



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

01966
4

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DETERMINACIÓN DE FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO CON BASE EN LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR LOS RESPONSABLES DE LA PETICIÓN DE ORGANOS

ESTUDIO CUALITATIVO / CUANTITATIVO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL
P R E S E N T A :
BEATRIZ MANSUR MACIAS

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ MITRE

**COMITÉ DE TESIS: MTRA. LUCY REDIL MARTINEZ
DR. RODOLFO GUTIERREZ MARTINEZ
DRA. GRACIELA RODRÍGUEZ ORTEGA
DR. JUAN JOSE SÁNCHEZ SOSA**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

44
Facultad de Psicología UNAM

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE DE 2002



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**DETERMINACIÓN DE FACTORES QUE INTERVIENEN
EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO
CON BASE EN LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR
LOS RESPONSABLES DE LA PETICIÓN DE ÓRGANOS**

ESTUDIO CUALITATIVO/CUANTITATIVO

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PSICOLOGÍA SOCIAL
PRESENTA**

BEATRIZ MANSUR MACIAS

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ MITRE

COMITÉ DE TESIS: MTRA. LUCY REIDL MARTÍNEZ

DR. RODOLFO GUTIÉRREZ MARTÍNEZ

DRA. GRACIELA RODRÍGUEZ ORTEGA

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

México, D.F. Octubre de 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



A Sumy

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Agradecimientos

Quiero agradecer a todas las personas e instituciones que han participado en la elaboración de este trabajo su contribución.

Beatriz Mansur Macías

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



INDICE

ÍNDICE DE GRÁFICAS	4
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO PRIMERO. EL PROGRAMA DE TRASPLANTES	15
CAPÍTULO SEGUNDO. LA DONACIÓN DE ÓRGANOS	22
1. El donador	25
2. La petición de órganos	28
3. Aspectos legales	33
4. Aspectos religiosos	36
CAPÍTULO TERCERO. EL CONCEPTO DE MUERTE	40
1. El significado de la muerte	44
2. La experiencia de donar frente a la muerte biológica y la cerebral	46
CAPÍTULO CUARTO. ANTECEDENTES	52
1. Actitud hacia la donación frente a un familiar fallecido	52
2. Actitud hacia la donación en un contexto ajeno a la muerte	54
3. Facilitadores y obstáculos a la donación de órganos	58



CAPÍTULO QUINTO. TEORIAS RELEVANTES A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS	64
1. Altruismo	64
2. Las actitudes	66
3. Psicología Social de la Salud	67
3.1 El Modelo de Creencias sobre la Salud	68
3.2 La Teoría de la Acción Social	70
3.3 La Teoría de la Acción Razonada	71
CAPÍTULO SEXTO. MÉTODO	75
CAPÍTULO SÉPTIMO. LOS RESULTADOS	87
I. EL ANÁLISIS DESCRIPTIVO	88
1. Los candidatos a donador	88
2. Los donadores potenciales	94
II. EL ANÁLISIS INFERENCIAL	117
CAPÍTULO OCTAVO. ANÁLISIS DE RESULTADOS	123
CAPÍTULO NOVENO. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	136
REFERENCIAS	145
ANEXO	153
A. MARCO LEGAL DE LA DONACIÓN	154
B. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	173



INDICE DE GRÁFICAS

PERFIL DEL OCCISO

Gráfica 1. Sexo del donador potencial	89
Gráfica 2. Edad del donador potencial	90
Gráfica 3. Clasificación de la muerte	90
Gráfica 4. Tipo de muerte	90
Gráfica 5. Motivo de la muerte	90
Gráfica 6. Tipo de donador	90
Gráfica 7. Presencia de la familia	91
Gráfica 8. Se informó al equipo procurador de órganos	91
Gráfica 9. ¿Hubo solicitud de órganos?	91
Gráfica 10. Total de muertes registradas en Cruz Roja	91
Gráfica 11. Respuesta a la donación en Cruz Roja	91
Gráfica 12. Ocupación del donador potencial	92
Gráfica 13. Estado civil del donador potencial	92
Gráfica 14. Número de hijos del donador potencial	92
Gráfica 15. Escolaridad del donador potencial	93
Gráfica 16. Religión del donador potencial	93
Gráfica 17. Nivel socioeconómico del donador potencial	93

LOS CASOS DE PETICIÓN

Gráfica 18. Sexo del donador	94
Gráfica 19. Edad del donador	95
Gráfica 20. Número de hijos del donador	95
Gráfica 21. Ocupación del donador	95
Gráfica 22. Escolaridad del donador	95



Gráfica 23. Nivel socioeconómico del donador	95
Gráfica 24. Religión del donador	96
Gráfica 25. Clasificación de la muerte	97
Gráfica 26. Influencia del tipo de muerte	97
Gráfica 27. Influencia del motivo de la muerte	97
Gráfica 28. Órganos y tejidos solicitados	98
Gráfica 29. Órganos y tejidos donados	98
Gráfica 30. Número de entrevistas para solicitar la donación	99
Gráfica 31. Razones del número de entrevistas	99
Gráfica 32. Número de personas participantes en la petición de órganos	99
Gráfica 33. Conocimiento de la decisión de donar del donador	101
Gráfica 34. Actitud del donador hacia la donación de órganos	101
Gráfica 35. Actitud del familiar que autoriza la donación	102
Gráfica 36. Actitud de los acompañantes de la familia hacia la donación	102
Gráfica 37. ¿El tipo de muerte causó sufrimiento a los familiares?	103
Gráfica 38. Influencia de ayudar por razones altruistas	103
Gráfica 39. Influencia de ayudar a otro en especial	104
Gráfica 40. Influencia del deseo de servir a otros sin esperar recompensa	104
Gráfica 41. Influencia de que no se ofreciera ayuda económica	104
Gráfica 42. Influencia de que no se ofreciera otro tipo de ayuda	104
Gráfica 43. Influencia de ayudar por razones de consciencia social	104
Gráfica 44. Influencia de trascender en la vida	104
Gráfica 45. Presencia de discapacidades en otros miembros de la familia	106
Gráfica 46. Influencia de la apariencia del cuerpo	106
Gráfica 47. Influencia de la apariencia física del donador	106
Gráfica 48. Influencia de lo imprevisto de la muerte	106
Gráfica 49. Influencia del tipo de muerte	106
Gráfica 50. Influencia de tomar la decisión sobre el cuerpo del otro	106
Gráfica 51. Influencia que otros familiares pudieran necesitar de un órgano	106
Gráfica 52. Influencia del destino de los órganos	106



Gráfica 53. Influencia de dar información sobre la evolución del paciente	107
Gráfica 54. Influencia de los trámites administrativos	107
Gráfica 55. Influencia del Ministerio Público	107
Gráfica 56. Influencia de la presión de la funeraria	107
Gráfica 58. Credibilidad del diagnóstico de muerte cerebral	108
Gráfica 59. Influencia del latido cardíaco	108
Gráfica 60. Influencia de la respiración	108
Gráfica 61. Influencia de la temperatura corporal	108
Gráfica 62. Percepción de los familiares respecto al donador	109
Gráfica 63. Esperanza de un milagro ante la muerte cerebral	109
Gráfica 64. Esperar hasta el último momento antes de decidir	109
Gráfica 65. Parentesco del familiar con el donador	110
Gráfica 66. Sexo del familiar que autoriza la donación	110
Gráfica 67. Edad del familiar que autoriza la donación	110
Gráfica 68. Influencia de la escolaridad del familiar	110
Gráfica 69. Estado civil del familiar que autoriza la donación	110
Gráfica 70. Religión del familiar que autoriza la donación	112
Gráfica 71. Religión de los acompañantes del familiar	112
Gráfica 72. Estado de ánimo de los familiares	112
Gráfica 73. Factores intervinientes en la aceptación	113
Gráfica 74. Factores intervinientes en la negación	113
Gráfica 75. Relación económica entre el donador y los familiares	114
Gráfica 76. Tipo de familia del donador	114

LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Gráfica 77. Autopercepción de los procuradores de órganos	115
Gráfica 78. Percepción de la atención brindada por el hospital	115
Gráfica 79. Factores que obstaculizaron la donación	116



RESUMEN

Con la presente investigación se determinan los factores que intervienen en la decisión de los familiares de aceptar o negar la donación de órganos de un ser querido al momento de su fallecimiento. El estudio se llevó a cabo con una muestra intencional de tamaño variable integrada con 236 casos provenientes en primera instancia, por los fallecimientos registrados en Cruz Roja Mexicana durante el periodo comprendido entre enero y julio de 2001 y en segunda, por las donaciones de otros hospitales participantes en el Programa Nacional de Trasplantes. La información se obtuvo después de cada fallecimiento con la ayuda del equipo procurador de órganos de dichas instituciones. Los datos se analizaron con herramientas estadísticas descriptivas e inferenciales obteniéndose un perfil de la población que acepta o niega donar órganos. El estudio demuestra la importancia de la muerte imprevista en la decisión de donar órganos y el peso de la escolaridad para una respuesta favorable además de brindar un inventario de un sinnúmero de variables recopiladas en 10 años de trabajo que pueden estar ejerciendo una influencia en la decisión de aceptar o negar la donación. Los resultados pueden contribuir, entre otros aspectos, a mejorar los procesos de petición por parte de los equipos de salud procuradores de órganos.



INTRODUCCIÓN

En el Programa Nacional de Salud de 2001 a 2006, la línea de acción al respecto, la número 3.4, dicta "promover el trasplante como una alternativa accesible que no sólo resuelve algunas de las fallas orgánicas o tisulares que enfrentan los seres humanos sino que conserva la vida del sujeto en condiciones casi normales a un costo muy inferior al de otro tipo de tratamientos"

Sin embargo, para dejar el antecedente de este trabajo, cabe señalar que la presente investigación, se inicia bajo el marco rector del Plan Nacional de Desarrollo de 1994-2000, en el cual, en la parte V referida a Proyectos Estratégicos, se encuentra el **Programa Nacional de Trasplantes**, que se orienta fundamentalmente "a promover la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos y a la creación de un sistema de procuración de órganos y tejidos, con la participación de todos los sectores del país".

Como puede observarse, en ambos programas gubernamentales, el trasplante de órganos es su razón de ser pero la donación ocupa diferentes posiciones. En uno, constituye una meta que hace posible llevar a cabo el trasplante con fines terapéuticos, mientras que en el otro, la donación de órganos subyace como la acción necesaria para llevarlos a cabo.



Sin embargo, en México al igual que en otros países, el Programa Nacional de Trasplantes enfrenta la dificultad de no contar con los órganos requeridos para atender una demanda creciente de personas en espera de un trasplante, que en algunas ocasiones, es el único recurso a su alcance para salvar sus vidas.

A la fecha, se ha encontrado en la donación de órganos provenientes de personas vivas y relacionadas consanguíneamente con el receptor de la donación, su principal fuente de obtención, aunque este tipo de donación es escaso y limitado a la vez, ya que las personas vivas sólo pueden donar ciertos órganos y tejidos sin deteriorar o poner en peligro su vida, con el inconveniente, además, de someter innecesariamente a una persona sana a una intervención quirúrgica de gran envergadura.

Por tal motivo, una de las tareas a emprender para cumplir con la meta propuesta por el Programa Nacional de Trasplantes sea la de impulsar la donación cadavérica de órganos o la donación de no vivo, expresión con la que se define actualmente en la Ley General de Salud.

Si bien parte de la población en México, en términos generales manifiesta una actitud favorable hacia la donación de órganos, ésta no se ve reflejada en la práctica, en el momento mismo en que los prestadores de servicios de salud solicitan los órganos de un familiar recién fallecido. Este hecho es atribuido principalmente a:

- a) La falta de información sobre el programa de donación y trasplantes
- b) El bajo nivel de capacitación y preparación del equipo de salud para solicitar la donación



-
- c) La carencia de recursos económicos para conformar un cuerpo de prestadores de servicios encargado específicamente de la procuración de órganos
 - d) La insuficiente y poco organizada infraestructura médica para obtener los órganos
 - e) La falta de una actitud favorable y generalizada entre la población frente a la donación
 - f) El desconocimiento de las condiciones en las que ocurre la donación de no vivo
 - g) El desconocimiento de la voluntad de donar de las personas fallecidas

Estos factores ponen en evidencia la necesidad de fomentar una cultura de donación de órganos que permita, que tanto la población en general como los prestadores de servicios de salud en particular, hagan suya la necesidad de los mexicanos en espera de un órgano sano para vivir.

De ahí que, el presente trabajo de investigación tenga como propósito estudiar a profundidad el proceso de donación de órganos para obtener información que permita proponer acciones acordes a la idiosincrasia de la sociedad que contribuyan a alcanzar las metas planteadas en el actual Programa Nacional de Salud.



Para cumplir con dicho propósito, la tesis se ha dividido en dos partes. En la primera, se construyó un marco de referencia sobre la donación de órganos, y en la segunda, se realizó un estudio de campo.

El marco de referencia, aborda las condiciones y circunstancias en las que ocurre la donación cadavérica de órganos, además de su utilidad para interpretar los resultados arrojados por el estudio. Esta parte del trabajo, profundiza sobre los factores que intervienen en la decisión de donar órganos, en el momento mismo que los prestadores de servicios los solicitan, porque en él se ponen en juego factores psicológicos y sociales como los sentimientos de pérdida, de dolor, negación, concepciones de vida y muerte, religión y legislación, que en conjunto o por separado, conllevan a los familiares a aceptar o negar la donación de órganos.

Los resultados del estudio se han presentado en una serie de capítulos, en donde los primeros que conforman el marco de referencia, dan cuenta del Programa de Trasplantes en México; de la donación de órganos que va desde la definición del donador, el proceso de petición de órganos hasta el planteamiento de sus aspectos legales y religiosos; del concepto de muerte, su significado y la experiencia de donar frente a la muerte biológica y la cerebral.

Incluyen también, algunos resultados sobre investigaciones realizadas en materia de donación de órganos en el contexto de muerte o ajena a ella así como las teorías psicológicas que se emplearán para interpretar los resultados sobre la decisión de donar, ya sea analizada ésta, desde la perspectiva de una conducta altruista o del cambio de actitud. Para ello, describe las teorías de la Acción Social, las Creencias de la Salud y la de la Acción Razonada propuestas por la Psicología Social de la Salud.



Los últimos capítulos presentan desde el método empleado para llevar a cabo el estudio de campo hasta el análisis, las conclusiones y la discusión de resultados.

Al finalizar el trabajo, se espera proporcionar los elementos necesarios para entender cabalmente el momento de la captación, desde la perspectiva del equipo procurador de órganos y la de los familiares, pidiendo unos y aceptando o rechazando la donación de órganos los otros, y todos ellos inmersos en un momento lleno de situaciones imprevistas y de gran confrontación de lo que somos, de nuestros esquemas de valores, conocimientos y conceptos adquiridos tautológica y socialmente a lo largo de la vida y probablemente sin haberlos cuestionados pero que son parte de nuestra cultura e influyen en la decisión que se toma en el momento mismo de la petición de órganos.



CAPITULO PRIMERO

EL PROGRAMA DE TRASPLANTES

Las actividades de trasplantes se inician en México a principios de los Sesenta consolidándose en 1971 el primer programa de trasplantes, en el Instituto Nacional de la Nutrición perteneciente a la Secretaría de Salud y que tiene por objetivo promover la participación activa y consciente de los individuos, respecto a la disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos (Dib, 1992; Quijano, Gómez, Ortiz y Ronces, 1964).

Actualmente, su práctica se encuentra inscrita en el Plan Nacional de Desarrollo de 2001-2006, que dice a la letra en su "Línea de acción 3.4 Promover el trasplante como una alternativa accesible".

"Una parte importante de los casos de enfermedad generan la insuficiencia de algunos órganos o sistema que pone en peligro la vida de los pacientes. El trasplante de órganos y tejidos no sólo resuelve algunas de estas fallas orgánicas o tisulares sino que conserva la vida del sujeto en condiciones casi normales a un costo muy inferior al de otro tipo de tratamientos que además no ofrecen la misma calidad de vida".

El Plan establece las siguientes actividades:

- "Poner en marcha un Programa de Acción en Materia de Trasplantes que incluirá la creación de los instrumentos normativos y los reglamentos correspondientes".



-
- “Construir una cultura de donación altruista de órganos y tejidos que eleve la tasa de donación y trasplante en nuestro país y promueva la donación de fondos para apoyar las fases pre y post trasplante de pacientes con escasos recursos”.
 - “Consolidar la Organización Nacional de Trasplantes que permitirá integrar y vincular de manera congruente a todos los componentes del Sistema Nacional de Salud”.
 - “Establecer un órgano consultivo con carácter intersecretarial que regule, apoye y promueva acciones en materia de trasplantes”.

El Programa Nacional de Trasplantes es un programa relativamente joven en cuanto a la difusión de conceptos sobre el proceso de donación de órganos, trasplantes y promoción de la donación, mas no en sus experiencias y técnicas quirúrgicas, las cuales están a la altura de los mejores programas del mundo. Se puede afirmar que la principal diferencia, entre esos programas y el de nuestro país, radica en el número de órganos captados por donación de personas fallecidas. (Dib-Kuri, Bordes-Aznar, Alberu, Diliz y Wolpert, 1992, pp. 1796-1797)

En cuanto a sus aspectos legales, el Programa Nacional de Trasplantes cuenta con uno de los mejores y más completos marcos jurídicos del mundo. Tiene categoría de Ley y comprende un reglamento extenso y la Norma Técnica Oficial Mexicana que regula la actividad de donación, trasplantes y pérdida de la vida (Dib-Kuri, Bordes-Aznar, Alberu, Diliz y Wolpert, 1992, pp. 1796-1797).



Desde la Constitución Mexicana de 1917 están dadas las bases del programa, al plantear los derechos de los mexicanos en su Artículo Cuarto, que dice a la letra en cuanto a los aspectos de salud:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos legales e institucionales realizados a la fecha y de la infraestructura existente para la captación de órganos, ésta aún resulta insuficiente para atender la demanda creciente de trasplantes, la cual se ha incrementado por:

- a) La escasez de donaciones.
- b) El aumento de enfermos con insuficiencias orgánicas.
- c) Mayor conocimiento sobre el trasplante en términos de que constituye una oportunidad de vida y en muchos casos, "la única alternativa terapéutica que puede resolver la incapacidad funcional de órganos o tejidos, permitiendo no sólo rescatar la vida del receptor sino reincorporarlo íntegramente al ámbito social y productivo".

Los trasplantes brindan una esperanza de vida a pacientes que hasta hace cinco años hubieran fallecido antes de saber que requerían de un órgano sano para llevar una vida normal. Un paciente renal trasplantado representa un 1/5 o 1/7 del costo de la hemodiálisis o diálisis peritoneal además de favorecer que las mujeres en edad reproductiva pueden tener un embarazo normal sin poner en peligro su vida o la de su hijo (Consejo Nacional de Trasplantes, s/f). (Manual del coordinador, 2000).



-
- d) La difusión sobre el derecho a la salud.
 - e) La mejora en los registros de candidatos, lo cual se refleja en el aumento de pacientes en las listas de espera. Tan sólo un ejemplo, la de riñón ha pasado de 500 pacientes en 1987 a 1,500 en 1993 (Estadísticas de la SSA, 1993) y actualmente, hay aproximadamente 5,000 pacientes (Dib-Kuri, Bordes, Alberú, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, 1999, pp. 84),

Actualmente, los programas de trasplantes con mayor experiencia son el renal y el de córnea. En el caso del trasplante renal, éstos se efectúan principalmente con órganos provenientes de donadores vivos relacionados consanguíneamente que con los de personas no vivas.

Se estima que de seguir la dinámica de crecimiento de las enfermedades que requieren un trasplante como es el caso de la insuficiencia renal crónica terminal, en muy poco tiempo se enfrentará un déficit presupuestario demasiado peligroso, que va a impedir cualquier tipo de atención médica a este tipo de pacientes por lo costoso de los tratamientos alternativos como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal (Manual del coordinador, 2000).

Algunos pacientes han logrado sobrellevar su enfermedad con estos procedimientos dialíticos, los cuales les permiten prolongar su vida pero no la calidad de la misma además de ser costosos. Otros, han logrado superarla con el trasplante de un órgano proveniente de un familiar vivo relacionado consanguíneamente poniendo en riesgo la vida de una persona sana (Castellanos, 1995).



Por tales razones, ninguna de estas dos opciones son las más convenientes, sin embargo, se estima que para satisfacer la demanda potencial en la población actual de la República Mexicana son necesarios 5,000 trasplantes renales al año dado que la incidencia de la insuficiencia renal asciende anualmente a 100 casos nuevos por cada millón de habitantes, calculando conservadoramente que 50% llegase a ser candidato a trasplante (Consejo Nacional de Trasplantes, s/f).

En el caso de la ceguera o la debilidad visual aunque no se consideran un riesgo apareado a la vida, la severa delimitación funcional que de por sí representan, concede al trasplante de córnea un alto valor social y económico. Cabe señalar que, con relación a la demanda de córneas en México, de acuerdo al Registro Nacional de Trasplantes el promedio anual asciende a 786; sin embargo, la demanda anual se estima en mil 100 pacientes oftalmológicos candidatos a trasplantes por lo que de mantenerse para el año 2000 la misma tendencia, la acumulación de casos, tan solo en la ciudad de México, hará necesarias aproximadamente 5 mil 600 córneas al año. (Consejo Nacional de Trasplantes, s/f).

De ahí que, la meta del Programa Nacional de Salud para el 2001 al 2006 contemple "incrementar, en particular, el número de trasplantes de riñones y córneas de 1 342 a 3 500 en el primer caso y de 1 426 a 4 000 en el segundo".

Por lo que respecta a los trasplantes de hígado, la situación es igualmente crítica: se necesitarían entre 4 mil y 6 mil hígados para satisfacer la demanda en nuestro país. (Consejo Nacional de Trasplantes, s/f).



Para cubrir una demanda de tal magnitud, la ciencia ha recurrido a trasplantes de diferentes tipos dependiendo de la relación existente entre el proveedor y el receptor del órgano como son: los autotrasplantes, los isotrasplantes, los alotrasplantes, los xenotrasplantes y los trasplantes artificiales (Consejo Nacional de Trasplantes, s/f).

Se denomina autotrasplante cuando el injerto proviene de la misma persona; Isotrasplante cuando el donador y receptor son genéticamente idénticos como es el caso de los gemelos univitelinos; Alotrasplante cuando los donadores son de la misma especie pero genéticamente diferente al receptor y Xenotrasplante cuando el donador y el receptor son de diferente especie, es decir los órganos provienen de animales. (Sánchez, 1968 en: Gabriel Botas, 1969, pp. 24; Santiago-Delpín, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, 1999 pp. 3-5).

En el caso de los alotrasplantes, la donación, puede a su vez, provenir de donador vivo relacionado con el receptor del órgano o de donación de persona no viva, en la cual el receptor y el donador no tienen una relación consanguínea y se desconocen entre sí (Manual del coordinador, 2000).

También, en los últimos años, la ciencia ha dado paso a los trasplantes artificiales o heterotrasplantes, cuando el órgano es, como el nombre lo indica, una prótesis creada ex profeso para el reemplazo (Sánchez, 1968 en: Gabriel Botas, 1969, pp. 24; Santiago-Delpín, 1999 pp. 3-5).



No obstante, mientras estos avances no se consoliden, los trasplantes todavía se vislumbran como el tratamiento del Siglo XXI y la ciencia seguirá creando nuevas alternativas sorprendentes e inimaginables para resolver esta problemática, pero por el momento, con la donación proveniente de personas que han fallecido se podría atender eficazmente las necesidades de órganos para trasplante.

Mientras tanto, en lo que surgen mejores alternativas de trasplantes o tratamientos para corregir las insuficiencias orgánicas, queda como recurso fomentar la cultura de donación cadavérica de órganos estudiando a fondo los factores que la determinan como se verá en el siguiente capítulo.



CAPITULO SEGUNDO

LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

En los próximos años, posiblemente la obtención de órganos para trasplante por cualquiera de los medios que la ciencia ha creado será una acción común y generalizada, pero hoy en día, es una práctica rara. Tan sólo la donación de órganos proveniente de personas no vivas constituye una innovación en la cultura del mexicano dando lugar a una insuficiente captación de órganos.

Existe una realidad contundente de carencia de órganos, a pesar de que las personas reiteran verbalmente aceptar la donación o de los esfuerzos realizados a la fecha por el equipo de salud para lograr su captación o de los de comunicación tanto masivos como institucionales para motivar a la población hacia esta acción altruista (Santiago-Delpín, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, 1999 pp. 3-5).

Esta carencia de órganos para trasplante con fines terapéuticos, no es un fenómeno privativo de México, ya que países más desarrollados que el nuestro tampoco han logrado satisfacer dicha demanda, a excepción de España que ha vencido algunas de las dificultades instrumentando un programa específico de procuración de órganos y que los ha llevado a disminuir paulatinamente una negativa familiar del 28%. Hoy en día, es el país con la mejor tasa de donación en Europa y ostenta una posición de liderazgo (Gómez, 1998).



En ese país, los equipos procuradores del sector salud crearon el Sistema Operativo Nacional de Coordinación de los “Centros Extractores y de Trasplante” y establecieron una estructura visible para la población, con el personal adecuado para orientarla al respecto. Crearon la figura del Coordinador de Trasplantes encargado de ejecutar el proceso completo de la donación, que incluye desde la detección del donante hasta el almacenamiento y traslado del órgano al paciente receptor. Descentralizaron el programa y formaron la Organización Nacional del Trasplante que no tiene gestión directa pero establece acciones orientadas a concertar la donación de órganos con agentes sociales que intervienen directa e indirectamente en este proceso. (Matesanz y Miranda, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, 1999, pp. 312-321).

En México, los esfuerzos para fomentar la cultura de la donación se han orientado en varias direcciones. Para superar la escasez de órganos, se ha avanzado, en materia de legislación y en la creación de la Coordinación Nacional de Trasplantes; se cuenta con un Registro Nacional de Trasplantes y con programas de donación y trasplantes de diferente magnitud, en los principales hospitales del Sector Salud. Por lo menos en 22 estados de la República existe un programa de esta naturaleza (Dib-Kuri, et al., 1992, pp. 1796-1797)

En el año de 1993, se lanzó la campaña “*Yo soy un donador de todo corazón*” producto de los resultados de estudios realizados por la Fundación Mexicana para la Salud (Donación de órganos, 1990; Actitud de la población, 1993).



También se ha observado que la población piensa que contar con una credencial de donador es importante para sentirse donadores, pero en México, ésta no tiene validez oficial y el portador de la misma no es sujeto de donación en caso de fallecimiento si sus familiares no autorizan dicho procedimiento. Por esta razón, no se lleva un registro de donadores ya que la elaboración de un padrón implicaría un gasto innecesario que si bien favorece una cultura de donación por sus efectos promocionales está desprovista de valor para consolidar una donación y puede fomentar un clima de desconfianza hacia esta práctica. (Actitud de la población, 1993).

En EUA, la población también cree que para ser donador se requiere contar con una credencial firmada por sus donantes y desconocen que los hospitales requieren de la autorización de los familiares para obtener la donación (Progress notes, 1993).

En California, se ha organizado una red denominada California Transplant Donor Network que hace énfasis en que la gente aprenda y pregunte todo lo referente a trasplante y donación. Anima a los familiares a tomar una decisión personal sobre la donación, platica con ellos sobre la decisión que hayan tomado y orienta sus esfuerzos a que ésta sea favorable. Ellos han observado que las familias que han platicado sobre este tema antes de la tragedia, les ha sido mucho más fácil tomar una decisión en caso de verse involucrados en la donación de sus familiares (California transplant, s.f.)



Así como estos casos que se han descrito someramente, la lista de acciones y de organizaciones fundadas alrededor del mundo son numerosas. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, aún persiste la insuficiencia de órganos por lo que hace falta estudiar a profundidad los resortes motivacionales que impulsan o detienen a la población mundial en general y a la mexicana en particular, a ser donadores de órganos, y analizar los mecanismos que intervienen en el momento justo de concretar la donación, es decir, cuando un familiar ha fallecido y el equipo de salud solicita sus órganos. (California transplant, s.f.; Órganos y tejidos, 1998; Muñoz, 1998).

Por tal motivo, a lo largo del capítulo se hará un análisis de estos factores abordando las características del donador, el proceso de solicitar órganos, el marco jurídico que sustenta la donación y los aspectos religiosos que juegan un papel preponderante para facilitar u obstaculizar la decisión de donar y que, en conjunto con los aspectos médicos, constituyen los principales pilares de este proceso.

1. El Donador

Muchas son las personas que fallecen diariamente pero pocas de ellas se pueden convertir en donadores de órganos, no sólo por razones imputables a la decisión de los familiares de aceptar o rechazar la petición de donación, sino por múltiples circunstancias que interfieren y que van desde los aspectos legales hasta las condiciones en las que las personas fallecen.



Este apartado ofrece una descripción de las situaciones que originan que una persona que ha fallecido llegue a ser candidato a donador. Deja asentado que si bien, el hecho de morir es la condición indispensable para este tipo de donación, no determina de ninguna manera, que una persona pueda llegar a ser donador o que se concrete una donación. El capítulo no pretende hacer un análisis exhaustivo de las consideraciones legales que determinan que una persona al fallecer pueda ser donador o no porque éstas se pueden consultar ampliamente en el anexo del presente trabajo. Tampoco entra en materia de los casos de donadores en vida.

En primera instancia, las personas que pueden convertirse en donadores de órganos son personas que presentan muerte neurológica a causa de un trauma cráneo-encefálico, herida por arma de fuego, tumor cerebral, evento cardiovascular o ruptura de aneurisma o aquéllos cuyo fallecimiento fue tipificado como muerte clínica y biológica y que pueden ser, principalmente, donadores de córneas.

En segunda instancia, para dejar de ser donador potencial y ser considerado candidato a donador, la persona fallecida debe estar identificada y sus familiares estar presentes en el momento que se determina la muerte, de otro modo, se descartan como candidatos a donador aunque médicamente reúnan los criterios que los califican como tales.

Los responsables del área hospitalaria donde acontece el fallecimiento suelen ser quienes determinan, por razones médicas, si la persona es candidato a donador o no.

Si es aprobado por este personal de salud, el siguiente paso consiste en informarle al equipo procurador de órganos, lo cual puede ocurrir o no, dependiendo si la institución cuenta con un programa de donación de órganos o si la persona fallece en lugares u horas donde estén disponibles los servicios médicos requeridos.



De esta manera, muchos de los posibles casos que pueden llegar a convertirse en donadores se pierden ya que ni siquiera llegan hacerse del conocimiento del equipo procurador de órganos.

Cuando la institución cuenta con un programa establecido de procuración de órganos, generalmente antes de proceder a la petición, el personal responsable de ésta completa la valoración del caso en todos sus aspectos, tanto legales como médicos y determina si es o no un candidato a donador.

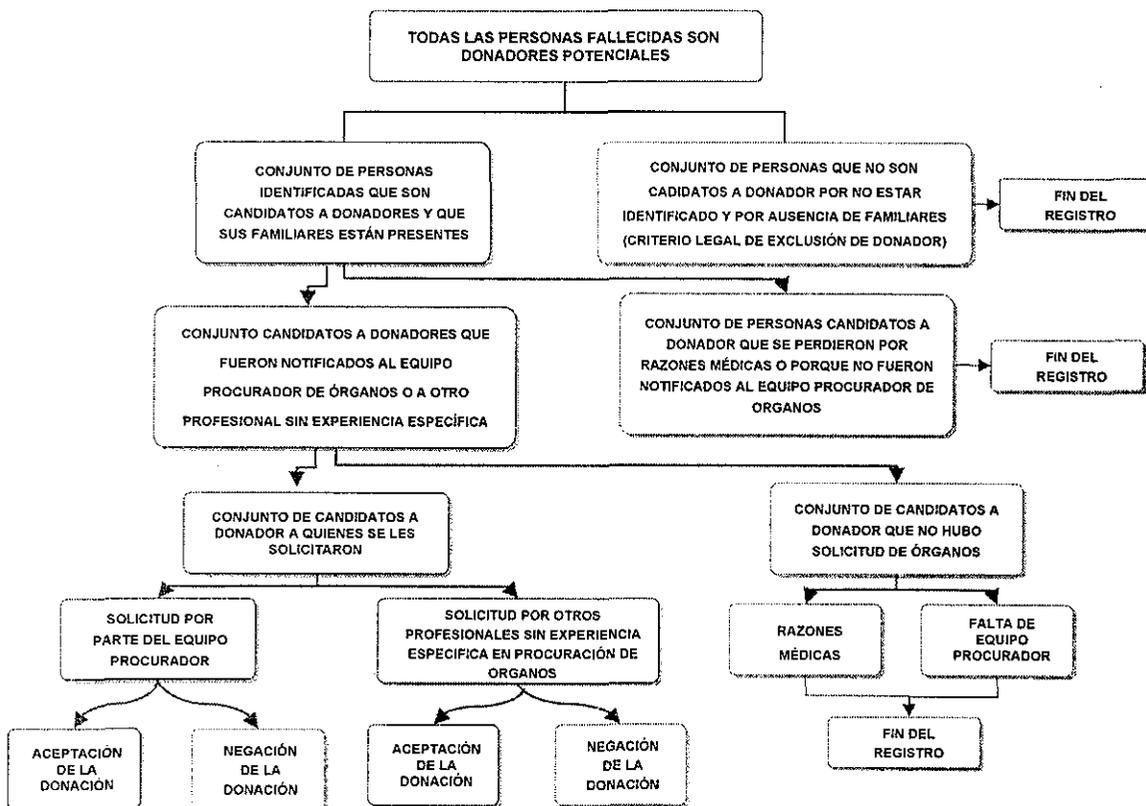
Entre los aspectos que toman en cuenta por observación directa para descartarlos como candidatos a donador, son los rasgos que denotan prácticas de riesgo para la salud de los órganos como son: prostitución, drogadicción, homosexualidad, transexualidad, múltiples tatuajes e indigencia (Andrés, en: Matesanz y Miranda, 1995; Manual de procedimientos, 2000).

Es hasta ese momento, cuando el personal ha reunido el expediente médico y determinado que una persona puede ser donador, que se decide hacer la petición de órganos o córneas a los familiares.

Cuando se logran superar estas etapas, aún falta que la solicitud de órganos sea realizada por personal con la experiencia necesaria para trabajar con la familia del donante y logre una donación exitosa. En ocasiones, ocurre que los órganos son solicitados por personal que cumple esta función sin tener la preparación requerida.



En el diagrama siguiente, se puede observar el trayecto antes descrito que permite considerar a una persona que ha fallecido como candidato a donador órganos.



2. La Petición de Órganos

Muchas son las instancias intervinientes en este proceso. Una vez detectado un donador potencial, los médicos responsables de las diferentes áreas en donde una persona ha fallecido informan al cuerpo médico responsable de la procuración de órganos.



En el caso de muerte cerebral, son los neurólogos, ajenos al programa de trasplante y procuración de órganos, quiénes establecen dicho diagnóstico y lo comunican a las áreas pertinentes en cada institución hospitalaria (Manual de procedimientos, 2000).

A partir de este momento, el tiempo juega un papel determinante para lograr que la mayoría de los órganos sean útiles para trasplante y el cuerpo recibe cuidados especiales para conservarlos en buen estado por si acaso los familiares autorizan la donación. (Gómez, 1998)

La solicitud de órganos es realizada por los prestadores de servicios de salud que forman parte del programa de donación de órganos de la institución donde se encuentra el donador potencial. En cada institución, la conformación de los equipos procuradores de órganos puede variar, pero en general participan médicos, psicólogos, trabajadores sociales y tanatólogos. Algunos hospitales tienen su propio equipo procurador y otros, se apoyan en el del Registro Nacional de Trasplantes (Manual de procedimientos, 2000; Hacia una Red, 2000).

Cuando el caso de donación pasa al equipo procurador, éste debe contar por lo menos con el nombre del donador potencial, su edad, hora, causa del deceso, diagnóstico del fallecimiento, existencia de prácticas de riesgo y presencia de los familiares para determinar si procede la petición de órganos. (Manual de procedimientos, 2000; Hacia una Red, 2000).



Los órganos son solicitados al familiar que tiene la autorización para donar; pero durante la petición pueden estar presentes otros miembros de la familia e incluso amigos, sacerdotes, pastores o abogados que hayan sido requeridos por este familiar autorizado o porque el equipo procurador haya considerado que pueden ser una fuente de apoyo moral para los familiares que toman la decisión de donar (Manual de procedimientos, 2000; Hacia una Red, 2000).

El equipo procurador plantea a los familiares del donador potencial, el fallecimiento de éste, ya sea por muerte biológica o cerebral y establece una relación adecuada basada en una escucha activa orientada a ser intermediarios empáticos del difícil momento de asimilación de la muerte y ofrecen facilitar los trámites médicos y legales que les permita obtener la donación (Gómez, 1998; Manual del Coordinador, 2000; Donación y trasplante de órganos, s.f.).

Generalmente primero se les pregunta, si la persona fallecida había manifestado en vida su voluntad de donar y se les expone la necesidad de contar con órganos para trasplante. (Gómez, 1998).

La solicitud de órganos ocurre en un clima de respeto a la familia del donador, que les permita reinterpretar el significado de la muerte y transformarla en un dolor simbolizado para ayudarlos a superar la tragedia y sobrellevar el duelo con una nueva resignificación de la vida y la existencia, manteniendo en todo este proceso, una estricta confidencialidad sobre la identidad del futuro receptor de los órganos (Nasio, 1998).



De las peticiones que se realizan aproximadamente, según la experiencia del grupo español, 10% de las solicitudes se saldan con un "Sí" a la primera petición y otro tanto con un "No" rotundo. El 80% restante dice de entrada que no y luego cambia de actitud, por eso normalmente se agota hasta el último minuto de la entrevista para lograr la respuesta positiva. Agrega, que *"hay montones de posibilidades para que cambien al Sí"*. (Gómez, 1998).

En México también se sigue un proceso similar y una vez autorizada la donación, se preparan los equipos responsables de la preservación, almacenaje y transporte de órganos. Los médicos responsables de los trasplantes inician la selección de los candidatos de las listas de espera existentes (Matesanz y Miranda, en. Santiago-Delpín, E.A.; Ruiz-Speare, 1999).

En el caso de muerte cerebral, ante cualquier sospecha de que se va a establecer un diagnóstico de este tipo de muerte, el equipo procurador de órganos exige un procedimiento preciso y cuidadoso para llevar a buen término la obtención de órganos.

Si la familia no toma la decisión de donar los órganos con prontitud, se pone en riesgo la viabilidad de éstos. Cuando se prolonga el periodo de obtención de órganos, se incrementa el riesgo de perder aquéllos como el corazón, los pulmones y el páncreas (Andrés, en: Matesanz y Miranda, 1995; Gómez, 1998).

El tiempo máximo aceptable en que los órganos pueden estar sin circulación sanguínea varía dependiendo de cada órgano, pudiendo ser de 4 horas para el corazón, alrededor de 17 a 20 horas para el hígado y aún más, para el riñón.



Este último, así como las córneas, otros tejidos y los huesos pueden ser obtenidos incluso horas después de la cesación de funciones como el latido cardíaco y la respiración.

Sin embargo, este procedimiento no es conveniente y es mejor extraer el corazón, riñón, páncreas e hígado entre otros, mientras el donante no vivo es mantenido hemodinámicamente con el fin de no afectar la viabilidad de estos órganos (Orbis, 1998).

Los órganos que son obtenidos se destinan a los pacientes registrados en la lista de espera del Registro Nacional de Trasplantes conformada por listas estatales y nacionales. La selección del posible receptor, se hace dentro de esas listas siguiendo el orden estatal y nacional para la asignación y tomando en cuenta la compatibilidad genética del donante y el receptor mediante la aplicación de pruebas tisulares que señalen el grado de diferencias entre ellos, las distancias y los tiempos de traslado por el corto tiempo de isquemia de los órganos y tejidos (Ley General de Salud, 1999, cap. IV; Gabriel Botas, 1969, p. 25).

Dado que este tipo de fallecimientos acontece principalmente por accidentes u homicidios que constituyen la tercera y la octava causa de muerte en México, respectivamente, los casos médicos legales independientemente de la decisión de donar deben ser registrados por la Agencia del Ministerio Público y practicárseles la autopsia (Manual del coordinador, 2000).

Aún en los casos donde la donación fue autorizada, se cubren los requisitos legales del caso a través de las agencias del Ministerio Público, donde queda asentada la decisión de donar y el médico procurador de órganos firma como responsable de la donación.



En todo el proceso de donación hasta que se realiza el trasplante, están involucrados profesionales de diversas disciplinas médicas y legales y se resguarda la identidad tanto del donador como del receptor, aunque la familia del donador manifieste su deseo de conocer al receptor porque les representa *un consuelo pensar que parte de su ser querido no ha muerto* (Gómez, 1998).

3. Aspectos Legales

Desde 1976, en el Reglamento del Código Sanitario ya se establecía “como principio general, la disposición de órganos, tejidos y cadáveres y corresponde a la Secretaría de Salud el ejercicio del control sanitario. Los actos de disposición implican 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 e investigación” (Castellanos, 1995).

“Estos criterios, inicialmente señalados el 27 de octubre de 1976 en dicho reglamento, fueron ampliados e incorporados a la nueva Ley General de Salud en febrero de 1984, así como en su reglamento, el 20 de febrero de 1985, con reformas incorporadas el 26 de noviembre de 1987; la norma técnica número 323 para la Disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos el 14 de noviembre de 1988.

El Instructivo del Procurador General de Justicia del Distrito Federal para los Agentes del Ministerio Público, sobre la misma materia el 10 de agosto de 1989, y finalmente las Bases de Coordinación con la Procuraduría General de la República el 23 de diciembre de 1991. Todas ellas publicadas en el Diario Oficial de la Federación” (Castellanos, 1995).



En 1994, se publica en el Diario oficial de la Federación del día 20 de septiembre la Norma Oficial Mexicana de Emergencia "NOAM-EM-003-SSA-1994 para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos, excepto sangre y sus componentes.

Posteriormente, la Ley General de Salud en su Título XIV con tres capítulos, se reforma y es remitida a la Honorable Cámara de Diputados para los efectos constitucionales que ha lugar el día 26 de abril de 2000. También fueron enviados su respectivo reglamento del 6 de Agosto de 1997 el cual fue revisado el 31 de julio de 2000 y la Norma Técnica emitida el día 21 de julio de 2000 ambos publicados, en el Diario Oficial de la Federación de esas fechas.

La última Ley General de Salud del mes de julio de 2000 reforma los artículos 18 segundo párrafo, la denominación del Título Decimocuarto, para quedar como "Donación, trasplantes y pérdida de la vida", los artículos 313 a 319; el capítulo II, del Título Decimocuarto denominado "Órganos, tejidos y células" para denominarse "Donación", comprendiendo los artículos 320 a 329; el capítulo III, del Título Decimocuarto denominado "Cadáveres" para denominarse "Trasplantes", comprendiendo los artículos 330 a 342; 375, fracción V; 419; 421; 462, primer párrafo y fracción II, y 462 bis primer párrafo; se adiciona con un capítulo IV, el Título Decimocuarto, para denominarse "Pérdida de la vida", comprendiendo los artículos 343 a 345; un capítulo V al Título Decimocuarto, para denominarse "Cadáveres", comprendiendo los artículos 346 a 350 bis 7, y el artículo 462, con una fracción III, de la Ley General de Salud (Manual del coordinador, 2000).



La Ley contempla la donación de órganos, tejidos, células y sustancias que forman el cuerpo humano, con excepción de los productos por conducto del órgano desconcentrado del Centro Nacional de Trasplantes así como la regulación y el control sanitario sobre cadáveres, el cual como se establece en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, es el órgano rector y supervisor de la Secretaría de Salud que en el corto plazo coordinará los esfuerzos de todos los componentes del Sistema Nacional de Salud destinados a este fin (Loc. cit.).

Las condiciones planteadas en la Ley varían dependiendo del tipo de donación que se desea obtener, ya sea la que proviene de persona viva o no viva o por los órganos o tejidos que serán procurados. (cf. Ley General de Salud, 1999).

Para los interesados en el tema, resultará de utilidad conocer en su totalidad, la legislación existente respecto a la donación de órganos provenientes de personas que han fallecido y aquella respecto a la captación de órganos que ha de conservarse su utilidad mediante medios artificiales. Este es el caso de la donación de riñón, corazón, pulmón, hígado y páncreas, entre otros, especialmente los de donación de persona no viva pero dada la extensión de los documentos y para los fines del presente trabajo, se ha optado por presentar una selección de los capítulos y cláusulas que corresponden al tema en estudio y que podrán consultarse en el anexo.

Esta sección, por su parte, cumple la función de contextualizar jurídicamente la decisión de donar y los derechos de los mexicanos al respecto y dejar asentado que la donación es una actividad regulada por las leyes de México.



4. Aspectos Religiosos

Las principales tradiciones religiosas de Oriente y Occidente han abordado los conceptos de muerte y existencia. Especialmente en el caso de donación de órganos cobran relevancia para entender el problema enfrentado por los familiares cuando los médicos formulan la petición de órganos (Cervantes, 1989).

La toma de decisión de donar los órganos de un tercero confronta a los familiares a situaciones de índole moral para las cuales, carecen de la información que sustente la respuesta que darán y que generalmente obedecen a posturas que en otras épocas eran vigentes pero que ante los avances de la medicina y la evolución de las ideas han quedado superadas.

La opinión de las principales religiones derivadas del cristianismo, el islamismo y el budismo es favorable a la donación de órganos. Sin embargo, se encuentran casos como el de Japón, en donde los trasplantes de órganos a partir de un cadáver se hallan prácticamente excluidos por razones filosófico-religiosas. Sus creencias tradicionales sobre la muerte, aún cuando ésta sea comprobada por un electroencefalograma plano, no es lícita, dado que no consideran una total separación del espíritu respecto del cuerpo, razón por la cual el trasplante de órganos está prohibido. Los japoneses guardan como un tesoro y dan culto a los restos humanos como a una encarnación del alma (Time, en: Cervantes, 1989).

Esta concepción del cuerpo también en alguna época era compartida por las religiones derivadas del cristianismo, en donde se consideraba que “el cuerpo era morada de un alma espiritual e inmortal” (Cervantes, 1989:6) y se hacía énfasis sobre la función respiratoria y cardíaca.



Posteriormente dado que la medicina propone que la muerte se puede determinar a partir del cese de la función cerebral, la Iglesia considera que “no pertenece al dominio de ésta sino al de la ciencia médica determinar el momento exacto de su ocurrencia” (Ibídem:7).

Al respecto, Cervantes Ibarola en su ponencia intitulada “El trasplante de órganos en la mente de la Iglesia” menciona que “de minuciosos y profundos estudios llevados a cabo por grupos de científicos podemos concluir que una persona ha dejado de existir, que está muerta, cuando por métodos directos e indirectos se ha podido comprobar con certeza, la cesación irreversible y total de las funciones cerebrales, que son las que integran y coordinan las funciones físicas y mentales del cuerpo.” (Ibídem:7).

Si bien las posturas de la Iglesia pueden parecer contradictorias, no lo son. Son distantes en el tiempo y reflejan la evolución de su pensamiento frente a la donación de órganos y los trasplantes. Como claro ejemplo de ello, en la misma ponencia publicada por Cervantes Ibarola en la Gaceta del Arzobispado de México, menciona que “la donación en vida de órganos que habrán de ser utilizados una vez muerto el donante, y aún de todo el cadáver con fines terapéuticos y de estudio, lejos de atentar contra la ley natural y positiva divina, es un acto de generosidad, respecto de algo que nos ha pertenecido, pero que tras la muerte ya no nos pertenecerá más y que será tal vez de gran provecho para la vida y la salud de otros.



Por ello, es muy recomendable manifestar nuestra voluntad a las instituciones que promueven la donación, incluso mediante documentos oficiales.

Ello facilitará trámites, vencerá resistencias de los deudos y asegurará una mayor posibilidad de éxito en la obtención de órganos” (Ibídem:8).

Esto conduce a la conclusión de la importancia de generar una cultura sobre la donación, y apoyados en el mismo material producido por la Iglesia, contar con la información necesaria para aclarar las dudas morales de las personas respecto a la disposición del cuerpo del otro, mencionando que el cuerpo si bien “...es semejanza de Dios y Templo del Espíritu Santo... [una vez que ha fallecido] ...el muerto era un hombre, pero ya no lo es... [por lo que] ...el cadáver ya no es, en el sentido propio de la palabra, sujeto de derechos...” (Ibídem:6).

Los obstáculos no provienen de parte de la Iglesia, sino de los familiares que conservan la idea de que el cuerpo debe irse completo para que cuando llegue la resurrección esté en su totalidad. En este punto, la Iglesia dice que “los familiares gozan de ciertos privilegios respecto del cuerpo inanimado en orden a su disponibilidad, y con el cual los vinculan lazos naturales de afecto, convivencia y veneración. Los privilegios que ellos gozan respecto del cadáver no deben sin embargo, llegar a ser un obstáculo para la consecución de un fin más amplio y precioso, como es el bien de las personas vivas, cuya salud y existencia misma se hallan en serio peligro, y para las cuales la donación puede significar una vida plena individual y social.” (Ibídem:7).



Tras estas someras consideraciones que nos brinda el Magisterio de la Iglesia y después de consultar un cuadro sumario elaborado por el Consejo Nacional de Trasplantes, que puede ser consultado en su Manual del Coordinador de Trasplantes, el cual describe la postura de las principales religiones profesadas en el mundo hacia la donación y el trasplante de órganos y tejidos, se llega a la conclusión que la negación no es un asunto sólo de religiosidad sino queda por vencer la resistencia de los familiares fomentando una cultura proactiva hacia la donación.

Para ello, como se puede apreciar en la descripción del proceso de donación existen temas interrelacionados que juegan un papel importante para la creación de dicha cultura y uno de ellos, que resulta crucial es la concepción de la muerte.



CAPITULO TERCERO

EL CONCEPTO DE MUERTE

Dado que la muerte es el elemento que desencadena el proceso de donación proveniente de las personas que han fallecido, una revisión de su significado permitirá, al menos plasmar la situación por la que atraviesan los seres humanos ante la pérdida de un ser querido e interpretar algunos de los resultados sobre la actitud de aceptación o negación de la donación de órganos proveniente de personas no vivas.

Cuando las personas declaran en vida estar de acuerdo con donar sus órganos, generalmente desconocen la situación, los procedimientos y las condiciones en las que se encontrarán para donarlos, especialmente dos aspectos de ese momento. El primero, es que el donador estará imposibilitado para expresar su deseo respecto al destino de su cuerpo en general y de sus órganos en particular porque ya ha muerto; y segundo, que por ese hecho, serán sus familiares más cercanos, los que deberán autorizar la toma de los órganos (Mansur, en: Santiago-Delpín y Ruiz Speare, 1999, pp. 200-201).

El donador potencial desconoce y le es imposible anticipar las reacciones, los sentimientos y el escenario en el que sus familiares se encontrarán inmersos¹ cuando él fallezca, ya que se trata de una situación caracterizada por: (Mansur, en: Santiago-Delpín y Ruiz Speare, 1999, pp. 200-201):

¹ La autorización por escrito de los familiares por lo menos a nivel legal estaba vigente hasta mayo de 2000, pero después de esta fecha se desconoce cómo las instituciones interpretarán las modificaciones aprobadas a la Ley General de Salud, Artículo 326 y su Reglamento en especial el punto IV y V donde introduce los conceptos de consentimiento tácito y consentimiento expreso que permite la obtención de órganos a menos que el donante haya indicado por escrito su negativa.



-
- a) La pérdida de un ser, generalmente querido.
 - b) Una muerte casi siempre imprevista, ya que no es lo mismo el duelo por una muerte precedida de una agonía prolongada que el repentino por una muerte por accidente.
 - c) La necesidad de tomar una decisión sobre un cuerpo que no les pertenece
 - d) La falta de referentes de un estado de muerte en el que los signos básicos tradicionalmente asociados a la vida permanecen como es el caso de la muerte cerebral.

Muchas veces se escucha que lo menos importante cuando una persona fallece es el cuerpo ya que se lamenta más la pérdida de la relación que la de la parte material (Carse, 1987, pp. 17-26). Sin embargo, se observa que esta idea no necesariamente es aplicable a los casos en los que la donación de órganos procede, dado que en el momento mismo del fallecimiento, el cuerpo cobra una importancia que fuera de este contexto puede pasar inadvertida, porque en este momento es la prueba concreta de la pérdida de la relación con el otro (cf. Simmons, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, pp. 113-137).

Esto se debe a que las personas refuerzan su concepto de muerte, con la experiencia de la muerte biológica, es decir *la muerte del cuerpo*, la cual se percibe como un todo y está respaldada con la pérdida de los signos vitales. Poco se sabe de que la muerte biológica es por etapas. Mueren primero las funciones cerebrales y después, otros órganos, es decir, antes del paro cardíaco sobreviene la muerte cerebral.



Una muerte puede seguir inmediatamente a la de otros sistemas del cuerpo o bien pasar un tiempo considerable entre cada una de ellas, pero este proceso es imperceptible como tal y por tanto, carece de valor para las personas excepto cuando se involucran los órganos y los signos tradicionalmente asociados a la vida. (Papalia y Wendkos, 1999, pp. 631-658)

En el caso de la muerte cerebral, los órganos del cuerpo pueden ser mantenidos artificialmente vía respiradores o tubos alimenticios aunque haya cesado la actividad del cerebro. Cuando el cuerpo de una persona puede ser útil para fines de trasplantes, en especial se le mantiene en este estado, con el propósito de conservar la viabilidad de los órganos mientras se solicita la donación a los familiares y se seleccionan a los posibles receptores de las listas de espera existentes (Manual del Coordinador, 2000; Spital, en: Santiago-Delpín y Ruiz Speare, 1999, pp. 147).

El diagnóstico de muerte cerebral debe ser emitido por equipos médicos ajenos a los de trasplantes y procuración de órganos e incluso a las instituciones donde se va a realizar el trasplante. También debe apegarse estrictamente a los criterios médicos-legales vigentes. De ninguna manera, el diagnóstico queda a cargo de una sola persona, sino que intervienen grupos de especialistas. El criterio del diagnóstico de muerte cerebral debe ser unánime y así se ha considerado desde que se inició el Programa de Trasplantes en México. (Gabriel Botas, 1969, p 29).

Si al diagnosticar el coma irreversible se desconectara el cuerpo de los aparatos que lo mantienen con vida artificial, poco tiempo después cesarían sus signos vitales perdiendo con ello, la oportunidad de obtener órganos como el riñón, el corazón o el hígado, por poner algunos ejemplos (Idem).



Si bien la muerte tiene múltiples significados para las personas, y estos pueden variar e incluso ser diametralmente opuestos de una cultura a otra (Carse, 1987, pp. 17-26), la muerte cerebral exige de las personas otro tipo de conocimientos y creer muchas veces en lo que no se ve o no se sabe y que sólo puede ser detectado por aparatos como el electroencefalograma que es capaz de registrar la pérdida de la función cerebral (Working Group, 1985, pp. 119-114, en: Cervantes, 1989, pp. 7)

Si pedir los órganos en una situación de muerte ya se dificulta por la intensidad del estado emocional de las personas, hacerlo bajo un diagnóstico de muerte cerebral, que carece de apoyos para creer lo que no es comprobable a simple vista aunado a los procesos de negación que regularmente acompañan la pérdida de la vida, esta dificultad se intensifica aún más y lleva a las personas a un estado de indecisión sostenido por la esperanza de que sus seres queridos recuperen la vida.

La aceptación de donar órganos en muerte cerebral, puede todavía ser más difícil, ya que, además implica la pérdida total de la esperanza de recuperación del ser querido e involucra sentimientos de desconfianza y falta de credibilidad por parte de los familiares hacia la propuesta médica exacerbados porque sus sentidos no la respaldan y en consecuencia, ésta pudiera estar equivocada generándose una idea falsa acerca de que se pudiera estar cometiendo un asesinato o que el diagnóstico estuviera guiado por intereses de abuso y corrupción (cf. Simmons, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, pp. 113-137)

Ante este panorama, es indispensable analizar la conducta de donar frente a dos experiencias diferentes de pérdida de la vida: la primera, en términos del significado de la muerte e independientemente del tipo de ésta, y la segunda, ya específicamente frente a la muerte biológica o cerebral.



1. El Significado de la Muerte

Las distintas culturas han tratado de explicarse el fenómeno de la muerte sin que a ciencia cierta se pueda definir, ya que no existe experiencia empírica por los seres vivos en sí mismos, sino que se vive como un hecho que le ocurre a otros.

Por tanto, el propio desconocimiento de este acto ha dado lugar a una serie de interpretaciones y resistencias a su aceptación a lo largo de la historia de la humanidad que son válidas porque son sostenidas por los distintos grupos sociales y rigen las tradiciones, la actitud y la conducta de quienes las ostentan. Sus significados pueden llegar a ser diametralmente opuestos de una cultura a otra.

“Lo que alguna tradición considera como muerte, para otras es algo que no tiene nada que ver con ella... e incluso para algunas religiones, “... es el inicio de la vida verdadera” (Carse, 1987, pp. 17-26).

En términos psicológicos, la muerte representa una pérdida de la continuidad de la existencia de la persona que vive con la que ha muerto. Lo que esa persona experimenta como muerte es la pérdida de la relación como la que hasta ese momento llevaba con la persona fallecida. Cuando se experimenta el dolor por la pérdida, no se está considerando a la persona fallecida sólo en términos meramente físicos, sino en términos de las relaciones que establecía con su mundo (Carse, 1987, pp. 17-26).



El dolor proviene de la ruptura de nuestra existencia, de la continuidad de la vida propia. Se siente dolor en cualquier momento en que esta continuidad ha sido destruida porque se pierde lo que ese otro daba y que sólo ese ser podía hacerlo por su carácter único, insustituible e irrepetible conferido por su individualidad (Carse, 1987; Nasio, 1998).

La muerte tiene el efecto inmediato de revelar esa interconexión entre la vida de uno mismo con la del otro.

Estos principios sustentados por las principales religiones y corrientes intelectuales pueden ser aceptadas o rechazadas pero todas ellas, tienen en común que están planteadas a partir de que la muerte ha acontecido. (Carse, 1987)

La muerte es un hecho incierto y los avances médicos para prolongar la vida han provocado que el sentido de la muerte se aleje y disminuya el contacto con ella.

La incertidumbre acerca del qué se va a morir y cuándo ocurrirá la muerte se ve reducida en algunos enfermos terminales pero no en otros casos y menos, en aquéllos que fallecen en circunstancias inesperadas e imprevistas (Papalia y Wendkos, 1999, pp. 640).

Si aceptar la pérdida de la vida y elaborar un proceso que le dé sentido a la existencia sin el otro es difícil, lo es aún más tomar la decisión de donar los órganos de un cuerpo que no nos pertenece con el fin de dar bienestar a otros en circunstancias de pérdida y a lo mejor consideradas injustas y ante las cuales se desconocen sus consecuencias. Por lo tanto, el contexto provoca que la conducta de donar pase a ocupar un lugar secundario en la problemática que los familiares enfrentan en ese momento.



Una madre en Murcia, España respondió a la petición de órganos que "si ella se estaba acostumbrando a la muerte de su hijo, que la otra madre se fuera acostumbrando a la muerte del suyo". (Gómez, 1998).

2. La Experiencia de Donar frente a la Muerte Biológica y la Muerte Cerebral

La donación generalmente ocurre con mayor frecuencia en casos de muerte biológica que de muerte cerebral debido a que la primera se presenta más veces que la segunda. Ambas imponen situaciones diferentes (Spital, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, 1999 pp. 136-150).

En la muerte biológica, las personas enfrentan un tipo de muerte que les resulta más conocido aunque el hecho en sí mismo sea difícil de aceptar. El donador potencial no presenta signos de vida. Su corazón ha dejado de latir, la respiración ha cesado y el cuerpo paulatinamente pierde su calor, lo cual es signo inequívoco de que el fallecimiento ha tenido lugar.

En esta situación, los prestadores de servicios de salud solicitan a los familiares, generalmente las córneas dentro de las 10 horas después del suceso pero generalmente no tratan de recuperar otro tipo de órganos, porque pueden ya no encontrarse en buen estado para el trasplante. (Manual del coordinador, 2000).

Ante la petición de órganos en un caso de muerte clínica y biológica, el grado de conflicto que enfrentan los familiares es menor porque se mueven en una situación ante la cual tienen experiencias similares, es decir hay información sistematizada al respecto y se cuenta con el consenso y la aprobación social de que la muerte ha acontecido, ya que la mayoría de las muertes así ocurren.



Quedan menos dudas por resolver, el conflicto se plantea en términos de la conceptualización del cuerpo y el destino del mismo y no, en si sigue con vida o no.

Mientras que la donación en el caso de muerte cerebral es diferente porque la situación además de presentar el dolor de la pérdida, tiene que enfrentar el desconocimiento de la existencia de otro tipo de muerte en la cual, los signos tradicionalmente asociados a la vida están presentes y se mantienen artificialmente con el fin de que los órganos sean útiles para el trasplante.

Un estudio publicado por Progress Notes presenta que 65% de la población americana desconoce que es imposible recuperarse de la muerte cerebral y piensan que es importante que las familias entiendan esto antes de solicitar la donación de órganos. (Progress Notes, 1993).

El diagnóstico de muerte cerebral por sus características visibles provoca confusión entre las personas no doctas, quienes se resisten a creer lo que no ven aunque las pruebas realizadas estén demostrando la pérdida de la vida. Este diagnóstico incrementa la resistencia de los familiares a aceptar la muerte porque se asocia a la vida y subyace la esperanza de un milagro que ayude a la persona a recuperar la consciencia (Cervantes, 1989; Spital, en: Santiago-Delpín y Ruiz Speare, 1999, pp. 136-152;).

Las personas desconocen que la donación de órganos ocurre antes que el corazón haya dejado de latir. *“Pensaba que la donación era una cosa tremenda que debía hacerse. Pero yo pienso que la mayoría de los familiares dicen esto porque no saben que se toman los riñones antes de que el corazón haya dejado de latir. Mi madre murió siete meses antes que él (el hijo) y yo permanecí a la cabecera y sentí su pulso hasta que desapareció. Es una cosa diferente cuando usted penetra en la habitación y ve al muchacho respirando. Usted se da cuenta de la diferencia”*. (Simmons, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, p. 135).



Sin embargo, la muerte cerebral es un estado irreversible e incompatible con la vida, en donde la persona no viva ya no podrá establecer las relaciones que le daban sentido a su existencia aunque su cuerpo presente latido cardíaco, respiración y temperatura (Manual del coordinador, 2000)

El concepto de muerte cerebral es relativamente nuevo en el campo de la medicina e implica que el centro de la vida, que tradicionalmente se ubicaba en el sistema respiratorio y sobre todo en el corazón como el receptáculo del sentimiento, de la emoción estética, del amor y aún del odio, se ha transferido al cerebro. *“La ciencia, por esta vez, ha derrotado al romanticismo y han quedado destruidas viejas creencias acerca del corazón como fuente de flujo emocional”*. Se han desbaratado frases apasionadas hasta hacerlas vacías de sentido como *se lo deseo de todo corazón, las heridas de amor, dan en el corazón. Verlaine no podrá repetir “llueve en la calle, como llora en mi corazón y Tagore habrá de corregir todos sus poemas...”*. (Gabriel Botas, 1969, p 71).

Este cambio todavía no está lo suficientemente difundido pero desde el punto de vista ético y médico ha sido aprobado y se encuentra legislado en la Ley General de Salud (1999; García y García-Dubert, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, 1987, pp. 109).

Para establecer un diagnóstico de muerte cerebral se debe demostrar y cubrir los siguientes criterios médicos (Ley General de Salud, 1999):



-
- Ausencia total y permanente de conciencia,
 - Ausencia de respiración espontánea,
 - Ausencia de respuesta a cualquier estímulo externo,
 - Ausencia de reflejos de los nervios craneales,
 - Ausencia de la actividad del sistema nervioso central determinada a partir de la aplicación de un electroencefalograma isoelectrico
 - Sin cambios todas las condiciones antes mencionadas al menos durante un periodo de 6 horas.

Este estado del individuo es confundido por quienes no son especialistas en el tema, con otros que presentan síntomas o condiciones similares, y que el conocimiento popular identifica bajo una misma muerte o pérdida de conciencia diciendo "quedó descerebrado", "está en coma", etcétera, aunque cada uno de estos diagnósticos tenga distintas connotaciones y que desde el punto de vista médico, no se trata de muerte cerebral. De hecho, en estos casos el electroencefalograma muestra actividad cerebral mientras que cuando hay muerte cerebral, el electroencefalograma no la refleja, es decir, sale plano, de ahí que comúnmente se le denomine así: electroencefalograma plano (Manual del coordinador, 2000).

Una de las resistencias a aceptar este nuevo concepto de muerte radica precisamente en atribuirle vida a un cuerpo porque éste presenta signos vitales. Esta concepción impide por desconocimiento, a la población en general y a algunos de los profesionales involucrados, certificar la muerte, ya que no aceptan un diagnóstico de esta naturaleza (Gabriel Botas, 1968, p. 26).



La donación frente a este diagnóstico se dificulta porque significa que los familiares tienen que tomar una decisión que acaba con la esperanza de recuperar a su ser querido porque no están convencidos de que la muerte ha acontecido y por lo tanto, las probabilidades de obtener los órganos disminuyen (Manual del coordinador, 2000).

Los profesionales involucrados, principalmente los agentes del ministerio público que por el desconocimiento del concepto de muerte cerebral aprobado en el Diario Oficial de la Federación y redactado en el Artículo 343 y 344 de la Ley General de Salud así como su formación ajena a las ciencias médicas, poseen características comunes a la población en general en cuanto a la percepción de la vida y la muerte. Ellos, también se ven sometidos a la influencia del conocimiento tradicional y en ocasiones, son fuente de resistencia para aceptar y facilitar la donación de órganos.

La resistencia a la donación frente a este tipo de muerte también proviene de algunos médicos y paramédicos quienes no aceptan todavía el diagnóstico o desconocen el procedimiento legal y prefieren no participar en un programa de donación porque carecen de un marco legal que los ampare ante la procuración de órganos y de una infraestructura para atender a los familiares de la persona fallecida e incluso al mismo donador, ya que representa una carga adicional de trabajo para cuidar el cuerpo y mantener los órganos en buen estado (Donación de órganos, 1990).



Por otro lado, no se debe dejar de considerar, la ética de algunos médicos, quienes no están de acuerdo con este diagnóstico y piensan que se debe luchar hasta el final por la vida de un paciente, es decir que consideran que al donador que se le ha diagnosticado muerte cerebral aún no ha fallecido hasta que aparezcan los signos inequívocos de muerte. (Donación de órganos, 1990).

La discusión sobre la licitud y pertinencia de los trasplantes a partir de órganos provenientes de personas no vivas se ha manifestado desde los albores del programa de trasplante en México en las distintas disciplinas involucradas cuando se difundió el primer trasplante de corazón con éxito realizado por el Dr. Christian Barnad en Sudáfrica, el 3 de diciembre de 1967: los médicos, abogados y medios de comunicación emitieron sus posturas científicas, médicas, filosóficas, legales, éticas y morales al respecto².

Hoy en día, estos obstáculos todavía no se han superado y aunque el trasplante ha tenido grandes progresos, las dificultades para obtener órganos mediante la donación de personas no vivas se han presentado en toda su magnitud repercutiendo en una escasez de órganos para trasplante por lo que conviene revisar los esfuerzos en materia de investigación que se han realizado distinguiendo entre aquellos que han estudiado la donación con familiares que están enfrentando en ese momento la pérdida de un ser querido de aquellos que obtienen la información de personas fuera de esta situación como se verá en el siguiente capítulo.

² Las consideraciones sobre la muerte cerebral alrededor del 1969 se encuentran compiladas en la obra "Los trasplantes de órganos humanos", de la colección Gabriel Botas (1969) perteneciente a la Biblioteca Criminalia, las cuales vale la pena consultar.



CAPITULO CUARTO

ANTECEDENTES

En este capítulo se presentan los resultados de las investigaciones realizadas para determinar la actitud de la población hacia la donación de órganos distinguiendo las que la estudian fuera del contexto de la muerte y las que lo hacen dentro de éste, en el momento mismo de la petición de órganos, de tal manera que se puedan apreciar las diferencias en sus resultados, en la medida que la medición se aleja o se acerca a la situación real.

1. ACTITUD HACIA LA DONACIÓN FRENTE A UN FAMILIAR FALLECIDO

Dentro de la primera categoría de estudios, se encuentra el realizado por Rojas et al. en 1993. Ellos mediante un estudio prospectivo realizado de Marzo de 1991 a Noviembre de 1992³ por un grupo de médicos involucrados en el programa de donación de órganos en el momento del fallecimiento, detectaron obstáculos de índole médica y obstáculos de índole social o psicológica, referidos especialmente a la falta de recursos financieros y a la falta de información sobre la donación de órganos.

3 Se ha considerado pertinente señalar el periodo del levantamiento de la información con el fin de enfatizar que estos investigadores requirieron un año y 8 meses para reunir tan sólo 127 casos susceptibles de ser analizados.



De **127 donadores potenciales de órganos**, a quienes se les había diagnosticado clínicamente muerte cerebral, **70 fueron descartados por contraindicaciones médicas** entre los que destacan, 52 casos por ineficacia del equipo médico para establecer rápidamente el diagnóstico de muerte cerebral debido a que sobrevino inestabilidad hemodinámica, paro cardíaco del paciente o falta de recursos como el electroencefalógrafo, el neurólogo o el neurocirujano que no estuvieran presentes con oportunidad; 29 casos más se perdieron por familiares ausentes a quien pedirle autorización para la toma de órganos (13 casos), rechazo de la familia (12 casos) y problemas legales (4 casos). En los 28 casos restantes se consolidó la donación de órganos y se obtuvieron en total: 56 riñones, 21 hígados, 18 páncreas, 5 corazones y 2 pulmones (Rojas, et al., 1993, pp. 3124-3125).

En los datos anteriores se puede observar que a pesar del número de donadores potenciales captados, sólo el 22% de los casos llegaron a convertirse en verdaderos donadores. Las pérdidas se debieron principalmente a la falta de recursos para diagnosticar oportunamente la muerte cerebral y el desconocimiento para aplicar los procedimientos pertinentes en el caso de ausencia de familiares por la falta de autorización escrita, seguidos de la falta de información entre la población sobre la posibilidad de donar un órgano, y entre los médicos, el desconocimiento del concepto de muerte cerebral, el cual es ignorado o malinterpretado generalmente. Se observa, que también influye la insuficiencia de fondos para financiar los programas de trasplantes que constituyen la razón de ser de la donación (Rojas, et al., 1993, pp. 3124-3125).



2. ACTITUD HACIA LA DONACIÓN EN UN CONTEXTO AJENO A LA MUERTE

En la categoría de los estudios realizados en un contexto ajeno al fallecimiento de un ser querido, se encuentra el estudio del Comité de Diálisis y Trasplante Renal de la Fundación Mexicana para la Salud para determinar la actitud hacia la donación de órganos utilizando la técnica de investigación denominada grupos de enfoque. (*Donación de órganos, 1990*)

Este estudio además de identificar los motivos que facilitan u obstaculizan la decisión de donar determinó el escaso conocimiento sobre las condiciones en las que ocurre la donación. Se encontró que la mayoría de los participantes estaban de acuerdo con donar sus órganos cuando ellos fallecieran pero ninguno se planteaba que la autorización de donarlos podría recaer en un tercero, dado que el donador ya no podría expresar su voluntad.

Por lo tanto, en el siguiente estudio emprendido por esta misma Fundación a través de una encuesta con población abierta mayor de 18 años, se decidió ratificar si la población mantenía una actitud favorable a la donación de órganos y si ésta no variaba cuando se les planteaban las situaciones en las que se podría obtener los órganos como son autorizar la donación proveniente de un familiar cuando este falleciera independientemente de conocer o no su voluntad de donar o bien que un familiar autorizara la donación del propio entrevistado en caso de que falleciera (*Actitud de la población, 1993*).



Con respecto a su actitud frente a la donación, casi la mitad de las personas entrevistadas declararon aceptar donar sus órganos cuando ellos murieran pero los resultados revelan diferencias importantes, entre la decisión de aceptar la donación de los órganos propios y la donación de los órganos ajenos. Es decir, existen diferencias dependiendo de quien toma la decisión y del nivel de conocimiento de ésta.

Se observa que el porcentaje de aceptación es más alto cuando la decisión recae en decidir sobre el propio cuerpo que cuando se trata de decidir sobre el cuerpo del otro o de donar sus órganos si se desconoce su voluntad al respecto. El 44% de los entrevistados declaró aceptar donar los órganos propios, mientras que el 31% los de un familiar y sólo el 26% aceptó que un tercero tomara la decisión por él (Actitud de la población, 1993).

Se aprecia en los resultados, que la negación se incrementa cuando intervienen terceros en la decisión o se desconoce la voluntad de la persona fallecida respecto al destino de sus órganos (Progress Notes, 1993 y Mansur, en: Santiago–Delpín y Ruiz-Speare, 1999).

El aumento en la negación debido a que la decisión se aleja del propio donador también refleja la falta de información de los entrevistados sobre las condiciones en las que ocurre la posible donación sobre la que están contestando porque de otra manera los entrevistados aceptarían que un tercero o que ellos mismos tomaran la decisión cuando están en el papel correspondiente, ya sea como familiar que autoriza o como persona fallecida.



De existir dicho conocimiento, no se esperarían diferencias entre estas declaraciones e incluso podrían ser iguales o más altos los porcentajes que se refieren a que otro tome la decisión sobre el cuerpo del posible donador, ya que esto también implicaría que hay consciencia de que el propio donador, al no estar vivo, no podría ejercer por él mismo su decisión y que requeriría de la ayuda de un tercero para llevarla a cabo (Mansur, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, 1999).

Por lo tanto, se puede plantear la hipótesis de que los entrevistados desconocían las condiciones imperantes en el momento real de la donación y respondieron más en términos actitudinales que con conocimiento de causa. Esta situación también fue detectada en el estudio de Progress Notes en 1993, donde se encontró que la población norteamericana también maneja conceptos erróneos frente a la donación.

En caso de que el estudio de la Fundación Mexicana para la Salud se hubiera conformado sólo con determinar la actitud hacia la donación de órganos sin tomar en cuenta el conocimiento de las condiciones en las que ocurre la donación, se podría haber llegado a conclusiones erróneas como pensar que un gran porcentaje de la población tiene una actitud favorable hacia la donación aunque en la realidad ésta no se reflejara en un avance en la captación de órganos (Mansur, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, 1999).

En Puerto Rico, Domínguez, González, Morales, Torres, y Santiago-Delpin, (1991, pp. 1804-1806) también enfatizan la pobreza en la donación de órganos, la cual se mantiene a pesar de los cambios realizados en materia legal y en las facilidades otorgadas para la donación cadavérica. Estos autores encontraron la edad y la ocupación relacionados significativamente con la donación de órganos.



A edades más jóvenes menor conocimiento y menor disposición a donar así como entre los no profesionistas versus los profesionistas. Este mismo estudio informa que la decisión de donar puede ser alta independientemente del bajo nivel de conocimiento sobre la donación de órganos, la muerte cerebral y las estadísticas de trasplantes.

Sin embargo, otro autor, Pérez (en: Domínguez et al., 1991 Abril, pp. 1804-1806) en ese mismo estudio sobre *Conocimiento y actitudes hacia la donación de órganos en población hispánica*, cuestiona la influencia de las variables de edad y escolaridad y presenta resultados similares a los hallados por la Fundación Mexicana para la Salud en la encuesta antes mencionada y realizada en 1993, en cuanto a que la decisión de donar varía en función de quién toma la decisión. El nivel de aceptación a donar los órganos propios es mayor al de tomar la decisión sobre el cuerpo de un tercero independientemente de su edad o escolaridad.

En cuanto al hecho de comunicar su decisión sobre el destino de su cuerpo, en México se desconoce el porcentaje que han hablado con sus familiares sobre el tema, pero se sabe que el 47% de la población norteamericana ha informado a sus familiares sobre su decisión de donar (Progress notes, 1993).

Los estudios hasta aquí descritos y realizados fuera del contexto de la muerte y de una petición real de órganos son de utilidad para conocer el avance del programa de donación y diseñar campañas de comunicación orientadas al fortalecimiento de una cultura de donación. Sin embargo, para abocarse a la instrumentación de programas más eficientes de captación de órganos se requieren de estudios sobre el momento de decidir sobre el cuerpo de un familiar fallecido ante la petición del equipo procurador de órganos (Mansur, en: Santiago-Delpin y Ruiz-Speare, 1999).



3. FACILITADORES Y OBSTÁCULOS A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

En el estudio realizado por la Fundación Mexicana para la Salud en 1988 y publicado en 1990, también se reportan las motivaciones que orientan la decisión de aceptar o negar la donación entre la población en general, en este contexto ajeno al momento de la muerte, o sea cuando se trata de tomar una decisión real sobre el destino de los órganos. (Donación de órganos)

Entre los motivos de donación expuestos están:

- a) El deseo de ayudar y de dar sin esperar recompensa por razones de humanidad. *"Donar es hacer un bien sin saber a quien", "dar un poco de uno mismo a la humanidad"*.
- b) Deseo de evitar sufrimientos pensando que ellos (los entrevistados) pueden pasar por una situación similar.
- c) Deseo de ser útil que orienta la donación por razones de aprovechar los órganos que ya no les serán necesarios a la persona que fallece. Este motivo implica una concepción diferente sobre el cuerpo, la muerte y la existencia o bien, cierto grado de sensibilización hacia el proceso de enfermedad, donación o trasplantes para otros.
- d) Donar porque es un acto de generosidad, donar por razones altruistas.
- e) Donar por razones imputables a sí mismo. En su motivo no implica el bienestar de otro como la razón fundamental de su decisión de donar.
- f) Donar porque a cualquier miembro de la sociedad le puede hacer falta.



Las razones mencionadas para rechazar la donación fueron:

- a) Temor a que mutilen su cuerpo
- b) Creencias de reencarnación o de una vida después de la vida
- c) Desconfianza en el destino de los órganos.

Como resultados de ese estudio, se presentaron las siguientes conclusiones y recomendaciones sobre los posibles facilitadores y obstáculos en la toma de decisión de donar:

- a) Conocer la decisión de donar del disponente originario⁴ en un momento libre de presiones y ajeno a la donación o a situaciones médicas.
- b) Hacer del conocimiento de familiares y amigos el deseo de ser donador y conferirles el derecho moral de disponer de sus órganos al fallecer.
- c) La donación de órganos que tenga un carácter testamentario y se comunique por escrito, ante testigos o notario por tratarse de la propiedad del cuerpo, la más preciada sobre cualquier otra posesión y de preferencia, no debe estar sujeta a decisiones de otros.
- d) Difundir información veraz tanto de la calidad de vida de los enfermos con insuficiencias orgánicas, de las listas de espera y del destino de los órganos como del concepto de muerte cerebral proporcionada por promotores capacitados ampliamente sobre el tema.

⁴ La legislación vigente en 1988, se refería al donador potencial o al propietario del cuerpo como disponente originario y a los familiares consanguíneos que podían autorizar la donación de la persona fallecida como disponentes secundarios.



-
- e) Formular la petición de los órganos a familiares que muestren una actitud realista y serena ante la pérdida y a aquéllos que tienen mejor nivel educativo y cultural para comprender los criterios de selección del donador y el diagnóstico de muerte cerebral.
 - f) Conscientizar acerca de la posible necesidad de un trasplante para miembros de la familia o personas de su entorno social.
 - g) Difundir la legislación que regula la donación de órganos, el trasplante y la pérdida de la vida.
 - h) Comunicar que el diagnóstico de muerte cerebral es interdisciplinario por la confianza que inspira en los familiares que la decisión no sea tomada por un solo especialista así como que el grupo médico que dictamina la pérdida de la vida sea independiente del que solicita los órganos y realiza el trasplante.
 - i) Tener certeza y seguridad para comunicar el diagnóstico contundente de muerte cerebral como un proceso irreversible e incompatible con la vida
 - j) *Prometer y cumplir el respeto al cadáver y la no mutilación del cuerpo de la persona fallecida.*
 - k) Capacitar al personal de salud como promotor de la donación de órganos por sus atributos de credibilidad y empatía basada en la experiencia para los médicos porque son fuente de conocimiento y para el personal de enfermería y trabajo social por la relación de confianza que establecen.



Los obstáculos detectados para aceptar la donación de órganos son:

- a) Desconocimiento de la voluntad del disponente originario porque los familiares no se sienten con el derecho de donar unos órganos que no les pertenecen además de rechazar la responsabilidad de hacerlo.
- b) La desinformación sobre las condiciones reales en las que se solicita la donación de órganos además de desconocer que son las personas vivas y no el propio donador quienes han de autorizar la procuración de órganos ante la imposibilidad del donante para comunicarnos un deseo expreso al respecto.
- c) La toma de decisión en un momento crítico en el que coinciden al mismo tiempo, hechos de enorme trascendencia: como asimilar la pérdida imprevista de un ser querido, responder a un nuevo concepto de pérdida de la vida; y enfrentarse probablemente por primera vez con el tema de la donación de órganos y los trasplantes.
- d) Las creencias religiosas sobre tomar los órganos de un cuerpo al que se le atribuye todavía vida o mutilarlo sin que pueda conservar su integridad morfológica para una vida posterior.
- e) La toma de decisión grupal o familiar dificulta el acuerdo porque existe discrepancia entre las opiniones respecto a la voluntad del donador así como de la muerte cerebral y puede llevar más tiempo el consenso pudiendo no alcanzarse o poniendo el riesgo la trasplantabilidad de los órganos. Este punto también es reportado por los equipos procuradores en España (Pura, 1998).



-
- f) La desconfianza en el destino de los órganos por la difusión de noticias sobre la existencia del tráfico de órganos, su comercialización y actos de corrupción alrededor de este tema y reforzando la idea de que los órganos son para quienes pueden pagar por ellos. Progress Notes también reporta que en 1993, el destino de los órganos era motivo de preocupación de la población americana en el sentido de que los pobres pueden tener menores oportunidades que los ricos, que los órganos pueden ser comercializados en el mercado negro de los EUA y que por discriminación racial las minorías no reciben órganos.

 - g) Pensamiento mágico o religioso sobre la esperanza de la recuperación o de un milagro generado por el desconocimiento, rechazo o incredulidad del concepto de muerte cerebral o negar los órganos pensando que sus actos se contraponen a la voluntad divina.

 - h) Expectativas de retribuciones por donar principalmente de tipo económico o de agilidad en los trámites que con la donación se prolongan.

 - i) El concepto de muerte cerebral por la dificultad de asumir nuevas concepciones sobre el significado de la muerte y la existencia y tratar de hacerlas compatibles con sus propias creencias.

 - j) La desconfianza en el diagnóstico médico para creer la pérdida de la vida en un cuerpo que mantiene respiración o latido cardíaco.

 - k) Desconocimiento de la legislación que incluso afecta al personal médico y a los agentes del Ministerio Público manifestándose reservas en el momento crítico de la donación para crear un clima propicio de convencimiento para la captación de órganos.



-
- l) Falta de protección a médicos que intervienen en el proceso de donación a pesar de la existencia de una legislación bastante clara y precisa sobre la donación.

 - m) Factores institucionales que impiden concretar donaciones cuando se carecen de recursos económicos o personal para atender el programa de trasplantes frente a la prioridad de otros programas de salud.

Todos los factores hasta aquí enunciados, se han detectado en diversas investigaciones sobre la donación de órganos en contextos de pérdida del ser querido o ajenos a éstos. Sin embargo, ahora es pertinente revisar las teorías psicológicas que permiten dar cuenta de los procesos intervinientes en la donación de órganos como conducta humana y a partir de su comprensión, instrumentar los programas requeridos para revertir las negativas en aceptación de vida para otros.



CAPITULO QUINTO

TEORÍAS RELEVANTES A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

Una vez más un problema de salud relacionado con el comportamiento de la población encuentra su marco conceptual y metodológico en la psicología social, la cual ha aportado una inmensa variedad de teorías, diseños y técnicas para analizar los comportamientos de los seres humanos y sentar las bases para la predicción y modificación de la conducta (Rodríguez, 1995, pp. 23-26).

Muchas son las facetas que se pueden estudiar en el fenómeno de la donación de órganos para encontrar explicaciones a su baja ocurrencia. El tema se puede abordar desde teorías conductuales o actitudinales o bien como un problema de conducta individual o social o simplemente como un problema de índole preventiva, participativa, de cumplimiento o de normas de responsabilidad social.

Dada la variedad de enfoques, se han elegido algunos de ellos que por sus componentes o sus relaciones con la conducta de los individuos pueden ser los más apropiados para estudiar los factores que inciden en la donación de órganos y llegar a encontrar explicaciones a la situación actual del tema.

1. Altruismo

El problema de la donación de órganos, a lo largo del tiempo, se le ha enfocado como un problema de altruismo porque se le considera como una de las principales razones por la cual una persona sería capaz de ayudar a otra, donándole los órganos de un ser querido en el momento de su fallecimiento.



Por ello, vale la pena revisar los estudios realizados sobre altruismo que permitan interpretar los hallazgos de investigación determinando si las personas que donaron lo hicieron por esta razón o las que negaron se debió a la ausencia del mismo.

Para efectos de este estudio, el altruismo se define como cualquier conducta cuya finalidad consista en hacerle un bien a otra persona, sin expectativas de retribución. Por lo tanto, si el altruismo es una conducta, entonces es susceptible de ser modificada.

Sin embargo, existen otras interpretaciones y orígenes que se le atribuyen a esta conducta. Algunos autores sostienen que es la resultante de un instinto mientras que otros piensan, que es la resultante de la conjugación del aprendizaje y de factores situacionales. En cambio, muchos otros cuestionan la existencia de esta conducta planteando que aún el altruismo “es una conducta interesada, impregnada por la expectativa de obtención de algún fin egoísta”, que el altruismo sin expectativas de recompensa no existe. (Rodríguez, A. 1976, pp.322)

Aroldo Rodríguez (1976) menciona que en los últimos años se ha buscado establecer las bases de la conducta altruista y los resultados encontrados a través de algunas de estas investigaciones, como las de Geranson y Berkowitz (1966), Darlington y Macker (1966) y Simmons y Lerner (1968) llegan a la conclusión de que entre las posibles causas de la conducta altruista, se encuentra el deseo de justicia, la necesidad de expiar una culpa, la búsqueda de reciprocidad luego del recibimiento de un beneficio y la noción de responsabilidad social.



También cobran importancia para explicar las causales de la donación de órganos desde la perspectiva del altruismo, los resultados de Latané y Darley (1966; 1970) quienes más que enfocarse a su significado refieren que la conducta altruista se presenta de manera más frecuente cuando las personas se encuentran a solas, que cuando las personas se encuentran en compañía de otras. Esto hace suponer a los autores, más la existencia de un fenómeno de distribución de la responsabilidad en la toma de decisión de ayudar a otro, que una conducta desinteresada,. La petición de órganos ocurre a menudo, en situaciones de grupo y aunque se dirige a una sola persona —la que la Ley de Salud autoriza—, generalmente se encuentra acompañada de otros familiares, amigos, sacerdotes, pastores, abogados o médicos de confianza que están presentes para brindar el apoyo emocional que se requiere en un momento como éste.

Como puede verse, los elementos hasta aquí planteados conforman una plataforma de análisis para abordar la donación de órganos desde el punto de vista del altruismo y pueden resultar de utilidad para esclarecer la situación y los factores intervinientes en la petición de órganos, que tendrán un papel destacado en la decisión de los familiares para aceptar o negar la donación.

2. Las Actitudes

Uno de los constructos teóricos más utilizados por lo menos desde su publicación en 1924 por Allport son las actitudes dada la importancia que tienen para predecir la conducta. A partir de este punto, han surgido diversos estudios sobre la formación de las actitudes, su medición, la resistencia al cambio y la modificación de la conducta.



Las actitudes poseen tres características básicas: un componente cognoscitivo, uno afectivo y uno conductual. Los enfoques planteados coinciden en definir las actitudes a partir de estos tres componentes y los supuestos básicos giran en torno a la necesidad de que un sujeto tenga nociones acerca de la existencia de un objeto como requisito indispensable para tener una actitud, una carga afectiva a favor o en contra del objeto que fortalecería dicha predisposición, y por último, un componente activo, instigador de conductas coherentes con las condiciones y los afectos relativos a los objetos actitudinales. (Rodríguez, A. 1976, pp.322)

Estos componentes si bien no son los únicos para determinar la ocurrencia o no de la conducta de donar, si resulta básico estudiarlos para conocer el peso que tienen como elementos a favor o en contra de la donación de órganos. Sin embargo, otros enfoques especializados en el área de la Salud contribuirán a comprender de forma más amplia el entorno y los factores relacionados con dicha problemática.

3. Psicología Social de la Salud

La Psicología Social de la Salud subraya el papel primario de la Psicología como ciencia y como profesión en el campo de la medicina comportamental y surge de la aplicación de la Psicología Social para atender problemas de salud que pueden ser resueltos a partir de un comportamiento diferente de la población. De ahí que, la promoción de programas orientados a generar nuevas conductas para mantener la salud conforman su campo de estudio (Matarazzo, 1980, pp. 815, en Rodríguez, 1995, pp. 23-26).



Las contribuciones científicas, educativas y profesionales de la Psicología de la Salud pueden resultar de utilidad para distinguir con claridad los factores intervinientes en un proceso de donación de órganos, el cual está conformado por hechos de gran trascendencia en la vida de los seres humanos que van desde el sufrimiento que se origina alrededor de la muerte hasta el paso por instituciones médicas y legales que llevan a las personas a enfrentarse con la calidad de la atención de un hospital o el trato con los ministerios públicos quienes se involucran porque la mayoría de los fallecimientos en donde procede la petición de órganos, se tratan de casos médico legales, es decir que la muerte fue ocasionada por accidentes o agresiones.

Dentro de la Psicología de la Salud existen por lo menos tres modelos relevantes al comportamiento social que permitirían dilucidar, en primera instancia, los factores intervinientes en el proceso de donación de personas no vivas, es decir, ya sea que hayan fallecido por muerte cerebral o de muerte clínica y biológica, y en segunda, develar aquéllos que pueden tener una influencia directa en propiciar la donación de órganos o delimitar los que juegan un papel secundario o de contexto.

Estas son, el *Modelo de Creencias sobre la Salud* (MCS) (Rosenstock y Kirscht, 1979, en cf Rodríguez, 1995, pp 37-40), la *Teoría de la Acción Social* (TAS) (Ewart, 1991 en cf Rodríguez, 1995, pp 40-42) y la *Teoría de la Acción Razonada* (TAR) (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980, en cf Rodríguez, 1995, pp 42-45).

3.1 El Modelo de Creencias sobre la Salud

La hipótesis original del modelo de Rosenstock y Kirscht (1979) plantea que un comportamiento de salud no se presentará al menos que la persona tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes a un problema de salud, se vea a sí misma o a sus seres cercanos potencialmente vulnerables y amenazados por dicha enfermedad.



Esté convencida de la eficacia de la intervención y vea pocas dificultades en la puesta en práctica de las medidas para prevenirla (en cf Rodríguez, 1995, pp 37-40).

Este modelo adaptado al problema de la donación de órganos puede resultar útil en la medida que la conducta de aceptar la donación de órganos es más factible de ocurrir si las personas tienen algún nivel de conocimiento sobre el tema, muestran una actitud favorable al mismo, se ven a sí mismas o a sus seres cercanos como potencialmente vulnerables a enfermedades que puedan requerir un trasplante, estén convencidas de que la donación para trasplante es una medida eficaz y perciban la factibilidad de poner en práctica su decisión.

También este enfoque es interesante porque trata de percepciones subjetivas de las personas acerca de la situación más que de hechos médicos objetivos y si bien en el caso en estudio, esta premisa no se ajusta tal cual porque la donación se está analizando en el momento mismo de la ocurrencia de la muerte y por lo tanto, los familiares se enfrentan a hechos y no a percepciones subjetivas, no se puede descartar a priori la influencia que éstas puedan tener en la decisión de aceptar o negar la donación de órganos en ese momento como es el caso de los conceptos individuales o culturales sobre muerte y existencia. (cf Rodríguez, 1995)

Si bien es importante considerar en el estudio las creencias sobre la donación, no se debe olvidar que ésta es una conducta de baja ocurrencia en parte por la falta de información, lo que lleva a buscar otros modelos teóricos que propongan otros factores que pueden tener un papel decisivo en el momento mismo de la petición de órganos.



3.2 La Teoría de la Acción Social

Este modelo propuesto por Ewart en 1991, es interesante para analizar los resultados del estudio sobre la donación de órganos porque subraya el papel del contexto social en el mantenimiento de rutinas o hábitos de salud, proporciona la estructura causal que liga los procesos de auto-cambio a los ambientes interpersonales y especifica las influencias macrosociales y ambientales que permiten o constriñen el cambio personal (en cf Rodríguez, 1995, pp 42-45).

Igual que el modelo anterior debe ser adaptado al estudio de la donación de órganos porque se trata de un programa social con repercusiones sociales más que un programa preventivo de un individuo respecto a un problema de salud personal y si bien las rutinas juegan un papel determinante en la ocurrencia de la conducta, precisamente en este caso, se desconoce cuál puede ser su influencia, ya que la donación de órganos no es un acto rutinario. Sin embargo, además de poder clarificar con los resultados del estudio este punto, cabe rescatar la inclusión del componente de la interdependencia social como otro de los determinantes de la conducta, ya que cuanto más densa sea una relación social, - entendiendo por densidad el número de guiones interconectados y el número de metas al que sirven tales conexiones -, mayor será la dificultad de tomar una decisión.

Por lo tanto, conviene tomar en cuenta tanto el hecho de no ser una decisión rutinaria como la densidad de las relaciones en términos de apego y de número de familiares presentes, para determinar el grado de influencia que pueden llegar a tener en la conducta de aceptar o negar la donación de órganos.



3.3 La Teoría de la Acción Razonada

Ajzen y Fishbein (1975; 1980) proponen que las creencias y las actitudes son constructos hipotéticos y están relacionados con la intención, la influencia social, los referentes y la conducta. El autor menciona que la persona actúa de acuerdo a su intención y que ésta constituye el detonante inmediato de la conducta destacando la participación de otros componentes cognoscitivos como las normas subjetivas, los “otros significativos”, acontecimientos imprevistos y procesos valorativos en general que determinan la conducta final (cf. Fishbein y Ajzen, 1980, en: Rodríguez, 1995, pp. 40)

Más que enfatizar las actitudes como predecesoras de la conducta, considera que éstas son un factor adicional que junto con los otros elementos del modelo aportan explicaciones que justifican su teoría (Fishbein y Ajzen, 1980, en: Rodríguez, 1995, pp. 40)

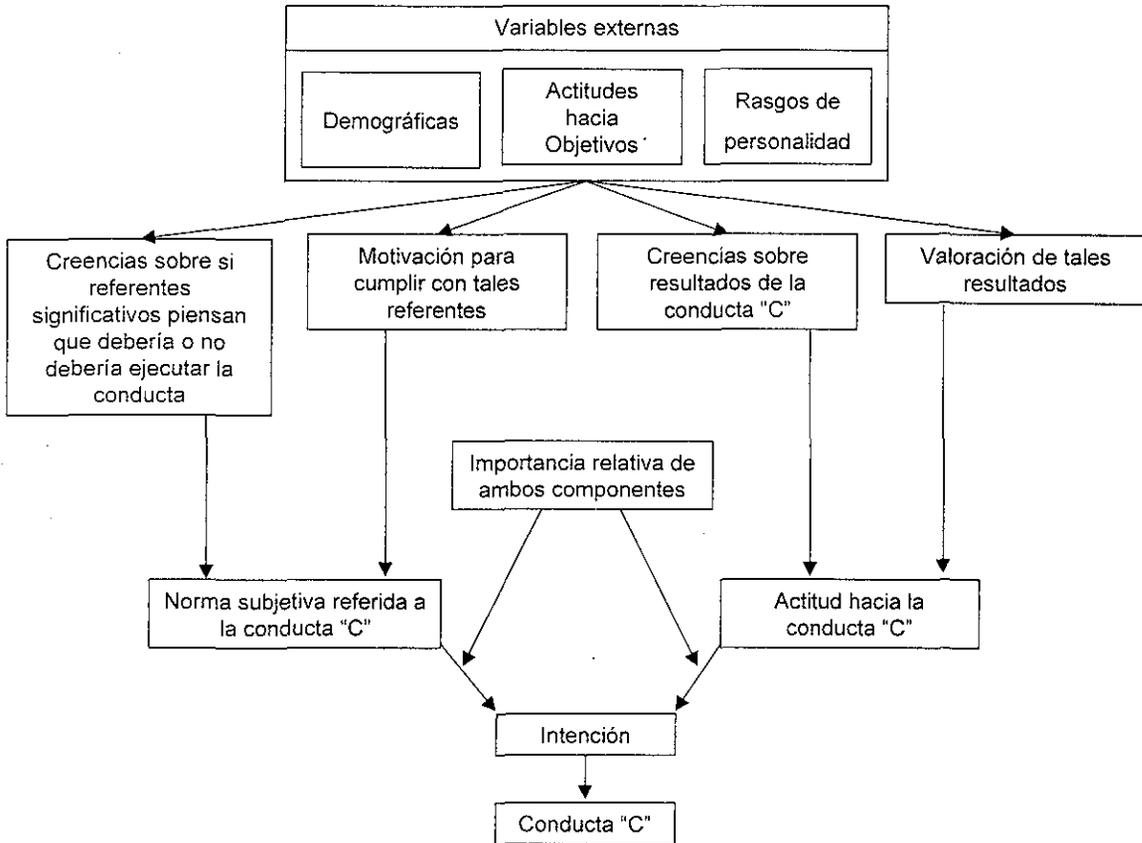
La Teoría de la Acción Razonada al considerar todos los factores antes mencionados proporciona una serie de vertientes, en las cuales se puede encontrar el por qué algunas personas toman la decisión de aceptar o negar la donación de órganos. Y, cómo estos factores se ponen en juego en el momento mismo de la muerte y la petición y no fuera de este contexto, que por más ilustrativo que se pretenda representarlo para ser medido, jamás comunicará ni replicará con la misma intensidad la confrontación real de este hecho.



De las teorías sobre creencias y actitudes antes descritas, la de Ajzen resulta la que más elementos toma en cuenta para analizar los resultados del estudio de campo sobre los factores que determinan la donación de órganos y plantea una relación matemática entre creencias, actitudes y conductas en su teoría de la conducta planeada que es una extensión de la inicial sobre la acción razonada. Por ello, la Teoría de la Acción Razonada será la rectora del análisis, sin que esto implique dejar de revisar los hallazgos a la luz de los componentes propuestos tanto en las otras teorías como en las extensiones que hace de la suya el propio Ajzen (1989, en Pratkanis et al., 1989, pp 241-274).

La teoría de Ajzen y su modelo intentará explicar qué tanto la persona actúa de acuerdo a la intención y si ésta realmente constituye el detonante inmediato de la conducta de quien tomará la decisión de donar los órganos de su familiar fallecido así como la influencia de los "otros significativos", la modificación de la decisión de donar ante la contingencia de acontecimientos imprevistos o el nivel de conocimiento en general sobre el proceso de donación por parte de los familiares que intervienen en la autorización final de la obtención de órganos y tejidos.

Una representación gráfica del modelo de la teoría de la Acción Razonada propuesta por Ajzen es el siguiente (cf. Fishbein y Ajzen, 1980, en: Rodríguez, 1995, pp. 42).



Con los resultados de la investigación sobre el estudio de los factores que motivan la conducta de aceptar o negar la donación de órganos se pretende demostrar los supuestos básicos de la TAR planteados por Fishbein y Ajzen, que dicen a la letra: (1975, en: Rodríguez, 1995, pp.41).

- 1) "Los seres humanos son habitualmente racionales y hacen un uso sistemático de la información de la que disponen".
- 2) "Las personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de decidir llevar a cabo o no una conducta dada."



-
- 3) "Una persona intentará hacer algo cuando cree que otras personas importantes para ella piensan que debería hacerlo."
 - 4) "Si una persona cree que realizar una conducta dada lo conducirá muy probablemente a unos resultados determinados y juzga que éstos serán positivos para ella, entonces tendrá una actitud favorable hacia la ejecución de tal conducta."
 - 5) "Una persona que cree que aquellas otras con las que se siente motivado a cumplir piensan que debería actuar de una determinada manera, percibirá una presión social para hacerlo así."

De esta manera, con el estudio de los factores emocionales, cognoscitivos y de comportamiento asociados a los procesos de salud y enfermedad dentro de un marco social e individual de conducta humana se podrán analizar los datos recabados en el contexto más próximo a la donación y contribuir al diseño de programas de salud más efectivos para conseguir la calidad de vida que como sociedad anhelamos.



CAPITULO SEXTO

MÉTODO

TÍTULO

Determinación de factores que intervienen en la decisión de los familiares de donar los órganos del donante en el momento de su fallecimiento.

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito determinar los factores que intervienen en la decisión de los familiares de aceptar o negar la donación de órganos de un ser querido al momento de su fallecimiento. Para tal efecto, se trabajó con una muestra intencional de tamaño variable que estuvo determinada en primera instancia, por el número de fallecimientos registrados en Cruz Roja Mexicana durante el periodo comprendido entre enero y julio de 2001 y en segunda, con fallecimientos y donaciones acontecidos en otros hospitales participantes en el Programa Nacional de Trasplantes. Para el levantamiento de la información se utilizó un instrumento de medición cerrado y estructurado. El análisis de datos se llevó a cabo mediante un diseño estadístico de tipo descriptivo e inferencial que arrojó un perfil de la población que acepta o niega donar órganos y encontró grupos de variables que determinan esta decisión.

Los resultados contribuirán a mejorar los procesos de petición de órganos por parte de los equipos de salud procuradores.



JUSTIFICACIÓN

Desde que surgió la primera posibilidad de realizar trasplantes de órganos, tejidos y huesos, la ciencia médica se ha enfrentado al reto de encontrar sus reemplazos. Ha recurrido a los órganos y tejidos provenientes de seres humanos, animales o sustitutos artificiales, siendo los que proceden del hombre, los que han alcanzado los niveles más altos de compatibilidad y de éstos, los que se realizan entre personas con vínculos de consanguinidad.

La mayoría de los órganos trasplantados en seres humanos, provienen de personas vivas relacionadas con los enfermos, quienes han aliviado su situación con la donación de órganos realizada por sus padres, hijos o hermanos.

Sin embargo, este tipo de donación no constituye la mejor alternativa para obtener órganos, ya que además de resultar limitativa por ser improcedente o ilícito para ciertos órganos y tejidos como el corazón, hígado o páncreas que son únicos en el organismo o como el riñón que al extraerlo pone en riesgo la vida de personas sanas al ser sometidas a una intervención quirúrgica, por citar sólo algunos casos.

Ante esta situación, la opción propuesta por la ciencia médica, es la donación realizada de manera altruista, particularmente por aquellas personas que han fallecido por muerte cerebral y que se encontraban sanas antes de morir. No obstante, este tipo de donación tiene un bajo nivel de difusión y aceptación entre la población en general y la que se enfrenta a este tipo de donación en particular, que ha llevado a diferentes países, entre ellos México, a instrumentar programas de información, comunicación y educación orientados a promover la donación, a partir de una nueva concepción de muerte y existencia.



Si bien la escasez de donaciones puede tener diferentes causas que van desde el número mismo de personas que pueden llegar a constituirse en donadores hasta aspectos médicos o familiares, una de las de mayor peso para concretar positivamente una donación, se encuentra en la petición de órganos, momento que debe ser estudiado para superar en buena medida los obstáculos de diversa índole que pueden estar incidiendo y dando por resultado una baja captación de órganos.

La institución que reunió las condiciones requeridas para llevar a cabo la presente investigación fue la Cruz Roja Mexicana, ya que cuenta con el Programa Nacional Altruista de Captación de Órganos constituido oficialmente en 1988, a partir de la demanda de prótesis para atender a los damnificados del Terremoto de la Ciudad de México de 1985 y es un centro de atención de trauma donde se recibe un gran número de pacientes accidentados que pueden llegar a fallecer y sus órganos ser útiles para salvar vidas.

Además, esta benemérita institución posee un gran prestigio, honestidad, transparencia, trabajo y confiabilidad en México y se rige por preceptos de neutralidad, imparcialidad, humanismo, independencia, voluntariado, universalidad y unidad.

Cruz Roja Mexicana posee la infraestructura médica requerida para establecer el diagnóstico de muerte clínica y cerebral así como para la procuración de órganos. La petición de órganos generalmente es realizada por el equipo procurador responsable en la institución aunque se tiene conocimiento que en ocasiones cuando el deceso ocurre fuera del horario de este equipo, la petición es llevada a cabo por el departamento de trabajo social.



Para desarrollar el plan de investigación y proponer el estudio diseñado, se establecieron reuniones de trabajo con el equipo procurador de órganos de Cruz Roja Mexicana así como de los otros hospitales participantes.

La investigación se planteó en dos etapas. La primera, de inmersión en el proceso de donación y la segunda, de recuperación de la información.

1) Etapa de inmersión

En esta primera etapa, se llevaron a cabo una serie de entrevistas con equipos de profesionales involucrados en los procesos de donación de órganos, trasplantes, procuración y terapia intensiva de diferentes instituciones médicas y se participó en situaciones reales de petición de órganos en casos de muerte cerebral y muerte clínica y biológica.

En esta etapa, de observación participante, se obtuvieron los elementos para diseñar el instrumento de medición y recabar la información que cubra los objetivos del estudio.

2) Etapa de recuperación de la información

En la segunda etapa, de recuperación de la información, se levantó la información conjuntamente con el equipo responsable de cada petición de órganos de cada uno de los casos de fallecimiento acontecidos en Cruz Roja Mexicana, de enero a julio de 2001, independientemente de que haya habido o no solicitud de órganos llenando un cuestionario por cada caso.



Los casos de fallecimiento en Cruz Roja Mexicana fueron registrados en su totalidad durante el periodo establecido para analizar posteriormente que no todas las personas que mueren llegan a convertirse en donadores y contar con la información del por qué se pierden las oportunidades de serlo, no sólo por la negativa de los familiares, sino por una serie de factores de salud, médicos o legales que impiden su consolidación.

Sin embargo, en los otros hospitales participantes sólo se registraron algunos de los fallecimientos en donde hubo petición de órganos ya sea que ésta haya desembocado en aceptación o negación, a fin de completar el mínimo de casos requerido para las pruebas estadísticas. En estos hospitales se omitió el registro de todos los casos de fallecimiento dada la baja procuración de órganos o de casos de fallecimiento aunado a la falta de un equipo específico de procuración de órganos.

El estudio se llevó a cabo de octubre de 2000 a Septiembre de 2001 y el periodo de levantamiento de la información abarcó de enero a julio de 2001.

PLAN DE INVESTIGACIÓN

1. Planteamiento del problema

Obtener información sobre los factores que facilitan u obstaculizan la captación de órganos en el momento mismo del fallecimiento del donante, con el fin de diseñar estrategias más efectivas de petición de órganos y tejidos orientadas a incrementar su donación y por tanto, reducir la lista de espera de personas que necesitan de un órgano o tejido sano para mejorar su salud, y en algunos casos, para vivir.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**



2. Objetivos de investigación

1. Determinar el grado en qué aceptar o negar la donación de órganos depende de los siguientes factores:
 - Del desconocimiento del concepto de muerte cerebral.
 - De la presencia de signos vitales durante la petición médica de donación de órganos.
 - Del desconocimiento de la voluntad de donar del familiar que ha fallecido.
 - De la carencia de una actitud favorable por parte del donador hacia la decisión de donar órganos.
 - De la carencia de una actitud favorable por parte de la familia del donador hacia la decisión de donar órganos.
 - De la incompatibilidad emocional surgida por la pérdida de un ser querido y el deseo de ayudar a otros.
2. Determinar el perfil socio psicológico de los donantes y sus familias que aceptaron o negaron la donación.
3. Identificar la influencia de factores relacionados con las instituciones de salud en la captación de órganos.
4. Estimar el número de donadores en una institución de salud en donde se atienden con frecuencia casos de trauma.



3. Diseño de la investigación

Para resolver el problema de investigación planteado, se emprendió un estudio de campo el cual resulta especialmente apropiado para obtener información de situaciones reales y adaptarse a procesos sociales y psicológicos complejos que se desarrollan en el contexto de la donación de órganos.

El registro sistemático de la información recabada en este escenario natural permitió comprender las interrelaciones múltiples de un gran número de variables que exigen un método analítico distinto para abordar el problema de la aceptación de donar órganos, a nivel situacional e individual y colectivo.

El contexto del estudio de campo, por consiguiente, fue el de la situación social real existente en la cual se da el fenómeno a estudiar y tuvo como límites, el respeto a la situación de dolor y pérdida por la que atraviesan los familiares y las políticas y condiciones de las instituciones hospitalarias participantes.

4. Población

La muestra de estudio se obtuvo de una población dispersa, la cual se definió y se ubicó a partir de un hecho trágico. Esta población está constituida por los familiares de las personas que fallecieron por muerte neurológica a causa de un trauma craneo-encefálico, herida por arma de fuego, tumor cerebral, evento cardiovascular o ruptura de aneurisma o bien que presentaron muerte clínica y biológica, en Cruz Roja Mexicana.



Otros casos incluidos en el estudio fueron obtenidos a través del Centro Nacional de Trasplantes y son personas que fallecieron en: Urgencias de Traumatología del IMSS, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velazco Suárez, Hospital Español de México, Sociedad de Beneficencia Española IAP, Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, Sanatorio Hidalgo de Toluca, S.A., Hospital Pediátrico de Legaria del Departamento del Distrito Federal, Asilo Mano Amiga, Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza del IMSS y en el Hospital de Balbuena.

La información se obtuvo a partir del familiar autorizado por la Ley General de Salud vigente para aceptar o negar la donación de órganos. Este familiar fue seleccionado por el equipo procurador de órganos que a su vez también fungió como el responsable de obtener mediante la entrevista, la información del estudio.

5. Muestra y unidad de muestreo

La unidad de muestreo quedó integrada por el binomio donante-familiar que autoriza la donación. El estudio se limitó a registrar la decisión y las razones de la misma emitidas en voz del familiar que autoriza y registradas a partir del testimonio del médico solicitante y de la percepción colectiva del equipo de apoyo en la petición de los órganos. El equipo procurador de órganos tuvo el papel de entrevistador en el estudio.



6. Tamaño y tipo de muestra

La muestra no probabilística, de tipo intencional quedó compuesta por N=236 casos cuyos decesos ocurrieron durante el periodo de estudio, que abarca del mes de enero al mes de julio del año 2001.

7. Procedimiento

- 7.1 Se presentó el proyecto de investigación al equipo procurador de órganos de los hospitales participantes para hacer de su conocimiento la información que se requería obtener de los familiares que autorizan la donación.
- 7.2 Conjuntamente con el equipo procurador de Cruz Roja Mexicana se llenó un cuestionario por cada caso de fallecimiento independientemente de que haya habido petición de órganos o no, mientras que en los otros hospitales sólo se levantó un cuestionario por los casos de petición.
- 7.3 La primera sección del cuestionario fue aplicada a todos los casos en estudio mientras que la segunda sólo en los que hubo petición.
- 7.4 Para cada caso de petición de órganos se elaboró una reseña sobre la causa de la muerte y los motivos por los cuales los familiares aceptaban o negaban donar los órganos para contar con información de índole cualitativa que pueda utilizarse durante la interpretación de los resultados.



8. Instrumentos de medición

Se empleó un cuestionario cerrado y precodificado con dos grandes secciones. La primera, que fue aplicada a todos los casos de fallecimiento en Cruz Roja Mexicana para registrar los datos del occiso a los que se tenga acceso sobre variables independientes de tipo socioeconómicas, causales de la muerte, participación médica en la petición de órganos, criterios legales y presencia del equipo procurador de órganos, entre otros.

La segunda, que solamente fue aplicada a los casos en que hubo petición de donar y donde la aceptación o negación constituye la variable dependiente, consistió en factores situacionales, médicos, legales, religiosos o psicológicos, condiciones hospitalarias en las que ocurrió la petición, datos socioeconómicos del familiar autorizado para aceptar o negar la donación, algunos generales sobre la composición del grupo familiar presente durante la petición de órganos y los socioeconómicos del equipo procurador participante en cada caso, entre otros.

Una vez estructurado el cuestionario se procedió a la fase de piloteo, para verificar que con su construcción se pueden obtener los subconjuntos de información requeridos y al mismo tiempo, conseguir el diseño de un instrumento de medición lo suficientemente objetivo para ser aplicado en otras instituciones médicas donde en un futuro se pueda llevar a cabo un programa de procuración de órganos.

La primera sección del cuestionario cumple con los siguientes objetivos:

- Registrar el número de decesos acontecidos en la institución con el fin de obtener información del número de casos que fallecen y de los que no llegan a consolidarse como donadores así como las causas por las que ocurre esto.



-
- Registrar el número de donadores y el número de rechazos a la donación de órganos.
 - Registrar el tipo de muerte y sus causas
 - Registrar el tipo de personal que realiza la petición, si es responsabilidad directa hacer esta labor o no y si cuenta con la formación para hacerla.

La segunda sección del cuestionario cumple con los objetivos de:

- Obtener el perfil socioeconómico de la persona fallecida y de los familiares que autorizan o niegan la donación
- Registrar el proceso de petición de órganos en términos de número y nivel de experiencia del equipo procurador involucrado en la petición de órganos, perfil socioeconómico del equipo procurador, momento seleccionado por el equipo de salud para la petición, factores que obstaculizan la donación y autorización legal de la entidad federativa para contar con un programa de donación de órganos.
- Registrar la respuesta de los familiares a la petición, tanto en casos de aceptación como de negación de donar en términos de nivel de conocimiento de la voluntad de donar de la persona fallecida, tipo de órganos solicitados y donados y razones de la donación o restricción de algunos de ellos, actitud hacia la donación de los familiares involucrados en el proceso de petición en términos del tipo de respuesta dada a la petición de órganos, percepción de la muerte del familiar y apariencia física, estado emocional de los familiares en el momento de la petición, relación socioafectiva entre el fallecido y los familiares, número de familiares involucrados en la petición y percepción de la calidad de atención hospitalaria brindada a la persona fallecida y a sus familiares.



El cuestionario diseñado para el levantamiento de la información se presenta en el Anexo B.

Además de la información antes descrita, se obtuvo una breve reseña de cada caso registrado en donde hubo petición de órganos para no perder la riqueza cualitativa de las respuestas y conformar con ellas, un diccionario de variables que permita dar explicación a los resultados obtenidos.



CAPITULO SÉPTIMO

LOS RESULTADOS

Para realizar el análisis de la información se utilizaron diversas herramientas estadísticas. La primera de ellas fue el análisis de las frecuencias simples, lo que permitió conocer la estructura de cada una de las variables que a nivel conceptual fueron incluidas en el estudio.

Después del examen de las frecuencias se programó la generación de tablas de contingencia en las que se utilizó como variable dependiente la decisión tomada respecto a la donación. Con la finalidad de tener un elemento estadístico confiable para conocer la relación entre las variables independientes del diseño con la variable dependiente, se calculó para diversas variables el estadístico ji-cuadrada.

Por último se utilizó un modelo matemático denominado Regresión Logística, que permite estimar la probabilidad de que un evento ocurra a partir de una serie de variables que determinan la conducta de donar. Cada una de las variables que conforman el modelo tiene un coeficiente que determina su peso en la construcción de la probabilidad de que el evento ocurra o no, calculado a través de los momios definidos como el cociente de la probabilidad de que el evento ocurra entre la probabilidad de que no ocurra.



I. EL ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La descripción de los resultados incluye dos apartados. El primero de ellos, sobre la secuencia de los fallecimientos dentro de las instituciones de salud estudiadas, y se ha titulado los candidatos a donador o las personas fallecidas, en el cual se podrá observar con claridad, el proceso desde el fallecimiento hasta que llega a convertirse en un donador potencial de órganos. El segundo, sobre los donadores, ofrece las características de la muestra a la que le fueron solicitados los órganos, subdividido a su vez, entre la muestra de quienes sí donaron y quienes no lo hicieron abordando aspectos del perfil sociodemográfico del donador y del familiar que autoriza la donación, el tipo de muerte, los órganos donados, la decisión de donar y la atención médica.

En el primer análisis se hará la separación entre la muestra general y la proveniente de Cruz Roja Mexicana que es en la que se puede apreciar el proceso de donador potencial; y en el segundo, el análisis se centra sólo en los casos donde hubo solicitud de órganos.

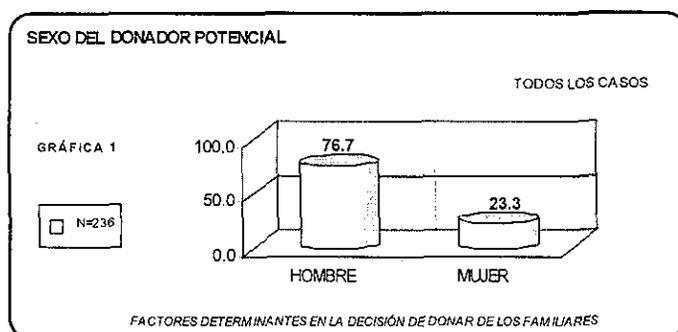
1. LOS CANDIDATOS A DONADOR

De los 236 fallecimientos registrados entre los meses de enero a julio de 2001, 212 ocurrieron en Cruz Roja Mexicana, Sede Central, 8 en Urgencias de Traumatología del IMSS, 5 en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Dr. Manuel Velazco Suárez, 3 en el Hospital Español de México, Sociedad de Beneficencia Española IAP, 2 en el Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, 2 en el Sanatorio Hidalgo de Toluca, S.A., en el Estado de México, 1 en el Hospital Pediátrico de Legaria del Departamento del Distrito Federal, 1 en Asilo Mano Amiga, 1 en Hospital General Dr. Gaudencio González Garza del Centro Médico Nacional La Raza del IMSS y 1 en el Hospital de Balbuena.



Como puede verse en las gráficas 1 a la 5, el 77% de los occisos eran hombres y el 23% mujeres. 2% de 12 años de edad o menos, 5% entre 13 y 18 años, 28% entre 19 y 30 años y 65% mayores de 31 años. 88% fallecieron por muerte clínica y biológica y 12% por muerte cerebral.

GRÁFICA 1

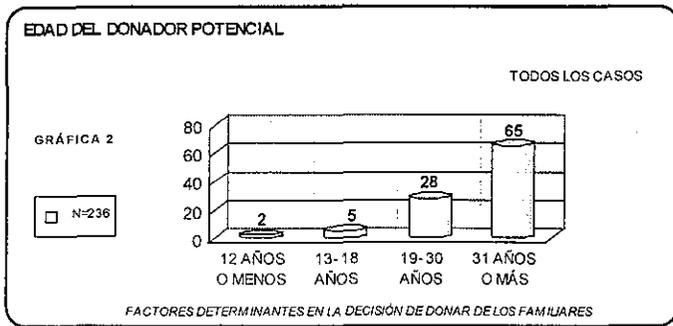


En el 90% de los casos la muerte aconteció de manera imprevista y el 10% se esperaba el deceso. 81% de las personas fallecieron en un accidente automovilístico, por atropellamiento, caídas, resbalones, aplastamiento por cosas pesadas, herida de arma de fuego o blancas, 17% por enfermedad ya sea cerebral, evento cardiovascular, ruptura de aneurisma u otro tipo como son complicaciones, enfermedades intestinales o cáncer y el 2% por autoagresión en el caso de los suicidios.

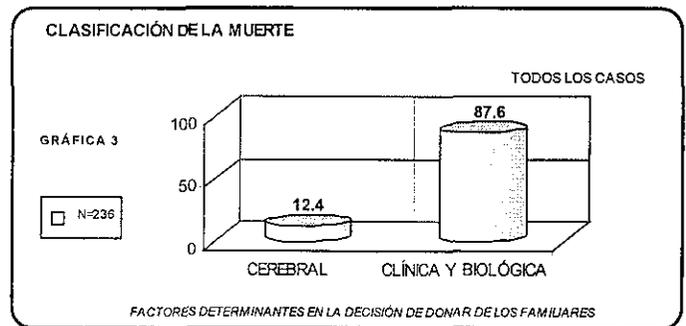
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



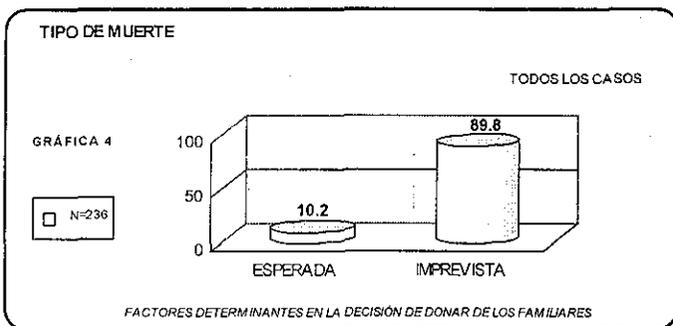
GRÁFICA 2



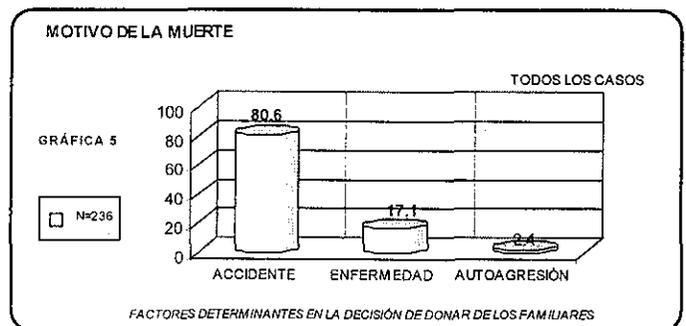
GRÁFICA 3



GRÁFICA 4

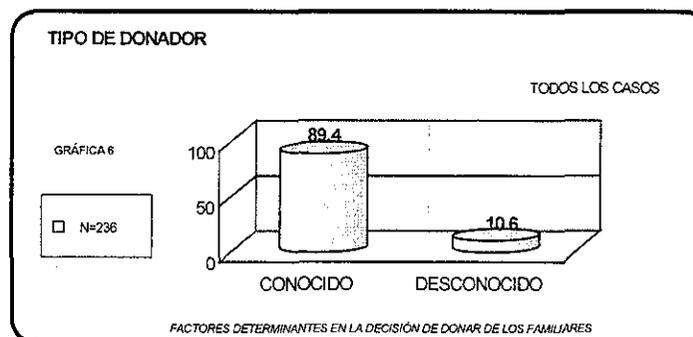


GRÁFICA 5



El 89% de los occisos eran donadores potenciales porque estaban plenamente identificados por sus documentos o por que sus familiares estaban presentes constituyéndose así el primer grupo de donadores que tienen posibilidades de seguir siendo considerados como tales (gráfica 6).

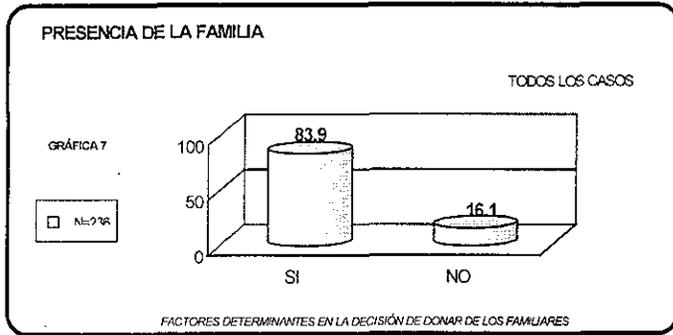
GRÁFICA 6



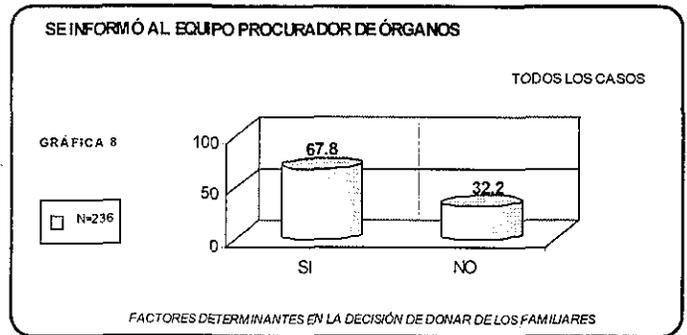
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



GRÁFICA 7



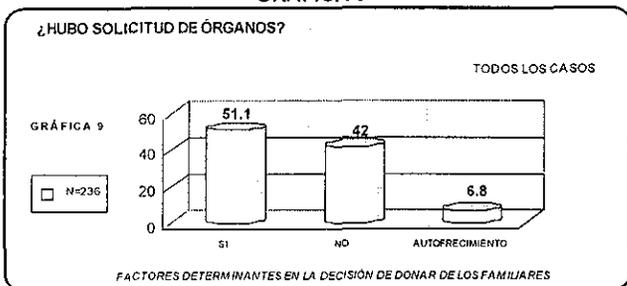
GRÁFICA 8



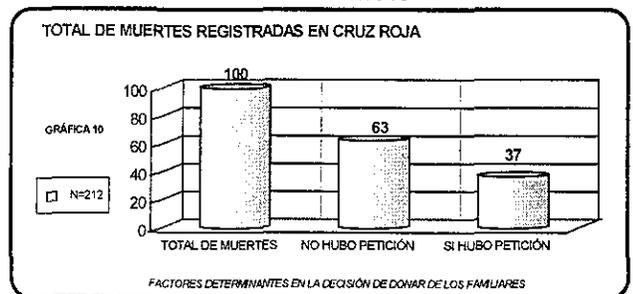
En el 84% de los casos la familia estaba presente y en el 16% no y por esta razón no se les podía solicitar los órganos y por lo tanto, se les descarta como donadores, como puede verse en la gráfica 7. En la gráfica 8, aparece que los procuradores de órganos se enteraron del 68% de los casos y sólo en el 51% se hizo la solicitud (gráfica 9).

En la gráfica 10, de los 212 casos que fue el total de los obtenidos en Cruz Roja Mexicana, y en los que el equipo procurador tuvo conocimiento del deceso, hubo petición de órganos en el 37% contra un 63% que no, resolviéndose en negativas el 72% de los casos y en aceptaciones el 28% como puede verse en la gráfica 11.

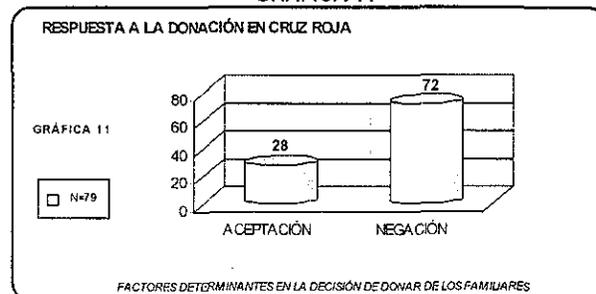
GRÁFICA 9



GRÁFICA 10



GRÁFICA 11



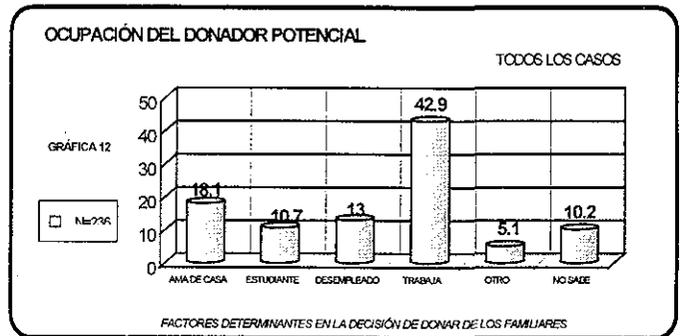
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Del 32% de los casos reportados en la gráfica 8, los cuales no fueron informados al equipo procurador, la petición tampoco se llevó a cabo por parte de ningún otro prestador de servicios de salud. Estos casos se perdieron principalmente porque los responsables de la captación de órganos no fueron informados de su existencia, porque los decesos ocurrieron en horas donde no había personal o porque no reunían los criterios médicos o legales establecidos para ser donador. Sin embargo, de cada una de estas situaciones no se cuenta con los porcentajes específicos.

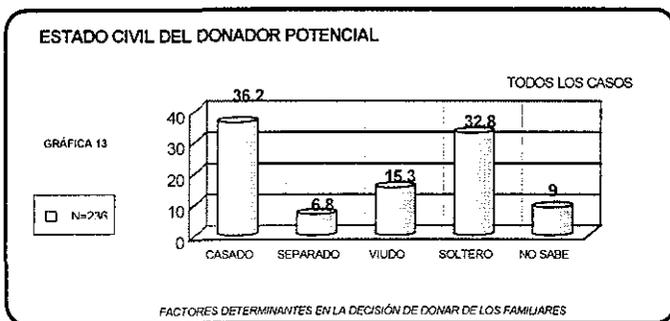
El perfil socioeconómico de las personas fallecidas, independientemente de si fueron del conocimiento del equipo procurador o si hubo petición de órganos, 43% eran personas que trabajaban, 18% amas de casa, 13% desempleados, 11% estudiantes, 10% no fue posible recuperar la información sobre su ocupación y 5% entre jubilados y con otra ocupación (gráfica 12).

GRÁFICA 12

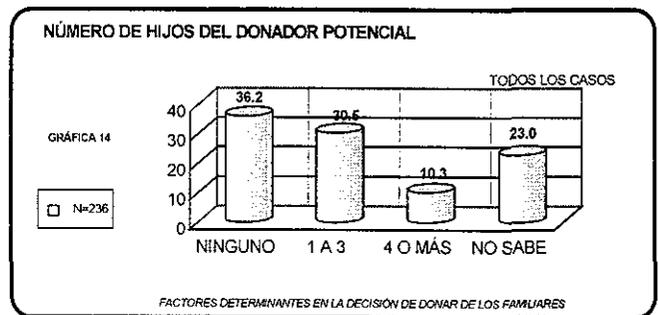


En cuanto al estado civil, como se puede observar en la gráfica 13, el porcentaje de casados y solteros fueron los más altos en un 36% y 33% respectivamente, un 15% en estado de viudez y 7% separados. En la gráfica 14, se ve que el 36% no tenía ningún hijo mientras el 31% entre 1 a 3 hijos. En la gráfica 15, se ve que el 36% no tenía ningún hijo mientras el 31% entre 1 a 3 hijos.

GRÁFICA 13



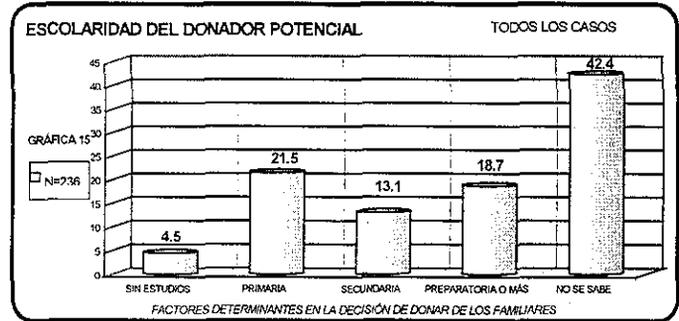
GRÁFICA 14





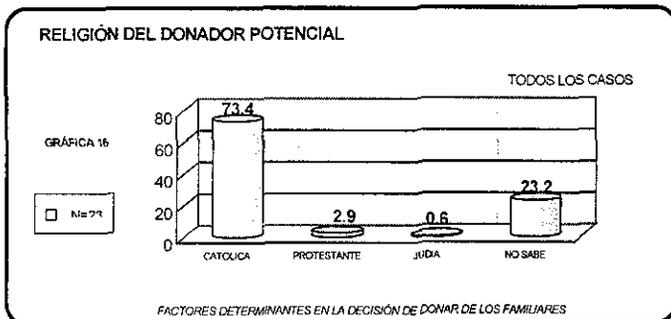
GRÁFICA 15

La escolaridad registrada de las personas fallecidas fue diversa. Había desde personas sin estudios hasta personas con nivel de licenciatura alcanzando porcentajes de 5% los que no tenían estudios, 22% con primaria completa o menos, 13% con estudios de secundaria o equivalente, 19% con estudios de preparatoria, licenciatura o más. En el 42% no fue posible indagar hasta que año habían estudiado porque los hospitales carecen de este tipo de registros como se puede ver en la gráfica 15.

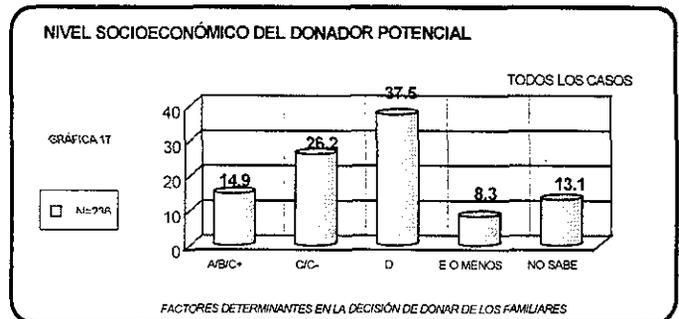


En la gráfica 16, se encuentra la distribución por religión predominando los católicos y en la gráfica 17 el nivel socioeconómico, en donde el 8% pertenecían a un nivel denominado "E o menos" cuyos ingresos familiares eran menores a \$4,500 pesos mensuales; 38% entre \$4,500 y \$6,000 clasificados en el nivel D; 26% entre \$6,000 y \$20,000 de nivel C y C menos; y 15% superiores a \$20,000 de nivel A/B/C más⁵.

GRÁFICA 16



GRÁFICA 17



⁵ Tipificación estimada a partir de los parámetros establecidos por la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados, AMAI. Las cifras corresponden al ingreso familiar mensual.

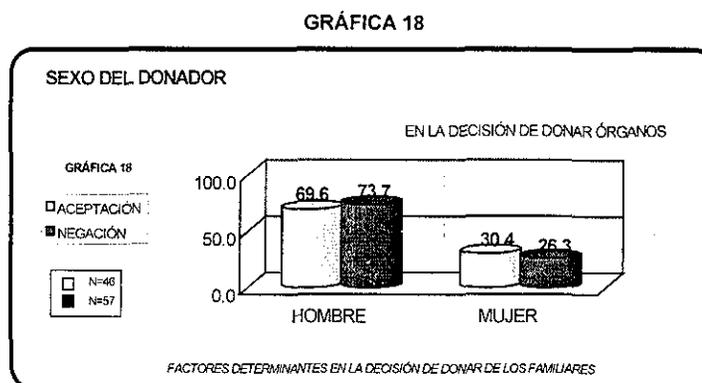


2. LOS DONADORES POTENCIALES

La muestra definitiva de donadores potenciales, en donde si hubo petición de órganos se integró con 46 casos de aceptación y 57 de negación. De los casos de aceptación, 22 fueron obtenidos en Cruz Roja Mexicana entre enero y julio del 2001 y 24 en las otras instituciones hospitalarias⁶, a fin de incrementar el tamaño de muestra que permitiera un mejor análisis de datos, como se había mencionado al inicio del capítulo. Los de negación, en su totalidad, se obtuvieron de Cruz Roja.

2.1 Perfil Sociodemográfico

De los 46 casos en los que se aceptó la donación de órganos, 70% eran hombres y 30% mujeres, mientras que los no donadores en 74% eran hombres y 26% mujeres (gráfica 18).



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

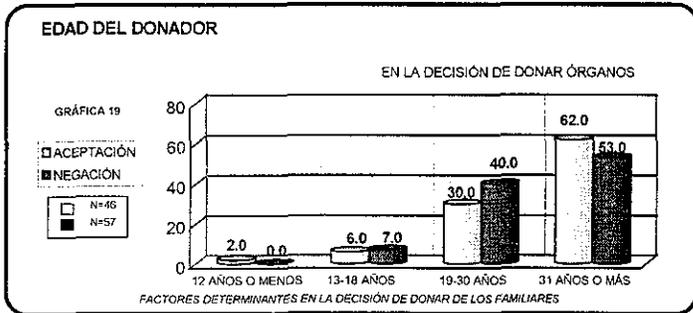
⁶ Estos hospitales fueron incorporados a través del Centro Nacional de Trasplantes, CENATRA.



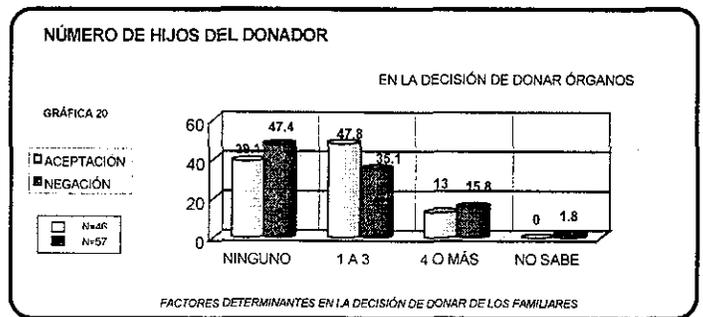
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

De los donadores, 2% eran menores de 12 años, 6% tenían entre 13 y 18 años, 30% de 19 a 30 años y 62% de 31 años o más (gráfica 19). En el 48% tenían de uno a tres hijos mayores de 18 años y sin hijos en el 39% (gráfica 20). 48% tenían alguna ocupación remunerada, en el 24% eran amas de casa, 11% estudiantes y otro porcentaje igual desempleados (gráfica 21). 39% tenía primaria o menos, 15% secundaria o carreras equivalentes y 28% preparatoria o más. En el 17% de los casos no fue posible obtener el nivel de estudios de la persona fallecida (gráfica 22).

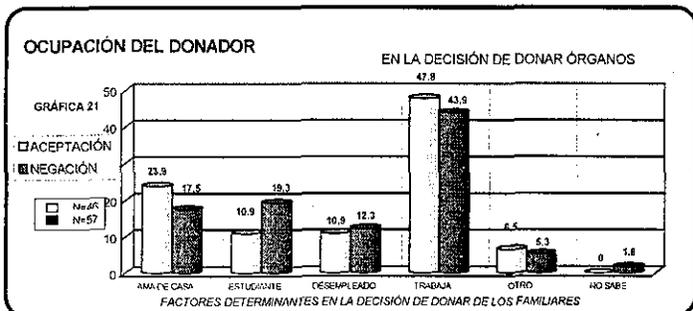
GRÁFICA 19



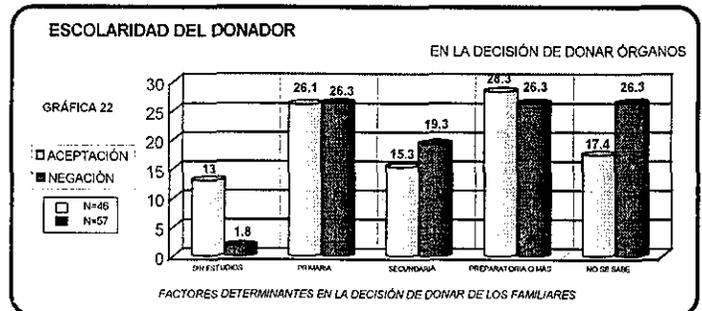
GRÁFICA 20



GRÁFICA 21

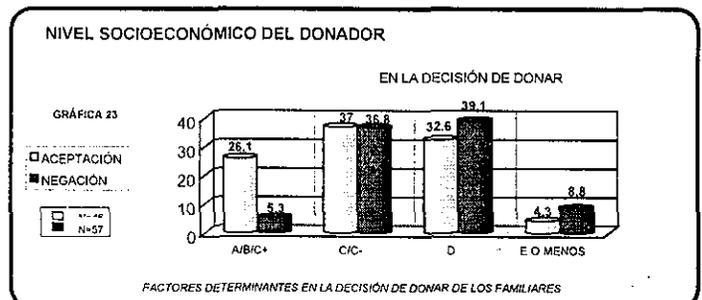


GRÁFICA 22



El 26% fue clasificado en un nivel socioeconómico⁷ estimado A/B/C+, 37% nivel C y 37% D o menos (gráfica 23).

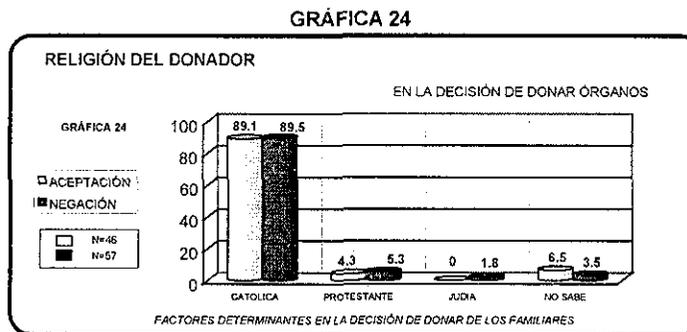
GRÁFICA 23



⁷ AMAI, *Idem*.



El 89% profesaban la religión católica, 4% una religión cristiana o espiritualista y en 7% no fue posible obtener esta información (gráfica 24).



De los 57 casos en los que se negó la donación, que aparece en las barras oscuras de las mismas gráficas, de la 19 a la 24, se observa que la edad de las personas fallecidas se concentró en 31 años o más en el 53% de los casos, 19 a 30 años en el 40% y entre 13 y 18 años el 7%. El 47% no tenía hijos, el 35% tenía de 1 a 3 y el 16%, 4 o más. Del 2% no se obtuvo información. En el 44% trabajaban, 19.3% era estudiantes, 18% amas de casa y 12% desempleados.

El 28% tenía primaria o menos, 19% secundaria o carreras equivalentes, 26% preparatoria o más. En el otro 26% de los casos no fue posible obtener el nivel de estudios de la persona fallecida.

El 5% fue clasificado en un nivel socioeconómico⁸ estimado A/B/C+, 37% nivel C y 48% D o menos. 90% profesaban la religión católica, 5% una religión cristiana o espiritualista, 2% judía y en 4% no fue posible obtener esta información.

⁸ *Ibidem*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



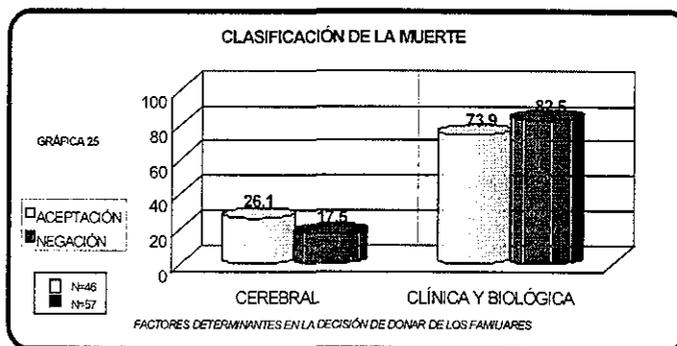
2.2 Tipo de muerte

La gráfica 25, presenta que de la muestra aceptante de la donación, 26% fallecieron por muerte cerebral y 74% por muerte clínica y biológica, mientras que la de negación, aunque tienen una distribución similar porque se registraron un

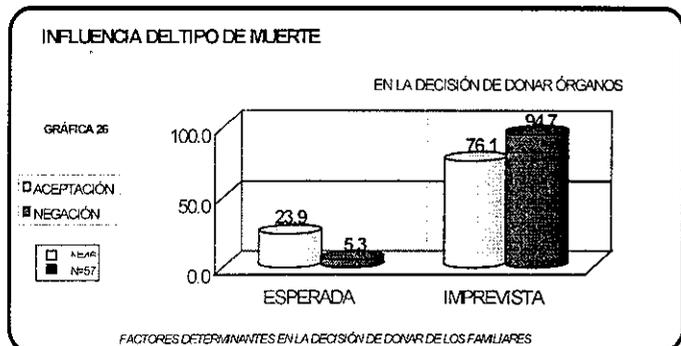
mayor número de muertes clínica y biológica, al interior de cada variable, los resultados cambian. La tendencia hacia la aceptación es mayor cuando se trata de muerte cerebral; y hacia la negación cuando es por muerte clínica y biológica.

En las gráficas 25 y 26, se observa que en los casos de aceptación, el 24% era una muerte esperada y en 76% muerte imprevista principalmente por accidente de arma de fuego, atropellamientos o caídas y en segundo lugar, de fallecimiento por enfermedad. Sólo se registró un caso de fallecimiento por suicidio.

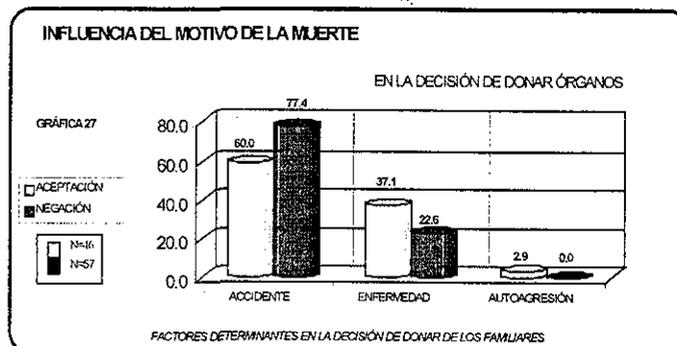
GRÁFICA 25



GRÁFICA 26



GRÁFICA 27



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

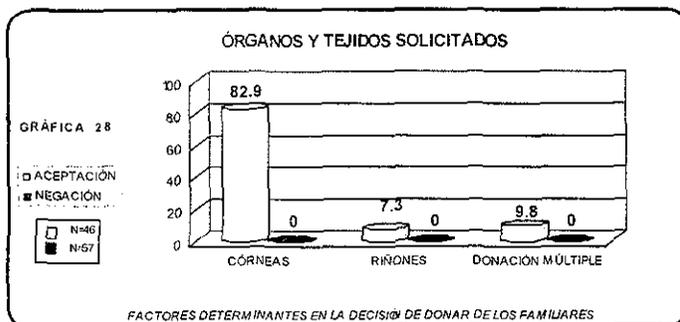


Mientras que en los casos de negación, el 5% de ellos era una muerte esperada y el 95% muerte imprevista. Estas personas fallecieron por razones similares a las reportadas en los casos de aceptación.

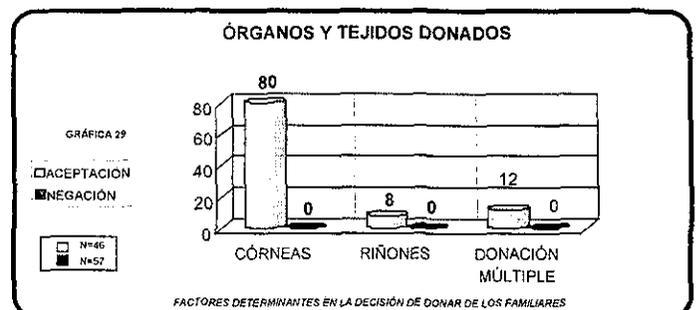
2.3 La petición de órganos

En el 83% de los casos de aceptación se solicitaron sólo las córneas, en el 7% los riñones y en el 10% restante diferentes órganos, como se puede ver en la gráfica 28. En todos los casos los órganos donados, gráfica 29, fueron los que los médicos habían solicitado inicialmente y apegados a los que médicamente podrían ser obtenidos. En algunos casos, se pudieron obtener más órganos que los solicitados en la petición inicial y sólo en un caso, los familiares restringieron los órganos solicitados. De ahí las diferencias porcentuales entre ambas gráficas, y quedando el 80% de los casos con donación de córneas, 8% riñones y 12% donación múltiple.

GRÁFICA 28



GRÁFICA 29

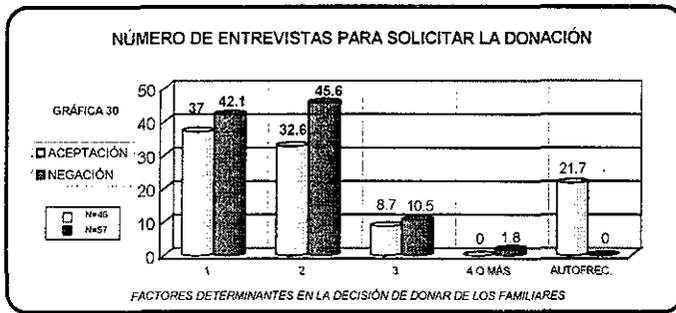


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

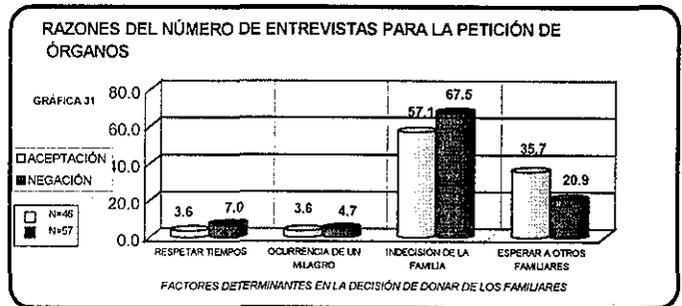


Para los casos de aceptación, el proceso de petición de órganos se llevó a cabo en el 37% de las veces en una entrevista y en el 41% en 2 o más entrevistas con una duración en todos los casos mayor a 2 horas llegando algunos a tener periodos de hasta 72 horas. En el 22% no fue necesaria la entrevista porque fueron los familiares quienes se acercaron al equipo procurador de órganos a ofrecer los órganos de la persona fallecida (gráfica 30).

GRÁFICA 30



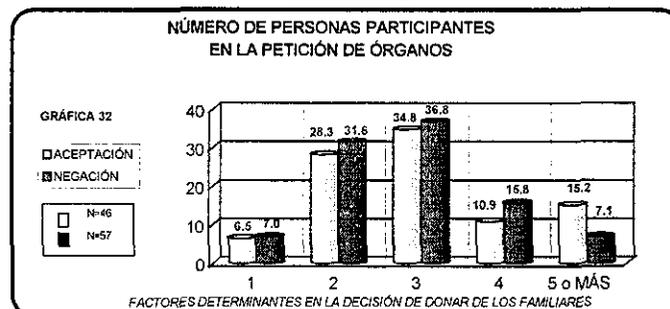
GRÁFICA 31



Cuando la petición de órganos se realizó en más de una entrevista se debió en el 57% a la indecisión de la familia que requería tiempo para comentar y aclarar dudas, en el 36% para esperar a que otros familiares como el esposo, padres e hijos estuvieran reunidos y consultar la decisión con ellos, en el 4% a que el familiar cayera en paro y 4% esperar a que ocurriera un milagro (gráfica 31).

A excepción de un 7% de los casos, en todos los demás participaron en la petición más de 2 personas (gráfica 32).

GRÁFICA 32



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



En las mismas gráficas, se puede observar que en los casos de negación, el proceso de petición de órganos se realizó en el 42% de las veces en una entrevista y en el 58% en 2 entrevistas o más.

Cuando la petición de órganos se realizó en más de una entrevista se debió en el 68% de los casos a la indecisión de la familia porque requería de tiempo para comentar y aclarar dudas y en el 21% esperar a que todos los miembros de familia estuvieran reunidos. Sólo en el 7% de los casos, el número de entrevistas se debió a la necesidad de respetar los tiempos exigidos por la ley para realizar los electroencefalogramas requeridos y mientras esto ocurría, el equipo procurador de órganos fue sensibilizando a la familia sobre la donación de órganos y en el 5% de los casos se estuvo en espera de que ocurriera un milagro y el familiar se recuperara.

Al igual que en la aceptación se observa que sólo en el 7% de los casos participó en el proceso de petición de órganos una persona.

Aunque las distribuciones porcentuales son similares tanto para la aceptación como en la negación, cabe destacar que el porcentaje de negación se acentúa a partir de la segunda entrevista (gráfica 30) y cuando se incrementa el número de personas que participan en la toma de decisión de donar para revertirse cuando se encuentran 5 familiares o más (gráfica 32).

También es dable señalar que el porcentaje de aceptación es mayor cuando el motivo para una segunda entrevista o más, es que las personas piden esperar a otros familiares para tomar la decisión que cuando se muestran indecisos (gráfica 31).



2.4 La decisión de donar

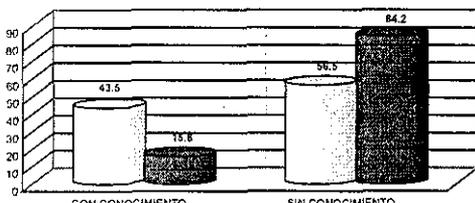
En la gráfica 33 se observa que para los casos de aceptación, en el 57% los familiares desconocían si el donador había expresado en vida su decisión de donar y en el 44% sabían que sí lo había hecho y que era a favor de la donación de órganos.

Otros familiares aunque no conocían la decisión de donar de la persona fallecida creían que por su forma de ser en vida podían estar a favor de la donación aumentando el porcentaje a 67% para los casos en donde se aceptó la donación de órganos (gráfica 34).

En esas mismas gráficas, en los casos de negación, el 16% de los casos los familiares conocían la decisión de la persona fallecida respecto al destino de su cuerpo y sabían que la persona fallecida, no deseaba ser donador. De los que desconocían la decisión del donador, la mayoría creía que la persona fallecida no deseaba ser donador.

GRÁFICA 33

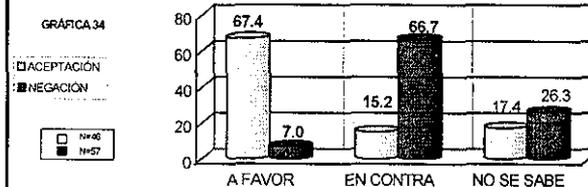
CONOCIMIENTO DE LA DECISIÓN DE DONAR DEL DONADOR FALLECIDO



FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE DONAR DE LOS FAMILIARES

GRÁFICA 34

ACTITUD DEL DONADOR HACIA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS



FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE DONAR DE LOS FAMILIARES

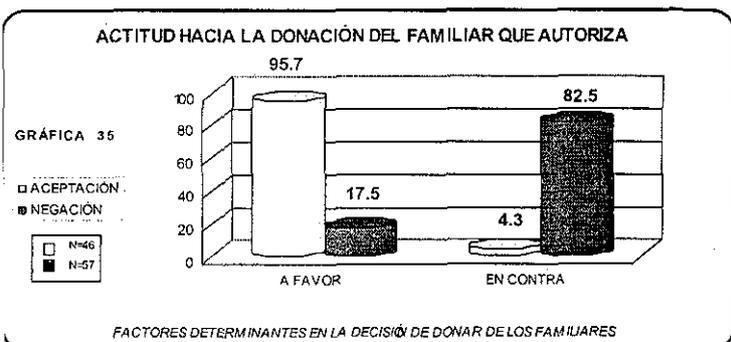
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



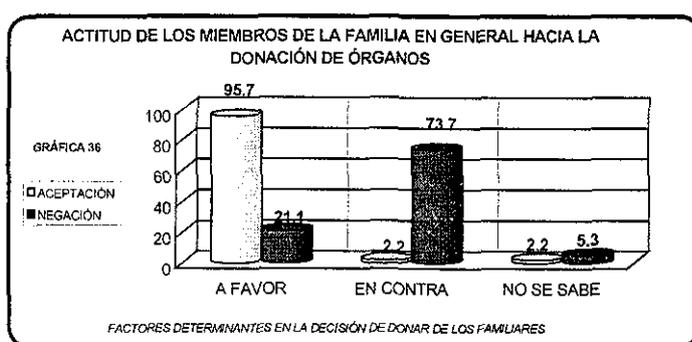
Los familiares que autorizaban la donación de órganos manifestaron una actitud a favor en el 96% de los casos de aceptación y en contra en un 83% de los casos de negación. Una tendencia similar se observa en los otros miembros de la familia. Sin embargo, lo que aquí cabe hacer notar, en las gráficas 35 y 36, es la existencia de casos de negación aun cuando los familiares manifestaron una actitud favorable hacia la donación.

Los familiares que autorizaban la donación de órganos estaban a favor en un 96% de los casos y manifestaron una actitud de rechazo en un 2%. Los demás miembros de la familia presentaron porcentajes similares.

GRÁFICA 35



GRÁFICA 36



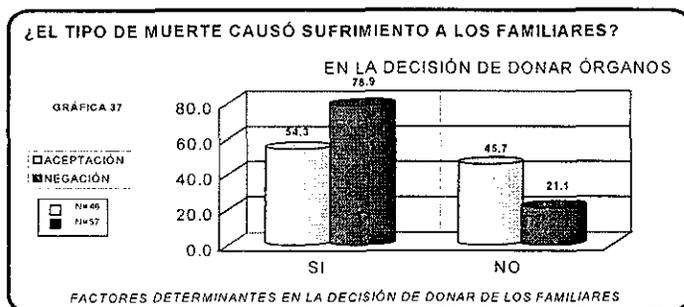
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



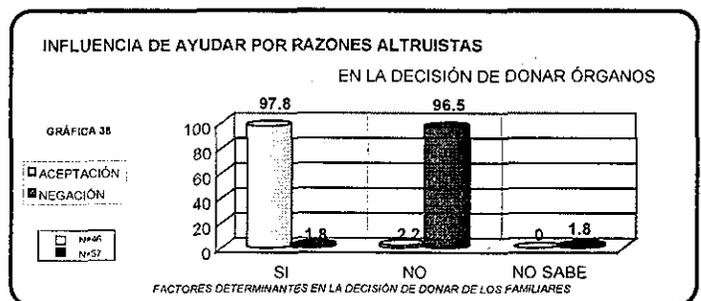
Del análisis sobre las razones que llevaron a los familiares a aceptar la donación de órganos⁹, se desprende que en el 54% el equipo procurador de órganos consideró que el tipo de muerte causó sufrimiento a los familiares, no sólo por razones naturales imputables a la pérdida de un ser querido sino por la violencia de la situación en la que ocurrió el fallecimiento. En el 46% el equipo procurador piensa que no se presentó este sentimiento (gráfica 37). Mientras que en los casos de negación, el 79% consideró que esta variable si influyó en la negativa y en el 21% que no.

En las gráficas 38, 40, 43 y 44, se observa que el 98% aceptó donar por razones altruistas, el 80% por el deseo de servir a otros sin esperar recompensa, el 96% por razones de conciencia social entendida ésta como que cualquier miembro de la sociedad podría requerir un órgano y 72% por deseos de trascender en la vida.

GRÁFICA 37



GRÁFICA 38



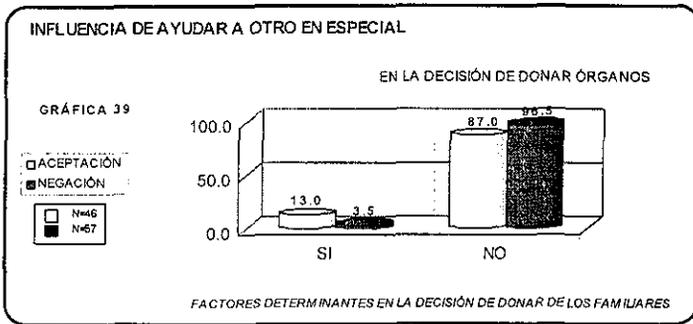
Mientras que, los motivos de ayudar a otro en especial y el que no se le ofreciera ayuda económica ni de ningún otro tipo a los familiares no parecen ser factores que influyan en la aceptación ni en la negación de donar (gráficas 39, 41 y 42).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

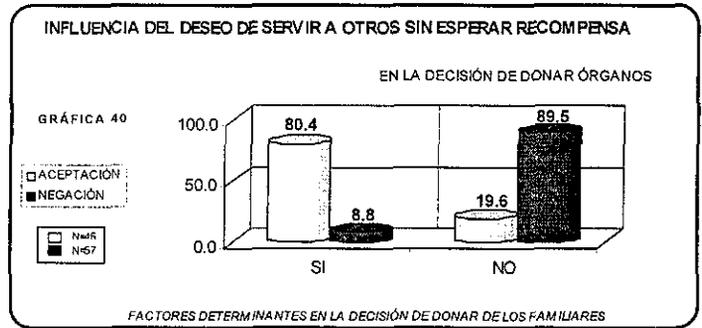
⁹Esta información se obtuvo a partir del análisis realizado conjuntamente con el equipo procurador de órganos revisando si cada una de estas razones podía haber sido la causa de la aceptación o la negación. El listado se conforma con 32 factores generales que se estimaban podían tener algún tipo de influencia en la decisión de donar, de los cuales 24 son aplicables a todos los casos de fallecimiento y solo 8 de ellos, para muerte cerebral. En el instrumento de medición se puede consultar el listado general de estos indicadores.



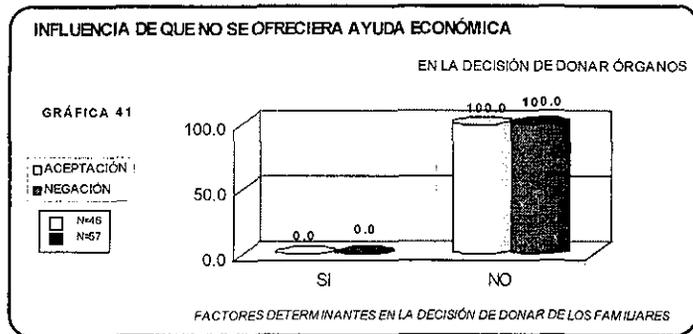
GRÁFICA 39



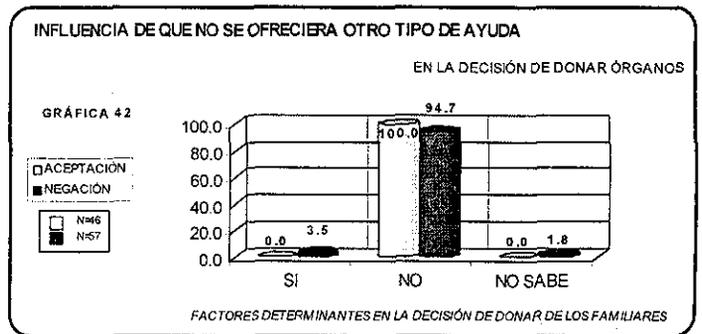
GRÁFICA 40



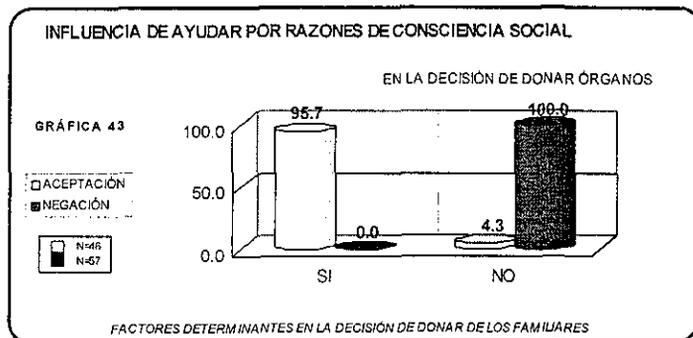
GRÁFICA 41



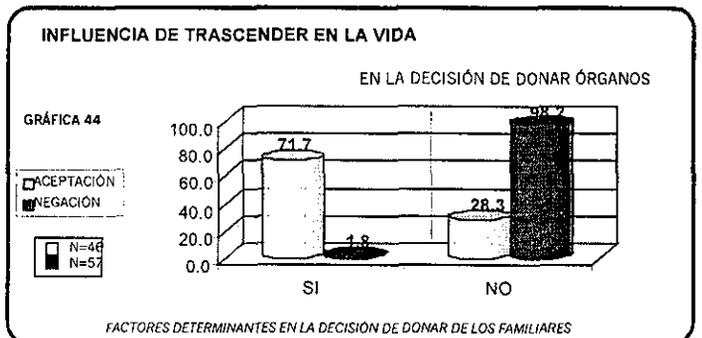
GRÁFICA 42



GRÁFICA 43



GRÁFICA 44



Mientras que los casos de negación ninguna de estas razones fue suficiente para motivar la negación de órganos, excepto una muy ligera influencia en la variable del deseo de servir a otros sin esperar recompensa como se puede ver en la gráfica 40.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



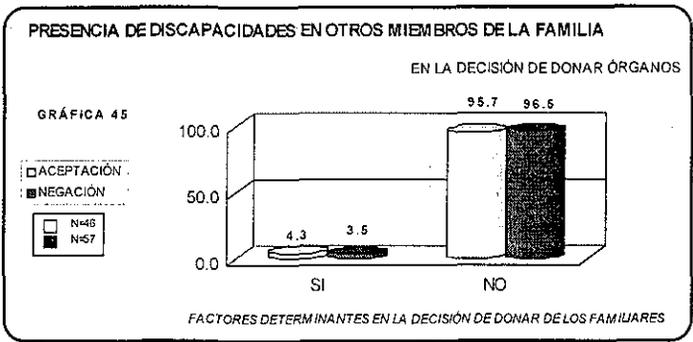
Las razones como la presencia de alguna discapacidad en los miembros de la familia, la apariencia del cuerpo, lo imprevisto de la muerte, tomar la decisión sobre el cuerpo del otro, que otros familiares pudieran necesitar un órgano o desconocer el destino de los órganos parecen no tener mayor influencia en los casos de aceptación (gráficas, 45, 46, 48, 50, 51 y 52).

Pero si reconocen en un 28.3% de los casos, la influencia de la apariencia física del donador (gráfica 47), en 54.3% la causa de la muerte (gráfica 49) así como en un 19.6% la necesidad de un órgano para otros miembros de la familia (gráfica 51).

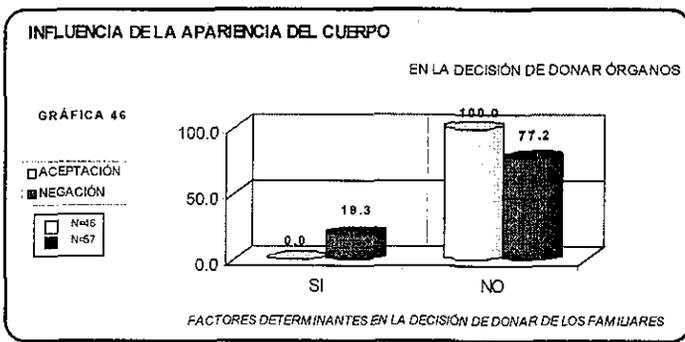
En los casos de negación, se observa la influencia de la apariencia física del donador en un 42% (gráfica 47), lo imprevisto de la muerte en un 67% (gráfica 48) y tomar la decisión sobre el cuerpo del otro en un 47% (gráfica 50).



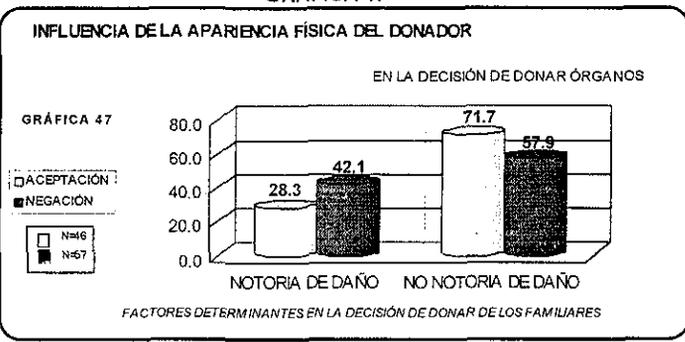
GRÁFICA 45



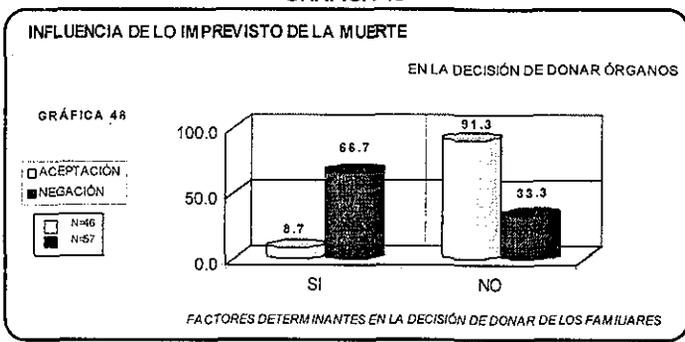
GRÁFICA 46



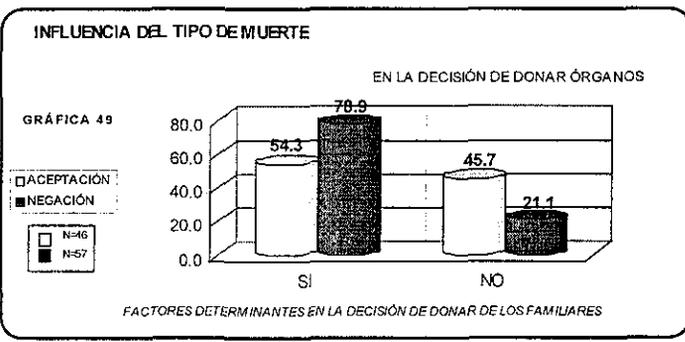
GRÁFICA 47



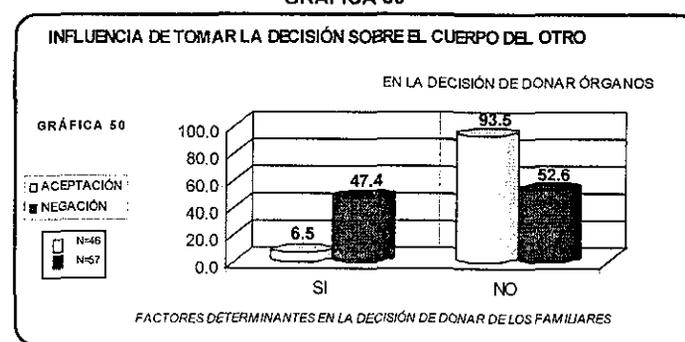
GRÁFICA 48



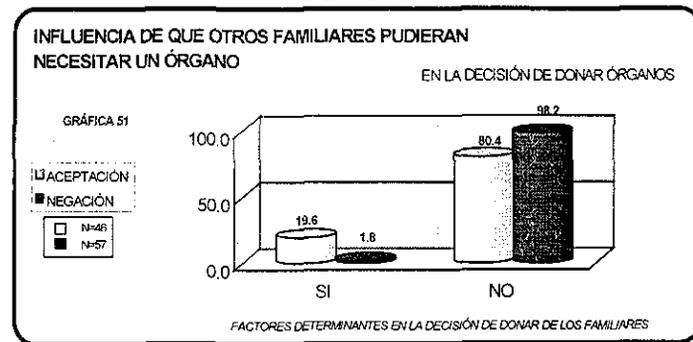
GRÁFICA 49



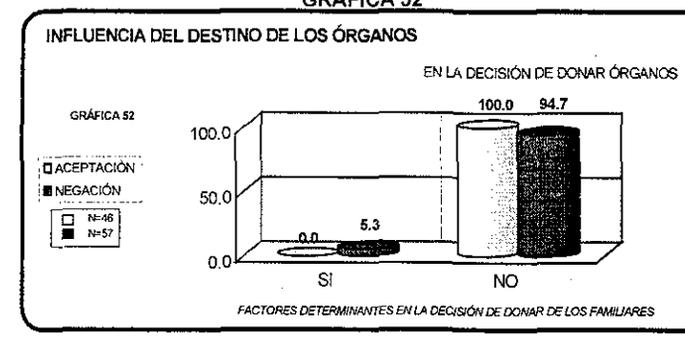
GRÁFICA 50



GRÁFICA 51



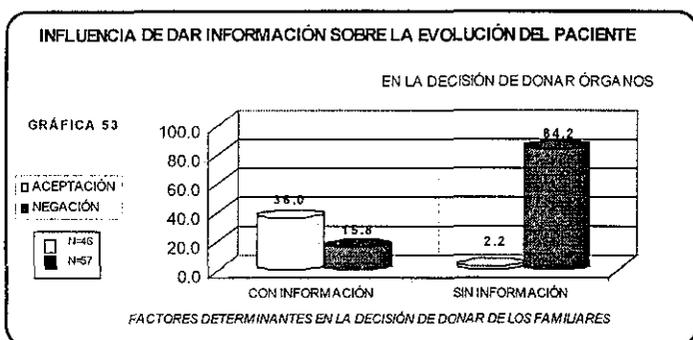
GRÁFICA 52



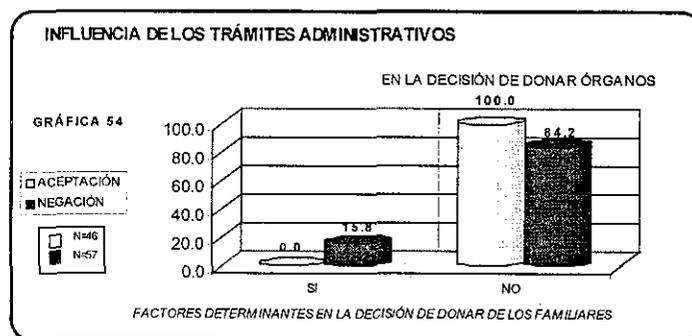


Respecto a la influencia de que los médicos dieran información o no sobre cómo evolucionaba el paciente, se puede observar en la gráfica 53 que esta variable tuvo un porcentaje más alto en los casos de aceptación mientras que la presión de los trámites administrativos, la presión de agentes del ministerio público y la que normalmente ejerce la funeraria, gráficas 54, 55 y 56 respectivamente, tuvieron mayor repercusión en la decisión de negar la donación.

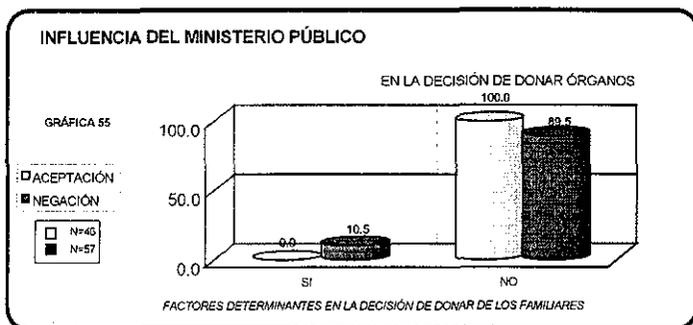
GRÁFICA 53



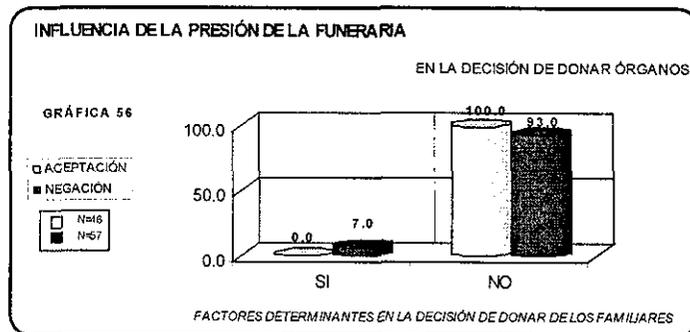
GRÁFICA 54



GRÁFICA 55



GRÁFICA 56

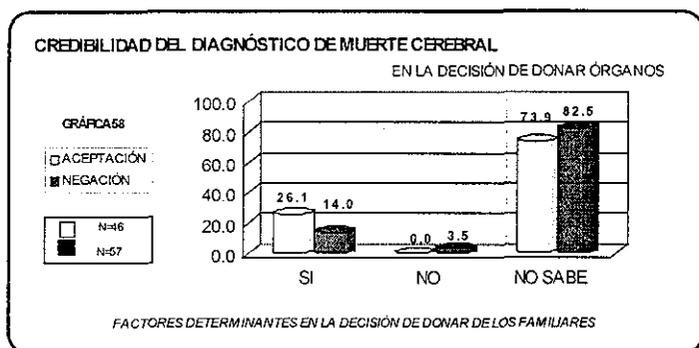


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

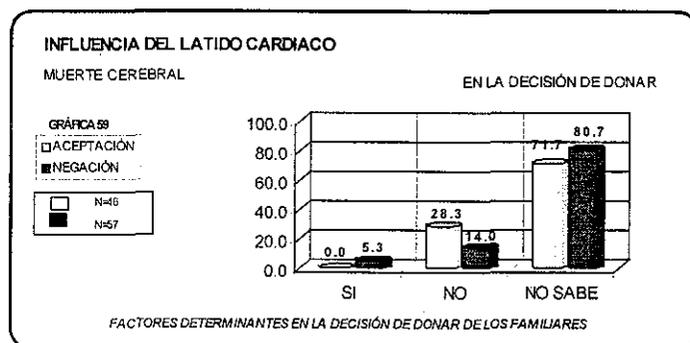


En los 12 casos de muerte cerebral registrados en los cuales los familiares aceptaron donar órganos, se encontró que hubo credibilidad en el diagnóstico médico en el 26% de los casos y en el 74% o más se desconoce si pudo haber influido (gráfica 58). Esta distribución porcentual es similar ante la presencia del latido cardíaco, la respiración y la temperatura corporal tanto para los casos de aceptación como los de negación (gráfica 59, 60 y 61).

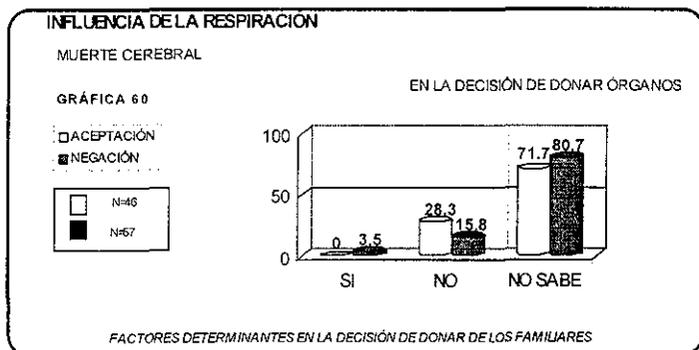
GRÁFICA 58



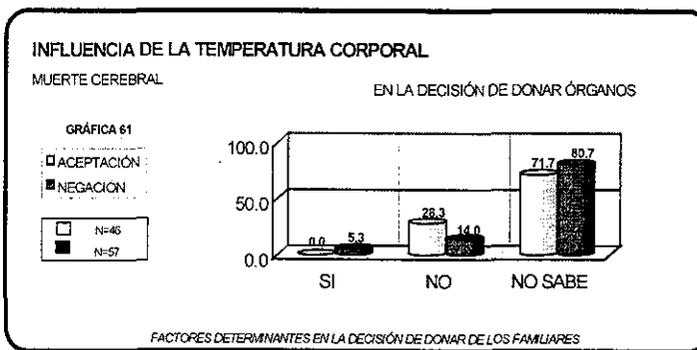
GRÁFICA 59



GRÁFICA 60



GRÁFICA 61

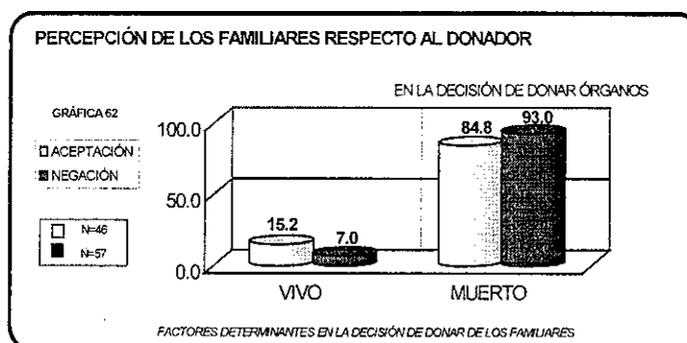


TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Sin embargo, el equipo procurador registra que en el 15% de estos casos, los familiares percibían que su ser querido estaba vivo aunque creyeran en el diagnóstico médico de muerte cerebral y en la negación disminuyó a un 7% (gráfica 62).

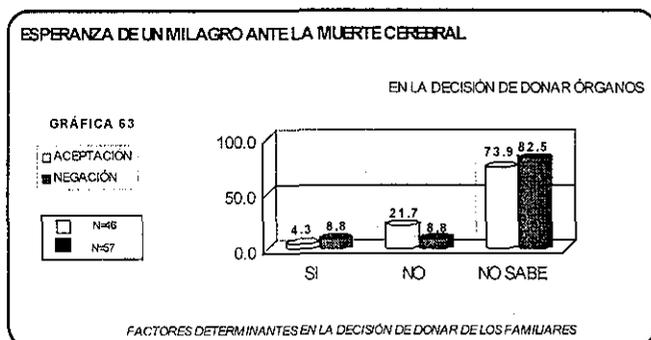
GRÁFICA 62



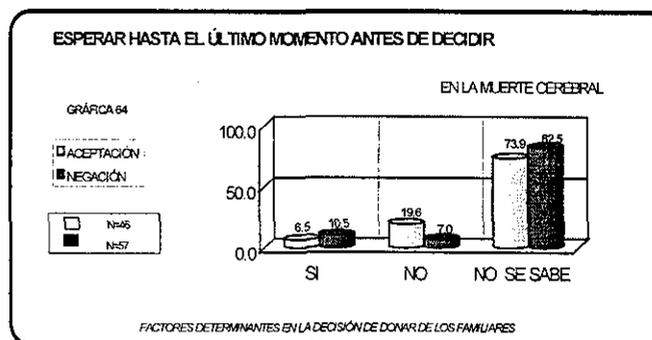
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En la gráfica 63, se observa que en el 4% de los casos, los familiares manifestaron la esperanza de que ocurriera un milagro, y en la gráfica 64, el 7% esperó hasta el último momento para tomar la decisión de donar. En la misma gráfica, pero en los casos de negación, se observa que tanto la esperanza de un milagro como no tomar una decisión inmediata aumentó al 8% y al 11% respectivamente.

GRÁFICA 63



GRÁFICA 64





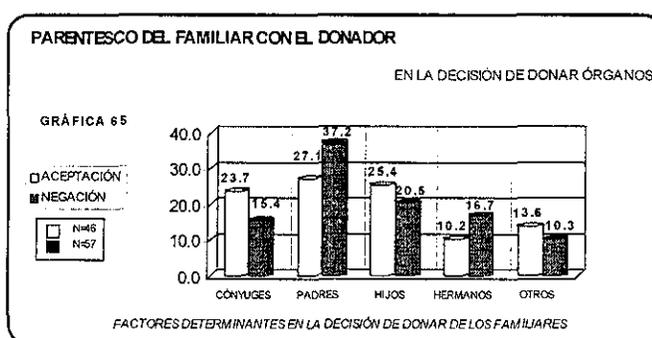
2.5 La familia del donador

En cuanto a la aceptación, el familiar que autoriza la donación estaba a favor de la donación en el 96% de los casos así como los demás integrantes como se revisó en las gráficas 35 y 36.

La decisión de aceptar la donación de órganos fue tomada por el esposo o la esposa en el 24% de las veces, en el 27% por los padres, por los hijos en el 25%, por los hermanos en el 10%, por otros familiares como primos, tíos, sobrinos, nietos, yernos o cuñados en el 14% (gráfica 65). Se encontró un caso en que un amigo fue el que tomo la decisión de donar.

En la misma gráfica 65, se observa que en los casos de negación, la decisión de los padres presentan el porcentaje más alto de rechazo.

GRÁFICA 65



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El perfil socioeconómico de los familiares que autorizan la donación, se encuentra en las siguientes gráficas. En los casos de aceptación, la decisión fue tomada por mujeres en un 52% y por hombres en un 46% (gráfica 66). El porcentaje más alto de donación se concentró en el rango de 41 a 60 años de edad seguido por los de 26 a 40 años manteniendo la negación distribuciones similares (gráfica 67).



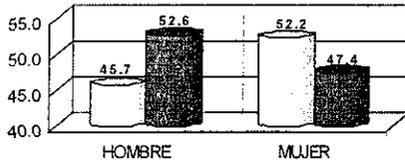
GRÁFICA 66

SEXO DEL FAMILIAR QUE AUTORIZA LA DONACIÓN

GRÁFICA 66

□ ACEPTACIÓN
■ NEGACIÓN

□ N=46
■ N=57



FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE DONAR DE LOS FAMILIARES

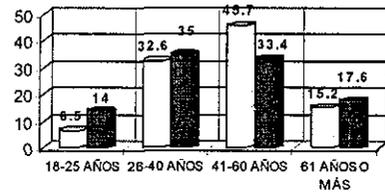
GRÁFICA 67

EDAD DEL FAMILIAR QUE AUTORIZA LA DONACIÓN

GRÁFICA 67

□ ACEPTACIÓN
■ NEGACIÓN

□ N=46
■ N=57



FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE DONAR DE LOS FAMILIARES

Los familiares que aceptaron tenían estudios de preparatoria o más en el 41% y de secundaria o menos en el 39% y en la negación predomina el desconocimiento de este dato, seguido de secundaria y primaria (gráfica 68). La mayoría estaban casados y de religión católica (gráfica 69 y 70). La composición religiosa del grupo familiar fue en su mayoría también católica (gráfica 71). En la negación se observan distribuciones similares.

GRÁFICA 68

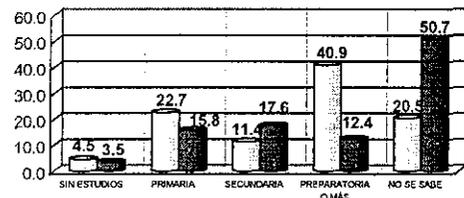
INFLUENCIA DE LA ESCOLARIDAD DEL FAMILIAR

EN LA DECISIÓN DE DONAR ÓRGANOS

GRÁFICA 68

□ ACEPTACIÓN
■ NEGACIÓN

□ N=46
■ N=57



FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE DONAR DE LOS FAMILIARES

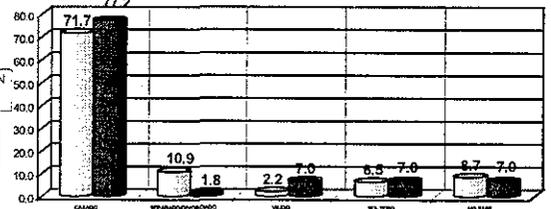
GRÁFICA 69

ESTADO CIVIL DEL FAMILIAR QUE AUTORIZA LA DONACIÓN

GRÁFICA 69

□ ACEPTACIÓN
■ NEGACIÓN

□ N=46
■ N=57



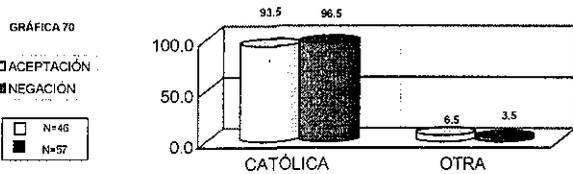
FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE DONAR DE LOS FAMILIARES

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



GRÁFICA 70

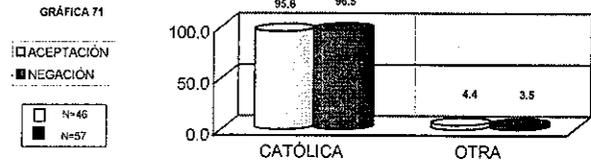
RELIGIÓN DEL FAMILIAR QUE AUTORIZA LA DONACIÓN



FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE DONAR DE LOS FAMILIARES

GRÁFICA 71

RELIGIÓN DE LOS ACOMPAÑANTES DEL FAMILIAR QUE AUTORIZA LA DONACIÓN



FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE DONAR DE LOS FAMILIARES

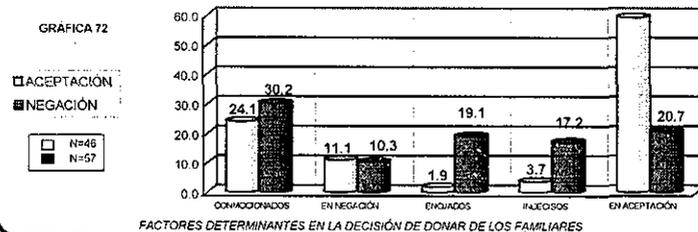
Respecto al estado de ánimo de los familiares, la gráfica 72 muestra que en los casos que aceptaron donar, el 59% de los familiares se encontraban en un estado de aceptación de la muerte del familiar y el 24% estaban conmocionados. Sólo 11% y el 2% negaban la muerte o estaban enojados por el hecho ocurrido, respectivamente. En el 4% se encontraban en un estado de indecisión.

En los casos de negación, esa misma gráfica presenta que los familiares durante la petición estaban conmocionados en el 30%, enojados en el 19%, indecisos en el 17% y en un estado de negación de la muerte acontecida en el 10%. Sin embargo, en el 21% había aceptación del fallecimiento.

GRÁFICA 72

ESTADO DE ÁNIMO DE LOS FAMILIARES

DURANTE LA PETICIÓN



FACTORES DETERMINANTES EN LA DECISIÓN DE DONAR DE LOS FAMILIARES

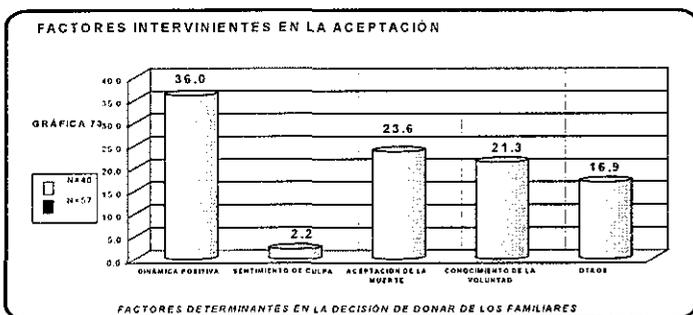
TESIS CON FALLA DE ORIGEN



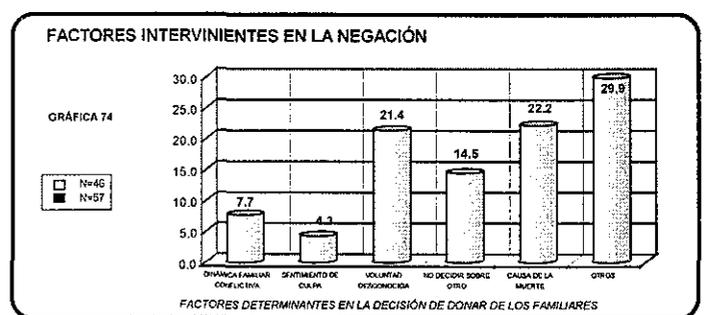
Los médicos observaron una dinámica familiar positiva en el 36% de los casos que aceptaron donar los órganos, aceptación de la muerte en el 24% porque estaban convencidos de que no había nada más que hacer por su ser querido, conocimiento de la voluntad de donar en el 21%, por otras razones entre ellas las creencias religiosas en el 17% y sentimiento de culpa en el 2%. (gráfica 73).

La gráfica 74, presenta que los médicos piensan que en el 22% de los casos los familiares rechazaron la donación porque la muerte fue a causa de accidente o de un hecho totalmente imprevisto como se había mencionado anteriormente, en el 21% por desconocimiento de la voluntad del donador, en el 15% por sentirse incapaces de tomar una decisión sobre el cuerpo del otro, en el 8% por una dinámica familiar conflictiva, en el 4% por sentimientos de culpa y en el 30% por otras razones que comprenden las creencias religiosas o no estar convencidos de la muerte entre otras.

GRÁFICA 73



GRÁFICA 74

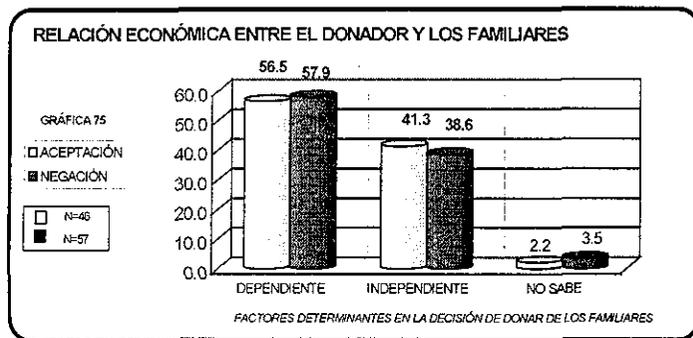


TESIS CON FALLA DE ORIGEN

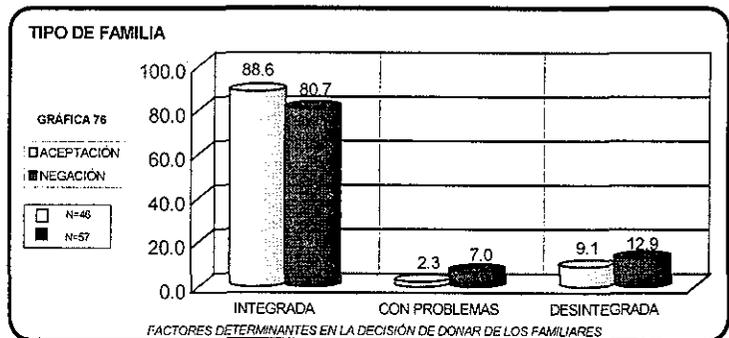


En las gráficas 75 y 76 en los casos de aceptación, se observa que el 41% tenía una relación económica independiente con el donador y eran familias integradas en el 89%. En la negación, la relación dependiente es ligeramente superior a la aceptación y el tipo de familia guarda una distribución similar.

GRÁFICA 75



GRÁFICA 76



2.6 La atención médica

Tanto en los casos de aceptación como de negación, la petición de órganos fue realizada por médicos con amplia experiencia en la donación de órganos. Su experiencia era tanto por preparación empírica como formal y han desempeñado esta tarea por lo menos desde 1991, con una frecuencia actual de 20 o más peticiones por mes. En una minoría de los casos, los órganos fueron solicitados por trabajadores sociales. Generalmente participaba más de un integrante del equipo procurador de órganos en la petición.

El equipo de procuración de órganos estaba igualmente integrado por hombres que por mujeres. La mayoría estaban casados, con más de 27 años, de un nivel socioeconómico medio y de religión católica.

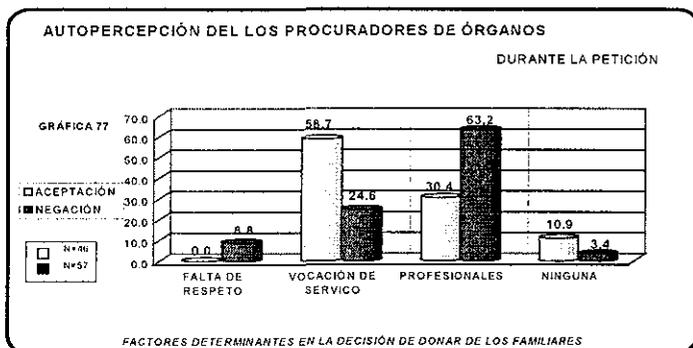
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



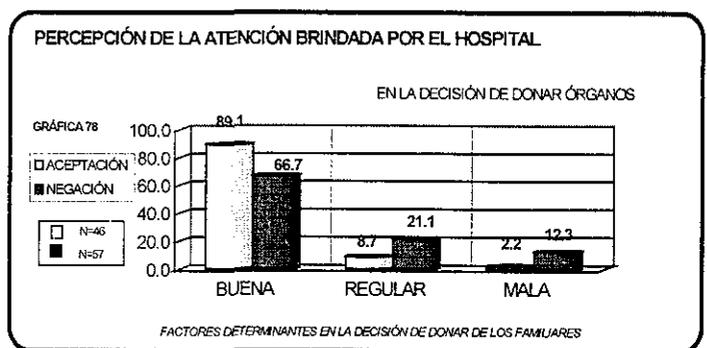
En la aceptación, los médicos fueron percibidos como voluntarios del programa de donación de órganos con vocación de servicio en el 59% de los casos y como profesionistas que hacen su trabajo en el 30% y la atención del hospital fue considerada buena en un 89%, en el 9% regular y en el 2% mala (gráfica 77 y 78).

En la gráfica 77 se observa que en la negación, los familiares percibieron al equipo procurador durante la petición, en el 63% de los casos a profesionales haciendo su trabajo, en el 25% voluntarios con vocación de servicio y en el 9% cometiendo una falta de respeto dado que hacían la solicitud en un momento difícil para ellos. La atención del hospital bajo a 67% de los casos en la calificación de "buena" y subió a 21% en "regular" y 12% en "mala".

GRÁFICA 77



GRÁFICA 78

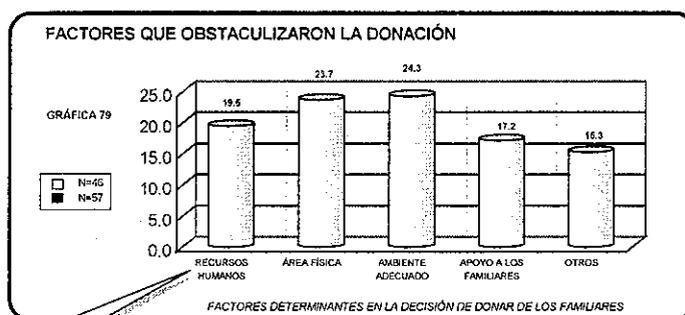


TESIS CON FALLA DE ORIGEN



La gráfica 79 muestra que el equipo procurador consideró, en el 20% de los casos que les faltaron recursos humanos médicos y tanatológicos para realizar las peticiones, en el 24% un área física para recibir a los familiares, otro 24% un ambiente adecuado, en el 17% falta de apoyo a los familiares y el 15% se agruparon razones como falta de difusión de la legislación sobre muerte cerebral y falta de un programa organizado de procuración de órganos, entre otras.

GRÁFICA 79



Falta de...

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



II. ANÁLISIS INFERENCIAL

Como se mencionó anteriormente, para realizar este análisis se utilizó el estadístico ji-cuadrada y el modelo de regresión logística. En el siguiente cuadro se muestran los resultados de algunas de las variables independientes del estudio que fueron utilizadas en el modelo. La selección de éstas se enfoca más hacia las variables sociodemográficas que reflejen el perfil real de la población que hacia los aspectos situacionales, ya que de encontrarse un modelo predictivo, este sería más útil si está basado en variables de este tipo que en aquellas de percepción.

Cuadro 1
RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE JI-CUADRADA
ENTRE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES O DE CLASIFICACIÓN
Y LA VARIABLE DEPENDIENTE, LA DECISIÓN DE DONAR

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

VARIABLE INDEPENDIENTE	JÍ CUADRADA	GRADOS DE LIBERTAD	SIGNIFICANCIA
Edad	60.277	46	0.08
Sexo	0.227	1	0.63
Clasificación de la muerte	0.134	1	0.71
Tipo de muerte	6.718	1	0.01 (*)
Motivo de muerte	3.939	2	0.14
Ocupación	2.610	5	0.76
Estado civil	7.193	4	0.13
Escolaridad	24.015	11	0.01 (*)
Número de hijos	4.165	3	0.24
Religión	1.601	4	0.81
Nivel socioeconómico	8.529	3	0.04 (*)

(*) Valores significativos $p < 0.05$



De acuerdo con los resultados de este análisis de ji-cuadrada entre las variables se encontró que aquellas que mayor relación tienen con la decisión de donar están la escolaridad, la edad, el tipo de muerte y el nivel socioeconómico.

Para corroborar lo que se encontró en este primer ensayo univariado, en el modelo de regresión logística se incluyeron tanto las variables que tuvieron una alta dependencia con la decisión de donar, como otras que no la tuvieron, de manera que el modelo mismo las descartara.

Las variables independientes introducidas al modelo fueron la edad del donador, el sexo, la clasificación de la muerte en muerte clínica y biológica o muerte cerebral, el tipo de muerte esperada o imprevista, el estado civil, la escolaridad, el número de hijos, la religión y el nivel socioeconómico estimado. La variable dependiente fue la decisión de donar. Esta variable es dicotómica, es decir, con dos opciones de respuesta, aceptar o negar la donación.

En el cuadro 2, se puede observar que de los 236 casos introducidos al modelo, se rechazaron 140 por falta de datos y 96 quedaron para el análisis. La pérdida real de casos para efectos del modelo es sólo de 7, ya que cabe recordar que la muestra total de los casos donde hubo petición de órganos se conformó con 103 fallecimientos y que los restantes, se recabaron con el fin de llevar el registro total de fallecimientos ocurridos en Cruz Roja Mexicana y poder reflejar la enorme dificultad de que una muerte llegue a convertirse en una donación.



Cuadro 2
DISTRIBUCIÓN DE CASOS EN EL MODELO

Número de casos seleccionados	236
Número de casos rechazados por falta de datos	140
Número de casos incluidos en el análisis	96

El porcentaje de individuos correctamente clasificados por el modelo es de 84%, lo cual indica que las variables incluidas en el estudio tienen una importante relación con la decisión de donar como se muestra en el cuadro 3.

Cuadro 3
CLASIFICACIÓN DE LA REGRESIÓN LOGÍSTICA

OBSERVACION	PREDICCIÓN		Porcentaje correcto de clasificación
	Aceptación	Negación	
Aceptación	31	8	79.49%
Negación	7	50	87.72%
			84.34%

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Los parámetros estimados por el modelo de regresión logística que aparecen en el cuadro 4 para las variables explicativas de la aceptación o negación a la donación son: el coeficiente B, el error estándar de los coeficientes, el estadístico Wald, los grados de libertad y el nivel de significancia, en donde:

B₀ Es el término independiente de la ecuación de regresión logística

B₁ a B_n son los coeficientes de regresión estimados a partir de los datos

S.E. es el error estándar de los coeficientes

Wald es el estadístico que permite determinar si el coeficiente de la ecuación es significativamente distinto de cero para incluirlo en la ecuación

GL, grados de libertad que es el número de categorías menos 1 que tiene cada variable independiente.

Sig, esta columna permite conocer con qué nivel de confianza podemos aceptar o rechazar la hipótesis nula de que el coeficiente es cero. Generalmente se acepta una significancia menor o igual ≤ 0.05 .

R es la contribución específica de cada variable independiente sobre la variable dependiente (la decisión de donar).

ExpB es el valor que tiene la B cuando lo utilizamos como la potencia de la constante E

Los resultados obtenidos para las variables que fueron relevantes en la determinación del modelo de regresión logística son:



Cuadro 4
RESULTADOS RELEVANTES EN LA DETERMINACIÓN DEL MODELO

VARIABLES INDEPENDIENTES	B	S.E.	Wald	GL	Sig	R	Exp B
Tipo de muerte <u>Imprevista</u>	-2.3943	1.0775	4.9375	1	.0263	-.1486	.0912
Escolaridad <u>Secundaria/Preparatoria</u>	-2.0195	1.1537	3.0642	1	.0800	-.0894	.1327
Escolaridad <u>Licenciatura o más</u>	-3.3262	1.8191	3.3434	1	.0675	-.1005	.0359

$$B_0 = 0$$

A partir de los parámetros estimados del cuadro 4 y con un riesgo $\alpha \leq 0.05$ se puede concluir que el tipo de muerte y la decisión de donar están relacionadas significativamente, es decir que cuando la muerte es esperada, existe una mayor probabilidad de donar que cuando la muerte es imprevista.

Si bien esta variable es la única que tiene una significancia menor a 0.05 cabe considerar que la variable de escolaridad con una significancia poco menor, de .067 y .080, muestran una tendencia favorable hacia la donación de órganos, así cuando la escolaridad del occiso sea de secundaria o más, existirá una mayor probabilidad de donar.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Dado que a mayor escolaridad se incrementa la capacidad de abstracción, se puede hacer extensivo suponer que a partir de secundaria existe una mayor disposición a comprender el fenómeno de la donación después de la muerte. Sin embargo, lo relevante es que la escolaridad ya mostró una probabilidad positiva potencial en la decisión de donar y quedará para investigaciones futuras precisar con un mayor número de casos, el grado de estudios que propicia mejor una participación más favorable hacia la donación.

Con los resultados obtenidos a nivel descriptivo e inferencial, se puede proceder al análisis psicológico de las variables que permita obtener las tendencias de la decisión de donar, como se presentará en el siguiente capítulo.



CAPITULO OCTAVO

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Este capítulo muestra las tendencias generales encontradas en el estudio abordando desde el registro total de las muertes acontecidas en Cruz Roja Mexicana como los análisis para obtener los perfiles de aceptación y negación de la decisión de donar.

1. Las oportunidades de solicitar órganos

De las 236 muertes estudiadas de enero a julio de 2001, 212 se registraron en Cruz Roja Mexicana. El análisis de estas últimas detalla que, en 133 casos no hubo petición de órganos y en 79¹⁰, sí, por lo que las oportunidades de solicitarlos se ven reducidas en un 63% porque las personas fallecidas no reunieron los requisitos legales o médicos para ser considerados candidatos a donador o se perdieron por falta de información o personal para solicitarlo, por lo que sería recomendable que el equipo de procuración de órganos siguiera con atención los registros de fallecimientos y atendiera el mayor número de peticiones posible.

De quienes pasaron a una segunda etapa, en donde hubo petición, se encuentra una pérdida del 72% de los casos debido a que los familiares negaron la donación de órganos, quedando sólo el 28% de los casos como donadores, lo cuál significa que en siete meses de trabajo se obtuvieron 57 negaciones y 22 aceptaciones¹¹.

10 Se han tomado sólo los casos de Cruz Roja Mexicana para reflejar la dificultad implícita de que una persona fallecida llegue a ser candidato a donador de órganos.

11 Correspondiente al 10% del total de muertes registradas en 7 meses.



De las otras instituciones participantes en el estudio, no se llevó a cabo este análisis debido a que estos hospitales fueron incluidos para obtener los casos de aceptación que completarían el tamaño de la muestra requerida para las pruebas estadísticas propuestas y llegar así a los 46 casos.

De los fallecimientos registrados, la mayoría acontecieron por muerte clínica y biológica que por muerte cerebral favoreciendo así la petición de córneas y disminuyendo las oportunidades de solicitar un mayor número y diversidad de órganos. Por ello, este tejido fue el tipo de donación que alcanzó mayores porcentajes de obtención.

El programa de donación de órganos enfrenta la realidad de solicitar los órganos ante sucesos de muerte imprevista causada por un accidente que por una enfermedad o autoagresión, por lo que es primordial considerar esta característica en la capacitación del personal procurador de órganos ya que ante ella, surgen situaciones específicas a atender diferentes a las que pueden provenir de una muerte o duelo esperado o prolongado y es en este tipo de muerte donde ocurrieron el menor número de aceptaciones.

La petición de órganos se lleva a cabo generalmente en 2 entrevistas o más y tienden a emplear un mínimo de 2 horas en cada una de ellas, dedicándole más tiempo a los casos de negación. Por otro lado, predomina la petición grupal ya que los familiares no enfrentan este proceso a solas, sino casi siempre acompañados por otros miembros de la familia incluyendo también varias personas del equipo médico. Así la decisión de aceptar o negar la donación de órganos se genera dentro de un grupo numeroso.



Aunque en ambas resultantes de la petición, se encuentra este patrón de participación colectiva, es necesario poner especial atención a la variable, ya que en ella se puede encontrar uno de los factores por el que las negaciones sean más altas que las aceptaciones, como se analizará más adelante.

Las peticiones de órganos, durante los siete meses registrados fueron llevadas a cabo principalmente por personal médico, tanto hombres como mujeres, con amplia experiencia formal y empírica en la solicitud de órganos, de 27 años de edad o más, casados, de un nivel socioeconómico estimado C/C+ y de religión católica.

2. La aceptación de donar órganos

La aceptación de donar órganos tiene mayores probabilidades de ocurrir cuando hay muerte esperada, es decir, en donde prevalece un ambiente con mayores posibilidades de que la familia discuta las consecuencias de la donación y tenga más tiempo para asumir la pérdida del ser querido.

Otra variable interviniente es la escolaridad de la persona fallecida, cuando ésta es de secundaria o licenciatura o más, lo cual denota que la conducta de donar exige mayores niveles de comprensión y flexibilidad dados por la educación, definida ésta, como el allegarse más herramientas para ampliar su visión del mundo y en este caso, de la muerte y la existencia, que le permita a los individuos moverse a otros contextos respecto al cuerpo y poder asimilar que si bien éste fue la residencia del alma o la prueba concreta de la relación con sus seres queridos, al morir dejó de serlo.



Otras variables que dan cuenta de una mayor tendencia a aceptar la donación de órganos son:

- Conocer la decisión de donar de la persona fallecida
- Una actitud favorable hacia la donación por parte del donador, del familiar que autoriza la donación y de la familia en general
- Interés de ayudar a otro por razones altruistas, sin esperar recompensa o por conciencia social
- Deseos de trascender en la vida
- Fallecimiento por enfermedad más que por muerte imprevista
- Género, edad y número de hijos predominando las mujeres como donadoras, edades de 31 años o más y personas con hijos
- Familiares en un estado de aceptación de la muerte
- Dinámica familiar funcional
- La calidad del equipo procurador que sea percibida en términos como profesionales con vocación de servicio y no nada más como personal que hace su trabajo

3. La negación de donar órganos

Queda comprobado que la conducta de no donar tiene una alta probabilidad de ocurrir cuando la petición se realiza en los casos de muerte imprevista ya que los familiares todavía no alcanzan a elaborar su duelo ni superar o siquiera imaginar las dificultades que a partir de ese momento enfrentarán cuando ya se ven involucrados en una situación de tomar una decisión respecto a la donación de órganos, la cual deriva, con frecuencia, en la negación porque es la respuesta que en ese momento los libera de un esfuerzo adicional.



Si bien esta situación puede ser superada con mayor facilidad cuando los familiares tienen una actitud favorable hacia la donación y especialmente, si conocen la decisión de la persona fallecida respecto a ésta o su nivel de escolaridad les permite comprender mejor la situación, a quienes realmente confronta este resultado es al equipo de salud, ya que ellos son, quienes deben estar preparados, en primera instancia para enfrentar este tipo de situaciones y en segunda, trabajar en condiciones de crisis y también, porque no mencionarlo, mayoritariamente adversas a la donación, las que se caracterizan principalmente porque:

- Se desconoce la decisión de donar de la persona fallecida y los familiares deben tomar una decisión sobre el cuerpo del otro
- Los familiares no están a favor de la donación del donador, ni el que autoriza ni quienes lo acompañan
- La familia no tiene una actitud definida respecto a la donación mostrándose indecisa
- Los familiares no aceptan la muerte de su ser querido, donde predominan estados de conmoción y sufrimiento por la pérdida y los fallecimientos acontecen a edades tempranas y de manera imprevista. Este hecho puede estar relacionado con el incremento en la esperanza de vida que ha generado la percepción de que la muerte ya no se percibe como un hecho tan natural antes de la vejez



-
- El tipo de muerte causó sufrimiento a los familiares no sólo por la pérdida del ser querido
 - El motivo del fallecimiento fue por accidente
 - No se contó con suficiente información sobre cómo evolucionaba el paciente
 - Había presión por los trámites administrativos y los del ministerio público
 - El familiar tiene una escolaridad de secundaria o menos
 - Participan más de dos familiares en la petición de órganos y este hecho muestra cierto nivel de influencia en la decisión de donar del familiar que autoriza
 - El equipo procurador es percibido como profesionales que hacen su trabajo y en menor medida, como voluntarios con vocación de servicio, llegando algunas familias, a pensar que les faltaban el respeto al solicitarles los órganos en un momento de dolor. Por lo tanto, resulta indispensable que los prestadores de servicios proyecten una imagen de vocación de servicio y espíritu altruista combinada con su profesionalismo
 - Se carece de los recursos humanos médicos y tanatológicos así como de un área física para recibir y hacer la petición a los familiares en un ambiente adecuado



4. La donación como conducta altruista

El altruismo conceptualizado más como un fenómeno de distribución de la responsabilidad en la toma de decisión de ayudar a otro en lugar de definirse como la existencia de una conducta desinteresada (Latané y Darley, 1966; 1970), plantea que entre más personas participen en una conducta altruista, ésta tiende a diluirse entre ellas porque ninguna se responsabiliza directamente de tomar una decisión al respecto.

Esta teoría podría dar cuenta de por qué las negaciones superan a las aceptaciones ya que como se mencionó anteriormente, en la petición de órganos participa un grupo numeroso de personas.

5. La donación y la participación de los familiares

Desde el punto de vista de Ewart (1991) con la Teoría de la Acción Social, este factor también cobra importancia. El autor considera la inclusión de un componente de interdependencia social como uno de los determinantes de la conducta y establece que a mayor densidad de una relación mayor dificultad para tomar una decisión por el número de guiones interconectados y las metas a las que sirven tales conexiones.

En el caso de la conducta de donar, ésta puede verse afectada, entre otros factores por el número de personas que participan en la petición de órganos, donde cada una de ellas contribuye con sus propias metas y actitudes hacia la donación provocando un clima de alta densidad alrededor del familiar que autoriza la donación y dificultando la toma de una decisión positiva a favor de ésta.



Por ello, desde esta perspectiva teórica, la negación es la resultante de mayor frecuencia a la solicitud de órganos por parte del equipo procurador.

Si a esto se le añade, que la donación de órganos no es una conducta rutinaria como lo menciona Ewart en su teoría, se encuentra que ante el desconcierto de la petición, la respuesta que puede implicar un menor riesgo y conflicto para los involucrados, es la negación.

Así, las diferencias de opiniones al interior del grupo que acompaña al familiar que autoriza la donación y por ende, la falta de experiencia sobre las consecuencias de una conducta como la de donar se diluye, sin mayores consecuencias para los involucrados, en una respuesta de negación, que es conocida y aceptada socialmente sin mayor cuestionamiento.

6. Una perspectiva diferente sobre la actitud hacia la donación

El familiar que autoriza la donación, ante el desconocimiento de las implicaciones que ésta puede acarrear, opta por la negación para no correr el riesgo, al interior de su grupo social, de afrontar las consecuencias de tomar una decisión ante la cual carece de referentes inmediatos y de información, sobre todo porque no se encuentra en una situación que le permita ser habitualmente racional como lo define Ajzen y tampoco hacer uso sistemático de la información de la que dispone porque en la mayoría de los casos ni siquiera la tienen o es la primera vez que se enfrentan a una situación de este tipo (Ajzen, 1975; 1980).

La falta de experiencias para anticipar o prever las consecuencias de su conducta es generalizable al grupo involucrado emocionalmente con quien toman la decisión de donar y que puede ser, como se ha analizado con las teorías anteriores, uno de los factores que obstaculizan la donación.



En el caso de la donación, tanto la persona que intenta hacer algo como los otros que son importantes para ella desconocen y carecen de referentes para decidir si su conducta los conducirá a unos resultados determinados y si éstos serán positivos.

Por lo tanto, la negación vuelve a presentarse como la respuesta ante una situación desconocida y la posibilidad de que surja una actitud favorable hacia la donación de órganos tiene pocas oportunidades tanto de generarse como de manifestarse en el caso de ya se tenga. La persona que debe decidir sobre la donación de órganos tampoco recibe un apoyo definido ni una presión para dirigirla en la dirección deseada por el Programa de Donación, ante lo cual optan por el camino tradicional y de menor riesgo para todos los involucrados. De ahí que, la indecisión o las opiniones diversas, ya sean acuerdos o desacuerdos con la decisión de donar sea el factor que propicie una negativa, que es la conducta ante la cual se tienen mayores experiencias socialmente aceptadas.

En cambio, si la negación fuera un hecho reprobado por el grupo social, este factor evidentemente tendría otro peso en la decisión de donar.

La teoría de Ajzen permite vislumbrar mejor la participación de los otros en la donación de órganos porque advierte sobre la influencia de diversos componentes como los conocimientos, las creencias, las actitudes y los otros significativos en la donación para llegar nuevamente al factor "grupo social" y a la presión que éste puede estar ejerciendo en la donación de órganos.



Desde la perspectiva del Modelo de Creencias sobre la Salud, la falta de información y conocimiento sobre la donación de órganos y el que los familiares del donador potencial no se perciban a sí mismos o a sus seres cercanos como potencialmente vulnerables a enfermedades que puedan requerir un trasplante, constituyen dos de los factores que también pueden estar incidiendo en la baja aceptación de donar órganos, como se ha mencionado hasta el momento (Rosenstock y Kirscht, 1979).

Este modelo también plantea la necesidad de que las personas estén convencidas de la eficacia de la medida a adoptar. Sin embargo, aunque no se encontró una tendencia definida al respecto, si se puede relacionar que la falta de conocimiento sobre el proceso de enfermedad, donación y trasplante les impide valorar los beneficios de la donación para trasplantes como una medida eficaz.

Tampoco la situación de dolor y pérdida por la que atraviesan los familiares constituye el mejor momento para recibir dicha información y percibir la factibilidad de poner en práctica su decisión, por lo que valdría la pena reforzar las campañas orientadas a difundir la donación y la existencia de los trasplantes como la única alternativa, hoy en día factible, para ayudar a las personas en espera de un órgano sano para vivir.

Lo anterior también se ve sustentado con las teorías de la conducta altruista en términos de una noción de responsabilidad social, ya que la conducta de donar no se genera sólo por el desconocimiento del tema y de sus consecuencias sino porque también anteponen, sus conflictos particulares más cercanos al bienestar social precisamente, por la falta de una cultura de donación de órganos que respalde su decisión.



No se encontró que la conducta altruista se diera por motivaciones como el deseo de justicia o la necesidad de expiar una culpa, como citan, Geranson y Berkowitz (1966); Darlington y Macker (1966); y Simmons y Lerner (1968) respectivamente en sus teorías. Sin embargo, sería importante considerar estas variables en futuras investigaciones.

7. La muerte cerebral

Los médicos no llegan a una decisión contundente respecto a si el diagnóstico de muerte cerebral registrado a través de varios signos asociados tradicionalmente con la vida tiene influencia en la decisión de aceptar o negar la donación, ya que además de ser pocos casos los analizados, en los de aceptación declaran no saber si la tuvo y en los de negación dicen que pudo haber tenido algo de ella. Las variables son:

- La credibilidad del diagnóstico médico sobre muerte cerebral. Aunque los médicos no fueron cuestionados al respecto y hubo 3 donaciones en casos donde las personas pensaban que su familiar “estaba vivo” es recomendable seguir observando la información de esta variable.
- Presencia del latido cardíaco, la respiración y la temperatura corporal en los casos de aceptación ya que los médicos no saben si tuvo influencia pero en algunos casos de negación sí aceptan este hecho
- Si bien los médicos declaran que los familiares no esperaron un milagro en los casos de muerte cerebral, si reconocen que esperaron hasta el último momento posible para tomar la decisión de aceptar o negar la donación



8. Los aspectos de la donación que aún falta por profundizar

Todas aquellas variables que arrojaron porcentajes con pesos similares tanto en la conducta de aceptación como negación y que no permiten esclarecer una tendencia sobre la decisión de donar, son las siguientes:

- El interés de ayudar a otro en especial, es decir cuando los prestadores de servicios apelan a que hay niños, hombres o mujeres en específico que pueden necesitar un órgano
- La necesidad de un órgano para otros miembros de la familia a futuro
- La presencia de discapacidades en otros miembros de la familia
- La apariencia del cuerpo
- El destino de los órganos
- *La falta de ofrecimiento sobre ayuda económica o de otro tipo*
- La presión de la funeraria
- Saber acerca de la legalidad de la donación, ya que los familiares no se la cuestionan si el fallecimiento ocurre en un hospital
- El parentesco del familiar con el donador
- El sexo, el número de hijos, la edad de los hijos, la ocupación, la escolaridad, el nivel socioeconómico y la religión de la persona fallecida
- El sexo, la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico y la religión del familiar *que autoriza la donación y de sus acompañantes*
- La percepción de ser una familia integrada o no
- El tipo de dependencia económica entre el donador y los familiares
- La atención del hospital porque en los casos de negación, la tendencia a calificarla de regular y mala se intensificó
- Los órganos restringidos



De las variables utilizadas en este estudio que pueden resultar valiosas a considerar en investigaciones futuras pero que en ésta, no arrojaron una medición confiable ya que la información debería haberse obtenido directamente con los familiares o con otro tipo de técnicas, están:

- Las preguntas 30 y 48 referida al tipo de donación múltiple por razones médicas y generosidad del familiar, donación condicionada por razones familiares y donación condicionada a ciertos órganos por razones médicas
- La pregunta 32 y 33 sobre los órganos que los familiares que sí aceptaron la donación no estaban dispuestos a donar y las razones de dicha restricción
- Las preguntas 45 a 52 y 85 referidas a la influencia del diagnóstico de muerte cerebral y a la elección del momento para realizar la petición de órganos a los familiares porque requieren ser medidas con otro tipo de técnicas de entrevista que lleven a mayor profundidad de la respuesta y permitan discriminar si los familiares percibían con vida o no, al donador.
- La pregunta 53 sobre la apariencia del cuerpo que no tiene influencia en la decisión pero al igual que el punto anterior requiere de otros apoyos para obtener la respuesta porque no se logra establecer una relación clara con los reactivos relativos a la apariencia física notoria de daño o no, del donador



CAPITULO NOVENO

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Muchos son los hallazgos de investigación provenientes de cualquier estudio que se realice de manera sistemática. Sin duda alguna, la realidad no dejará de sorprendernos, rebasar nuestra imaginación y ratificar la dificultad de aprehenderla. El presente estudio no resulta la excepción, pero la experiencia de realizarlo fue innegablemente enriquecedora. La discusión de los resultados alcanza para reflexionar sobre muy diferentes aspectos del estudio, su diseño, la inmersión en las instituciones de salud, el involucramiento con los prestadores de servicio y los procuradores de órganos, el análisis de la información y los resultados para aportar nuevos datos al conocimiento del proceso de donación de órganos.

Entre los propósitos conseguidos respecto al tema mismo de la donación, el estudio da cuenta de que la vida no dará a todas las personas cuando fallezcan, la oportunidad de ser donadores de órganos y en caso, de que algunas de ellas, lleguen a considerarse candidatos a donador, faltará superar los obstáculos planteados por los familiares, por lo que la posibilidad de obtener un órgano es reducida. Si a ello, se le añade la falta de programas organizados y personal capacitado en procuración de órganos, los temores de quienes piensan que por el sólo hecho de ingresar a un hospital se les considerará donadores potenciales en lugar de luchar por salvar sus vidas, están infundados.



Si bien desde la perspectiva del donador lo anterior desvanece sus temores, para el Programa de Donación de Órganos se ratifica que el reto es inmenso, que con los pocos casos que llegan a convertirse en donadores reales, se vislumbra un panorama difícil de superar pero también una enorme oportunidad para crecer y desarrollar estrategias que conlleven a revertir la baja aceptación contrarrestando las pérdidas de los casos e incrementando la petición.

Esta responsabilidad se ve acrecentada aún más, cuando se tiene como perspectiva para superar la problemática de la escasez de órganos, que el país se escolarice o que la donación ocurra en situaciones que no sean de muerte imprevista, lo cual representaría una negación de la realidad.

Aún cuando es necesario contar como siempre con el apoyo de variables del desarrollo como la educación, que son las que determinan en mayor medida una diferencia frente a cualquier problemática social y la donación de órganos no es la excepción, no se puede dejar de admitir que mantenerse a la espera de este tipo de cambios resultará improductivo a largo plazo.

Por lo tanto, una de las alternativas viables que puede efficientar la captación de órganos es trabajar de manera asertiva, es decir aceptando nuestra realidad, lo cual implica prepararse primero, al interior del Programa de Donación de Órganos y después, tratar de modificar la conducta de la población. De otra manera, se estaría desperdiciando los muy escasos recursos con los que el país cuenta avanzando en una dirección, que si bien redundará en captar algunos órganos, estos esfuerzos continuarán siendo insuficientes para atender la meta planteada en el Plan Nacional de Desarrollo.



Si se quiere ver concretada una acción exitosa de donación de órganos, se debe contar con el personal especializado y entrenado con las técnicas sociales y psicológicas más avanzadas para tender el puente adecuado entre las instituciones y el familiar que autoriza la donación antes de continuar sólo con los esfuerzos masivos de comunicación, que no estarán de más pero tampoco redituarán en la magnitud esperada ni sus resultados estarán acordes al monto de la inversión realizada.

Sin duda alguna, hay mucho por hacer en materia de donación de órganos, pero si queremos alcanzar las metas propuestas, hay que estructurar de manera ordenada y conforme a un plan basado en la experiencia acumulada y en los resultados de investigación, la estrategia de captación de órganos.

Ateniéndonos a lo anterior, sin descuidar ni por un momento la necesidad de contar con un programa organizado de captación de órganos y con el equipo de procuración correspondiente, queda demostrada la bondad de que factores tales como el conocimiento de la voluntad de donar, una actitud favorable hacia la donación compartida desde el donador hasta los familiares que lo acompañan y todas las variantes de conductas altruistas como los deseos de ayudar a los demás, ayudar sin esperar recompensa, ayudar porque otros miembros de la familia o de la sociedad puedan requerir algún día un órgano, entre otros, favorecen una decisión positiva hacia la donación de órganos. Esto, refuerza que las campañas de comunicación orientadas a fomentar una cultura al respecto no estarán de sobra.



Otros, como la muerte imprevista, la muerte por accidente, la apariencia física del donador notoria de daño, los estados de ánimo alterados por la pérdida del ser querido, la negación, la conmoción y la impotencia ante la muerte, que son mayoritariamente inherentes a los casos susceptibles de donación y que definen el campo de trabajo del equipo procurador de órganos, deben ser tomados en cuenta en su entrenamiento porque pueden incidir en la conducta de negar los órganos. De su tratamiento adecuado dependerá conseguir una donación exitosa.

En los casos de muerte cerebral, si bien no se pudo comprobar con la precisión deseada la relación entre la decisión de los familiares y el diagnóstico de muerte cerebral establecido, queda constancia de que allí se encuentra un punto para continuar investigando, ya que tampoco se pudo demostrar lo contrario, es decir, que no existía dicha asociación.

Inclusive, el cuerpo médico registró, caso a caso, su desconocimiento o sospecha acerca de la influencia que los signos tradicionalmente asociados con la vida como la respiración, el latido cardíaco y la temperatura corporal pudieran tener en la decisión de negar los órganos. Este hecho representa un gran avance, ya que muchas veces los involucrados en los programas de captación de órganos, niegan dicha repercusión y tienden a minimizarla.

Debido al nivel de abstracción que exige comprender tanto el concepto de muerte cerebral como la donación de órganos, es posible que por ello, se haya encontrado que a mayor escolaridad y nivel socioeconómico como uno de los principales indicadores de ésta, mayor donación.



En cuanto al perfil sociodemográfico se encontraron mayores oportunidades para la donación cuando la persona fallecida o el familiar que autoriza es mujer, son los cónyuges o los hijos quienes toman la decisión de donar y si el donador es mayor de 31 años o tiene hijos.

En el lado opuesto, se encuentran los padres de familia quienes pueden estar negando la donación por el inmenso dolor que representa la pérdida de un hijo y por tanto, requieren de programas muy especiales de escucha activa y de amor incondicional por parte de los prestadores de servicios de salud, que les ayuden a superar cada una de las etapas por las que atraviesan hasta llegar a un estado de aceptación de la muerte de su ser querido y que les permita, en la medida de lo posible, concebirla como uno de los momentos más significativos de la existencia, dándole sentido a la muerte y optando por una decisión a favor de la vida.

En el proyecto original del presente trabajo, se había planteado que el desconocimiento de las condiciones en las que fallece el donador por muerte cerebral así como en las que se obtiene la donación tienen influencia sobre la negación, y aunque éstas mostraron tendencias favorables sobre su incidencia, las principales razones de no donar parecen no estar vinculadas de manera contundente en ellas, sino en el número de familiares que participan en la petición.

Dada la importancia de la familia como grupo social, ésta frecuentemente se ve involucrada en el proceso de petición de órganos, a manera de apoyo moral al familiar que autoriza la donación y según las teorías revisadas, su participación más que fortalecer una decisión afirmativa la debilita, porque cada miembro, con sus propias perspectivas, valores, principios, emociones y temores acerca de la donación o con sus propias concepciones de muerte y existencia, contribuyen a diversificar las opciones y dificultar el acuerdo, ante lo cual la opción más factible está representada por la negación.



Si además, el momento se manifiesta como indecisión o incertidumbre de la familia y se caracteriza por el desconocimiento o falta de experiencia sobre las consecuencias sociales, morales o religiosas que puede acarrear tomar una decisión sobre el cuerpo del otro, los familiares eligen la alternativa menos comprometedora y riesgosa. En ese momento, anteponen su congruencia psicológica consigo mismos y con su núcleo familiar al bien común precisamente por la falta de una cultura de donación de órganos que los respalde y los libere de una responsabilidad o sentimientos de culpa difíciles de soportar fuera del consenso social.

Por lo tanto, sería conveniente rediseñar los procesos de petición de tal manera, que se dirijan sólo al que autoriza la donación y éste, sin la presión de su círculo familiar o el temor al que dirán, pueda tomar una decisión más libre al respecto y como citan los teóricos del altruismo y de las actitudes, sin que se diluya la decisión en una distribución de la responsabilidad, en donde ésta finalmente no recaer en ninguno de los miembros de la familia o bien, que por la densidad de la relación familiar o el temor a la falta de aprobación social, se inhiba la acción de donar.

En cuanto a los aspectos metodológicos, la investigación, en primera instancia, es valiosa porque plantea una serie de variables que pueden estar influyendo en la donación de órganos, de acuerdo con las etapas o situaciones en donde se desarrolla el evento y en este caso, haberla realizado en una situación de mayor proximidad con la muerte, al obtener la información a través de los médicos durante la petición misma de la donación de órganos, inmediatamente después a la declaración de la defunción.



Más cerca que esto, sólo sería factible con los familiares y recomendable en estudios de caso, en los cuales el investigador pudiera obtener la información mediante un proceso de acompañamiento total y paralelo al deceso y al duelo.

Para ello, el investigador debería ser parte del equipo procurador de órganos y permanecer con la familia durante el evento para enfrentar menos dificultades que si lo hiciera como investigador externo.

El estudio es en sí mismo, una prueba de las dificultades esperadas en el levantamiento de la información y de la forma en que se superaron y advierte, en mediciones futuras, sobre las previsiones y fallas a considerar, por ejemplo, si bien obtener la información a través de los prestadores de servicios puede resultar una desventaja al ser éste un intermediario entre el objeto de estudio y el investigador, tiene por otro lado, la enorme ventaja de trabajar conjuntamente con el equipo de salud y aprender de ellos, que resultan los profesionales idóneos para recabar este tipo de información por su ascendencia, autoridad y acceso directo a la familia. De tal manera, la formación de equipos multidisciplinarios para continuar el estudio de la donación de órganos es indispensable porque finalmente, este tipo de levantamiento además de recabar la perspectiva de la familia y el donador, consigue la percepción de los profesionales de la salud, quienes constituyen un pilar fundamental en el proceso de obtención de órganos para revertir la tendencia de baja captación.

Lo anterior no excluye los intentos del trabajo directo con los familiares, pero sin dejar de considerar los riesgos de hacerlo en el momento mismo de la petición de órganos siendo un investigador ajeno al equipo procurador, ya que se puede perder la donación y salvo contadas ocasiones, siempre quedará la duda de, si por la intervención de éste, los resultados de la petición pudieron haber sido alterados, situación que puede generar conflictos y ser difícil de manejar y explicar al interior de las instituciones, de los programas de donación o con los mismos prestadores de servicios.



Aunado a lo anterior, habría que considerar el estado de tensión y cuestionamientos constantes que impone la situación mientras se escucha a los familiares, que impulsa o inhibe todo el tiempo que dura la petición, el deseo del investigador de involucrarse o no, en ésta.

No hay duda de que el estudio puede llevarse a cabo fuera del contexto hospitalario y con la ayuda del personal médico, visitando a los familiares que autorizan la donación pero sin dejar de tomar en cuenta, los problemas de muy diversa índole que pudieran presentarse por abordarlos de esta manera, ya que por un lado, la base de datos del hospital es de carácter confidencial y los familiares pueden sentirse invadidos en su privacidad y por otro, sabiendo que la información que se recabe proviene de una situación ajena al contexto de la petición y de la muerte, es decir más de un acto racional que emocional porque los familiares ya se encuentran con un estado de ánimo diferente al que prevalecía en el momento de la defunción. Una situación así, puede por tanto, carecer de los elementos que intervienen en el momento mismo de aceptar o negar la donación de órganos.

El estudio también aporta un instrumento de medición que constituye en sí mismo un inventario de situaciones y variables entre las cuales, seguramente, se hallará la respuesta al por qué de la baja captación de órganos y puede resultar un elemento valioso para otros estudiosos del tema, al contar con una recopilación realizada, a través de varios años de trabajo, que aunque no pretende ser exhaustiva, si plantea los principales factores involucrados en el proceso de donación de órganos como son:



-
- El plano institucional en donde se registra el fallecimiento;
 - Las características sociodemográficas de los actores principales en el proceso de donación, es decir, de la persona fallecida, el familiar que autoriza la donación, los familiares que lo acompañan y el personal médico responsable de la captación de órganos;
 - Las actitudes hacia la donación, tanto las que sus familiares pensaban que el donador tenía hacia el tema como las de ellos mismos;
 - La influencia de los conceptos de muerte y existencia, religión, trámites administrativos, composición del grupo familiar, calidad psicológica de la relación entre los familiares y la persona fallecida, las condiciones hospitalarias y el proceso de petición.

La información sobre el desempeño de todas estas variables permitirá a los profesionales interesados en el tema, complementar las intuiciones o creencias con datos recogidos sistemáticamente sobre los posibles factores que pueden estar afectando la donación de órganos, que si bien todavía son incipientes y aún distan de ser totalmente satisfactorios, se pueden sumar a los avances ya logrados.

Por último, la atención médica proyectada a través de la infraestructura de las instituciones, la información brindada sobre la evolución del paciente, el trato con el personal de salud en general y el predominio de una vocación de servicio sobre el profesionalismo a ultranza del equipo procurador, se revela como una variable clave que debe corresponder a las expectativas de un programa de donación de órganos lleno de humanidad.



REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1989). Actitude structure and behavior. En Pratkanis, A. R., Breckler, S. T. y Greenwald, A. G. (Eds.), Actitude structure and function (pp. 241-274 Hillsdale, N:J Lawrence Erlbaum Associates.
- Ajzen, I. Y Fishbein, M. (1880). La teoría de la acción razonada. En Rodríguez, M. J. (1995). Psicología de la salud. (pp. 40-42) España: Síntesis.
- Andrés, A. (1995). En Coordinación y trasplantes. En Matesanz, R. y Miranda, B. (Eds.), Coordinación y trasplantes: El modelo español. España: Grupo Aula Médica. Recuperado el 13 de octubre de 2000, de <http://donacion.organos.ua.es/proceso/deteccion.htm>.
- Balbi, G., Lossendiere, G., Jimenez, I. (17-sep-2000). Naciturus. En Foro de discusión de derecho romano. Recuperado de, <http://www.ucasal.net/forodist/dromano/index.html>.
- Biblioteca Criminalia. (1969). Los trasplantes de órganos humanos. México: Colección "Gabriel Botas".



California transplant donor network. (s.f.). Gracias por su Interés en la Donación de Órganos y Tejidos. Recuperado de <http://www.ctdn.org/español/gracias.html>

California transplant donor network. (s.f.). Órganos y tejidos donación. Recuperado el 22 de abril de 1998, de <http://www.ctdn.org/espanol/regalo.html>

Carse, J. P. (1987). Muerte y existencia: Una historia conceptual de la mortalidad humana. México: Fondo de Cultura Económica.

Castellanos, C. J. (1995). Consideraciones éticas y jurídicas de los trasplantes de órganos en México. Recuperado el 14 de abril de 1998, de <http://info.juridicas.unam.mx/pulica/salud/cuad1/coutino.htm>

Centro Coordinador del Registro Nacional de Trasplantes. (1990). Reporte de actividades marzo 1985–diciembre 1989. México: Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”, Departamento de Trasplantes.

Cervantes, I. (1989). El trasplante de órganos en la mente de la Iglesia. México: Gaceta Oficial del Arzobispado de México.

Consejo Nacional de Trasplantes. (2000, mayo). Hacia una red nacional de trasplantes. México.



Consejo Nacional de Trasplantes. (2000, Septiembre). Manual del coordinador hospitalario de trasplantes. México.

Consejo Nacional de Trasplantes. (2000, Agosto). Visita de su Santidad Juan Pablo II al XVIII Congreso Internacional de Trasplantes. Roma, Italia.

Consejo Nacional de Trasplantes, Registro Nacional de Trasplantes. (s.f.) Trasplantes, preguntas y respuestas. Recuperado el 10 de agosto de 2001, de <http://www.conatra.org.mx/traspla.htm>

Cruz Roja Mexicana, Departamento de Trabajo Social. (2000). Manual de procedimientos para la solicitud de donación de córneas. México.

Dib-Kuri, A., Bordes, A. J. y Alberú, G. J. (1999). El Trasplante en México. En: Santiago-Delpín, E. A. y Ruiz-Speare, J. O. (Ed.), Trasplante de órganos (3ª. Ed., pp. 83-84). México: JGH.

Dib-Kuri, A., Bordes-Aznar, J., Alberu, J., Diliz, H. y Wolpert, E. (1992, 5 Octubre). Transplantation in Mexico. Transplantation proceedings. 24, 1796-1797.



Diliz-Pérez, H. (1991, 2 April) Interinstitutional program of cadaveric organ transplantation in Mexico. Transplantation proceedings. 23, 1797-1798.

Domínguez, J. M., González, L. A., Morales, O., Torres, A. y Santiago-Delpin, E. A. (1991, 2 april) Knowledge and attitude about organ donation in a hispanic population. Transplantation proceedings. 23, 1804-1806.

Donación y trasplante de órganos. (s.f.) Petición del Consentimiento Familiar. Recuperado el 19 de octubre de 2000, de <http://donación.organos.ua.es/proceso/petición.htm>.

Estadísticas de la SSA. (1993 o primer semestre de 1994). México: Dirección del Registro Nacional de Trasplantes.

Ewart, C. K. (1991). La teoría de la acción social. En Rodríguez, M. J. (1995). Psicología de la salud. (pp. 42-45) España: Síntesis.

Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975), La teoría de la acción razonada. En Rodríguez, M. J. (1995). Psicología de la salud. (pp. 40-42) España: Síntesis.



Fundación Mexicana para la Salud, Comité de Diálisis y Trasplante Renal. (1990)
Donación de órganos en México. México: Comunicación y Tecnología,
S.A. de C.V.

Fundación Mexicana para la Salud, Comité de Diálisis y Trasplante Renal (1993).
Actitud hacia la donación de órganos. México: Comunicación y
Tecnología, S.A. de C.V.

García y García-Dubert (1987). Aspectos morales y éticos del trasplante. En
Santiago-Delpín y Ruiz-Speare (Eds.), Trasplante de órganos (pp.
105-111). México: Salvat Mexicana de Ediciones.

Gómez, P. (1998, 22 enero). La petición de órganos. En Alicante. Recuperado el
14 de abril de 1998, de
<http://donacion.organos.ua.es/prensa/dosier12.htm>

Ley general de salud (1999). En: Consejo Nacional de Trasplantes. (2000,
Septiembre). Manual del coordinador hospitalario de trasplantes.
México.

Mansur, M. B. (1999). Donación, prolongación de vida. En Santiago-Delpín, E. A.
y Ruiz-Speare, J.O. (Eds.), Trasplante de órganos (2a. Ed, pp. 198-
208). México: JGH.



Matesanz, R. y Miranda, B. (1999). Estado actual de la donación y actividad en el trasplante de órganos en España. En Santiago-Delpín, E. A. y Ruiz-Speare, J. O. (Eds), Trasplante de órganos (2a. Ed., pp. 312-321). México: JGH.

Miranda, B. (1997, 23 de noviembre). Cambiar el no por respuesta. En Alicante, Información. Recuperado el 14 de abril de 1998, de <http://donacion.organos.ua.es/prensa/dosie1.html>.

Muñoz, A. R. (s. f.). El trasplante de riñón en niños mexicanos. En Mi pediatra. Recuperado el 14 de abril de 1998, de <http://www.mipediatra.com.mx/transplante.htm>.

Nasio, J. D. (1998). El libro del dolor y del amor. Barcelona, España: Gedisa,

Orbis, J. F. (1998). Técnica quirúrgica en la extracción de órganos. En Curso de postgrado: El proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos. Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático del Hospital "La Fe". Valencia España. Recuperado de <http://donacion.organos.ua.es/proceso/extraccion.htm>.

Papalia, D. E. y Wendkos, S. (1999) Desarrollo humano. México: Mc, Graw Hill.



Progress notes. (1993, Spring/Summer). Newsletter of the partnership for organ donation

Quijano N. M., Gómez, M. F., Ortiz, Q. F. y Ronces, R. (1964, Enero) Primeras experiencias de trasplante renal en humanos. Gaceta Médica de México. 1 (Tomo XCIV), 93- 102.

Rodríguez, A. (1976). Psicología social. México: Trillas.

Rodríguez, M. J. (1995). Psicología de la salud. España: Síntesis.

Rojas, G., Mancilla, E., Díliz, H., Bordes-Aznar, J., Alberú, J., Grifé, A., Juambelz, P., Luna, A., Wolpert, E. y Dib-Kuri, A. (1993, Diciembre). Organ procurement: missing cases and their causes in a prospective study in Mexico. Transplantation proceedings. 25 (6), 3124 –3125.

Rosentock, I.M. y Irscht, J. (1979). El modelo de creencias sobre la salud. En Rodríguez, M. J. (1995). Psicología de la salud. (pp. 37-40) España: Síntesis.

Sánchez, M. L. (1968). Dictamen de la Academia Mexicana de Cirugía sobre el trasplante de órganos. En Biblioteca Criminalia. (1969). Los trasplantes de órganos humanos. México: Colección "Gabriel Botas".



Santiago-Delpín, E. A. (1999). Las contribuciones del trasplante a la ciencia y a la humanidad y una imagen para el futuro. En Santiago-Delpín, E. A. y Ruiz-Speare, J. O. (Eds.), Trasplante de órganos (cap. 1, 3a. ed.) México: JGH.

Secretaría de Salud. (s. f.) Programa Nacional de Salud 1996-2000. México, D.F.

Secretaría de Salud. (s.f.) Programa Nacional de Salud 2001 al 2006. México, D.F,
Recuperado de, Web.ssa.gob.mx::81/

Simmons, R. (1987). Sociología y psicología del trasplante, en: Santiago-Delpín y Ruiz-Speare, (Eds.), Trasplante de órganos (pp.113-137), México: Salvat Mexicana de Ediciones.

Spital, A. (1999). Ética y políticas en la donación de órganos. En Santiago-Delpín, E.A. y Ruiz-Speare, J.O. (Ed.) (1999) Trasplante de órganos (cap. 13, 3a. ed.). México: JGH.

Time. (1989, 27 de noviembre). Cervantes, I. (1989). El trasplante de órganos en la mente de la Iglesia. México: Gaceta Oficial del Arzobispado de México.



A N E X O S



A. MARCO LEGAL DE LA DONACIÓN



MARCO LEGAL DE LA DONACIÓN

A continuación se expondrán algunos de los artículos de la Ley General de Salud, el Reglamento de dicha Ley y la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-005-SSA1-2000 emitidas para regular las actividades relacionadas con la disposición de órganos, tejidos y células de seres humanos con fines de trasplante, excepto sangre y sus componentes, que resultan de utilidad para los fines del presente estudio.

Ley General de Salud

La ley define en su artículo 320 que "Toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente, para los fines y con los requisitos previstos en el presente Título".

En el artículo 321 expresa que "La donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres, consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes".

Mientras que el Artículo 322 hace mención a que "La donación expresa constará por escrito y podrá ser amplia cuando se refiera a la disposición total del cuerpo o limitada cuando sólo se otorgue respecto de determinados componentes. En la donación expresa podrá señalarse que ésta se hace a favor de determinadas personas o instituciones. También podrá expresar el donante las circunstancias de modo, lugar y tiempo y cualquier otra que condicione la donación.



La donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, responsabilidad de su parte”.¹²

En el Artículo 324 queda claro que “habrá consentimiento tácito del donante cuando no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de alguna de las siguientes personas:

El o la cónyuge, el concubinato, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; Conforme a la prelación señalada.

Artículo 325: “El consentimiento tácito no sólo aplicará para la donación de órganos y tejidos una vez que se confirme la pérdida de vida del disponente. En el caso de la donación tácita, los órganos y tejidos sólo podrán extraerse cuando se requieran para fines de trasplantes.

Artículo 327. Está prohibido el comercio de órganos, tejidos y células, la donación de éstos con fines de trasplantes, se registrará por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su obtención y utilización serán estrictamente a título gratuito.

Artículo 328. Sólo en el caso de que la pérdida de la vida del donante esté relacionada con la averiguación de un delito, se dará intervención al Ministerio Público y a la autoridad judicial, para la extracción de órganos y tejidos.

12 Art. 320. Ley General de Salud. Título Décimo cuarto. Capítulo II. Donación. Cap. 26 de Abril de 2000



Artículo 329: El Centro Nacional de Trasplantes hará constar el mérito y altruismo del donador y de su familia, mediante la expedición del testimonio correspondiente que los reconozca como benefactores de la sociedad.

En el Artículo 332 del Capítulo III se hace referencia a la donación proveniente de menores que han perdido la vida y expresa que... "sólo se podrán tomar sus órganos y tejidos para trasplantes con el consentimiento expreso de los representantes legales del menor".

Artículo 334. Para realizar trasplantes de donantes que hayan perdido la vida, deberá cumplirse lo siguiente:

- I. "Comprobar, previamente a la extracción de los órganos y tejidos y por un médico distinto a los que intervendrán en el trasplante o en la obtención de los órganos o tejidos, la pérdida de la vida del donante, en los términos que se precisan en este título".
- II. "Existir consentimiento expreso del disponente o no constar su revocación del tácito para la donación de sus órganos y tejidos".

En materia de Pérdida de la Vida, Capítulo IV define:



Artículo 343. Para efectos de este título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a) La ausencia completa y permanente de consciencia;
 - b) La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c) La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - d) El paro cardíaco irreversible

Artículo 344. La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y
- III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:



-
- I. Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, o
 - II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.

“Artículo 345. No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresa; se prescindiera de los medios artificiales que evitan que en aquél que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343”.

Respecto a los cadáveres, la Ley define:

Artículo 346. Los cadáveres no pueden ser objeto de propiedad y siempre serán tratados con respecto, dignidad y consideración.

Artículo 347. Para los efectos de este Título, los cadáveres se clasifican de la siguiente manera:

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



Los cadáveres no reclamados dentro de las setenta y dos horas posteriores a la pérdida de la vida y aquéllos de los que se ignore su identidad serán considerados como de personas desconocidas.

Artículo 350 bis 3. Para la utilización de cadáveres o parte de ellos de personas conocidas, con fines de docencia e investigación, se requiere el consentimiento del disponente.

Tratándose de cadáveres de personas desconocidas, las instituciones educativas podrán obtenerlos del Ministerio Público o de establecimientos de prestación de servicios de atención médica o de asistencia social. Para tales efectos, las instituciones educativas deberán dar aviso a la Secretaría de Salud, en los términos de esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos

Los cambios fundamentales al Reglamento derivados de las modificaciones a la Ley General de Salud en materia de donación, trasplantes y pérdida de la vida son varios incisos y se han seleccionada los siguientes los puntos 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 15 que dicen textualmente:

“Con el propósito de modernizar el contenido de la Ley General de Salud y adecuarla a las actuales exigencias nacionales, con fecha 7 de mayo de 1997 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Decreto por el que se reforma la Ley General de Salud, para promover, entre otras materias, la donación de órganos, tejidos y células, señalando como un medio para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad en ciertos padecimiento, el trasplante de órganos, tejidos y células”;



Que tomando en cuenta las modificaciones realizadas a la Ley General de Salud en su Título XIV, es necesario que se tomen los aspectos ahí planteados para incorporarlos también dentro del presente Reglamento.

Que los avances científicos han logrado que los trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos representen en la actualidad una alternativa terapéutica para la resolución de los problemas crónicos, degenerativos, neoplásicos y otros, por lo que se requiere de una actualización de la legislación sanitaria acorde, que permita la simplificación de trámites que incidan en beneficios de la salud de las personas;

Que por todo lo anteriormente expuesto, se hace necesario actualizar técnica y jurídicamente el Reglamento de la Ley General de Salud en Material de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, dando congruencia este ordenamiento y a la Ley General de Salud, y;

Que en el ejercicio de la facultad que al Ejecutivo Federal confiere la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para promover, en la esfera administrativa, a la exacta observancia de la Ley, he tenido a bien expedir el siguiente: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Donación, Trasplantes y Pérdida de la vida¹³.

Algunas de las disposiciones del Reglamento mencionadas en el estudio sobre "Factores intervinientes en la donación de órganos al momento del fallecimiento con base en la información proporcionada por los responsables de la petición de órganos" son los siguientes:

13 Fragmentos del Reglamento de la Ley General de Salud en material de donación, trasplantes y pérdida de la vida. SSA. Julio de 2000



Capítulo I. Disposiciones generales

Artículo 2. Para efectos de este Reglamento, en adición a las definiciones establecidas por la Ley General de Salud, se entenderá por:

IV. Consentimiento expreso: Acuerdo por escrito, ya sea mediante documento público o privado, a través del cual una persona autoriza la donación parcial o total de sus órganos, tejidos o células, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, en su caso, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna;

V. Consentimiento tácito: Voluntad de la persona expresada a través del silencio que guarda con respecto de la donación de sus órganos o tejidos para fines de trasplantes, siempre y cuando el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos o el adoptante no hayan expresado su negativa.

XIV. Reglamento: El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida;

XXI. Urgencia. En cuestión de trasplantes, sólo se puede entender que existe urgencia en caso de que el órgano a trasplantar sea el corazón o el hígado, ya que todos los demás tipos de trasplantes pueden ser diferidos a través de técnicas sustitutivas. De la misma manera, deben existir las condiciones médicas que respalden la condición de urgencia.”



Uno de los cambios fundamentales derivados de las modificaciones a la Ley son los siguientes, de los que se exponen sólo algunos de sus puntos:

1. Se crea el Centro Nacional de Trasplantes como un órgano desconcentrado, anteriormente esta función estaba encomendada al Registro Nacional de Trasplantes, cuya operatividad correspondía a la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud. Con ello se fortalece la infraestructura en el ejercicio de las funciones materia de trasplantes, contempladas en esta Ley.
2. Se re-definen los conceptos de la Ley y se incluyen otros, para dar claridad y certidumbre en la aplicación de las disposiciones en esta materia, así como para fortalecer los derechos de las personas, incluyendo los *naciturus*¹⁴.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¹⁴ Los romanos antes del nacimiento consideraban al ser como una parte de la mujer y considerando al concebido y no nacido carente de personalidad jurídica, no pudiendo ser titular de derechos y obligaciones ni antes de su nacimiento. Solamente protegían al *naciturus* en materia sucesoria, con respecto a los derechos que éste hubiera podido adquirir en el momento de su nacimiento, tutelándolos mediante un *Curator Ventris*. La nota del Artículo de nuestro C.C. expresa que "las personas por nacer no son personas futuras, pues ya existen en el vientre de la madre. Si fuesen personas futuras no habría sujetos que representar". Los romanos ubican el momento inicial de la existencia de las personas en el día de su nacimiento. Velez adelantó el momento inicial de la vida humana, para el derecho, hasta cubrir el periodo de la concepción. Como lo expresa nuestro Artículo 63 C.C. "son personas por nacer las que no habiendo nacido se encuentran en el seno materno". Con relación a los derechos que la persona por nacer pudiera adquirir, se encuentra contemplado en el Artículo 70 C.C, expresando: "desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas; y antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos como si ya hubiesen nacido..." y la adquisición de estos derechos queda sujeta a la condición resolutoria contemplada en el Artículo 74 "si muriesen antes de estar completamente separados del seno materno serán considerados como si no hubieran existido" (Balbi, Lossendiere, Jimenez, 17-sep-00.)



3. A diferencia de la ley actual, los establecimientos en los que se extraigan órganos o tejidos o se realicen trasplantes, además de contar con la autorización sanitaria, comité interno de trasplantes y responsable sanitario, deberán de contar con un coordinador de trasplantes, cuyas actuaciones serán supervisadas por el comité institucional de bioética respectiva.
4. Se suprime el permiso para la salida de órganos y células del territorio nacional, por lo que su salida queda totalmente prohibida. Sólo se requerirá permiso en el caso de tejidos.
5. Toda persona será donadora, pero se respetará su derecho de no serlo cuando así lo manifieste.
6. El consentimiento expreso o negativa para la donación de órganos o tejidos, deberá expresarse en documento privado o público.
7. La Ley partirá de un consentimiento tácito de la persona, el cual deberá de ser ratificado por el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme a la prelación señalada.
8. Para la asignación de órganos y tejidos de donador no vivo, se considerará la gravedad, oportunidad, beneficios esperados, compatibilidad y todos los criterios médicos necesarios.
9. Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, la asignación está sujeta a las listas integradas con los datos de los mexicanos en espera, la cual se cumplirá rigurosamente.



La inobservancia de las listas será delito. La integración de las listas será estatal y nacional.

10. Se incorporarán nuevos métodos científicos y tecnológicos para comprobar la pérdida de la vida.
11. Sólo hospitales y médicos previamente autorizados, podrán intervenir en trasplantes.
12. Se fijan como principios fundamentales para los trasplantes el altruismo, confidencialidad y la ausencia de ánimo de lucro. La obtención y utilización de órganos, tejidos y células serán gratuitos.
13. El comercio de órganos, células y tejidos está prohibido. En la nueva legislación se incrementarán sustancialmente las penas. Para prevenir el comercio de órganos, lo trasplantes entre vivos sólo podrán realizarse entre familiares, excepto médula ósea.
14. Para fomentar la cultura de donación se dará testimonio a los donadores como benefactores de la sociedad.
15. Par la toma de órganos y tejidos, para fines de trasplantes de menores que han perdido la vida, se requiere consentimiento expreso de sus representantes legales.
16. Las entidades federativas, establecerán Centros Estatales de Trasplantes, y participarán con el Consejo Nacional de Trasplantes coordinadamente en el fomento y promoción de la cultura de donación.



En los capítulos relacionados a los órganos y tejidos con fines terapéuticos y de cadáveres con fines de docencia e investigación, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud propone para su adición

“La simplificación y agilización de los trámites correspondientes, para que con ello se facilite la obtención de cadáveres, órganos y tejidos para sus usos de trasplante e investigación, pero sin obstaculizar el desempeño de las autoridades judiciales.

CAPÍTULO IV DEL MISMO REGLAMENTO LISTADOS DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

Art. 27. Para poder supervisar la transparencia de las listas de espera a que se refiere el artículo 336 de la Ley, se integrarán centros estatales y uno nacional, en los que estarán representados los sectores público, social y privado, de acuerdo a la siguiente estructura:

- I. Un representante por la Secretaría de Salud o los Servicios Estatales de salud, quién lo presidirá;
- II. Un representante por cada una de las Instituciones de Seguridad Social de la entidad correspondiente, y
- III. Un representante de algún hospital de la zona correspondiente donde se realicen trasplantes.

Estos comités supervisarán que las listas se conformen siguiendo los requisitos establecidos por la Ley y la norma aplicable.



Art. 28. Todo paciente candidato a trasplante con órganos de cadáver de ser incluido dentro del listado nacional. Sólo personas autorizados por el Registro Nacional de Trasplantes podrán acceder a pacientes dentro del listado nacional. Para efectos legales, el paciente se considerará registrado en el momento en que el personal autorizado los incluya dentro de la lista oficial.

El Registro de los pacientes es absolutamente personal e intransferible. Cada paciente sólo podrá ser accesado a la lista nacional por parte de un solo Centro.

El responsable de su ingreso a las listas deberá de verificar la identidad del paciente, así como asegurarse de que este no forme parte del listado. Cuando el paciente se transfiera de un Centro a otro, no perderá por esto su turno dentro del listado, pero se deberá de notificar dicho cambio al Registro.

A cada paciente al ser registrado se le proporcionará un número confidencial con el cual podrá verificar su posición dentro del listado.

Art. 29. Está prohibido la integración de listas autónomas, las cuales no formen parte de la lista nacional.

Art. 30. En los casos en que se pretenda asignar preferentemente un órgano, por caso de urgencia o por razón médica, como lo permite el artículo 336 de la Ley, se deberá contar con solicitud fundamentada por parte del Comité de Trasplantes del establecimiento a realizar el trasplante, así como por el Coordinador de Trasplantes. Esta petición deberá de ser autorizada por el Centro Nacional de Trasplantes dentro de las 24 horas de presentada la solicitud, en caso de no hacerlo se considerará como aceptada.



Art. 31. Cada institución que realice trasplantes tendrá su propia lista de espera interna, la cual deberá de remitir al Registro Nacional de Trasplantes para que sea incorporada dentro de la lista nacional.

En caso que dentro de la lista institucional no se encuentre receptor adecuado alguno, la institución se coordinará con el Registro Nacional de Trasplantes para la selección del receptor, el cual por el corto tiempo de isquemia de los órganos y tejidos, se hará dentro de la lista estatal y nacional, en éste orden.

La asignación dentro de la lista nacional se hará tomando en cuenta las distancias y los tiempos de traslado.

Los establecimientos que envíen órganos, tejidos o células, tendrán derecho a recibir de los establecimientos receptores, los gastos de recuperación en que haya incurrido.

Art. 32. La información a la que se refiere la Ley en sus fracciones I, IV y V del artículo 338, serán confidenciales, mientras que las de las fracciones II y III serán públicas. Los donadores podrán optar por ser integrados a una lista nacional pública de donadores, en las que se reconozca su gran aportación social.

Para los avisos de muerte cerebral, a los que se refiere la Ley en su artículo 338 fracción V, los establecimientos tendrán 24 horas, a partir de que se da la muerte clínica, para hacer la notificación correspondiente ante el Centro Nacional de Trasplantes.



En caso de no hacerlo así, se podrán aplicar las sanciones señaladas en el artículo 421 de la Ley. Los avisos deberán de cumplir con las características señaladas dentro de la Norma correspondiente.

En el caso de donaciones post-mortem, siempre habrá total confidencialidad del receptor que recibe los órganos y tejidos.

NORMA OFICIAL MEXICANA DE EMERGENCIA NOM.EM.005-SSA1-2000

En cuanto a la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-005-SSA1-2000 cabe destacar para fines del presente trabajo, las disposiciones generales respecto a la inclusión o exclusión de donadores por: muerte cerebral, órganos y tejidos susceptibles de ser trasplantados y evaluación y mantenimiento de los donadores potenciales.

Aunque la Norma es precisa en cuanto a los criterios médicos y contempla todas las actividades relativas al proceso de donación, procuración, disposición y trasplante, como se mencionó anteriormente sólo se describirán los numerales pertinentes para dar a conocer al lector los avances de la legislación mexicana en esta materia, sobre el entendido que para ampliar la información se puede acudir a los documentos originales y completos.

5.4 Criterios de inclusión de donadores:

5.4.1. Muerte cerebral de causa conocida.



6. Órganos susceptibles de ser trasplantados

6.1.1 De cadáveres, siempre que reúnan las circunstancias señaladas en el Artículo 343 de la Ley, los cuales podrán ser los siguientes:

- Riñones, páncreas, hígado, corazón, pulmones e intestino delgado.

7. Tejidos susceptibles de ser trasplantados

7.1 De cadáveres, siempre que reúnan las circunstancias señaladas en el Artículo 343 de la Ley, incluyendo los de embriones y fetos y de disponentes vivos:

- Ojos: córneas y escleróticas
- Endocrinos: páncreas, paratiroides, suprarrenales y tiroides
- Piel, hueso y cartílago, tejido nervioso, dura madre, tendones, válvulas cardíacas.

7.3 De cadáveres que reúnan las circunstancias señaladas en el Artículo 317 de la Ley, obtenidos en las siguientes condiciones:

- Córnea y escleróticas: dentro de las seis horas posteriores al paro cardíaco irreversible o hasta 12 horas en condiciones de hipotermia”



- Piel: dentro de las 12 horas posteriores al paro cardíaco irreversible de áreas no expuestas, en segmentos no mayores de 100 centímetros cuadrados, que no rebasen en total el 15% de la superficie corporal.
- Hueso y cartílago: dentro de las 12 horas siguientes al paro cardíaco irreversible.
- Tejido nervioso: dentro de las 3 horas posteriores al paro cardíaco irreversible.

8. Evaluación y mantenimiento de los donadores potenciales

8.1 Los coordinadores de trasplantes de los establecimientos que practiquen actos de disposición de órganos, tejidos, sus componentes y células con fines de trasplante, además de observar los criterios que se indican en el numeral 5.4 (criterios de inclusión y exclusión de donadores) deberán realizar las siguientes funciones:

- 8.1.1. Verificar que el diagnóstico de muerte cerebral cubre con las disposiciones legales aplicables.
- 8.1.2. Revisar la historia clínica del donador.
- 8.1.3. Obtener la carta del consentimiento de la donación.
- 8.1.4. Realizar un examen físico del donador, obteniendo sus signos vitales.
- 8.1.5. Ayudar a los familiares a entender la situación y sobrepasar su duelo, con respeto y afecto.



8.1.7 Supervisar el mantenimiento del donador, observando lo siguiente:

- 8.1.7.1. La presión sanguínea sea mantenida para perfundir a los órganos vitales.
- 8.1.7.2. Que se han documentado los signos vitales
- 8.1.7.3. Medicación intravenosa administrada (vasopresores, vasodilatadores, etc.)
- 8.1.7.4. Antibióticos administrados.
- 8.1.7.5. Control de entrada y salida de líquidos.



PRESTADOR DE SERVICIOS

ESTE CUESTIONARIO SERÁ LLENADO CONJUNTAMENTE POR EL INVESTIGADOR Y EL EQUIPO DE SALUD PARTICIPANTE EN LA PETICIÓN DE ÓRGANOS DE DONADORES POTENCIALES QUE FALLECIERON POR MUERTE CLÍNICA Y BIOLÓGICA O MUERTE CEREBRAL, DESPUÉS DE HABER OBTENIDO LA INFORMACIÓN REQUERIDA CON LOS FAMILIARES COMO PARTE DEL PROTOCOLO DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS.

I. IDENTIFICACIÓN DEL OCCISO		
1. Caso	2. Edad	3. Sexo
4. Fecha de fallecimiento	5. Hospital	
6. Clasificación de la muerte:	1. Cerebral 2. Clínica y biológica	Expediente número:
7. Tipo de muerte	1. Esperada > 9 2. Imprevista	8. ¿Por qué motivo? 1. Accidente 2. Autoagresión 3. Enfermedad
9. Donador potencial	1. Conocido 2. Desconocido > Fin del registro	10. Se encuentra la familia presente 1. Si 2. No > Fin del registro
DATOS SOCIOECONÓMICOS DEL OCCISO		
11. Ocupación:	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Jubilado o pensionado 4. Desempleado 5. Trabaja 6. Otro (especifique) 7. No sabe	12. Estado civil: 1. Casado/Unido 2. Separado/Divorciado 3. Viudo 4. Soltero 5. No sabe
13. Escolaridad	1. No estudio 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Carrera comercial 7. Carrera técnica 8. Preparatoria incompleta 9. Preparatoria completa 10. Licenciatura incompleta 11. Licenciatura completa 12. Maestría/Diplomado 13. Doctorado 14. No sabe 15. No respuesta	14. Número de hijos: 1. Ninguno > 16 2. 1 a 3 3. 4 o más 4. No sabe > 16 15. Edades de los hijos 1. Menores de 12 años 2. 13 a 17 años 3. 18 o más 4. No sabe ANOTE TODAS LAS MENCIONES
16. Religión:	1. Católica 2. Protestante ¿cuál? 3. Judía 4. Otra ¿cuál? 5. No sabe	17. Nivel socioeconómico estimado: 1. A/B/C+ 2. C/C- 3. D 4. E o menos 5. No sabe
PREGUNTA	RESPUESTA	PREGUNTAS DEL PASE
18. Se informó al equipo procurador de órganos	1. Si 2. No	19. ¿Hubo solicitud de órganos? 1. Si 2. Autoofrecimiento > 22 3. No > 21 20. ¿Quién la hizo? 1. Trabajo Social > 22 2. Coordinador de procuración > 22 21. ¿Por qué? Se aplica para los que dicen NO en la 18 y 19 1. Razones médicas 2. No se informó al equipo procurador 3. Otra: > Fin del registro
22. Tiempo de manejo del potencial donador	____ Horas	
23. Decisión de donar	1. Aceptación 2. Negación	
24. ¿Había conocimiento de la decisión de donar del donador?	1. Si 2. No > 26	25. ¿Cuál? 1. Aceptación 2. Negación

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

II. PROCESO DE PETICIÓN DE ÓRGANOS				
BATERIA PARA LOS OCCISOS CON RESPUESTA AFIRMATIVA EN PREGUNTA 18	RESPUESTA			
26. ¿En cuántas entrevistas formales se solicitó la donación de órganos?	1. 1 entrevista > 28 2. 2 entrevistas 3. 3 entrevistas 4. 4 o más entrevistas 5. Autoofrecimiento > 30			
27. ¿Cuáles fueron las razones del número de entrevistas realizadas para la donación? ANOTE TODAS LAS MENCIONES	1. Respetar los tiempos exigidos por la ley para EEG's 2. Esperanza de que ocurriera un milagro 3. Indecisión de la familia 4. Otros ¿Cuáles? _____			
28. ¿Cuáles fueron los órganos solicitados? ANOTE TODAS LAS MENCIONES	1. Córneas 2. Riñones 3. Donación múltiple			
29. ¿Cuál fue la respuesta definitiva de la petición de donar órganos?	1. Aceptación > 30, 31, 32, 33 y continuar 2. Negación > 34			
30. ¿Cuál fue el tipo de donación?	1. Donación múltiple por razones médicas y generosidad del familiar 2. Donación condicionada a ciertos órganos por razones familiares 3. Donación condicionada a ciertos órganos por razones médicas			
31. ¿Cuáles fueron los órganos y tejidos donados? ANOTE TODAS LAS MENCIONES	1. Córneas 2. Riñón 3. Todos los órganos y tejidos útiles 4. Algunos ¿Cuáles? _____			
32. ¿Cuáles fueron los órganos restringidos? ANOTE TODAS LAS MENCIONES	1. Córnea 2. Otros ¿Cuáles? _____ 3. Ninguno > 34 y continuar			
33. ¿Cuáles fueron las razones por las cuales se restringió la donación de ciertos órganos? MARCAR CON UNA "X" EL TIPO DE CREENCIA POR ÓRGANO RESTRINGIDO	Órganos	Tipo de creencias		
		Religiosas	Familiares	De salud
	1. Córnea			
	2. Corazón			
	3. Riñón			
4. Otro ¿Cuál?				

Razones por las que se aceptó/negó donar los órganos del familiar		RESPUESTA		
	34. ¿El familiar que autoriza la donación estaba a favor de la donación?	SI	NO	
	35. ¿Los miembros de la familia en general estaban a favor de la donación?	SI	NO	NO SABE
	36. ¿El tipo de muerte causó sufrimiento a los familiares? (No sólo por la pérdida)	SI	NO	
	37. ¿Había interés por ayudar a otro en especial?	SI	NO	
	38. ¿Hubo el deseo de servir a otros sin esperar recompensa?	SI	NO	
	39. ¿Se decidió ayudar por razones altruistas?	SI	NO	
	40. ¿Se ayudó por razones de conciencia social?	SI	NO	
	41. ¿Había deseos de trascender en la vida a otros?	SI	NO	
	42. ¿Se ayudó porque otros miembros de la familia podrían necesitar en el futuro de un órgano?	SI	NO	
Sólo para Muerte Cerebral	43. ¿Hubo credibilidad del diagnóstico de muerte cerebral?	SI	NO	
	44. ¿Se tuvo la esperanza de un milagro?	SI	NO	
	45. ¿Los familiares esperaron hasta el último momento para tomar la decisión?	SI	NO	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INFLUYERON LAS SIGUIENTES RAZONES EN ACEPTAR/NEGAR LA DONACIÓN:		RESPUESTA	
		SI	NO
Sólo para Muerte Cerebral	46. ¿El tipo de órganos solicitados?		
	47. ¿El diagnóstico de muerte cerebral?		
	48. ¿La presencia del latido cardíaco?		
	49. ¿La presencia de respiración?		
	50. ¿La temperatura corporal?		
Todos los casos	51. ¿La apariencia del cuerpo?		
	52. ¿Lo imprevisto de la muerte?		
	53. ¿La presencia de otras discapacidades en otros miembros de la familia?		
	54. ¿El tomar la decisión sobre el cuerpo del otro?		
	55. ¿Desconocer el destino de los órganos?		
	56. ¿Qué no se ofreciera ayuda económica?		
	57. ¿Qué no se ofreciera otro tipo de ayuda?		
	58. ¿La información sobre como evolucionaba el paciente?		
	59. ¿La presión de los trámites administrativos?		
	60. ¿Saber que legalmente está permitida la donación de órganos?		
	61. ¿La presión de agentes del ministerio público?		
	62. ¿La presión de la funeraria?		

III. CONDICIONES DE LA DONACIÓN (Punto de vista del Equipo Procurador)		
63. ¿Quién tomó la decisión de aceptar o negar la donación de órganos? ANOTE TODAS LAS MENCIONES	1. Esposo (a) 2. Padres 3. Hijos 4. Hermanos	5. Amigos 6. Líderes religiosos 7. Otro
64. ¿Quién influyó en la decisión de aceptar o negar la donación de órganos? ANOTE TODAS LAS MENCIONES	1. El familiar autorizado (es decir nadie influyó) 2. Los familiares consanguíneos 3. Los familiares políticos 4. Amigos 5. Líderes religiosos 6. Otro	
65. ¿Cómo se encontraban los familiares durante la petición? ANOTE TODAS LAS MENCIONES	1. Conmocionados 2. En negación 3. Enojados	4. Indecisos 5. Con incertidumbre 6. En aceptación
SÓLO PARA ACEPTACIÓN: 66. ¿Cuáles fueron las razones por las que usted cree que los familiares aceptaron donar los órganos de su familiar? ANOTE TODAS LAS MENCIONES	1. Dinámica familiar Positiva 2. Sentimiento de culpa del familiar que autoriza 3. Causa de la muerte 4. Aceptación de la muerte 5. Creencias religiosas 6. Conocimiento de la voluntad del donador 7. Otros ¿cuáles?	
SÓLO PARA NEGACIÓN 67. ¿Cuáles fueron las razones por las que usted cree que los familiares negaron donar los órganos de su familiar? ANOTE TODAS LAS MENCIONES	1. Dinámica familiar conflictiva 2. Sentimiento de culpa del familiar que autoriza 3. Causa de la muerte 4. Negación de la muerte 5. Creencias religiosas 6. Desconocimiento de la voluntad del donador 7. Incapacidad de tomar una decisión sobre el cuerpo de otro 8. Otros ¿cuáles? 9. Ninguno	
68. ¿En qué condiciones de apariencia física estaba el familiar fallecido?	1. Notoria de daño 2. No notoria de daño	
69. ¿Cómo percibían los familiares que estaba su ser querido: vivo o muerto?	1. Vivo 2. Muerto 3. No saben	
70. ¿Cómo fue la atención del hospital?	1. Buena 2. Regular 3. Mala	
71. ¿Qué cree que los familiares pensaron de usted o de los servicios médicos cuando solicitaron los órganos?	1. Les faltaban el respeto pero que era su trabajo 2. Eran voluntarios con vocación de servicio 3. Eran irrespetuosos 4. Hacen su trabajo 5. Nada	
72. ¿Cuántas personas participaron en el proceso de decisión de donar los órganos del donante? _ _ _	73. ¿Cuál era el parentesco con el donador? ANOTE TODAS LAS MENCIONES 1. Esposo (a) 2. Padres 3. Hijos 4. Hermanos	5. Amigos 6. Líderes religiosos 7. Otros familiares (abuelos, tíos, etc.)
		74. Religión (es) de los familiares 1. Católica 2. Protestante ¿cuál? 3. Judía 4. Otra ¿cuál? 5. No sabe

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

IV. PERFIL DE LA PERSONA QUE AUTORIZA O NIEGA LA DONACIÓN				
75. Escolaridad	1. No estudio 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Carrera comercial 7. Carrera técnica	8. Preparatoria incompleta 9. Preparatoria completa 10. Licenciatura incompleta 11. Licenciatura completa 12. Maestría/Diplomado 13. Doctorado 14. No sabe 15. No respuesta	76. Estado civil	77. Sexo
1. Casado/Unido 2. Separado/Divorciado 3. Viudo 4. Soltero 5. No sabe	1. Masculino 2. Femenino	78. Tipo de familia	79. Religión	80. Edad
1. Integrada 2. Con problemas 3. Desintegrada	1. Católica 2. Protestante ¿cuál? _____ 3. Judía 4. Otra ¿cuál? _____ 5. No sabe	1. Integrada 2. Con problemas 3. Desintegrada	1. Católica 2. Protestante ¿cuál? _____ 3. Judía 4. Otra ¿cuál? _____ 5. No sabe	[] años
81. Tipo de relación económica con el donador	V. PERFIL DEL MÉDICO SOLICITANTE O QUE ATENDIÓ			
1. Dependiente 2. Independiente 3. No se sabe	82. ¿Cuál fue el momento que eligió para solicitar los órganos? ¿Por qué?	ANOTE TODAS LAS MENCIONES		
	1. Posterior a la notificación de la defunción 2. Cuando los familiares estaban reunidos 3. Después de haber pasado la conmoción 4. Otra ¿cuál? 5. Autoofrecimiento	83. ¿Qué factores le obstaculizan la donación de órganos? ANOTE TODAS LAS MENCIONES		
	1. Falta de recursos humanos médicos y tanatológicos 2. Falta de un área física para recibir a los familiares 3. Falta de un ambiente adecuado 4. Falta de infraestructura de apoyo a los familiares 5. Peticiones simultáneas de órganos 6. Falta de legislación de la muerte cerebral 7. Falta de un programa organizado de procuración	84. ¿Cuántas veces al mes solicita la donación de órganos y tejidos? [] veces		
	85. ¿Desde qué año solicita usted donación de órganos? [] fecha	86. ¿Tiene preparación especializada para solicitar órganos? 1. Emprática 2. Formal 3. Ambas		
VI. PERFIL DEL EQUIPO PROCURADOR DE ORGANOS (ANOTE TODAS LAS MENCIONES)				
87. Profesiones	88. Sexo	89. Estado civil		
1. Médicos 2. Tanatólogos 3. Psicólogos 4. Trabajadores sociales 5. Paramédicos 6. Otros ¿Cuáles? _____	1. Masculino 2. Femenino	1. Casado/Unido 2. Separado/Divorciado 3. Viudo 4. Soltero		
90. Número de profesionales participantes en la petición	91. Edades	92. Nivel socioeconómico estimado		
[]	[] años [] años [] años [] años	1. A/B 2. C+ 3. C/C- 4. D 5. E o menos		
93. Religión	94. ¿Esta legalmente autorizada la Donación de Órganos en su entidad federativa?	95. Nombre del médico solicitante		
1. Católica 2. Protestante ¿cuál? _____ 3. Judía 4. Otra ¿cuál? _____ 5. No sabe	1. Si 2. No	_____		

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN