de la comunidad, también debe estimular la fundación de sociedades nacionales de enfermedades del riñón sin fines de lucro, que permitan centralizar los recursos e intercambiar información mediante encuestas, con fines educativos específicos.

Deben establecerse, así mismo, sistemas de evaluación, considerando que la educación es un proceso acumulativo diseñado para cambiar escala de valores y actitudes hacia problemas específicos.

Tales programas requieren del consenso de expertos en educación. Las asociaciones sin ánimo de lucro deben estimular la adecuada utilización de los medios de comunicación y de información. Por último, deben establecer, a nivel nacional y regional, programas educativos sobre diálisis y trasplantes similares a los de hipertensión y diabetes.

La intervención del profesional especialista en el área de la salud en la propuesta planteada en el tercer capítulo puede ser activa a través de:

La investigación; diseñando protocolos específicos, identificando factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad, determinando las necesidades sociales y los recursos de la salud, estimando el costo social de los programas y proyectos de salud, y participando multidisciplinariamente en la formulación de diagnósticos de salud.

La administración; participando en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades de la población usuaria de los servicios, participando en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general, estableciendo coordinación con otras instituciones de salud, manteniendo una constante supervisión y asesoría a programas específicos y diseñando manuales de normas y procedimientos.

La Educación; manteniendo a la población informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad, promoviendo campañas de prevención, organizando grupos motivadores de pacientes y familiares.

La asistencia; proporcionando orientaciones médico-sociales, de distinta índole tanto a pacientes como a familiares y realizando estudios y seguimientos de casos. Y por último de **teorización;** generando modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo, y teorizando sobre las formas de intervención específicas de Trabajo Social.

II. MARCO DE REFERENCIA

A. ASPECTOS LEGALES

Los programas de trasplantes renales están enmarcados dentro de un marco legal, que en el caso de México es la Ley General de Salud.

Entre los principales artículos que debe manejar trabajo social para desarrollar mejor sus funciones y actividades están las que a continuación se presentan.

TITULO DECIMOCUARTO

Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos

Capítulo I. Disposiciones comunes.

Art. 313; Compete a la Secretaría de Salud ejercer el control sanitario de las disposiciones de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Art. 314; Para los efectos de este título se entiende por:

- I. Disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos el conjunto de actividades relativas a la obtención, conservación, utilización preparación, suministro y destino final de órganos tejidos y sus derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de embriones y fetos, con fines terapéuticos de docencia o investigación.
- II. Cadáver; el cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida.

Art. 315; Se considerará como disponente originario, para efectos de este título, a la persona con respecto a su propio cuerpo y los productos del mismo.

Art. 316; Serán disponentes secundarios:

- I. El cónyuge, el concubinario, la concubina, los ascendientes, los descendientes y los parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente originario.
- II. A falta de los anteriores, la autoridad sanitaria, y
- III. Los demás a quienes esta Ley y otras disposiciones generales aplicables les confieran tal carácter con las condiciones y requisitos que se señalen en las mismas.

Art. 317; Para la certificación de la pérdida de la vida, deberá comprobarse previamente la existencia de los siguientes signos de muerte:

- I. La ausencia completa y permanente de la conciencia.
- II. La ausencia permanente de respiración espontánea.
- III. La falta de percepción y respuesta a los estímulos externos.
- IV. La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares.
- V. La atonía de todos los músculos.
- VI. El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal.
- VII. El paro cardíaco irreversible, y
- VIII. Las demás que establezca el reglamento correspondiente.

Art. 318; En el caso de trasplantes, para la correspondiente certificación de pérdida de vida, deberá comprobarse la persistencia por doce horas de los signos a que se refieren hasta la fracción IV del artículo anterior y además las siguientes circunstancias;

- I. Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno dentro del tiempo indicado, y
- II. Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros barbitúricos, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central, o hipotermia,

Si antes de ese término se presentara un paro cardíaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de la vida y se expedirá el certificado correspondiente. La certificación será expedida por dos profesionales distintos de los que integren el cuerpo técnico que intervendrá en el trasplante.

Capítulo II. Organos y Tejidos.

Art. 321; Los trasplantes de órganos o tejidos en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo con fines terapéuticos solamente cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones realizadas al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del disponente originario y del receptor, y siempre que existan justificaciones de orden terapéutico. Al efecto la Secretaría de Salud tendrá a su cargo los registros nacionales de trasplantes y transfusiones.

Art. 322; La obtención de órganos o tejidos de seres humanos vivos para trasplante, solo podrá utilizarse cuando no sea posible utilizar órganos o tejidos obtenidos de cadáveres. Queda prohibido realizar el trasplante de un órgano único esencial para la conservación de la vida y no regenerable, de un cuerpo humano vivo a otro.

Art. 323; La selección del disponente originario y del receptor de órganos o tejidos para trasplante o transfusión se hará siempre por prescripción y bajo control médico, en los términos que rije la Secretaría de Salud.

Art. 324; Para efectuar la toma de órganos y tejidos se requiere el consentimiento expreso y por escrito del disponente originario, libre de coacción física o moral, otorgado ante notario o en documento expedido ante dos testigos idóneos, y con las demás disposiciones que al efecto señalen las demás disposiciones aplicables. El disponente originario podrá revocar el consentimiento y sin responsabilidad de su parte.

Art. 325; Cuando el disponente originario no haya otorgado su consentimiento en vida para la utilización de órganos y tejidos de su cadáver, se requerirá el consentimiento o autorización de los disponentes secundarios, excepto cuando esté legalmente indicada la necropsia, en cuyo caso la toma de órganos y tejidos no requerirá de autorización o consentimiento alguno.

Art. 326; No será válido el consentimiento otorgado por:

- I. Menores de edad
- II. Incapaces, o
- III. Personas que por cualquier circunstancia no pueda expresarlo libremente

Art. 327; Cuando el consentimiento provenga de una mujer embarazada, sólo será admisible para la toma de tejidos con fines terapéuticos si el receptor correspondiente estuviere en peligro de muerte, y siempre que no implique riesgos para la salud de la mujer o del producto de la concepción.

Art. 328; Las personas privadas de su libertad podrán otorgar su consentimiento para la utilización de sus órganos y tejidos con fines terapéuticos solamente cuando el receptor sea conyuge, concubinario, concubina o familiar del disponente originario.

Art. 329. Los establecimientos de salud, previa autorización de la Secretaría de Salud podrán instalar y mantener, para fines terapéuticos banco de órganos y tejidos, los que serán utilizados bajo la responsabilidad técnica de la dirección del establecimiento de que se trate y de conformidad con las disposiciones aplicables.

Capítulo III. Cadáveres.

Art. 337. Para los efectos de este título, los cadáveres se clasifican de la siguiente manera:

- I. De personas conocidas
- II. De personas desconocidas

Los cadáveres no reclamados dentro de las setenta y dos horas posteriores al fallecimiento y aquellos de los que se ignore su identidad, serán considerados como de personas desconocidas. Con respecto a los cadáveres el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos en su artículo 28 dice: En el caso de trasplantes de órganos o tejidos obtenidos de un cadáver, este reunirá las siguientes condiciones previas al fallecimiento;

- I. Haber tenido edad fisiológica útil para efectos de trasplante.
- II. No haber sufrido el efecto deletéreo de una agonía prolongada.
- III. No haber padecido tumores malignos con riesgo de metastasis al órgano que se utilice, y
- IV. No haber presentado infecciones graves y otros padecimientos que pudieran, a juicio médico, afectar al receptor o comprometer el éxito del trasplante.

Y por último es importante mencionar el artículo 34 del reglamento que se refiere a: Las instituciones que realicen trasplantes deberán contar con un comité interno de trasplantes, cuyas atribuciones serán las siguientes:

- I. Verificar que los trasplantes se realicen con la máxima seguridad y de acuerdo a principios de ética médica.
- II. Verificar que los trasplantes se realicen de conformidad con los requisitos que establecen la ley, este reglamento y las normas técnicas.
- III. Hacer la selección de disponibles originarios y receptores para trasplantes.
- IV. Brindar la información necesaria a los receptores, disponibles y familiares en relación a estos procedimientos terapéuticos, y
- V. Promover la actualización del personal que participen en la realización de trasplantes.

Los comités a que se refiere este artículo, se integrarán con personal médico especializado en materia de trasplantes y en forma interdisciplinaria, bajo la responsabilidad de la institución, y su integración deberá ser aprobada por la Secretaría.

B. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

En los programas de trasplantes renales, tenidos en cuenta para la elaboración de este caso práctico, se generaliza la intervención de un equipo de salud, ya que se enfrenta la enfermedad desde un triple enfoque, que abarca:

- a) El problema orgánico de la enfermedad
- b) El componente psicológico de la enfermedad, y
- c) El cuadro social de la enfermedad

Razón por la cual, este equipo está generalmente conformado por; médicos nefrólogos, psicólogos, psiquiatras, trabajadoras sociales, enfermeras y dietista. Dentro de las funciones cumplidas por los integrantes del equipo se encuentran;

- Médico; Como los demás miembros del equipo realiza una entrevista inicial al receptor y sus donantes potenciales, para aclarar todas las dudas médicas sobre el trasplante renal y la donación, y orientarlos al respecto. Ya que es importante que tanto el donador como el receptor conozcan todo lo relacionado con el tratamiento y los riesgos involucrados en el trasplante y la donación antes de comenzar la evaluación por el resto del equipo. Así mismo el médico pueda descartar a las personas con contraindicaciones obvias, sin tener que someterlos a procedimientos más complicados o a una hospitalización innecesaria.

El donador es seleccionado medicamente despues de un análisis del perfil histogenético por medio de diferentes pruebas clínicas. Tanto el donador como el receptor deben hacerse una serie de pruebas, se debe realizar un historial médico para asegurarse de que el receptor este en condiciones óptimas para recibir un trasplante renal y que el donante sea el indicado.

Una vez que el paciente es trasplantado el médico lleva un seguimiento con respecto a los medicamentos y otros aspectos clínicos en el caso de que el trasplante sea rechazado o por infecciones u otras recaídas posteriores.

- Dietista; La intervención de este profesional al igual que el médico se hace tanto en la etapa pre como post trasplante, ya que desde el momento en que el paciente es seleccionado debe llevar una dieta rigurosa, requerida para ser trasplantado. Y una vez que es intervenido debe tener ciertos cuidados con su régimen alimenticio para evitar

una recaída o enfermedades de otro tipo, por esto es importante que el dietista oriente al paciente sobre ciertos cuidados como son:

Consumir una dieta alta en proteínas

Disminuir los hidratos de carbono.

Controlar el consumo de calorías.

Evitar el exceso de sodio.

Consumir una dieta alta en calcio, etc.

- Psicólogo; El impacto psicológico del tratamiento demanda que el paciente se adapte a la pérdida de la autonomía, de la autoestima y a marcadas alteraciones de la imagen corporal.

Una enfermedad incurable y progresiva no sólo provoca la pérdida de la función sino que deforma el sentido de identidad del individuo y origina un sentimiento psicológico de pérdida del ser mismo.

La ambigüedad, difícil de aceptar puede generar vergüenza hacia los demás, introversión, lástima de sí mismo y pérdida de la autoestima con afloración de impulsos autodestructivos, todo lo cual puede culminar en un sentimiento de privación humana con una rápida desintegración del ego y aparición de estados depresivos y síndromes confusionales, agravados o enmascarados por la encefalopatía urémica.

Paradójicamente, el deseo subconsciente de represión del sufrimiento y el temor a lo desconocido puede conducir al enfermo a una situación de negación de la realidad, que puede aún desembocar en un estado de regresión. La adecuada comprensión de estos mecanismos psicológicos servirá al grupo médico y técnico para afrontarlos individualmente. La explicación completa al paciente de su realidad, de la situación y

de las alternativas terapéuticas, así como el aplomo y la seguridad con que se presenten, constituyen la forma de psicoterapia más efectiva.

La colaboración oportuna del psicólogo y del psiquiatra se utilizan en las diferentes fases del tratamiento.

- Trabajador Social: Siendo el objeto de estudio de esta investigación, sus funciones serán descritas posteriormente con más detenimiento.

En cuanto a los recursos materiales; para el diagnóstico de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal las instituciones de salud deben contar con una tecnología que varía en grado de complejidad progresiva.

Los sistemas más simples son las cintas diagnósticas que permiten determinar cualitativamente hematuria, proteinuria y glucosuria, y la medición de la capacidad de concentración del riñón mediante el uroensímetro.

El laboratorio de nefrología debe contar con fotocolorímetro para determinaciones bioquímicas en sangre y orina; fotómetro de llama; potenciómetro para precisar PH sanguíneo; radioinmunoanálisis, espectrofotómetro y osmómetro. Debe estar dotado para estudios microbiológicos de orina y análisis de gases arteriales.

El diagnóstico de la enfermedad renal requiere, además dotación diversificada de técnicas por imagen: radiología convencional: Urografía intravenosa y pielografía retrógrada; ultrasonografía, isotopos radiactivos, radiología especializada: angiografía renal y angiología digital por sustracción, y tomografía axial computarizada.

Una unidad de diálisis debe concebirse desde su instalación física. Para los pacientes con IRCT, se debe procurar una sala colectiva. Cada máquina de diálisis requiere instalaciones eléctricas apropiadas, fuente de agua corriente para el líquido de diálisis y un desagüe para desechar el líquido proveniente del dializador.

El desarrollo de toda esta tecnología médica generalmente ocurre en largos períodos de tiempo y con frecuencia participan en él muchas personas e instituciones nacionales e internacionales. Sus avances, a pesar de los costos mejoran la calidad de los servicios de salud.

En el tratamiento de la IRCT el desarrollo de la tecnología ha permitido la sobrevivencia de pacientes que de otra forma hubieran muerto.

Lo anterior permite tener una visión general de los costos económicos que trae consigo los programas de trasplantes renales, lo que trae como consecuencia que el tratamiento tenga un costo muy alto para el paciente con IRCT y su familia.

III. PROPUESTA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Dentro de las teorías generales más importantes que se han generado en los últimos tiempos se encuentra la de la dinámica de los sistemas, misma que permite el estudio y representación de problemas complejos como lo son los abordados por las ciencias sociales.

La teoría de la dinámica de sistemas es plenamente aplicable al estudio, explicación, análisis, comprensión y evaluación de acciones del trabajador social en los distintos planos de su intervención; así como las diferentes unidades de análisis con quien realiza sus funciones. Dándole la posibilidad de establecer el diseño de modelos de intervención.

Siendo esta teoría una de las cuales permite abordar problemas de carácter social en forma integral a nivel de sistemas será retomada para la formulación del siguiente modelo de intervención, ya que las enfermedades crónicas no solo afectan al paciente sino que además constituyen un cambio radical en el interior de la familia y también un cambio en su entorno. El cambio en el interior está dado fundamentalmente por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo, que requiere ser atendido, cuidado y medicado.

El cambio en el entorno ocurre por la incorporación del equipo tratante y del sistema hospitalario, ambos con un papel preponderante

La familia puede ser un recurso o un obstáculo en el manejo de la enfermedad, es indispensable proporcionar a la familia la debida información sobre la enfermedad y su manejo, asegurándose que aquella lo entienda. Es el significado que se le da a la enfermedad el que desempeña el papel más importante en la evolución de la misma y la meta es ajustarse a la enfermedad, no resignarse o aceptarla.

Para adaptarse a esta nueva situación y hacer frente a la enfermedad, se producen cambios bruscos en las interacciones familiares; si se trata de una enfermedad crónica, estas interacciones se cronifican y muchas veces dificultan la posterior rehabilitación del paciente.

Otro aspecto que es importante recordar es que cada ser humano construye una realidad interna, una visión del mundo que determina su conducta, por esto en el momento de la aparición de una enfermedad crónica surgen diferencias provocando conflictos entre los integrantes de la familia, que dificultan e impiden tomar decisiones y actuar en forma adecuada.

Para lograr que la familia sirva de apoyo al enfermo, para vivir en las mejores condiciones, es importante trabajar sistemáticamente con este tipo de familia como se menciono anteriormente.

Ya que la familia es considerada como un sistema el cual es definido por Victor Afanasiev como; "El conjunto de objetos cuya interacción produce la aparición de nuevas cualidades integrativas, no inherentes a los componentes aislados que constituyen el sistema.

El anexo entre los componentes es tan estrecho y sustancial que la modificación de uno de ellos provoca la modificación de los otros y, con frecuencia del sistema".⁽⁶⁾

El descubrir las relaciones de interconexión entre varios sistemas es de suma importancia para analizar los sistemas individuales, razón por la cual en la presente propuesta se tendrán en cuenta sistemas tales como: familia y equipo médico para que conjuntamente con el receptor y el donante se de un manejo integral a la IRCT.

La familia del paciente con IRCT se convierte de igual manera en un sistema terapéutico total en conjunto con el equipo de salud dentro del cual es importante promover su

(6) AFANASIEV, Victor. El modelo sistémico aplicado al conocimiento social. Pg. 77

integración, limitando los aspectos que surgen por las jerarquías dentro de la institución, así como de la perteneciente a diferentes profesiones y especialidades cada una con una distinta valoración desde lo social e institucional.

Se trata de lograr la participación de los integrantes, cada uno desde su papel y función, pero en forma flexible y complementaria, mejorando la comunicación de los miembros del equipo entre sí para tener una visión más integral de cada caso.

De igual manera mejorar la comunicación con los enfermos y sus familias aprendiendo a escuchar sus necesidades, su posición frente a la enfermedad, y la rehabilitación tomando en cuenta sus opiniones y respetándolas.

Por lo anterior el modelo se ha constituido a partir de considerar a la familia como un sistema dinámico en donde su caracterización particular radica en la manera en que sus distintos miembros interactúan, asumen roles y funciones diferenciales dentro del núcleo, a la vez que mantienen nexos con otros sistemas similares y reconoce su pertenencia a un suprasistema que influye en sus respuestas a problemas o situaciones en crisis.

Partiendo de este enfoque sistémico el modelo de intervención en trasplantes renales (MITRE), a través de sus diferentes etapas contiene como punto principal a la familia.

El rol del profesional en trabajo social dentro del contexto familiar y social significa una solución a las tensiones y conflictos que surgen de la realidad social, es importante fortalecer a la familia con dificultades sociales, como unidad de grupo y como parte de una comunidad que debe mejorar su ambiente social.

El modelo en sus etapas está configurado por diferentes sesiones. Dentro de cada una de las etapas se tendrán en cuenta aspectos tales como: El procedimiento general, dentro del cual se describirá de manera global la intervención de cada uno de los miembros del equipo en los programas de trasplante renal de las diferentes instituciones.

Aún cuando Trabajo Social forma parte de este equipo la labor realizada por este profesional será expuesta en la columna siguiente ya que es el objeto de estudio del presente caso práctico y requiere de mayor profundidad.

En la última columna se presenta el modelo de intervención de Trabajo Social en cada una de las etapas a través de las siguientes sesiones:

ETAPA PREQUIRURGICA .	Primera Sesión; Percepción inicial del compromiso Segunda Sesión; Objetivización del compromiso Tercera Sesión; Ejercicio de espejo
ETAPA QUIRURGICA :	Cuarta Sesión; Apoyo en Crisis.
ETAPA POSQUIRURGICA .	Quinta Sesión; Apoyo en crisis (continuación) Sexta Sesión; Reconstrucción para el cambio Séptima Sesión; Evaluación Final.

NOTA . El presente caso práctico se refiere a la etapa prequirúrgica desde el momento en que el paciente, donante y familia ingresan al programa y etapa posquirúrgica a los tres meses siguientes a su egreso.

ETAPA INICIAL

PROCEDIMIENTO GENERAL

Durante esta etapa los diferentes miembros del equipo realizaban una valoración a nivel: orgánico, psicológico y social para seleccionar a los pacientes y donantes aptos para el trasplante renal.

El médico realiza una entrevista inicial al receptor y a sus donantes potenciales y así poder descartar a las personas con contraindicaciones obvias antes de someterlas a una serie de exámenes, orientarlos sobre el trasplante y ser evaluados por el resto del equipo.

El dietista interviene a partir de que el paciente es hospitalizado indicándole una dieta rigurosa que le permita estar apto en el momento de la operación.

La intervención del psicólogo y del psiquiatra depende de las disfuncionalidades que presenten el receptor o el donante referentes a la adaptación

PARTICIPACIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO

La valoración hecha por trabajo Social en los diferentes programas se puede generalizar en los siguientes aspectos:

- 1) Se realiza un estudio médico social (ver anexo 2) con los objetivos de:
 - a) Conocer si la dinámica social es la adecuada para brindar el apoyo emocional que requiere el paciente antes y después del trasplante.
 - b) Determinar si las condiciones económicas son las suficientemente sólidas para solventar los gastos que se requieren para el trasplante y los cuidados posteriores.
 - c) Determinar si las condiciones físicas de la vivienda; tipo de construcción, distribución, zona de ubicación y servicios públicos son las apropiadas para los cuidados posttrasplante.

Otras actividades realizadas antes del trasplante son:

2. En algunas instituciones se establece coordinación para derivar los pacientes al psicólogo.

En otras instituciones como parte del estudio o a petición del médico se realizan visitas domiciliarias con el fin de verificar los datos recolectados sobre sus condiciones económicas familiares y habitacionales.

PROPUESTA DEL ESPECIALISTA DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD

PRIMERA SESIÓN

Percepción inicial del Compromiso realizar una sesión de equipo médico, familia y paciente, para ser presentados, dando oportunidad a los asistentes de hablar sobre familia, historia de la enfermedad y de que forma llegaron al servicio.

Conocer lo que saben de la enfermedad, el tratamiento y a partir de estas respuestas iniciar el manejo operativo de la información analizando las dificultades de aceptar el diagnóstico.

También durante este primer acercamiento el equipo explicará la organización interna del servicio y su funcionamiento.

Otro de los objetivos de esta sesión es facilitar la interacción entre la familia, el paciente y el equipo a través de técnicas y actitudes de coparticipación, en donde el equipo de salud se acerca a estos haciéndole sentir que los comprenden.

Se explicará el proceso quirúrgico por un miembro del equipo de preferencia el cirujano.

Aquí como en otros momentos la participación del médico enriquece al trabajador social, que aprende sobre los procedimientos técnicos, a la vez que el médico aprende a interactuar con el paciente y la familia en forma diferente.

Otra actividad importante de rescatar es la realización de visitas domiciliarias ya que ésta no solo permite confrontar los datos sino que a la vez se logra constatar con que objetividad el paciente y su familia perciben sus condiciones. Además este acercamiento permite al trabajador social vislumbrar algunos aspectos que no pueden conocerse por medio de la entrevista.

ETAPA PREQUIRURGICA

Durante esta etapa el médico informa tanto al paciente como al donante todas las sensaciones que tendrán durante el período de recuperación, confirmando las como signo de mejoría, de tal manera que se perciben como tales y no como molestias.

De igual manera informará sobre los riesgos de la operación, probabilidades de rechazo, complicaciones, medicamentos, efectos secundarios, en fin de tratar de disipar todas las dudas médicas que éstos tengan en cuanto al trasplante.

Dietista, las desortas en la etapa anterior.

En algunos casos cuando se evidencian problemas de adaptación, se mantiene el apoyo a la familia y se le orienta sobre la importancia del apoyo emocional.

SEGUNDA SESION

Objetivización del Compromiso, es importante que en la etapa prequirúrgica la intervención de Trabajo Social no se limite exclusivamente a la información sino que se trate de intervenir más a nivel intrafamiliar a través de diferentes técnicas de terapia evitando que el cuidado del paciente recaiga sobre un miembro o que se tengan conflictos en cuanto al adecuado cuidado del enfermo.

Conllevando por medio de este trabajo a que durante el tiempo que dura el tratamiento algunos de los miembros tomen algún rol parental, suena que sea necesario, pero delimitando sus responsabilidades, de esta manera obtiene apoyo emocional y ayuda económica y así se reparte la carga del tratamiento.

En estos momentos es necesario preparar a la familia y al paciente, y saber y sobre cuáles son los cambios que van a darse cuando el enfermo está hospitalizado (quién cumplirá sus funciones, cómo se mantendrá el contacto).

En cuanto al donante se debe entrevistar por separado, para averiguar si realmente quiere ser donante o si lo hacen por presiones familiares o de cualquier otro tipo.

TERCERA SESION

Ejercicio de Espera.

Una vez que el paciente, la familia y el donante tengan la información sobre los diferentes aspectos del tratamiento y el compromiso adquirido, será de mucha utilidad ayudarse a trabajar en tensión mediante el apoyo mutuo con otros familias con vivencias y problemas comunes.

Configurando grupos que ofrezcan visiones alternativas que amplíen la realidad familiar de esta de mostrarles que no están solos que hay otros que lo comparten.

Médico: Lo referente a la intervención quirúrgica.
Durante esta etapa no hay participación de otros miembros del equipo de salud.

Médico: Lleve un seguimiento con respecto a los medicamentos y otros aspectos médicos en caso de que el trasplante sea rechazado o por infección u otras recaídas posteriores.
Dietista: Orientada al paciente sobre sus cuidados nutricionales a tener en cuenta, para evitar una recaída.

ETAPA QUIRURGICA

ETAPA POSTQUIRURGICA

Una vez que el paciente es trasplantado, en algunas instituciones se organizan grupos con el apoyo de Trabajo Social y enfermería con el fin de ofrecerles pláticas educativas tanto al paciente como a la familia sobre los cuidados a tener en cuenta para no tener una recaída posterior.
En algunos casos coordina intra y extrahospitalariamente para que se le proporcione a algunos pacientes el medicamento de manera gratuita por un tiempo u otros servicios a bajo costo en el caso de que necesiten análisis o estudios especiales.

En el caso de que el trasplante falle se le ofrecen pláticas a la familia para enseñarles otras opciones. Y por último, se orienta al paciente sobre asuntos laborales.

CUARTA SESION Apoyo en la crisis

La intervención en este momento va dirigida a la familia del paciente y del donante (en caso de que sea casado) ya que es momento de mucha tensión por lo cual se les debe informar que si alguna vez existiera alguna complicación existen otras opciones y las facilidades de recuperación del donante.

Tratando siempre que se mantenga una actitud positiva ya que será muy importante para la recuperación tanto del paciente como del donante.

QUINTA SESION Apoyo en Crisis (Continuación)

La intervención en estos momentos se relaciona con el estado físico tanto del paciente como del donante y en general complicaciones del tratamiento.

Cuando se presenten complicaciones o cuando es necesario ofrecer apoyo a la familia y explorar si en alguna forma la estructura y dinámica familiar están facilitando o reforzando esas complicaciones y así poder intervenir profesionalmente para cambiar esta situación.

SEXTA SESION

Reconstrucción para el cambio. Se debe ayudar al paciente y a su familia a adaptarse a la nueva situación y así facilitar el regreso del paciente a su hogar. Es importante no perder el contacto con la familia, el paciente y el donante ya que a ellos debe dar las orientaciones y el apoyo necesario.

Se debe lograr que la familia perciba que desde el momento en que el paciente regrese debe asumir sus funciones anteriores y que no debe convertirse en el centro del núcleo familiar.

		<p>Que a pesar de las presiones y tensiones vividas por el tratamiento los intereses de los demás miembros deben continuar</p> <p>SEPTIMA SESION Evaluación Final: Después de tres meses convendrá hacer una entrevista de seguimiento para realizar una evaluación de la estructura y la dinámica familiar tomando como punto de partida el diagnóstico que se tenía y reactualizarlo, para proponer en un momento dado si es necesaria la intervención a nivel terapéutico.</p>
--	--	---

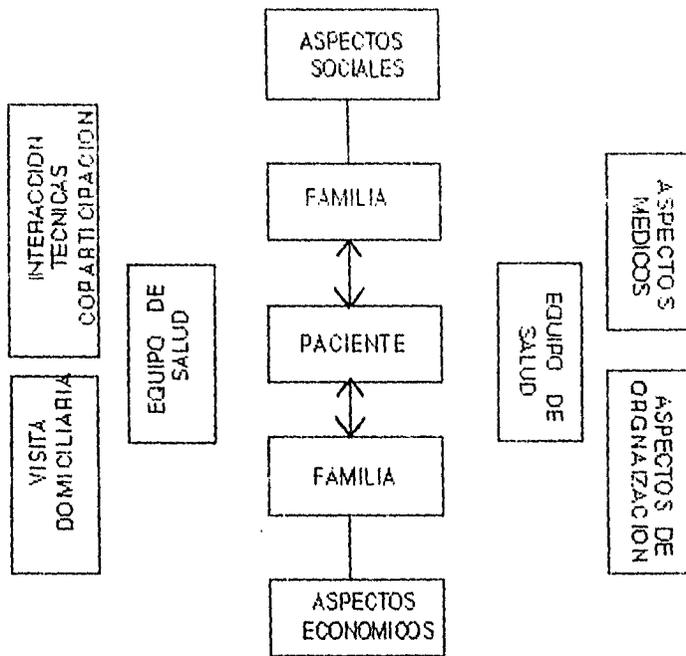
IV. IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE ALTERNATIVAS

ESTA TESIS NO ESTE
SUSCRITO EN LA BIBLIOTECA

IV. IMPLEMENTACION DE DESARROLLO DE ALTERNATIVAS

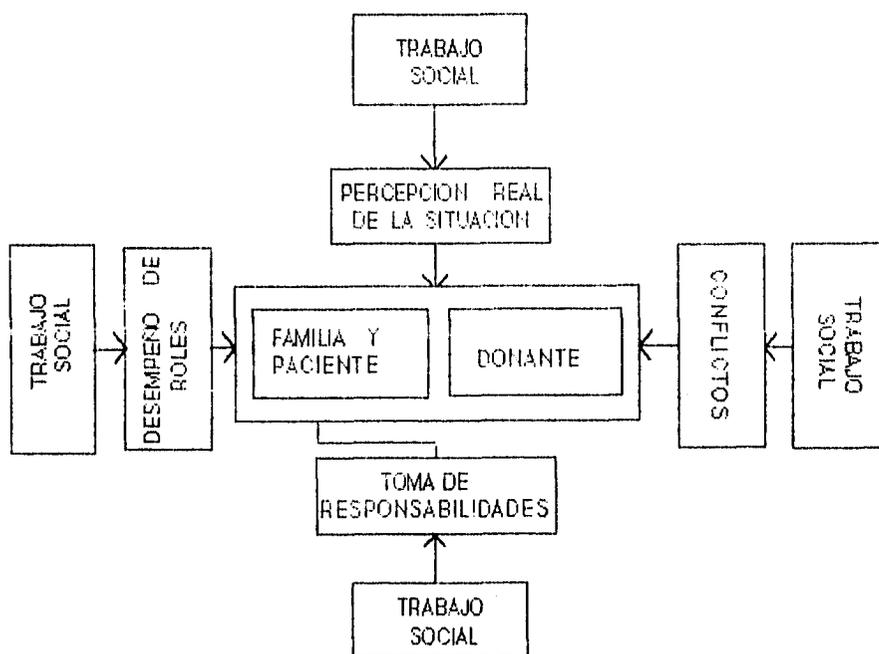
ETAPA PREQUIRURGICA

PRIMERA SESION: PERCEPCION INICIAL DEL COMPROMISO



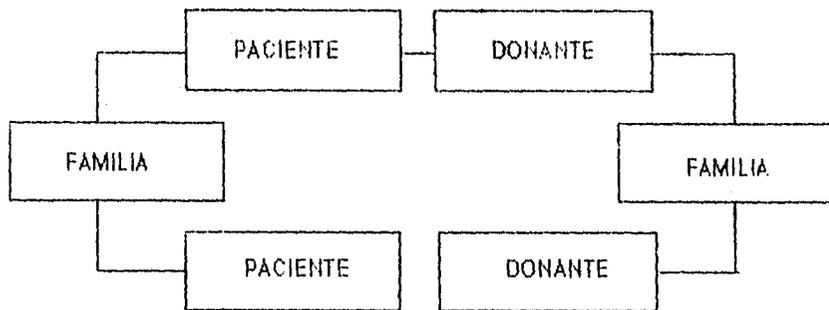
ETAPA PREQUIRURGICA

SEGUNDA SESION: OBJETIVIZACION DEL COMPROMISO



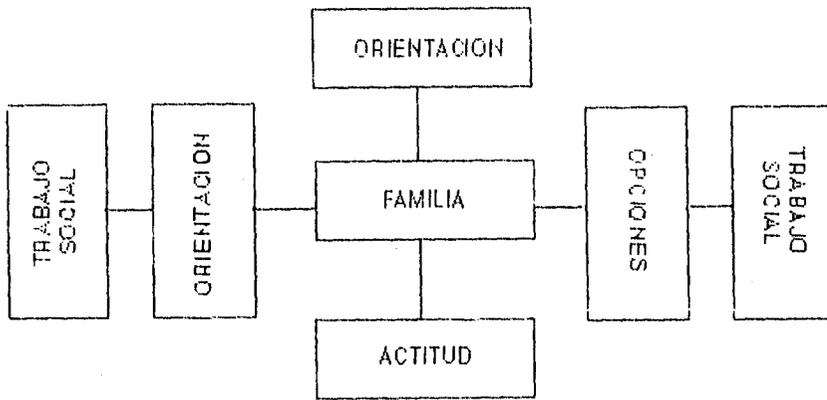
ETAPA PREQUIRURGICA

TERCERA SESION. EJERCICIO DE ESPEJO



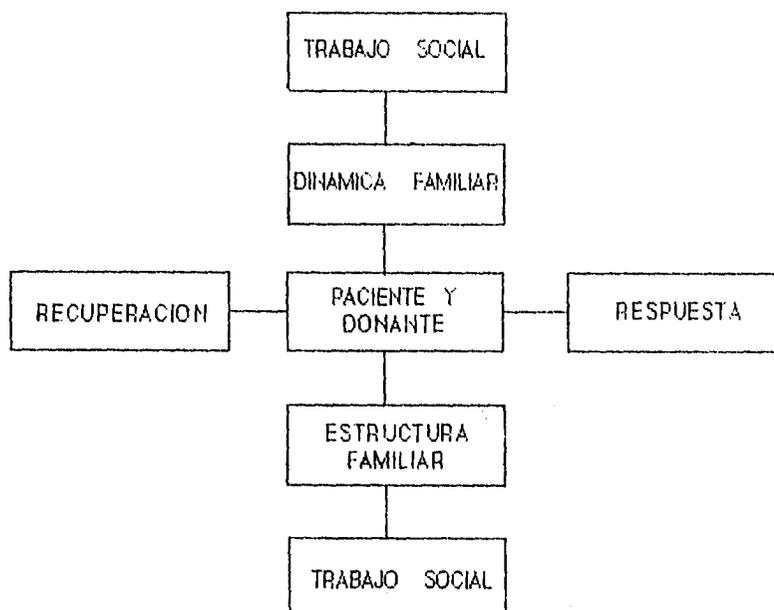
ETAPA QUIRURGICA

CUARTA SESION: APOYO EN CRISIS



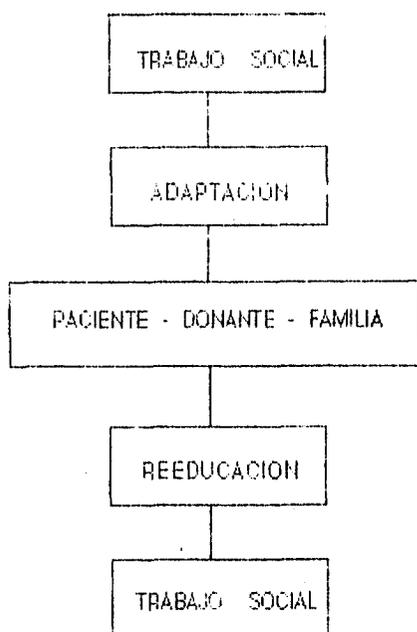
ETAPA POSQUIRURGICA

QUINTA SESION: APOYO EN CRISIS (CONTINUACION)



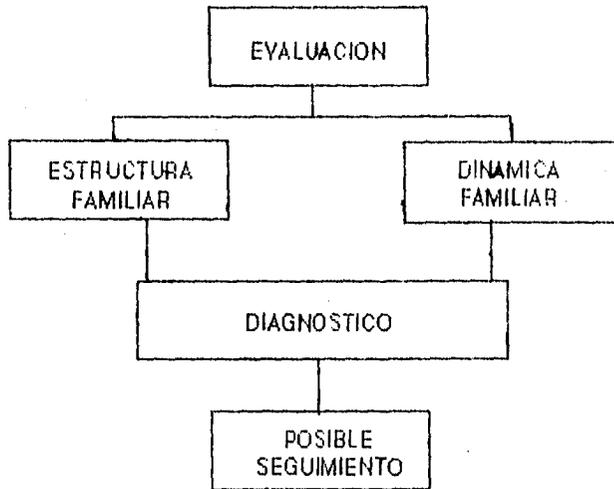
ETAPA POSQUIRURGICA

SEXTA SESION: RECONSTRUCCION PARA EL CAMBIO



ETAPA POSQUIRURGICA

SEPTIMA SESION: EVALUACION FINAL



CONCLUSION DE RESULTADOS

- La intervención de Trabajo Social en los programas de Trasplante Renal esta limitada a la etapa pretrasplante y a nivel del paciente, aunque sólo para la realización del estudio médico-social en donde participa de manera espontanea la familia. Este estudio se realiza con el objetivo de conocer si el paciente cubre las condiciones socioeconómicas aptas para ser trasplantado.
- En los programas de trasplante renal que fueron objeto de estudio del presente caso práctico no se estan conformando grupos con los receptores, los donadores y las familias.
- La intervención a nivel donante no se esta cubriendo, a pesar de que como lo vimos durante el desarrollo del trabajo, son personas que ameritan al igual que el receptor una atención integral.
- Siendo los trasplantes renales un problema que requiere de atención integral por parte del equipo de salud del cual forma parte Trabajo Social; la participación de este profesional no está siendo tan activa como debería ser ya que los otros miembros del equipo no tienen claramente identificadas las funciones desempeñadas por este profesionista.
- La falta de teorización sobre este problema concreto y sobre la intervención de Trabajo Social en él, es una limitación ya que no permite tener bases teóricas a partir de las cuales se puedan plantear alternativas de solución. Sin embargo la teoría existente sobre Trabajo Social en el área de la salud sirvieron como punto de partida.

- La revisión teórica y las entrevistas llevadas a cabo para la realización de este caso práctico permitió identificar muchos de los aspectos socioeconómicos que influyen en los pacientes con IRCT e identificarlos como factores que de igual manera inciden en pacientes con otro tipo de enfermedad crónica que requiere trasplante lo cual en un momento dado permitiría aplicar el mismo modelo de intervención a otros programas de trasplantes.

- En el desarrollo de este trabajo se llegó a notar que los programas de trasplante renal en las instituciones estudiadas en su mayoría estaban a cargo de técnicas en Trabajo Social, por ello a través de la propuesta planteada se pretende destacar la importancia y necesidad de la intervención de trabajadores sociales especialistas en el área de la salud, ya que la IRCT es un problema complejo que requiere una atención a nivel superior.

- Los diferentes factores descritos en el desarrollo del presente caso práctico visualiza la necesidad de la intervención del profesional en Trabajo Social no solo a nivel de paciente, sino además de la familia y donante, traspasando ámbito investigativo, asistencial y de capacitación; ya que de esta manera se obtendrá un mayor conocimiento del problema que día a día va en aumento y la facilidad de capacitación en esta área.

- El modelo propuesto se fundamenta en la necesidad de que el trabajador social este capacitado para la atención integral al paciente, donante y familia, en condiciones tan complejas como los trasplantes de cualquier tipo.

- En el momento en que se ponga en marcha el modelo de intervención, para comprobar la asociación o correlación de variables como lo son las funciones del Trabajador Social y las necesidades del paciente, donante y familia, se medirá la significancia estadística a través de la T de Students en virtudes que se cuenta con un universo reducido, con un nivel de significancia $\alpha=95\%$ y un error cuadrático de 0.5.
- El modelo propuesto a través del enfoque sistémico constituye una alternativa; sin embargo, cabe aquí mencionar en que no es la única, la mejor, sino una más para el avance y consolidación del quehacer específico del trabajador social.

BIBLIOGRAFIA

- Botero, J.

Patogenia de la Insuficiencia Renal Crónica

Salvat,

Bogotá, 1984

- Brown, Colin.

Manual de Enfermedades Renales.

Interamericana,

México, 1987

- Cruz González, María Elena

La Participación del Licenciado en Trabajo Social en la Problemática del Paciente Renal en fase Terminal en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza del IMSS. Tesis.

UNAM, E.N.T.S.

México, 1992

- Dirección General de Asuntos Jurídicos

Ley General de Salud

Secretaría de Salud

México, 1990

- Dirección General de Asuntos Jurídicos

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Organos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

Secretaría de Salud,

México, 1990

- Guzmán, Cedeño Marisa

Factores Socioeconómicos en el proceso de Trasplantes Renales. Tesis.

UNAM, E.N.T.S.

México, 1992

- Kisnerman, Natalio

Salud Pública y Trabajo Social.

Humanitas

Buenos Aires, 1981

- Organización Panamericana de la Salud.

Insuficiencia Renal Crónica, Diálisis y Trasplante. Primera Conferencia de Consenso.

E.U.A., 1989

- Parrish, Alvin

Manual de Urgencias Nefrológicas.

Manual Moderno,

México, 1984

- Sánchez, Rosado Manuel

Elementos de Salud Pública

Méndez Cervantes.

México, 1989

- Santiago, Delpin.

Trasplante de Organos

Salvat,

México, 1987

- Perez, Joseph,

Terapia Familiar en el Trabajo Social.

Editorial Pax-México

México, 1981

- Terán Trillo, Margarita

La Teoría de sistemas y su aplicación en el Trabajo Social

Noviembre, 1990

E.N.T.S., U.NAM. (inédito)

- Terán Trillo, Margarita

Perfil profesional de trabajador social en el área de la salud.

Revista No. 37; Enero, Febrero y Marzo, 1989.

E.N.T.S., U.NAM

ANEXOS

ANEXO 1

ASPECTOS SOCIALES DE LOS TRASPLANTES RENALES

OBJETIVO; DELIMITAR LA INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL EN LOS TRASPLANTES RENALES DURANTE LAS ETAPAS DE PRE Y POSTRASPLANTE A NIVEL DE; RECEPTOR, DONANTE Y FAMILIA.

DATOS GENERALES

NOMBRE; _____
CARGO; _____
INSTITUCION _____

1. TRABAJA DIRECTAMENTE CON ALGUN PROGRAMA DE TRASPLANTES RENALES?
2. QUE TIEMPO LLEVA EJERCIENDO ESTE CARGO?
3. TIENE RELACION DIRECTA CON EL DONADOR, RECEPTOR Y LA FAMILIA?
4. EN QUE MOMENTO?
5. EN QUE CONSISTE ESTA INTERVENCION?
6. DENTRO DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE AL CUAL PERTENECE SE REALIZA UNA PREVIA PREPARACION PSICOLOGICA AL DONADOR Y RECEPTOR?
7. POR CUAL PROFESIONAL ES REALIZADA?
8. DURANTE EL TIEMPO QUE LLEVA TRABAJANDO EN ESTA AREA HA PODIDO PERCIBIR SI EN LA ETAPA POSTERIOR AL TRASPLANTE EL NIVEL DE TENSION ES ALTERADO TANTO PARA LA FAMILIA COMO PARA EL DONANTE?
9. DURANTE LA ETAPA POSTERIOR AL TRASPLANTE COMO HA OBSERVADO EN EL RECEPTOR LOS SIGUIENTES ASPECTOS;
 - REHABILITACION FISICA
 - SENTIMIENTOS EN CUANTO A SU SALUD Y BIENESTAR FISICO
 - CREACION DE RELACIONES
 - CAMBIO DE AUTO:IMAGEN
 - SENTIMIENTOS DE FELICIDAD O DEPRESION
 - HABILIDAD PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES OCUPACIONALES O ESCOLARES
10. CON QUE FRECUENCIA ES UN FAMILIAR EL DONADOR DEL ORGANOS?
11. DURANTE SU TRABAJO HA PODIDO PRESENCIAR SI SE PRESENTA UNA ACTITUD DE ARREPENTIMIENTO POR PARTE DEL DONADOR LUEGO DEL TRASPLANTE?
12. HA PERCIBIDO SI SE PRESENTA ALGUN TIPO DE PRESTION POR PARTE DE LA FAMILIA HACIA EL DONADOR PARA QUE REALICE LA DONACION?
13. CUAL ES LA ACTITUD DEL RECEPTOR HACIA EL DONANTE FAMILIAR?

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
TRABAJO SOCIAL

ESTUDIO SOCIAL _____ FECHA _____
DIAGNOSTICO _____
MOTIVO DEL ESTUDIO _____

NOMBRE _____ EDAD _____ No. EXP. _____

CLINICA DE ADSCRIPCION _____ ESCOLARIDAD _____

DOMICILIO _____ TELF: _____

No. DE CAMA _____ T.O. SI _____ No _____ INGRESO POR: URGENCIAS _____ ADMISION _____

OCCUPACION _____ DEPENDENCIA _____ ADSCRIPCION _____

GRUPO FAMILIAR

NOMBRE	EDO. CIVIL	SEXO	EDAD	ESCOLARIDAD	OCCUPACION

APoyo FAMILIAR: SI _____ No _____

MOTIVO: _____

VIVIENDA	PAREDES	CONSTRUCCION		PISO
		TECHO		
Casa sola () Vecindad ()	ladrillo ()	concreto ()	Cemento ()	
Condominio () otros ()	adobe ()	lámina ()	mosaico ()	
Departamento ()	otros ()	asbesto ()	tierra ()	
Propiedad () renta ()		otros ()	otros ()	

DISTRIBUCION DE LA VIVIENDA		ZONA DE UBICACION	SERVS. PUBLICOS
No. de dormitorios _____	BAÑO _____	urbana ()	luz eléctrica ()
gala _____	individual _____	suburbana ()	drenaje ()

comedor _____	colectivo ()	Rural ()	agua potable ()
cocina _____	w.c. ()		hidratante ()
otros _____	letrina ()		público ()
	aire libre ()		agua de pipa ()
	lens óptica ()		agua de pozo ()

SITUACION ECONOMICA

Miembros económicamente activos _____

TOTAL: ingresos \$ _____ TOTAL: INTERESES \$ _____

ALIMENTACION

Equilibrada en cantidad y calidad

SI _____ No _____

Porqué? _____

DIAGNOSTICO Y PLAN SOCIAL

ANEXO 4
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.A.
TRABAJO MEDICO SOCIAL

INFORME SOCIAL:

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

SEXO

ESTADO CIVIL

ESCOLARIDAD

LUGAR DE NACIMIENTO

DOMICILIO

OCUPACION

RESPONSABLE

DIAGNOSTICO

ANTECEDENTES PERSONALES

DATOS DE LA VIVIENDA

DIAGNOSTICO SOCIAL

PLAN SOCIAL

TRABAJADORA SOCIAL