



UNIVERSIDAD
"DON VASCO, A. C."

UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.

INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Proceso presentado por el paciente a partir del trasplante renal, caso
atendido en el Hospital General "Dr. Pedro Daniel Martínez" de Uruapan
Michoacán.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Trabajo Social.

PRESENTA

EDITH ANGELINA HERNÁNDEZ ZAMUDIO

ASESOR:

LIC. Sandra Isabel Corza Plancarte

URUAPAN, MICHOACÁN, 12 Octubre 2012.





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.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres:

Ma. Teresa Zamudio García de León y José Francisco Hernández Mendoza

Pordarme la gran bendición de vivir, siendo el pilar en todo lo que soy, recibiendo esa motivación constante, por reír y llorar junto a mi lado, pero sobre todo por su amor incondicional forjando una familia que brilla con luz propia como la que tenemos.

A mis hermanas y hermanos:

Elizabeth y Judith que en todo momento han estado cerca de mí, dándome consejos y desvelándose junto conmigo en tareas interminables, gracias por permitirme compartir experiencias inolvidables.

Francisco y Levith por alegrar cada día de mi vida, por ser mis hermanos pequeños que me han dado su apoyo, pero sobre todo momentos de felicidad.

A mis profesores:

Que me han brindado la formación profesional y personal a través de sus conocimientos y experiencias vividas.

A mi asesora, LTS Sandra Corza Plancarte por guiarme en la elaboración de mi tesis, y haberme permitido conocer su gran calidad de ser humano.

A mi paciente y su familia:

Que me permitieron entrar no solo a su hogar, sino a sus corazones y brindarme la oportunidad de realizar y culminar mi tesis con su experiencia de lucha y esfuerzo constante, aprendiendo que el tesoro más grande y preciado que tenemos es la familia.

A todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. ¡Gracias a ustedes!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I TRASPLANTE DE ÓRGANOS

| | |
|--|----|
| 1.1 Antecedentes Históricos | 5 |
| 1.2 Ley General de Salud (Disposiciones Comunes) | 8 |
| 1.3 Donación de Órganos | 13 |
| 1.3.1 Definición de Donación de Órganos | 13 |
| 1.3.2 Tipos de Donadores | 14 |
| 1.3.3 Ley General de Salud (Donación) | 16 |
| 1.3.4 Tramites de Donación | 19 |
| 1.3.5 Instituciones Reguladoras | 19 |
| 1.4 Trasplante de Órganos | 22 |
| 1.4.1 Definición de Trasplante de Órganos | 22 |
| 1.4.2 Tipos de Trasplante de Órganos | 22 |
| 1.4.3 Ley General de Salud (Trasplantes) | 24 |
| 1.5 Trasplante Renal | 29 |
| 1.5.1 Historia del Trasplante Renal en Humanos | 30 |
| 1.5.2 Inmunobiología del Trasplante | 31 |
| 1.5.3 Criterios y Estudios Para Selección de Donadores Vivos | 41 |
| 1.5.4 La Recurrencia de la Enfermedad Renal Original | 42 |
| 1.5.5 Trasplante Renal de Heterotópico. Técnica Quirúrgica | 43 |

CAPÍTULO II HOSPITAL GENERAL DE URUAPAN “DR. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ”

| | |
|---|----|
| 2.1 Características Generales de la Institución | 46 |
| 2.2 Antecedentes Generales | 47 |
| 2.3 Objetivos, Misión, Visión, Políticas | 49 |
| 2.4 Estructura Organizativa | 51 |
| 2.5 Clínica de Trasplante de Órganos | 63 |

| | |
|---|----|
| 2.5.1 Proceso Para El Trasplante Renal Donador Vivo Relacionado | 64 |
|---|----|

CAPÍTULO III TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

| | |
|--|----|
| 3.1 Perfil Profesional de Trabajo Social en el Área de Salud | 73 |
| 3.1.1 Definición | 73 |
| 3.1.2 Objetivos | 74 |
| 3.1.3 Funciones y Actividades | 75 |
| 3.1.4 Conocimientos, Capacidades, Habilidades y Actitudes | 79 |
| 3.2 Niveles de Intervención | 81 |
| 3.2.1 Trabajo Social Comunitario | 81 |
| 3.2.2 Trabajo Social de Grupo | 83 |
| 3.2.3 Trabajo Social de Caso | 85 |

CAPÍTULO IV MODELO SISTÉMICO

| | |
|---|-----|
| 4.1 Fundamentación del Modelo | 95 |
| 4.1.1 Teoría General de Sistemas | 95 |
| 4.1.2 Teoría General de Sistemas y Trabajo Social | 97 |
| 4.2 Método Sistémico | 98 |
| 4.2.1 Etapas | 99 |
| 4.2.2 Investigación | 99 |
| 4.2.3 Diagnóstico Social | 101 |
| 4.2.4 Pronóstico Social: Las Características y Los Recursos | 105 |
| 4.2.5 Plan Social | 106 |
| 4.2.6 Tratamiento Social | 106 |
| 4.2.7 Evaluación, Cierre de Caso y Seguimiento | 108 |
| 4.3 Entrevista y conversación | 111 |
| 4.3.1 Observación | 112 |
| 4.4 Registro de Casos y Reportes (Formatos) | 112 |

**CAPITULO V PROCESO PRESENTADO POR EL PACIENTE A PARTIR DEL
TRASPLANTE RENAL, CASO ATENDIDO EN EL H.G.U. MICHOACÁN.**

| | |
|---------------------------|-----|
| 5.1 Investigación | 120 |
| 5.2 Diagnóstico Social | 137 |
| 5.3 Pronóstico Social | 140 |
| 5.4 Plan Social | 140 |
| 5.5 Tratamiento Social | 141 |
| Propuesta de intervención | |
| Bibliografía | |

INTRODUCCIÓN

La salud representa para el hombre plenitud y bienestar en todos los sentidos tanto física, mental y emocional ya que sin ella no es posible que realice de manera óptima cualquier actividad lo cual afecta en su vida personal y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que: "Salud es el perfecto bienestar físico, mental y social de un individuo". Por lo que el ser humano ha emprendido una larga tarea que se manifiesta en la actualidad por las diferentes luchas que la medicina realiza a favor de una vida más saludable y prolongada, por lo tanto está en contra de la enfermedad y del deterioro físico.

Esto se ha logrado gracias al avance tecnológico en la medicina ya que ha sido primordial para que hoy en día se realicen operaciones quirúrgicas sin que el paciente sufra, suceso que en décadas anteriores no se podía ver, en la actualidad estas intervenciones resultan menos traumáticas y los periodos postoperatorios se han reducido notablemente gracias a la presencia de la tecnología en el ejercicio de la medicina.

Por lo cual se han llegado a utilizar los avances no sólo para curar sino también para prevenir las enfermedades; y posteriormente para todo tipo de investigación médica, la cual gracias a la tecnología ha realizado importantes descubrimientos. Los expertos se han ocupado de la incorporación de los avances tecnológicos en la práctica de la medicina, por lo que se prevé un cambio radical de la ciencia médica en el futuro, mismos que serán de beneficio para los pacientes que se encuentran con alguna enfermedad.

Precisamente en relación a la salud-enfermedad, una de las problemáticas que están presentes actualmente en la sociedad, es la donación de órganos y trasplante de los mismos, pues debido a la falta de información que se tiene sobre el tema, hay pocos donadores de órganos lo que mantiene a muchas personas en lista de espera para un trasplante de órgano.

Un trasplante es la sustitución de un órgano o tejido que ya no funciona, con el objetivo de restituir las funciones perdidas. En muchos pacientes, el trasplante es la única alternativa que puede salvarle la vida y recuperar la calidad de la misma. Los trasplantes de órganos constituyen un logro terapéutico, vinculado históricamente al propio desarrollo cultural de la humanidad, al deseo de perpetuarse y de alcanzar la inmortalidad. Los órganos y tejidos que se pueden donar son: córnea, piel, hígado, hueso, riñón, corazón y pulmón.

Pueden necesitar un órgano las personas con (insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca, insuficiencia pulmonar, ceguera, leucemia, en fase crónica), quienes tienen la esperanza de recibir un órgano o tejido para poder ampliar su esperanza de vida. El órgano se obtiene por una parte de personas vivas, donde en ocasiones donan familiares cercanos como son: padres, hijos, tíos, hermanos, los cuales pueden donar aquellos órganos que no afecten las funciones que requiere el organismo para mantener un buen estado de salud y por otra parte de personas que en vida han decidido que después de su muerte sus órganos y tejidos salven o mejoren la vida de otros, siempre y cuando la causa de su fallecimiento no afecte los órganos que se van a trasplantar.

En México es importante que la población tome conciencia de la importancia y trascendencia del trasplante de órganos como una mayor esperanza de vida a niños y adultos.

“La realización de trasplantes en México se incrementó en 23% anual, durante los últimos cinco años, de acuerdo a las estadísticas del Centro Nacional de Trasplantes (Cenatra).

En un informe de la Secretaría de Salud, se precisa que en ese lapso se han realizado 38.906 trasplantes, cifra que significa el 68% del total de cirugías realizadas desde 1963, cuando se efectuó el primer trasplante en México. Lo anterior ha sido posible gracias a que en el país se ha desarrollado una infraestructura médica, técnica y logística que ha permitido ofrecer respuestas a los pacientes que están en lista de espera de un órgano.

Según cifras oficiales, en el Registro Nacional de Trasplantes se han anotado desde el 2000 un total de 34.381 pacientes, y en estos últimos años se han trasplantado a 18.566 personas, cifra que supone el 54% del total.

Actualmente, de los 10.135 pacientes en espera de un órgano o tejido el 53% espera una córnea y el 42% un riñón". (www.salud.com)

En el estado de Michoacán se han realizado capacitaciones para los médicos, y de esta manera tengan mayores herramientas para un eficiente trasplante así como el seguimiento que deben dar a cada paciente.

En el municipio de Uruapan una de las instituciones de salud donde se realizan trasplantes de órganos es el Hospital General "Dr. Pedro Daniel Martínez" en el cual se han realizado 21 trasplantes de cornea y riñón, siendo este ultimo del que se ha realizado más trasplantes. El caso del trasplante más reciente es de un joven de 18 años de edad, el cual inicio con problemas de riñón desde los 6 años, donde estuvo en constante tratamiento, pero es hasta los 17 años que le detectan insuficiencia renal por lo que es necesario el trasplante de riñón, el cual fue donado por su mamá. Actualmente el joven se encuentra en recuperación.

Es precisamente este caso, del que se abordará la intervención del trabajador social a un nivel individualizado, ya que permitirá conocer más a fondo todas las situaciones tanto social, económica, y culturalmente que ha tenido el joven a lo largo de su proceso salud-enfermedad.

Por lo que en base a esto, se realiza la siguiente interrogante; ¿Qué situaciones se le han presentado al paciente a partir del proceso de trasplante renal?

Objetivo General:

- Identificar las situaciones que se le han presentado al paciente a partir del proceso de trasplante renal.

Objetivos Específicos

- Señalar las situaciones que se presentaron en la familia a partir del diagnóstico de insuficiencia renal crónica.

- Conocer las relaciones que estableció el paciente con los integrantes de su: familia, amigos y vecinos.
- Señalar las repercusiones a nivel económico en la familia.

Por lo cual, a partir de los objetivos se mencionan a continuación los cinco capítulos que conforma la presente investigación:

El capítulo I retoma el tema de Trasplante de Órganos, refiriendo los antecedentes históricos, disposiciones y leyes para donación y trasplante de órganos, la donación de órganos, tipos de donadores, trámites de donación, tipos de trasplante de órganos, así como lo relacionado al trasplante renal.

En el capítulo II se presenta un panorama detallado sobre el conocimiento de la institución de salud el Hospital General de Uruapan en cuanto a la organización y estructura de la institución, mencionando; las características, antecedentes generales de la institución, objetivos, misión, visión y la estructura organizativa de los diferentes departamentos a través de los cuales se proporcionan los servicios de salud a los usuarios del hospital.

El capítulo III retoma el Trabajo Social en el área de salud con la finalidad de conocer cuestiones generales como son: definición, objetivos generales, específicos, funciones, actividades, habilidades, y niveles de intervención.

El capítulo IV aborda el Modelo Sistémico, mencionando la fundamentación del modelo, las etapas que este contiene, como se desarrollan cada una de ellas y por último las técnicas y formatos que se utilizan.

Por último el capítulo V se refiere al estudio de caso, donde se desarrolla la investigación de campo que se realizó con el sujeto de atención, retomando las entrevistas realizadas, así como la información arrojada, para posteriormente dar a conocer las conclusiones generales a las que se llegó, además de considerar un producto final que es plasmado en una propuesta que surge a partir de esta investigación.

CAPÍTULO I

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

En el presente capítulo se retoma lo relacionado al Trasplante de Órganos, ya que es el tema principal del caso en estudio, donde se hace mención de los antecedentes históricos, refiriendo los primeros trasplantes realizados, incluyendo los tipos de trasplante de órganos que se encuentran actualmente, así como las disposiciones y leyes para donación y trasplante de órganos, por otra parte se aborda la donación de órganos, los tipos de donadores que existen, tomando en cuenta los trámites de donación, y por último se desarrolla el tema de trasplante renal describiendo el protocolo que se sigue para que este se pueda realizar.

1.1 Antecedentes Históricos

La siguiente información se retoma de la revista “Médico Moderno” año XLVIII no.12 Agosto 2011 donde menciona lo siguiente:

Los trasplantes de órganos y tejidos no son nuevos; desde antes de la era cristiana se les registra en documentos y papiros orientales y chinos. Sin embargo, fue hasta el siglo XX que los avances quirúrgicos y farmacológicos posibilitaron que este tipo de intervención se convirtiera en una cirugía casi rutinaria.

Un antiguo texto hindú sobre cirugía, escrito en sanscrito hace más de 2,000 años, habla de una técnica utilizada por Sushutra Samhita para reconstruir la nariz, orejas y labios de sobrevivientes de la guerra mediante injertos de forma muy parecida a como se hace en la actualidad.

Poco a poco la investigación y el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas y de medicamentos que ayudan a evitar el rechazo de los tejidos injertados de un cuerpo a otro, además de cambios en conceptos filosóficos, culturales, éticos y legales, ha incrementado la variedad de órganos que pueden ser trasplantados, que los médicos han catalogado en singénicos o isogénicos, que son los que se realizan en el mismo individuo de la misma especie genéticamente idéntico; alogénicos, cuando se refiere a los realizados entre individuos de la misma

especie pero no genéticamente idénticos; y xenogénicos, cuando se realizan entre individuos de especies diferentes.

Trasplante de Riñón, El Inicio

El momento que marca el inicio de la época científica de los trasplantes se da a principios del siglo XX, en 1906, cuando el doctor Alexis Carrel perfeccionó las técnicas de sutura vascular que ya habían descrito sus homólogos Jaboulay, Murphy y Payr, y le permitieron intentar un trasplante renal en un perro. Luego hubo algunos relacionados con aspecto de rechazo a esta práctica, donde se pudo establecer que tenían su origen en su naturaleza inmunológica y en el descubrimiento de los antígenos de histocompatibilidad en riñones.

En 1954 por fin se realizó con éxito el primer trasplante de riñón entre hermanos gemelos homocigóticos de 23 años de edad; la operación fue realizada por los doctores Murray, Merrill y Harrison en el Hospital Peter Bent Brigham, de la ciudad de Boston Massachusetts, aunque en 1952, en París, en el Hospital Necker, ya se había trasplantado un riñón a un joven de 16 años, quien recibió un órgano de su madre; inicialmente la operación fue un éxito; sin embargo, finalmente el riñón fue rechazado a los 21 días.

Luego de años de investigación, hacia 1960, se solucionó el problema del rechazo de tejidos administrando glucocorticoides, lo que llevó pocos años después a la administración sistemática de azatioprina y glucocorticoides desde el momento del trasplante, siguiendo las indicaciones que el doctor Starzl, “el padre del trasplante moderno”, recomendó en 1963, luego de realizar la primera cirugía en hígado en el “Centro de Ciencias de la Salud”, de la Universidad de Colorado, en Estados Unidos, operación que lamentablemente no fue exitosa.

El Trasplante en México

En este largo camino de los trasplantes, México ha sido pionero en algunas técnicas, como en los casos de riñón y médula ósea, tejido suprarrenal a cerebro

y tejido nervioso. Actualmente, de acuerdo con cifras del Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), ocupa el primer lugar a nivel mundial en trasplante de riñón de donador vivo.

1963

Primer Trasplante de Riñón de un donador vivo. Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional.

1979

Primer Trasplante de Médula Ósea. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”.

1985

Primer Trasplante de Hígado. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”.

1987

Primer Trasplante de Páncreas. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”.

Primer Trasplante de Páncreas-Riñón (primer cirugía multiorgánico). Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”.

1988

Primer Trasplante Cardíaco. Instituto Nacional del Seguro Social. Centro Médico La Raza.

1989

Primer Trasplante de Pulmón. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
Trasplante de Médula Ósea, de Tejido Suprarenal a Cerebro y Tejido Nervioso. Instituto Nacional del Seguro Social. Centro Médico La Raza.

1999

Xenotrasplante. Hospital Infantil de México. “Dr. Federico Gómez”.

2001

Trasplante Cardíaco Pediátrico. Hospital Infantil de México.

2011

Trasplante de Intestino. Centro Médico Puerta de Hierro. Guadalajara Jalisco.

1.2 Ley General de Salud (Disposiciones Comunes)

Dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la *donación y trasplantes de órganos* se encuentran regulados en el Art. 4º el cual “establece como garantía social, el derecho de la protección de la salud y dispone que 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”.¹

A partir de lo establecido en el artículo 4º, el 7 de febrero de 1984 se publicó la Ley General de Salud en el Diario Oficial de la Federación siendo en el **Título Decimo Cuarto Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida** donde se regulan las leyes para donación y trasplantes de órganos, abordando cinco capítulos los cuales son: Disposiciones Comunes, Donación, Trasplantes, Pérdida de la Vida y Cadáveres, retomando para efectos de la investigación los primeros tres capítulos.

Por lo que se presenta a continuación el primer capítulo.

“CAPITULO I - Disposiciones Comunes

Artículo 313. Compete a la Secretaría de Salud:

- I. El control sanitario de la disposición y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, por conducto del órgano desconcentrado denominado Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios;
- II. La regulación sobre cadáveres, en los términos de esta Ley, y

¹<http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s> Consultada el Lunes 12 de Septiembre 2011

III. Establecer y dirigir las políticas en salud en materia de donación y trasplantes de órganos, tejidos y células, para lo cual se apoyará en el Centro Nacional de Trasplantes, y en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

Artículo 314. .- Para efectos de este título se entiende por:

- I. Células germinales, a las células reproductoras masculinas y femeninas capaces de dar origen a un embrión;
- II. Cadáver, el cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de la vida;
- III. Componentes, a los órganos, los tejidos, las células y sustancias que forman el cuerpo humano, con excepción de los productos;
- IV. Componentes sanguíneos, a los elementos de la sangre y demás sustancias que la conforman;
- V. Destino final, a la conservación permanente, inhumación, incineración, desintegración e inactivación de órganos, tejidos, células y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de embriones y fetos, en condiciones sanitarias permitidas por esta Ley y demás disposiciones aplicables;
- VI. Donador o disponente, al que tácita o expresamente consiente la disposición en vida o para después de su muerte, de su cuerpo, o de sus órganos, tejidos y células, conforme a lo dispuesto por esta Ley y demás disposiciones jurídicas aplicables;
- VII. Se deroga.
- VIII. Embrión, al producto de la concepción a partir de ésta, y hasta el término de la duodécima semana gestacional;
- IX. Feto, al producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno;
- X. Órgano, a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de los mismos trabajos fisiológicos;
- XI. Producto, a todo tejido o sustancia extruida, excretada o expelida por el cuerpo humano como resultante de procesos fisiológicos normales. Serán

considerados productos, para efectos de este Título, la placenta y los anexos de la piel;

- XII. Receptor, a la persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o productos;
- XIII. Tejido, a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñen una misma función;
- XIV. Trasplante, a la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de un individuo a otro y que se integren al organismo;
- XV. Banco de tejidos con fines de trasplante, establecimiento autorizado que tenga como finalidad primordial mantener el depósito temporal de tejidos para su preservación y suministro terapéutico;
- XVI. Disponente secundario, alguna de las siguientes personas; él o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme a la prelación señalada, y
- XVII. Disposición, el conjunto de actividades relativas a la obtención, recolección, análisis, conservación, preparación, suministro, utilización y destino final de órganos, tejidos, componentes de tejidos, células, productos y cadáveres de seres humanos, con fines terapéuticos, de docencia o investigación.

Artículo 315. .- Los establecimientos de salud que requieren de autorización sanitaria son los dedicados a:

- I. La extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células;
- II. Los trasplantes de órganos y tejidos;
- III. Los bancos de órganos, tejidos y células, y
- IV. Los bancos de sangre y servicios de transfusión.

La Secretaría otorgará la autorización a que se refiere el presente artículo a los establecimientos que cuenten con el personal, infraestructura, equipo, instrumental

e insumos necesarios para la realización de los actos relativos, conforme a lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás aplicables.

Artículo 316. Los establecimientos a que se refiere el artículo anterior contarán con un responsable sanitario, de quien deberán dar aviso ante la Secretaría de Salud.

Los establecimientos en los que se extraigan órganos, tejidos y células, deberán de contar con un Comité Interno de Coordinación para la donación de órganos y tejidos, que será presidido por el Director General o su inmediato inferior que cuente con un alto nivel de conocimientos médicos académicos y profesionales. Este comité será responsable de hacer la selección del establecimiento de salud que cuente con un programa de trasplante autorizado, al que enviará los órganos, tejidos o células, de conformidad con lo que establece la presente Ley y demás disposiciones jurídicas aplicables.

A su vez, los establecimientos que realicen actos de trasplantes, deberán contar con un Comité Interno de Trasplantes que será presidido por el Director General o su inmediato inferior que cuente con un alto nivel de conocimientos médicos académicos y profesionales, y será responsable de hacer la selección de donantes y receptores para trasplante, de conformidad con lo que establece la presente Ley y demás disposiciones jurídicas aplicables. Los establecimientos en los que se extraigan órganos y tejidos y se realicen trasplantes, únicamente deberán contar con un Comité Interno de Trasplantes.

El Comité Interno de Trasplantes deberá coordinarse con el comité de bioética de la institución en los asuntos de su competencia.

Los establecimientos que realicen actos de disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas, deberán contar con un Comité de Medicina Transfusional, el cual se sujetará a las disposiciones que para tal efecto emita la Secretaría de Salud.

Artículo 317. .- Los órganos, tejidos y células no podrán ser sacados del territorio nacional.

Los permisos para que los tejidos puedan salir del territorio nacional, se concederán siempre y cuando estén satisfechas las necesidades de ellos en el país, salvo casos de urgencia.

Artículo 317 Bis. El traslado fuera del territorio nacional de tejidos de seres humanos referidos en el artículo 375 fracción VI de esta Ley que pueda ser fuente de material genético (ácido desoxirribonucleico) y cuyo propósito sea llevar a cabo estudios genómicos poblacionales, estará sujeto a:

- I. Formar parte de un proyecto de investigación aprobado por una institución mexicana de investigación científica y conforme a lo establecido en el artículo 100 de la Ley, al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación y demás disposiciones aplicables, y
- II. Obtener el permiso al que se refiere el artículo 375 de esta Ley.
- III. Para efectos de esta Ley, se entiende por estudio genómico poblacional al que tiene como propósito el análisis de uno o más marcadores genéticos en individuos no relacionado que describen la estructura genómica de una población determinada, identifican a un grupo étnico o identifican genes asociados a un rasgo, una enfermedad o la respuesta a fármacos.

La Secretaría, en coordinación con el Instituto Nacional de Medicina Genómica en su carácter de órgano asesor del Gobierno Federal y centro nacional de referencia en la materia, llevará el registro de los permisos que se mencionan en la fracción II de este artículo.

Artículo 317 Bis 1. El material genético a que se refiere el artículo anterior no podrá ser utilizado para finalidades distintas o incompatibles con aquellos que motivaron su obtención.

Artículo 318. .- Para el control sanitario de los productos y de la disposición del embrión y de las células germinales, se estará a lo dispuesto en esta Ley, en lo que resulte aplicable, y en las demás disposiciones generales que al efecto se expidan.

Artículo 319. .- Se considerará disposición ilícita de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos, aquella que se efectúe sin estar autorizada por la Ley.”²

1.3 Donación de Órganos

La donación de órganos como ya se a mencionado se origino por la necesidad de prolongar las expectativas de vida de los pacientes en estado de enfermedad crónica o terminal, abriendo las puertas a los trasplantes de órganos y tejidos, desarrollándose en la actualidad nuevas técnicas quirúrgicas.

Por lo que en el siguiente subcapítulo se aborda en primer momento; la definición de donación de órganos, sus tipos de donadores siendo estos donante vivo o donante fallecido, posteriormente se desarrolla el capitulo II (Donación) de la Ley General de Salud señalando los artículos que contiene, así como los tramites de donación que se llevan a cabo, y por último las instituciones reguladoras de donación y trasplantes.

1.3.1 Definición de Donación de Órganos

“La donación es el acto de dar un órgano, tejido o células de sí mismo a otra persona que lo necesita para mejorar su salud. En el proceso de donación se involucran aspectos médicos, sociales, psicológicos, éticos y legales”.³

²<http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-decimo-cuarto/capitulo-i/> Consultada el Martes 30 de Agosto 2011

³http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/donacion_presentacion.html. Consultada el Lunes 12 de Septiembre 2011.

1.3.2 Tipos de Donadores

Existen dos tipos de donadores:

1.- “Donador vivo: es el que decide ceder un órgano o un segmento y no pone en peligro su vida; en este caso se puede donar un riñón, sangre, médula ósea, hueso, amnios, sangre de cordón umbilical o un segmento de órganos como hígado, intestino, páncreas y el pulmón.

El donador vivo se divide a su vez en los siguientes tipos:

- a) Puede ser donador vivo relacionado (DVR): aquél que está relacionado por consanguinidad (padres, hermanos, hijos, primos, tíos)
- b) O donador vivo no relacionado o afectivamente relacionado (DVNR), cónyuge, adoptado o adoptante, concubina o concubinario

2.- Donador fallecido: en este caso se trata de personas que no dejaron constancia de su oposición a que se extraigan órganos o tejidos después de su muerte, cuya decisión de que se haga esto recae en los familiares cercanos. Si el donante sufrió muerte cardio-respiratoria puede donar tejidos como las córneas y en algunos casos hueso, ligamentos, venas y válvulas del corazón; si fallecido por muerte cerebral, además de lo anterior, puede donar riñones, hígado, corazón, pulmones, páncreas e intestino”.⁴

➤ Donante Vivo

“Las ventajas del trasplante renal con un donante vivo con relación de parentesco incluyen una mayor supervivencia del injerto y un menor índice de morbilidad en el receptor en comparación con el trasplante de un riñón cadavérico, la programación detallada de la operación que permite limitar el periodo de espera en diálisis y el alivio que implica no tener que recurrir a la oferta insuficiente de riñones cadavéricos. La evaluación preoperatoria tiene por finalidad garantizar al donante una función renal casi normal después de la nefrectomía unilateral.

⁴ Revista “Médico Moderno”, año XLVIII no.12 Agosto 2011. Pág. 47

Si la evaluación demuestra que uno de los riñones del potencial donante funciona más adecuadamente que el otro deberá de extirparse el riñón con menor grado de función. La evaluación inicial incluye una reunión familiar, un interrogatorio médico completo, la determinación de la compatibilidad de los grupos sanguíneos ABO, la tipificación tisular y los estudios cruzados de microcitotoxicidad linfocítica. Posteriormente el donante potencial es sometido a un examen físico exhaustivo y a la evaluación del laboratorio que incluya un hemograma completo, análisis de orina con urocultivo y antibiograma, niveles séricos seriados de creatinina, glucemia en ayunas, niveles séricos de electrolitos, pruebas funcionales hepáticas y pruebas serológicas para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus linfotrófico para las células T humanas tipo I (HTLV-1), el virus de la hepatitis, el citomegalovirus (CMV), y la sífilis, una radiografía de tórax, un ECG y una Urografía. Si los resultados de todos estos estudios son normales se procede a la obtención de una arteriografía por sustracción digital.

La nefrectomía del donante vivo habitualmente se efectúa a través de una incisión en el flanco con una resección costal o un abordaje supracosta. Se administran 25 gr. de mantol mediante una infusión de una hora que comience en el momento de la incisión cutánea y también líquidos por vía intravenosa para mantener la diuresis. La diuresis se confirma mediante la sección transversal del uréter con observación del flujo de orina antes de interrumpir la circulación renal. Después de la nefrectomía el riñón se coloca de inmediato en un recipiente con agua helada y se perfunde con una solución de Ringer lactato. No es necesario administrar heparina al donante vivo con relación de parentesco. A continuación el riñón se coloca en un baño de hielo y se transporta hasta el quirófano, en donde se encuentra el receptor. La herida del donante se lava y por lo general se cierra sin colocar drenajes, el paciente posteriormente es trasladado a la sala de recuperación, en donde se obtiene una radiografía de tórax para descartar la posibilidad de un neumotórax”.⁵

⁵ Dr. Sandoval, Mario “Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección Regional de Occidente Delegación Jalisco Hospital de Especialidades C.M.N.O. División de Nefrología y Trasplantes. Memorias del V Curso

➤ Donante Fallecido

“Los criterios habituales para los donantes fallecidos incluyen una función adecuada de los órganos, ausencia de hipertensión que requiera de tratamiento, ausencia de diabetes mellitus o de neoplasias excepto de un tumor cerebral primario o un cáncer en la piel tratado, ausencia de indicios de enfermedad renal, ausencia de enfermedades virales o bacterianas generalizadas, un nivel normal de nitrógeno ureico en sangre y de creatinina en suero, un análisis de orina aceptable y ensayos negativos para sífilis, hepatitis, HIV y HTLV-I. El criterio es delimitar la edad del donante fallecido a 18 meses se debe al tamaño excesivamente pequeño de las estructuras anatómicas y a las mayores dificultades técnicas del trasplante renal exitosos con donantes menores de 18 meses. Y se han aplicado técnicas en bloque para el trasplante de riñones pequeños obtenidos de donantes pediátricos para ser trasplantado en receptores de mucho mayor tamaño. En caso de donantes mayores lo que se debe hacer es una biopsia y si existe más del 20% de glomeruloesclerosis se debe valorar la trasplantación de ambos riñones al mismo paciente”.⁶

1.3.3 Ley General de Salud (Donación)

El capítulo II de Donación que se presenta a continuación, se encuentra ubicado en el **Título Decimo Cuarto Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida** el cual forma parte de la Ley General de Salud señalando los siguientes artículos.

“CAPITULO II - Donación

Artículo 320. .- 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.

Artículo 321. .- 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

Teórico Práctico, Tratamientos Sustitutivos de la Insuficiencia Renal Crónica, Donación y Trasplante de Órganos” Guadalajara, Jalisco, 2002. Pág. 50, 51

⁶ Ibidem 51

después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes.

Artículo 322. .- 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, tiempo y cualquier otra que condicione la donación.

Los disponentes secundarios, podrán otorgar el consentimiento a que se refieren los párrafos anteriores, cuando el donante no pueda manifestar su voluntad al respecto.

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, sin responsabilidad de su parte.

En todos los casos se deberá cuidar que la donación se rija por los principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y factibilidad, condiciones que se deberán manifestar en el acta elaborada para tales efectos por el comité interno respectivo. En el caso de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas se estará a lo dispuesto en las disposiciones jurídicas que al efecto emita la Secretaría de Salud.

Artículo 323. .- Se requerirá el consentimiento expreso:

- I. Para la donación de órganos y tejidos en vida, y
- II. Para la donación de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas.

Artículo 324. .- 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 concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme a la prelación señalada.

El escrito por el que la persona exprese no ser donador, podrá ser privado o público, y deberá estar firmado por éste, o bien, la negativa expresa podrá constar en alguno de los documentos públicos que para este propósito determine la Secretaría de Salud en coordinación con otras autoridades competentes.

Las disposiciones reglamentarias determinarán la forma para obtener dicho consentimiento.

Artículo 325. .- El consentimiento tácito sólo aplicará para la donación de órganos y tejidos una vez que se confirme la pérdida de la 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 326. .- El consentimiento tendrá las siguientes restricciones respecto de las personas que a continuación se indican:

- I. El tácito o expreso otorgado por menores de edad, incapaces o por personas que por cualquier circunstancia se encuentren impedidas para expresarlo libremente, no será válido, y
- II. El expreso otorgado por una mujer embarazada sólo será admisible si el receptor estuviere en peligro de muerte, y siempre que no implique riesgo para la salud de la mujer o del producto de la concepción.

Artículo 327. .- Está prohibido el comercio de órganos, tejidos y células. La donación de éstos con fines de trasplantes, se regirá 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 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.

Artículo 329. El Centro Nacional de Trasplantes hará constar el mérito y altruismo del donador y de su familia.

De igual forma el Centro Nacional de Trasplantes se encargará de expedir el documento oficial mediante el cual se manifieste el consentimiento expreso de todas aquellas personas cuya voluntad sea donar sus órganos, después de su muerte para que éstos sean utilizados en trasplantes”.⁷

1.3.4 Trámites de Donación

Desde el punto de vista médico se realiza un protocolo de estudio completo el cual es diferente tanto para el donante vivo como para el donante fallecido y es diferente para cada órgano que se va trasplantar (riñón, hígado, corazón).

Desde el punto de vista legal se requiere una carta de consentimiento informado la cual es diferente para:

- Donante vivo
- Donante fallecido
- Receptor de un trasplante

1.3.5 Instituciones Reguladoras

Para la presente investigación es importante señalar las instituciones reguladoras que existen para poder llevar a cabo el trasplante de órganos de una forma legal, para lo cual se mencionan a continuación los diferentes organismos e instituciones gubernamentales que participan.

⁷<http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-decimo-cuarto/capitulo-ii/> Consultada el Martes 30 de Agosto 2011

“El Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA)” se crea justamente con la finalidad de desarrollar un sistema y operar un programa que permita la actuación oportuna y eficaz del personal de distintas instituciones y centros hospitalarios, con una filosofía humanista, contemplando lineamientos, políticas y procedimientos que faciliten la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

Además, trabaja para ser la institución con prestigio internacional que, coordinando acciones ya sea con instituciones hospitalarias públicas y privadas autorizadas por la Secretaría de Salud o con centros médicos estatales, por medio de sus respectivos programas, contribuya a satisfacer a nivel nacional los requerimientos y necesidades de la población.

En cumplimiento con lo que establece la Ley, el CENATRA, vinculado con los Centros Estatales de Trasplantes (CEETRAS), los Consejos Estatales de Trasplantes (COETRAS) y las Coordinaciones Institucionales, conforman un Sistema que favorece los mecanismos de donación.

Actualmente se tienen coordinaciones institucionales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de Salud (SSA) y hospitales privados.

El CENATRA se ha comprometido a dar cumplimiento la normatividad establecida por la Ley General de Salud, en particular con el artículo 338 de la misma, donde se establece que "el CENATRA tendrá a su cargo el Registro Nacional de Trasplantes (RNT)", el cual asume la tarea de compilar y actualizar:

1. Datos de los receptores, donadores, fechas de trasplante, su realización y evolución,
2. Establecimientos autorizados,
3. Profesionales que intervengan en esta disciplina,
4. Listas de espera, y
5. Casos de muerte cerebral.

En México se cuenta con 406 programas activos de trasplantes de órganos y tejidos distribuidos en instituciones públicas y privadas, siendo los programas de trasplante renal y córnea los más relevantes en número, con 123 y 117 respectivamente, significando 60% del total de los programas”.⁸

La información que a continuación se presenta se retoma de los diferentes organismos que se vinculan con el trasplante de órganos retomando la página oficial del Centro Nacional de Trasplantes, cenatra.salud.gob.mx.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), conforme a la Ley General de Salud, la Secretaría de Salud ejerce a través de la COFEPRIS las atribuciones de regulación, control y fomento sanitario en los que se encuentra:

- ❖ El control y vigilancia de los establecimientos de salud.
- ❖ El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células de seres humanos.
- ❖ El control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos células de seres humanos. Etc.

Consejo Nacional de Trasplantes (CONATRA) este organismo fue creado en enero de 1999 como una comisión intersecretarial de la administración pública federal con objeto de promover el diseño, instrumentación y operación del Sistema Nacional de Trasplantes, así como de los subsistemas que lo integren.

Consejo Estatal de Trasplante (COETRAS) es un órgano colegiado encargado de proponer y apoyar en las acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado. Las entidades de la República Mexicana se integran al Sistema Nacional de Trasplantes a través de la creación de los consejos estatales de trasplantes.

⁸http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0034-83762005000200009&script=sci_arttext. Consultada el Martes 01 de Noviembre del 2011.

Centro Estatal de Trasplantes (CEETRAS) es la representación establecida por los gobiernos de las entidades federativas encargada de atender los lineamientos emitidos por el Centro Nacional de Trasplantes

1.4 Trasplante de Órganos

Una vez que se ha señalado lo referente a donación de órganos, se aborda a continuación la definición de trasplante de órganos, y posteriormente se puntualizan y desarrollan los tipos de trasplante de órganos que existen en la actualidad, los cuales se clasifican en procedencia del órgano y técnica de implantación.

La clasificación en cuanto a procedencia del órgano es la siguiente; el alotrasplante, autotrasplante, isotrasplante y xenotrasplante.

Por otra parte la clasificación en relación a técnica de implantación se refiere a los métodos de; trasplante ortotopico, heterotopico y parcial.

Por último se señalan los tejidos y órganos que se trasplantan en la actualidad.

1.4.1 Definición de Trasplante de Órganos

“Un trasplante consiste en transferir un órgano o un tejido de un individuo a otro para reemplazar su función.”⁹

En otras palabras el trasplante de órganos es el acto de transferir un órgano o un tejido de un individuo sano a otro enfermo con el fin de recuperar la función del órgano o tejido trasplantado para recuperar la salud.

1.4.2 Tipos de Trasplante de Órganos

“Existen diferentes tipos de trasplante, su clasificación se establece de acuerdo con dos criterios: procedencia del órgano o tejido y técnica de implantación.

⁹ http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_presentacion.html Consultada el Domingo 19 de Agosto 2012

➤ **Procedencia del Órgano o Tejido**

En cuanto a la clasificación obedeciendo al origen del órgano o tejido a trasplantar, el más común es el alotrasplante.

- ❖ Alotrasplante (también denominado homotrasplante), el cual consiste en el traspaso de un órgano o un tejido de un cuerpo a otro, haya o no lazo de consanguinidad, la única condición es que ambos individuos sean hemáticamente compatibles.
- ❖ Autotrasplante (también conocido como autoinjerto), es el que se hace a partir de tejido en el que la misma persona se convierte simultáneamente en donante y receptor. El fin más común es para los injertos de piel.
- ❖ Isotrasplante: (también nombrado singénico), es poco común porque sólo puede hacerse entre dos individuos con identidad genética total, esto es entre gemelos univitelinos.
- ❖ Xenotrasplante (también llamado heterotrasplante o trasplante heterólogo) que es el que proviene de animales compatibles con el ser humano, siendo el más frecuente el de cerdo. En el caso de los tejidos porcinos, se han injertado con éxito válvulas cardíacas en seres humanos.

➤ **Formas de Implantación**

Por otra parte atendiendo al segundo criterio de clasificación de trasplante de órganos, que se refiere a la técnica empleada se establecen tres métodos básicos:

- **El trasplante ortotópico**, consiste en el remplazo del órgano o tejido enfermo por el sano proveniente del donante, previa remoción del anterior y posterior colocación del “nuevo” en el mismo sitio anatómico en donde el paciente albergaba el propio.
- **Trasplante heterotópico**, el injerto donado se sitúa en un lugar distinto del anatómicamente correcto, casi siempre como apoyo de un órgano enfermo comúnmente esta técnica se emplea en trasplantes de riñón.

- **Trasplante parcial**, aplicado frecuentemente como recurso en casos de lesión o enfermedad de hígado (de los pocos órganos que resisten la resección parcial y pueden seguir funcionando a niveles óptimos como el trasplante de células de páncreas)¹⁰.

- **Tejidos y Órganos que se Trasplantan**

Los tejidos y órganos que en la actualidad se trasplantan son los siguientes: cara, células madre, corazón, córnea, hígado, hueso, intestino, mandíbula y lengua, médula ósea, membrana amniótica, páncreas, pelo, pulmón, riñón, paratiroides, válvulas cardíacas y vasos sanguíneos,

1.4.3 Ley General de Salud (Trasplantes)

El capítulo III de Trasplantes, se encuentra ubicado en el **Título Decimo Cuarto Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida** formando parte de la Ley General de Salud, señalando los siguientes artículos.

“CAPITULO III - Trasplante

Artículo 330. .- Los trasplantes de órganos, tejidos y células en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones realizadas al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del donante y del receptor, y siempre que existan justificantes de orden terapéutico.

Está prohibido:

- I.El trasplante de gónadas o tejidos gonadales, y
- II.El uso, para cualquier finalidad, de tejidos embrionarios o fetales producto de abortos inducidos.

¹⁰ Revista “Médico Moderno”, año XLVIII no.12 Agosto 2011. Pág. 32

Artículo 331. .- La obtención de órganos o tejidos para trasplantes se hará preferentemente de sujetos en los que se haya comprobado la pérdida de la vida.

Artículo 332. .- La selección del donante y del receptor se hará siempre por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud.

No se podrán tomar órganos y tejidos para trasplantes de menores de edad vivos, excepto cuando se trate de trasplantes de médula ósea, para lo cual se requerirá el consentimiento expreso de los representantes legales del menor.

Tratándose de menores que han perdido la vida, sólo se podrán tomar sus órganos y tejidos para trasplantes con el consentimiento expreso de los representantes legales del menor.

En el caso de incapaces y otras personas sujetas a interdicción no podrá disponerse de sus componentes, ni en vida ni después de su muerte.

Artículo 333. .- Para realizar trasplantes entre vivos, deberán cumplirse los siguientes requisitos respecto del donante:

- I. Ser mayor de edad y estar en pleno uso de sus facultades mentales;
- II. Donar un órgano o parte de él que al ser extraído su función pueda ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura;
- III. Tener compatibilidad aceptable con el receptor;
- IV. Recibir información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extracción del órgano o tejido, por un médico distinto de los que intervendrán en el trasplante;
- V. Haber otorgado su consentimiento en forma expresa, en términos del artículo 322 de esta Ley, y
- VI. Los trasplantes se realizarán, de preferencia, entre personas que tengan parentesco por consanguinidad, civil o de afinidad. Sin embargo, cuando no exista un donador relacionado por algún tipo de parentesco, será posible

realizar una donación, siempre y cuando se cumpla con los siguientes requisitos:

1. Obtener resolución favorable del Comité de Trasplantes de la institución hospitalaria, donde se vaya a realizar el trasplante, previa evaluación médica, clínica y psicológica;
2. El interesado en donar deberá otorgar su consentimiento expreso ante Notario Público y en ejercicio del derecho que le concede la presente Ley, manifestando que ha recibido información completa sobre el procedimiento por médicos autorizados, así como precisar que el consentimiento es altruista, libre, consciente y sin que medie remuneración alguna. El consentimiento del donante para los trasplantes entre vivos podrá ser revocable en cualquier momento previo al trasplante, y
3. Haber cumplido todos los requisitos legales y procedimientos establecidos por la Secretaría, para comprobar que no se está lucrando con esta práctica.

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, y
- III. Asegurarse que no exista riesgo sanitario.

Artículo 335. .- Los profesionales de las disciplinas para la salud que intervengan en la extracción de órganos y tejidos o en trasplantes deberán contar con el entrenamiento especializado respectivo, conforme lo determinen las disposiciones reglamentarias aplicables, y estar inscritos en el Registro Nacional de Trasplantes. **Artículo 336.** Para la asignación de órganos y tejidos de donador no vivo, se tomará en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante,

los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados, así como la ubicación hospitalaria e institucional del donador.

Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, ésta se sujetará estrictamente a las bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacionales que se integrarán con los datos de los pacientes registrados en el Centro Nacional de Trasplantes.

Artículo 337. .- Los concesionarios de los diversos medios de transporte otorgarán todas las facilidades que requiera el traslado de órganos y tejidos destinados a trasplantes, conforme a las disposiciones reglamentarias aplicables y las normas oficiales mexicanas que emitan conjuntamente las secretarías de Comunicaciones y Transportes y de Salud.

El traslado, la preservación, conservación, manejo, etiquetado, claves de identificación y los costos asociados al manejo de órganos, tejidos y células que se destinen a trasplantes, se ajustarán a lo que establezcan las disposiciones generales aplicables.

El traslado de órganos, tejidos y células adecuadamente etiquetados e identificados, podrá realizarse en cualquier medio de transporte por personal debidamente acreditado bajo la responsabilidad del establecimiento autorizado para realizar trasplantes o para la disposición de órganos, tejidos y células.

Artículo 338. .- El Centro Nacional de Trasplantes tendrá a su cargo el Registro Nacional de Trasplantes, el cual integrará y mantendrá actualizada la siguiente información:

- I.Los datos de los receptores, de los donadores y fecha del trasplante;
- II.Los establecimientos autorizados conforme al artículo 315 de esta Ley;
- III.Los profesionales de las disciplinas para la salud que intervengan en trasplantes;
- IV.Los pacientes en espera de algún órgano o tejido, integrados en bases de datos hospitalarias, institucionales, estatales y nacional, y

V.Los casos de muerte encefá.

En los términos que precisen las disposiciones reglamentarias, los establecimientos a que se refiere el artículo 315 de esta Ley y los profesionales de las disciplinas para la salud que intervengan en trasplantes deberán proporcionar la información relativa a las fracciones I, III, IV y V de este artículo.

Artículo 339. La distribución y asignación de órganos, tejidos y células en el país, de donador con pérdida de la vida para trasplante, deberá sujetarse a los criterios y procedimientos emitidos por el Centro Nacional de Trasplantes.

El Centro Nacional de Trasplantes supervisará y dará seguimiento dentro del ámbito de su competencia a los procedimientos señalados en el párrafo anterior, mismos que deberán ser atendidos por los Centros Estatales de Trasplantes que establezcan los gobiernos de las entidades federativas y por los comités internos correspondientes en cada establecimiento de salud.

El Centro Nacional de Trasplantes dará aviso a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, en caso de detectar irregularidades en el desarrollo de las atribuciones en el ámbito de su competencia.

Asimismo, el Centro Nacional de Trasplantes fomentará la cultura de la donación, en coordinación con el Consejo Nacional de Trasplantes y los centros estatales de trasplantes.

Artículo 340. .- El control sanitario de la disposición de sangre lo ejercerá la Secretaría de Salud a través de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Artículo 341. .- La disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas con fines terapéuticos estará a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión que se instalarán y funcionarán de acuerdo con las disposiciones aplicables. La sangre será considerada como tejido.

Artículo 341 Bis. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, deberán impulsar la donación de células progenitoras hematopoyéticas, para coadyuvar en el tratamiento o curación de los pacientes que las requieran, asimismo, la Secretaría de Salud fijará las bases y modalidades a las que se sujetará el Sistema Nacional de Salud al respecto.

La Secretaría de Salud, emitirá las disposiciones que regulen tanto la infraestructura con que deberán contar los bancos de sangre que lleven a cabo actos de disposición y distribución de células progenitoras hematopoyéticas, como la obtención, procesamiento y distribución de dichas células.

Artículo 342. - Cualquier órgano o tejido que haya sido extraído, desprendido o seccionado por intervención quirúrgica, accidente o hecho ilícito y que sanitariamente constituya un desecho, deberá ser manejado en condiciones higiénicas y su destino final se hará conforme a las disposiciones generales aplicables, salvo que se requiera para fines terapéuticos, de docencia o de investigación, en cuyo caso los establecimientos de salud podrán disponer de ellos o remitirlos a instituciones docentes autorizadas por la Secretaría de Salud, en los términos de esta Ley y demás disposiciones generales aplicables”.¹¹

1.5 Trasplante Renal

La información que se presenta en este punto aborda en un principio lo relacionado a la historia del trasplante renal, y continua con el procedimiento que realiza el personal médico con el paciente (tanto donador como receptor) para poder efectuar satisfactoriamente un trasplante renal, por lo cual se retoman los temas de mayor relevancia siendo los siguientes; inmunología del trasplante, el reconocimiento antigénico y la actividad de la respuesta inmune, los criterios y estudios para selección de donadores vivos, estudios inmunológicos del donante y receptor del trasplante renal, prueba cruzada, evaluación y criterios de exclusión

¹¹<http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-decimo-cuarto/capitulo-iii/> Consultada el Martes 30 de Agosto 2011

del donante, los criterios de selección para receptores, los estudios a realizar en un candidato a trasplante renal, contraindicaciones al trasplante, evaluaciones del paciente según factores de riesgo, la recurrencia de la enfermedad renal original y por último las distintas técnicas quirúrgicas que se abordan para el trasplante renal.

1.5.1 Historia del Trasplante Renal en Humanos.

“La historia del trasplante renal refleja la combinación exitosa de la cirugía, la Medicina, la inmunológica y los cambios de actitud ante el problema. En 1993 Yu Yu Voronoy efectuó el primer trasplante renal humano en Ucrania. El receptor fue una mujer de 26 años de edad que había intentado suicidarse mediante la ingestión de cloruro de mercurio. El donante fue un hombre de 60 años de edad cuyo riñón fue extirpado 6 horas después de su muerte. Mediante el uso de anestesia local se anastomosaron los vasos renales a los vasos femorales y se efectuó una ureterostomía cutánea. Se documentó la eliminación de una pequeña cantidad de orina sanguinolenta y la paciente falleció 48 horas después del procedimiento. El primer éxito a largo plazo se documentó en Boston, en 1954, con el trasplante de riñón de un sujeto a su hermano gemelo con IRT. En 1958 se describió el primer antígeno de histocompatibilidad. La radioterapia con fines inmunosupresores se utilizó en 1959, la azatiopina comenzó a emplearse en humanos en 1961 y la prednisona comenzó a formar parte integral del régimen de inmunosupresión estándar con azatiopina en 1962. En ese mismo año se llevaron a cabo por primera vez las pruebas de compatibilidad tisular para la selección del donante al receptor. La compatibilidad directa (cross-match) entre los linfocitos del donante y el suero del receptor fue evaluada por primera vez en 1966. A fines de la década de 1960 se logró preservar el riñón humano durante más de 24 horas con la introducción de la máquina de perfusión pulsátil. A mediados de la década de 1970 se promulgaron leyes relativas a la muerte cerebral que posibilitaron la recuperación de órganos de donantes con corazón aún funcionando y redujeron el tiempo de isquemia caliente. Los primeros ensayos clínicos con la Ciclosporina fueron publicados por Calne y col en 1978 y esta

publicación fue seguida 3 años más tarde por la documentación del uso exitoso de anticuerpos monoclonales para el tratamiento del rechazo del trasplante renal en humanos".¹²

"El trasplante renal no hubiera sido posible si no se hubiesen explorado a fondo los mecanismos inmunológicos que intervienen en el reconocimiento celular, en la diferenciación entre lo propio y lo extraño al organismo y en la destrucción por parte del sistema inmune (SI) del individuo de las estructuras reconocidas como extrañas".¹³

1.5.2 Inmunobiología del Trasplante

"La importancia de abordar el tema de inmunobiología del trasplante, es que permite comprender mejor los procesos inmunitarios, así como el desarrollo de técnicas clínicas de ejecución de trasplantes.

❖ El Sistema Principal e Histocompatibilidad

Esta investigación permitió en los años 60 y 70 descubrir el Complejo Mayor de Histocompatibilidad (CMH), la estructura antigénica encargada de identificar todas las células del organismo y diferenciarlas de las extrañas. Los antígenos de este sistema son como un documento de identidad de cada célula. Este complejo antigénico, con un elevado polimorfismo genético, permite un gran número de combinaciones posibles de las moléculas que lo constituyen, de forma de que la posibilidad de que dos individuos tengan los mismos determinantes antigénicos es exageradamente baja. Los genes que codifican las proteínas que forman este sistema se localizan en el cromosoma 6. Los genes del sistema HLA, los más relevantes dentro de este complejo, codifican 2 tipos de antígenos, los de clase I (locus A, B y C) y los de clase II (locus DR, DP y DQ), con distintas funciones biológicas.

¹² Dr. Sandoval, Mario. "Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección Regional de Occidente Delegación Jalisco Hospital de Especialidades C.M.N.O. División de Nefrología y Trasplantes. Memorias del V Curso Teórico Práctico, Tratamientos Sustitutivos de la Insuficiencia Renal Crónica, Donación y Trasplante de Órganos" Guadalajara, Jalisco, Pág. 48

¹³ Arias, et/al. "Manual de Trasplante Renal", Editores Madrid, 2005. Pág 27

❖ **El Reconocimiento Antigénico y la Actividad de la Respuesta Inmune**

Salvo en los casos de gemelos HLA-idénticos en los que las células del injerto son reconocidas como propias, la puesta en contacto del paciente con el injerto pone en marcha los mecanismos del SI que reconocen a las células extrañas y las destruyen. Esta activación del SI es tanto más intensa cuanto más dispersen, inmunológicamente hablando, la pareja donante/receptor.

La sensibilización previa del receptor (anticuerpos anti-HLA) contra el donante provoca una destrucción inmediata del injerto por mecanismos humorales en los que interviene la activación del complemento.

La destrucción de un aloinjerto por el SI del receptor tiene lugar en dos fases bien diferenciadas: una inicial en la que se produce el reconocimiento de las células del injerto como extrañas (fase de reconocimiento o fase de inducción de la respuesta) y una segunda en la que se activan los mecanismos de destrucción del injerto (fase efectora).

Las primeras células del receptor que tienen contacto con el injerto son las células presentadoras de antígenos (CPA, células dendríticas, macrófagos y células endoteliales); éstas adquieren los antígenos por pinocitosis, los degradan y los ensamblan junto con moléculas del MHC formando un complejo que se muestra en la superficie de la célula para su presentación a los linfocitos T y que se fija a un receptor específico de la célula T denominado TCR (T cell receptor). Esta es la señal principal del reconocimiento antigénico. Se necesita otra señal accesoria consistente en la unión de la molécula CD28 del linfocito T con la molécula B7 de la CPA para que se lleve a cabo el proceso de reconocimiento antigénico (señal coestimuladora o segunda señal)".¹⁴

❖ **Estudios Inmunológicos del Donante y Receptor del Trasplante Renal**

“Dadas las consideraciones anteriores se debe realizar una evaluación inmunológica completa del donante y del receptor antes del trasplante con vistas a obtener unos resultados óptimos. Esta evaluación incluye la tipificación del CMH

¹⁴ Arias, et/al. “Manual de Trasplante Renal”, Editores Madrid, 2005. Pág 27,28, 29

(tipaje HLA) de ambos, así como la investigación de la existencia de sensibilización previa (anticuerpos anti-HLA) en el receptor. A continuación se describen las técnicas para la realización del tipaje HLA y para la detección de anticuerpos anti-HLA, su interpretación y los criterios, desde un punto de vista inmunológico, para la selección de la pareja donante/receptor.

❖ Tipaje HLA por Métodos Serológicos

El tipaje HLA consiste, por tanto, en la determinación de los alelos particulares del sistema HLA de un determinado individuo. Habitualmente, se utilizan sueros evaluados por diferentes laboratorios (estandarizados) en los que se han detectado anticuerpos monoespecíficos. Un análisis detallado, utilizando varios sueros, de aquellos que producen lisis celular y de los que no la producen, permite averiguar los determinantes antigénicos que muestran las células del individuo”.¹⁵

“En el caso del trasplante renal, la determinación de los antígenos HLA en donante y receptor es obligatoria, dado la relación incuestionable entre su compatibilidad y la evolución del injerto.

El tipaje HLA utilizando sueros de individuos con anticuerpos conocidos (aparecidos a consecuencia de transfusiones, embarazos o trasplantes previos) es el llamado t. serológico y se basa en la prueba de microlinfocitotoxicidad de Terasaki. Con esta técnica se han descrito los antígenos de la clase I, siendo su mayor limitación el que los sueros no suelen ser perfectamente monoespecíficos. Para estudiar los antígenos de clase II de los locus DR y DQ hay que separar los linfocitos B del resto (por sus propiedades físicas o inmunológicas, por tinciones dobles etc.) y aumentar los tiempos de incubación, pero la dificultad con los sueros es aquí más acusada, por lo que en general la definición de estos antígenos es más imprecisa que los de la clase I. Los anticuerpos monoclonales han atenuado en parte el problema de los sueros poco específicos, pero no lo han resuelto completamente”.¹⁶

¹⁵ Arias, et/al. “Manual de Trasplante Renal”, Editores Madrid, 2005. Pág 30, 31

¹⁶ Arias, et/al. “Manual de Trasplante Renal”, Editores Madrid, 2005. Pág 32

❖ Prueba Cruzada (PC)

“La PC consiste en el análisis de la existencia de sensibilización humoral específica del receptor contra el donante. Esta técnica basada también en la prueba de microlinfocitotoxicidad de Terasaki e instaurada a mediados de los años 60, es obligatoria antes de la realización del trasplante. Con ella se ha conseguido reducir la frecuencia de rechazo hiperagudo hasta valores mínimos.

a) PC clásica por citotoxicidad

En esencia consiste en la incubación de suero del receptor con linfocitos del donante; si se produce la lisis celular (tras la incubación con complemento de conejo) se interpreta como existencia de anticuerpos en el receptor específicos contra el donante y riesgo elevado de rechazo hiperagudo. Esta situación, con algunas excepciones, se considera una contraindicación absoluta para la realización del trasplante. Habitualmente, se realiza la prueba con el suero que históricamente haya mostrado una mayor reactividad y con el más reciente, congelados previamente. Cabe la posibilidad de que exista reactividad en sueros recogidos un tiempo atrás, sin que pueda detectarse en sueros más recientes. Esta situación que se suele definir como PC histórica positiva y actual negativa tiene una especial significación y su interpretación es discutida, aunque en general puede aceptarse la realización del trasplante cuando la PC con suero actual es negativa y se detecta reactividad en sueros antiguos de más de un año.

Puede haber situaciones en las que la PC detecte anticuerpos no nocivos para el injerto (PC falsa positiva) y situaciones en las que existan anticuerpos nocivos a pesar de una PC negativa (PC falsa negativa). El primer caso puede ser debido a la existencia de anticuerpos linfocitotóxicos no anti-HLA (es decir, que se fijan a los linfocitos y los destruyen tras la fijación del comportamiento, pero que no van dirigidos contra el sistema HLA). Estos anticuerpos suelen ser la clase IgM (su efecto desaparece tras añadir al suero un compuesto que rompe los puentes disulfuro que unen las diferentes cadenas de la IgM, como el ditiotreitól), suelen reaccionar preferiblemente contra linfocitos B, suelen reaccionar a bajas temperaturas (tras incubación a 4⁰), suelen ser autorreactivos (es decir reaccionan contra los propios linfocitos del receptor), no se adsorben con plaquetas (a

diferencia de los anticuerpos anti-HLA), no lisan células de pacientes con leucemia linfocítica crónica y su efecto no es bloqueable tras la incubación con anticuerpos monoclonales anti-HLA (la prueba definitiva). En todo paciente con reactividad es preceptivo realizar un estudio con los métodos descritos para descartar la existencia de este tipo de anticuerpos, sobre todo en aquellos casos en los que no haya una causa clara de sensibilización y en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Cuando se demuestra la existencia de estos anticuerpos (y la ausencia de anticuerpos anti-HLA) se acepta la realización del trasplante a pesar de una PC positiva, incluso con el suero actual.

El segundo caso se da en aquellas situaciones en las que existan anticuerpos no linfocitotóxicos (que no producen una PC positiva) que sean nocivos para el injerto. Esto puede ser debido a la existencia de anticuerpos anti-HLA no reconocidos o a la existencia de diferentes anticuerpos no dirigidos contra el sistema HLA, entre los cuales los más importantes son los anticuerpos dirigidos contra el sistema antigénico endotelio-monocítico”.¹⁷

❖ Evaluación del Donante

“El trasplante renal no puede realizarse sin donantes de riñón, y aunque se ha puesto mucho énfasis en el tratamiento del paciente tras el trasplante, la correcta identificación y preparación de los donantes contribuye definitivamente al éxito del trasplante, tanto a nivel individual como nacional”.¹⁸

“La evaluación de los donantes en vida es un proceso paulatino que se inicia desde la selección inicial a través de la evaluación no invasiva hasta la invasiva y finalmente la cirugía”.¹⁹

¹⁷ Danovitch, G. “Trasplante Renal” Marban Libros, S.L. 2002. Pág. 85

¹⁸ Ibidem, 111

¹⁹ Ibidem, 113

“Proceso de evaluación propuesto para los donantes potenciales en vida

Captación del Donante

- Educar al paciente en lo que respecta a la donación en vida y de cadáver.
- Tomar la historia familiar y social y buscar donantes potenciales.
- Revisar compatibilidades ABO de los donantes potenciales.
- Elegir un donante potencial primario con el paciente y la familia.
- Educar al donante en lo que respecta al proceso de evaluación y donación.

Evaluación del Donante

- Historial y examen físico completos
- Estudio de laboratorio detallado que incluya un recuento sanguíneo completo.
 - Bioquímica completa
 - Virus de Inmunodeficiencia Humana
 - Lipoproteínas de muy baja densidad
 - Serología de las hepatitis B y C.
 - Citomegalovirus.
 - Prueba de tolerancia a la glucosa (para familias diabéticas)
- Análisis de orina, cultivo de orina, prueba de embarazo.
- Determinación de proteínas a en orina de 24 horas.
- Determinación de creatinina a en orina de 24 horas.
- Radiografía e tórax, electrocardiografía, prueba de esfuerzo para los mayores de 50 años.
- Urografía por tomografía computarizada helicoidal b.
- Evaluación psicosocial.
- Repetir pruebas cruzadas antes del trasplante”.²⁰

²⁰ Ibidem, 114

❖ **Criterios de Exclusión**

“Los donantes potenciales se excluyen por razones médicas, cuando se piensa que pueda haber riesgo de enfermedad renal no reconocida o un incremento en el riesgo de morbilidad y mortalidad a corto o largo plazo desde la cirugía.

A continuación se presentan algunos de los criterios comunes para la exclusión de donantes potencialmente compatibles.

- Edad <18 años o >65 años-70 años.
- Hipertensión (>140/90 mm Hg o necesidad de medicación).
- Diabetes (prueba de tolerancia a la glucosa anormal o hemoglobina A).
- Proteinuria (>250 mg/24 h).
- Historia de cálculos renales recurrentes.
- Velocidad de filtración glomerular anormal (<80 ml/min)
- Hematuria microscópica
- Anormalidades urológicas en los riñones del donante.
- Patología médica significativa (por ejemplo, enfermedad pulmonar crónica, malignidad recientes).
- Obesidad (30% por encima del peso ideal).
- Historial de trombosis o tromboembolismo.
- Contraindicaciones psiquiátricas.
- Historia familiar importante de enfermedad renal, diabetes e hipertensión.

Muchos de estos criterios no son absolutos, y cuando los resultados se encuentran en el límite, siempre es mejor errar a favor de la seguridad del donante ya que el donante, a diferencia del receptor, no necesita de la cirugía para mejorar su salud”.²¹

❖ **¿Qué Donante Escoger?**

“Si existe más de un donante en una familia, es lógico comenzar a trabajar con el pariente más compatible (por ejemplo, coincidencia de dos haplotipos frente a

²¹ Ibidem, 115

coincidencia de un haplotipo). Si los donantes son del mismo grado de compatibilidad (por ejemplo, haplotípica y un hermano con una coincidencia haplotípica), sería aconsejable elegir al donante mayor, con la idea de que el donante más joven podría seguir estando disponible para la donación si el primer riñón fallara eventualmente”.²²

❖ **Criterios de Selección Para Receptores**

“Todo paciente con IRCT (Insuficiencia Renal Crónica Terminal) es candidato potencial a recibir el tratamiento sustitutivo mediante diálisis y restitutivo con el trasplante renal, aunque hay que mencionar que los pacientes con falla renal no terminal en fase de pre-diálisis con un potencial donador genéticamente emparentado o cónyuge pueden incluirse en el protocolo de estudio para el trasplante sin llegar a tener diálisis.

La evaluación inicial inicia con una historia clínica con el fin de encontrar contraindicaciones obvias para el trasplante renal y descartar la realización de otras pruebas caras y cruentas; la IRCT debe ser independiente de procesos metabólicos irresolubles por ejemplo: oxalosis. No hay edad absoluta que excluya del trasplante debiéndose considerar a edad fisiológica y el estado global de salud de los individuos mayores de 60 años, ausencia e enfermedad activa ya sea viral, bacteriana o micótica; debiendo someterse a una serie de estudios básicos y exploración de distintos especialistas: psiquiatra, otorrinolaringólogo, oftalmólogo, dentista, infectólogo, proctólogo, urólogo, cardiólogo, angiólogo y nefrólogo, así como el personal paramédico con experiencia y adiestramiento en el área de trasplantes como trabajo social, enfermería y nutrición; para finalmente obtener la autorización de la hoja de consentimiento informado del procedimiento médico-quirúrgico al que será sometido. Todo esto con el fin de descartar patologías que contraindiquen de manera absoluta el procedimiento como es el caso de neoplasias activas a excepción de los carcinomas cutáneos que son localmente

²² Ibidem, 116

invasivos, insuficienciacardiaca que presente riesgo de muerte durante la intervención quirúrgica, cardiopatía, arterioesclerosis y retraso mental”.²³

❖ Estudios a Realizar en un Candidato a Trasplante Renal

“Se consideran 2 grupos de estudios

- Obligatorios, imprescindibles en todos los pacientes.
- Opcionales, que se indicarán en función de la historia clínica del paciente, exploración física, edad, sexo, etc.

| Evaluación del paciente candidato a trasplante | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| Estudios obligatorios | | Estudios opcionales | |
| Historia clínica. Revisar vacunaciones | EGK. | Mamografía >40 años. Alto riesgo >35 años. | Evaluación urológica. |
| Examen físico y ginecológico en el caso de la mujer. | Rx. Tórax y abdomen. | PSA (>50 años) | Estudios digestivos. |
| Hemograma y estudio de coagulación | Ecografía abdominal. | Ecocardiograma. | PPD. |
| Bioquímica completa | Grupo sanguíneo ABO. | Test estrés cardiaco no invasivo. | Serología toxoplasma, rubeola, otras. |
| Urocultivo. | Tipaje HLA: A, B, DR. | Doppler carotideo y aortoiliaco. | Evaluación psiquiátrica. |
| Serología: HBV, HCV, HIV, CMV, EBV, HSV, VZV. | Investigación de anticuerpos anti HLA. | Colonoscopia (>50 años). | Evaluación dental. |

²³ Dr. Nieves, Juan. “Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección Regional de Occidente Delegación Jalisco Hospital de Especialidades C.M.N.O. División de Nefrología y Trasplantes. Memorias del V Curso Teórico Práctico, Tratamientos Sustitutivos de la Insuficiencia Renal Crónica, Donación y Trasplante de Órganos” Guadalajara, Jalisco, 2002 Pág. 57,58

❖ **Contraindicaciones al Trasplante**

Absolutas

- Cáncer en actividad.
- Infección activa aguda o crónica.
- Alto riesgo de no sobrevivir a la intervención.
- Expectativa de vida <2 años.
- Psicopatía grave, crónica y no controlada.

La infección por VIH suele contraindicar el TR, aunque algunos grupos lo consideran en pacientes con ausencia de replicación viral (>3 meses), CD4 >200 mm (> 6 meses), sin infecciones o neoplasias asociadas y estables con antirretrovirales.

Relativas

- Edad >75 años.
- Cáncer previo, sin tiempo suficiente en remisión.
- Enfermedad vascular avanzada: coronaria, cerebral o periférica.
- Malformación o disfunción grave del tacto urinario.
- Drogadicción o etilismo (control estricto especializado >6 meses antes de la inclusión).
- Historia de incumplimiento terapéutico (control al menos de 6 meses antes de la inclusión).
- Enfermedad de base activa (clínica y/o serológica).
- Alto riesgo de recurrencia de la enfermedad renal y pérdida de injerto.
- Hepatitis B con evidencia de replicación viral.
- Disfunción crónica severa: cardíaca, hepática, o pulmonar (considerar trasplantes combinados).
- Trastorno grave de la coagulación (hemorrágico o trombogénico).
- Úlcera péptica en actividad.

Retraso mental severo (individualizar según capacidad de seguir el tratamiento y apoyo socio-familiar)".²⁴

❖ **Evaluación del Paciente Según Factores de Riesgo**

“Existen diferentes situaciones clínicas, en las que el posible receptor de un TR debe ser sometido a estudios en función de riesgos específicos que hay que detectar y tratar antes de decidir si el trasplante constituye para ellos la mejor opción terapéutica. Entre estos grupos estarían:

- Pacientes con cáncer previo.
- Enfermedades que pueden recurrir en el injerto.
- De especial riesgo vascular.
- Con hepatitis por virus B o C.
- Pacientes con enfermedad del tracto urinario o que precisen nefrectomía previa al trasplante”.²⁵

1.5.3 Criterios y Estudios Para Selección de Donadores Vivos

“En nuestro país la casi totalidad de los injertos renales proceden de donadores vivos en más del 95% en comparación con otros países como España donde el 98% son injertos de donación cadavérica.

El proceso de estudio es para minimizar el riesgo del donador y el éxito del trasplante renal siempre y cuando este bien seleccionado el mismo; es preferible siempre la donación de vivo consanguíneo o genéticamente emparentado (por la compatibilidad idéntica o semi-identica) sobre el no emparentado (esposa o cuñado o amigos etc.) para obtener mejores resultados. En todos ellos es fundamental cumplir una serie de requisitos: deseo de donar de forma libre y desinteresada, estabilidad emocional, motivación, mayoría de edad, plenas facultades mentales y una adecuada salud física. Precisa un consentimiento informado con la explicación detallada de las posibles complicaciones de orden somático, psíquico o psicológico y repercusiones (riesgo de muerte 1 entre 2000 a

²⁴ Arias, et/al. “Manual de Trasplante Renal”, Editores Madrid, 2005. Pág.62, 63

²⁵ Ibidem, 64

3500, complicaciones de la herida quirúrgica, embolismo pulmonar, septicemia, hemorragia, insuficiencia renal, hepatopatía, infección de la orina hematomas, tromboflebitis etc.

Dentro de los criterios de aceptación de donador vivo se realizará una historia clínica minuciosa tratando de averiguar situaciones patológicas que comprometan la donación como lo son: antecedentes genéticos de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, quistes renales, hipertensión arterial etc.; hábitos o adicciones, exploración física con el fin de encontrar lesiones que el paciente no ha observado ni han manifestado situaciones de enfermedad.

Antes de iniciar estudios de laboratorios y gabinete se debe realizar grupo sanguíneo para ver si tiene compatibilidad con el receptor, los estudios laboratoriales a realizarse son: biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento renal, hepático, pancreático, perfil viral para hepatitis B y C; citomegalovirus, virus de sida (VIH), exámenes inmunológicos y finalmente pruebas cruzadas con el receptor contra linfocitos T y B. Los análisis de gabinete e interconsulta por distintos especialistas son el procedimiento siguiente siendo de las más importantes la valoración cardiológica y psiquiátrica.

Una vez realizado los estudios mencionados, posteriormente se somete al donante a una arteriografía para seleccionar el riñón que posea menor índice de dificultad en la intervención quirúrgica”.²⁶

1.5.4 La Recurrencia de la Enfermedad Renal Original

“Con escasas excepciones, la mayoría de las enfermedades que producen IRC pueden recurrir después de un TR, de tal forma que a largo plazo representan la tercera causa de pérdida del injerto, después de rechazo crónico y del fallecimiento con injerto funcionante. Por fortuna, muchas recurrencias son sólo histológicas, sin repercusión clínica significativa. El riesgo de recidiva, rara vez contraindica el trasplante, aunque si obliga a consideraciones especiales cuando

²⁶ Dr. Nieves, Juan. “Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección Regional de Occidente Delegación Jalisco Hospital de Especialidades C.M.N.O. División de Nefrología y Trasplantes. Memorias del V Curso Teórico Práctico, Tratamientos Sustitutivos de la Insuficiencia Renal Crónica, Donación y Trasplante de Órganos” Guadalajara, Jalisco, 2002 Pág. 58, 59

se plantea un TR con donante vivo, al no estar bien identificados qué factores predicen el riesgo de recurrencia de una determinada enfermedad”.²⁷

1.5.5 Trasplante Renal de Heterotópico. Técnica Quirúrgica

“El trasplante renal más hábitual es el heterotópico, en el cual se anastomosan los vasos renales a los iliacos y se sitúa el riñón en retroperitoneo en fosa ilíaca (FI). La primera alternativa es la (FI) derecha, soliendo reservarse la FI izquierda para segundos trasplantes. En el TR ototópico se sitúa el riñón en fosa lumbar izquierda. Se realiza la nefrectomía del riñón izquierdo propio con el objetivo de utilizar la vena y pelvis renal para las anastomosis con el injerto, mientras que para la anastomosis arterial se utiliza la arteria esplénica. El trasplante renal ortotópico ha demostrado en la serie de los autores que describieron la técnica una similar eficacia al heterotópico. No obstante, debido a una mayor dificultad técnica suele ser una alternativa en terceros trasplantes o imposibilidad de realizar el implante en FI. Se inscribe a continuación la técnica del TR heterotópico.

❖ Abordaje Quirúrgico al Retroperitoneo

Se practica una incisión en “J” siguiendo el borde externo de la vaina de los rectos. Su extensión dependerá del fenotipo del paciente. Siempre llegará a la espina del pubis y se extenderá aproximadamente hasta la altura del ombligo.

Se buscará el espacio extraperitoneal reflejado el peritoneo hasta la línea media, mediante maniobras digitales, lo cual llevará a la exposición de los vasos epigástricos y el ligamento redondo en mujer. Se respetará el cordón espermático. Se coloca un separador autoestático de los cuales existen diferentes versiones como el separador de Buck Walter, este tipo de separadores, hacen prescindir de la necesidad de utilizar valvas por parte del segundo ayudante.

Una vez expuestos los grandes vasos, se decide la posición y altura del riñón que va a depender, fundamentalmente de la calidad de los vasos del receptor, especialmente, de su arteria. Es importante en este momento, colocar el riñón en la posición en que va a quedar después de trasplantar y en esta posición elegir la

²⁷ Ibidem, 65

longitud de los vasos de forma que no se acorden posteriormente. Habitualmente, se utiliza la fosa ilíaca derecha (ID), tanto para el riñón izquierdo como para el riñón derecho.

La altura de la colocación del riñón en el retroperitoneo depende si se trata de un riñón derecho o izquierdo, debido a la diferencia de longitud entre su arteria y vena. El riñón izquierdo no presenta ningún problema puesto que la adaptación de la longitud de arteria y vena es óptima, e incluso en muchas ocasiones, podemos prescindir de un segmento venoso. La menor longitud de la vena derecha, suele adaptarse bien a una situación más alta en fosa ilíaca derecha con anastomosis al segmento iliocavo que se encuentra lateral respecto a la arteria ilíaca primitiva, más medial, y por tanto precisa una mayor longitud de arteria. No obstante, no existe ninguna limitación a la hora de colocar el riñón derecho a vasos ilíacos externos o en FII, aunque si queremos preservar el parche aórtico habrá que alargar la vena renal con el segmento de cava, que siempre debe dejarse junto a la vena renal derecha en la extracción.

Una vez elegida la zona exacta donde se va a anastomosar vena y arteria, se practica la disección, ligadura y sección de los vasos linfáticos perivasculares con el objeto de evitar linfocelos posteriores. Es absolutamente necesario limitar la disección justo al área donde se va a realizar la anastomosis. Una vez finalizada la disección vascular, se coloca el riñón en la fosa ilolumbar siempre sobre un lecho de hielo, posición en la que se mantendrá durante toda la intervención. Esto permitirá minimizar la isquemia caliente inevitable del tiempo de la anastomosis.

❖ **Anastomosis vasculares**

– Anastomosis venosa

Se realiza una exposición venosa que permita la colocación de la pinza Satinsky. Excepcionalmente, es preciso realizar la ligadura de alguna vena sacra con objeto de movilizarla ante la presencia de venas renales cortas. Se realiza una venotomía longitudinal en el receptor de una longitud similar a la de la boca venosa del receptor, rescatando una banda longitudinal en su borde medial que facilitará la anastomosis.

La anastomosis se realiza en término-lateral mediante dos suturas de 6/0 de material irreabsorbible monofilamento. Se prefiere realizar la sutura de la cara posterior por dentro de los vasos, con el objeto de mantener el riñón frío y en la posición definitiva en la que permanecerá. La cara anterior se completa también con una sutura continua de forma clásica.

Una vez finalizada la anastomosis, se coloca la pinza vascular de Bulldog para comprobar la estanquidad de la misma y evitar el reflujo venoso el riñón mientras se realiza la anastomosis arterial.

– Anastomosis arterial

Tal y como se realizó para la anastomosis venosa, se coloca una pinza de Satinsky sobre un segmento mínimamente disecado de la arteria. Se realiza la resección de un parche vascular suficiente para permitir el alojamiento del pequeño parche aórtico de la arteria renal que se conservo. Se suele realizar una sutura continua de 360⁰ con el objeto de ganar en rapidez y estanqueidad. Al igual que se realiza en la vena, se inicia la sutura de cara posterior de la arteria renal y de la cara lateral de la arteria ilíaca del receptor desde dentro del vaso. Una vez que se llega a la parte superior de la sutura, se exterioriza la misma y se sigue de forma convencional suturando la cara anterior de la arteria renal y la cara medial de la arteria ilíaca del receptor”.²⁸

²⁸ Arias, et/al. “Manual de Trasplante Renal”, Editores Madrid, 2005. Pág.78-85

CAPÍTULO II

HOSPITAL GENERAL DE URUAPAN

“DR. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ”

En este primer capítulo es importante presentar un panorama detallado sobre el conocimiento de la institución que atiende al paciente que se retoma como caso específico a investigar, (sobre las situaciones que se han suscitado a partir del trasplante renal), para lo cual se incluye información del Hospital General de Uruapan en cuanto a la organización y estructura de la institución, mencionando; las características, antecedentes generales de la institución, objetivos, misión, visión y la estructura organizativa de los diferentes departamentos a través de los cuales se proporcionan los servicios de salud a los usuarios del hospital.

2.1 Características Generales de la Institución

El Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” se encuentra localizado al oriente de la ciudad de Uruapan en el Km. 1.5 carretera a Tejerías Col. San Francisco Uruapan Michoacán. Las calles que colindan con esta institución son: General Plutarco Elías Calles, Álvaro Obregón, Francisco I Madero y Carlos Salinas de Gortari. Código postal: 60 157 Los Teléfonos: 52 8 03 20 y Fax 52 8 02 92.

La institución siendo de segundo nivel, depende directamente de la Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, es de carácter público y tiene la obligación de atender a toda la población que necesite algún tipo de servicio de salud, y que no cuente con IMSS e ISSSTE, tomando en cuenta que el servicio es para todas aquellas personas de bajos recursos.

Las especialidades que ofrece son las siguientes

Oftalmología, estomatología, otorrinolaringología, pediatría, traumatología, ginecología, medicina interna, cirugía, cirugía pediátrica, urología, cardiovascular, neurocirugía, psicología, nutrición, cardiología, colposcopia, planificación familiar, medicina preventiva, papanicolaou, trasplante de órganos, banco de sangre, laboratorios, rayos X, estomatología, traumatología, medicina interna, cirugía,

psicología, violencia, climaterio, banco de sangre, laboratorios rayos X, curaciones.

2.2 Antecedentes Generales

“Desde hace tres décadas atrás, se venía contemplando la creación de un hospital que diera respuesta a las necesidades de salud que presentaba la población indígena de la meseta Purépecha y de los municipios cercanos a la ciudad de Uruapan, así como enfermos de poblaciones colindantes a Michoacán como son los estados de Guerrero, Colima, Jalisco y Guanajuato.

Siendo, entonces que en el año 1990, se autorizó el proyecto para la construcción de un Hospital con servicio de salud de 2° nivel, iniciando en enero de 1991 bajo el programa de Solidaridad, tocando la aportación de un 50% por parte de Gobierno Federal, un 25% por el Gobierno Estatal y el otro 25% por la Secretaría de Salud del Estado.

El terreno de 15,000 m² de extensión, fue donado por el Comisariado Ejidal de la población rural de Tejerías, y que ahora forma parte de la colonia San Francisco de esta ciudad. Iniciándose en el mes de Enero de 1991, la construcción de dicho hospital y siendo terminada la obra totalmente hasta el 31 de Septiembre de 1993; abarcando 8,000 m² y construido el edificio de dos plantas, con un costo total de \$28, 000,000.00 aproximadamente.

Finalmente el 17 de junio de 1993, el Presidente de la República Carlos Salinas de Gortari, en compañía del Secretario de Salud Dr. Jesús Kumate García, el Gobernador Interino del Estado de Michoacán Lic. Ausencio Chávez Hernández y el Jefe de Servicios Coordinados de Salud Dr. Eustolio Hernández Vázquez, entre otros distinguidos personajes, inauguraron el Hospital entonces Regional de Uruapan, haciendo entrega de la Dirección al Dr. Sergio Hidalgo Ramírez, quien estuvo al mando hasta el día 1° de mayo del 2007.

El 1° de julio de 1993 inició sus actividades en consulta externa y el 1 de Noviembre del mismo año se inicia el servicio de hospitalización, contando entonces con solo 60 camas en el ala poniente del edificio. La primera cirugía que se realizó fue una apendicetomía, realizada por el Dr. Daniel Murillo Estrada.

Para Diciembre de 1994, se integran otras especialidades básicas a la institución como son: medicina interna, pediatría, cirugía, ginecología, oftalmología, estomatología, otorrinolaringología, traumatología, ortopedia y neurocirugía.

Otro hecho relevante en la institución es el abanderamiento del Hospital el 24 de Febrero de 1994.

Por acuerdo de la Secretaría de Salud con fecha 30 de noviembre de 1994, se aprobó que el Hospital General de Uruapan, lleve el nombre de "DR. PEDRO DANIEL MARTINEZ", en honor del médico michoacano, brindándole así un homenaje y reconocimiento a su incansable labor en pro de la salud de los mexicanos, el cual estuvo presente en el acto de nominación y revelación del busto el 24 de Junio de 1995, quien para la historia dejó la frase "La mayor tragedia de la vida no es la muerte, es lo que dejamos morir dentro de nosotros y que pudimos desarrollar en vida", el cual lamentablemente falleció el 5 de Noviembre del mismo año en la ciudad de México a la edad de 89 años.

Asimismo, en el año de 1995, debido a la gran demanda de atención se incrementaron las especialidades de: urología, cirugía plástica y reconstructiva, cirugía cardiovascular, cirugía maxilofacial, psicología, nutrición, hematología.

El Hospital General es calificado por la UNICEF como, "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" develándose la placa el 14 de noviembre de 1995 que patenta dicho reconocimiento.

Al paso del tiempo se han hecho diversas adaptaciones en las instalaciones físicas del hospital para brindar mejor calidad en los servicios y cubrir las demandas actuales de la población.

Desde su apertura el hospital inicio con el departamento de Trabajo Social dentro de su estructura orgánica, el cual contaba con 2 trabajadoras sociales. En 1994 ya se contaba con cinco trabajadoras sociales de base, una intérprete purépecha, aún así no era suficiente el personal para cubrir la demanda de servicios; por lo que en 1997 se integran al departamento 2 trabajadores sociales, ya para agosto del 2007 el departamento cuenta con un personal de 11 trabajadoras sociales, una interprete purépecha y una secretaria".²⁹

²⁹ Manual de Organización y Procedimientos del Hospital General de Uruapan, 1995.

2.3 Objetivos, Misión, Visión, Políticas

A continuación se señala; el objetivo general, objetivos específicos, la misión, visión y políticas del Hospital General teniendo con ello una referencia más específica de la institución.

Objetivos:

“Objetivo General

Atender la necesidad de salud que presenta la población y tratando de que los servicios que se brindan sean de la mejor calidad.

Objetivos Específicos

- Otorgar atención médica a nivel primario y secundario a la población abierta, así como llevar planes y programas de medicina preventiva ya establecidos por la Secretaría.
- Mejorar a los pacientes mediante la suficiencia de equipos e insumos, así como, a través de instancias físicas y decorosas.
- Evaluar la calidad y calidez en la presentación de los servicios de salud, al impulsar un trato respetuoso a los usuarios y mejorar los sistemas de información y orientación al público, sobre los diversos servicios que ofrece el Hospital.
- Lograr la participación activa de la comunidad y de la población en torno a sus hospitales, fomentando la revaloración y reconocimiento de la sociedad sobre el papel que desempeñan como procuradores de la salud y contribuyentes al bienestar social”.³⁰

Misión:

“Es un Hospital General de 2° nivel de la Secretaría de Salud Michoacán, comprometido con la sociedad para proporcionar atención médica digna, oportuna y segura, con calidad y calidez que satisface ampliamente las necesidades y expectativas de los usuarios en apego a la normatividad establecida y a los derechos humanos.

³⁰ Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social, Agosto 2007. Pág. 12

Visión:

De conformidad con los Principios y Valores Institucionales: Ser a mediano plazo uno de los 5 mejores Hospitales de 2° nivel del país, reconociendo por estar en manos de Profesionales con calidad humana, altamente calificados y en constante innovación tecnológica”.³¹

Políticas

- “Las acciones del personal de la institución deberán dirigirse hacia el logro de los objetivos de la unidad.
- Los pacientes, familiares y público en general serán objeto de la misma atención, independientemente de su posición social, cultural, económica y religiosa.
- Se asignará al personal, tareas y responsabilidades específicas en cada uno de los niveles de atención en base a la descripción del puesto actual.
- Para mantener y/o elevar la calidad de la atención del personal en el servicio, se planearan y ejecutarán programas de trabajo en coordinación con el equipo de enseñanza de la Institución.
- Se fomentará el desarrollo integral del personal, a través de la participación de eventos científicos y culturales”.³²

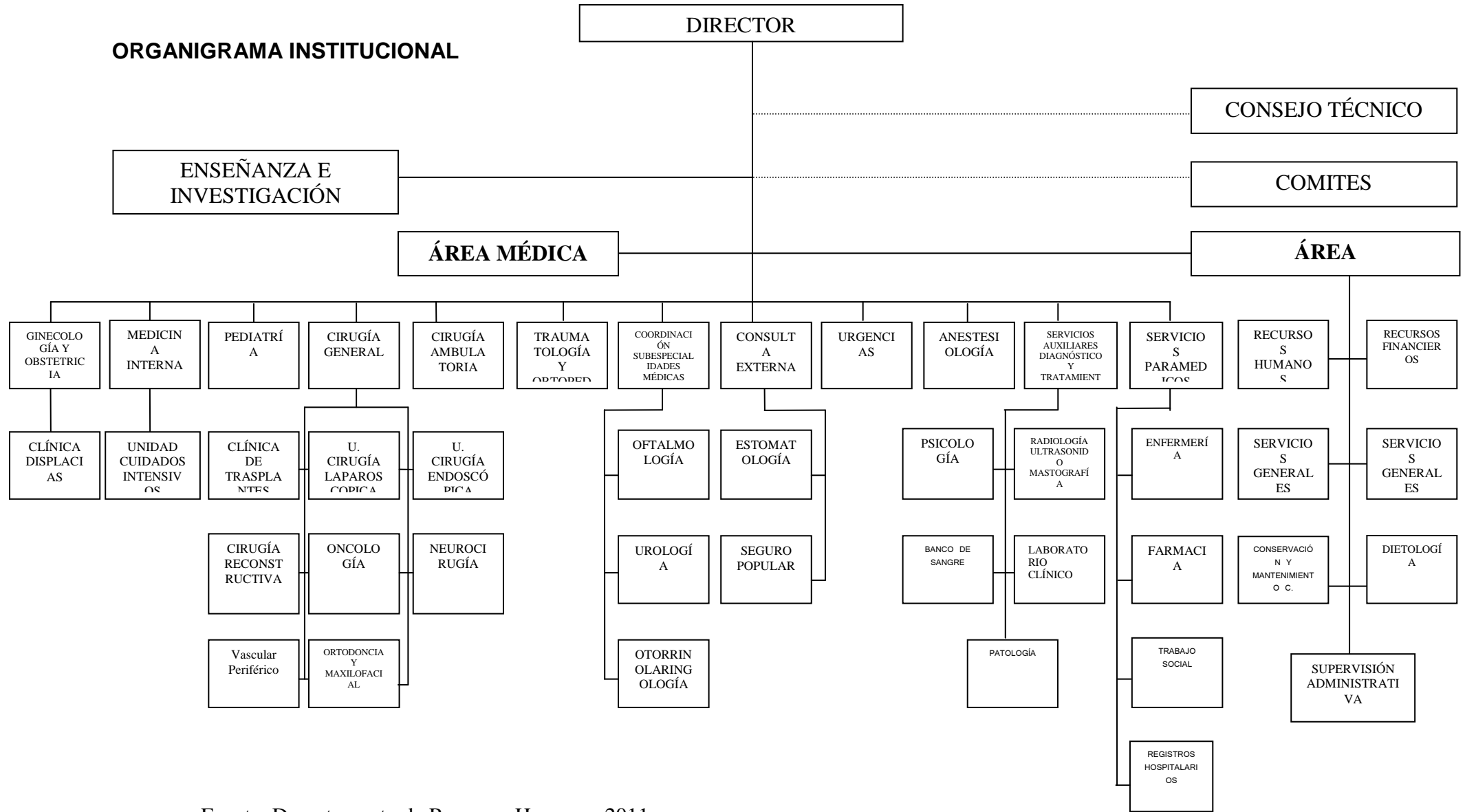
2.4 Estructura Organizativa

Para tener un conocimiento más claro de la organización actual de los diferentes puestos dentro de la institución, se presenta a continuación el organigrama general del Hospital General de Uruapan, con la finalidad de conocer el orden jerárquico que se le asigna a cada área, dicho organigrama fue proporcionado por el departamento de Recursos Humanos. Asimismo se señalan las funciones y actividades que se realizan en los diversos departamentos y áreas de la institución.

³¹ Ibidem, 13

³² Manual de Organización y Procedimientos del Hospital General de Uruapan, 1995.

ORGANIGRAMA INSTITUCIONAL



Fuente: Departamento de Recursos Humanos 2011

“Función Genérica

- **Dirección:** a cargo del Director del Hospital, representa el más alto nivel de ejecución y decisión del hospital, integrada con los demás organismos que forman el cuerpo de gobierno, configurando la máxima autoridad del mismo; algunas de las funciones que se tienen dentro de este cargo son las siguientes:
 - ✓ Coordinar y participar en la planeación de los programas generales y específicos de la unidad.
 - ✓ Integrar de acuerdo con las necesidades, recursos humanos y materiales disponibles en cada uno de los servicios hospitalarios.
 - ✓ Realizar gestiones necesarias para que se proporcione el hospital los recursos humanos, financieros y materiales requeridos por los servicios y áreas de atención al paciente para su óptimo funcionamiento.
- **Consejo Técnico:** cuerpo colegiado que tiene por objeto asesorar técnicamente al cuerpo de gobierno del hospital para el mejor desarrollo de las actividades médico-administrativas; algunas de las funciones que se tienen dentro de este cargo son las siguientes:
 - ✓ Apoyar las actividades de la institución y formular sugerencias tendientes a mejorar su funcionamiento.
 - ✓ Apoyar la organización de eventos científicos, de carácter nacional e internacional, para todo el personal de la institución.
 - ✓ Coordinar sus acciones con los comités de salud de las localidades bajo la jurisdicción del hospital.

- **Comités:** grupos multidisciplinarios de profesionales y técnicos calificados que se reunirán con el fin de desarrollar programas específicos de carácter médico-administrativo, para la resolución de problemas prioritarios del establecimiento; algunas de las funciones que se tienen dentro de este cargo son las siguientes:

- ✓ Presentar opciones de solución ante el planteamiento de problemas específicos, según el comité que se trate.

- ✓ Coordinar a través de la división de enseñanza e investigación y medicina preventiva, la integración de programas docentes para el personal médico, paramédico, administrativos y de servicios generales del Hospital.

- ✓ Educación y actualización de la prevención y control de las infecciones hospitalarias.

- **Área Administrativa:** formara parte del cuerpo de gobierno del hospital, dependerá de la dirección y será el responsable ante ella de la organización y buen funcionamiento de los servicios administrativos y generales dentro del área se encuentran contemplados los siguientes puestos:

Recursos Humanos: tendrá a su cargo la administración técnica de los recursos humanos de la unidad hospitalaria, estableciendo la adecuada intervención de estos; algunas de las funciones que se tienen dentro de este cargo son las siguientes:

- ✓ Coordinar y asesorar a los responsables de los diferentes departamentos, servicios y oficinas, en los procedimientos a seguir, para el cumplimiento de las normas y procedimientos establecidos en lo referente a la administración del personal.

- ✓ Propiciar que los recursos humanos en el hospital se den con entera armonía, así como los sistemas, promoción, estímulos y recompensas al personal.

Recursos Financieros: tendrá a su cargo la responsabilidad de mantener informado al cuerpo de gobierno y a las autoridades que lo soliciten, del estado financiero del hospital, esto permitirá confrontar periódicamente las metas programadas frente los recursos obtenidos; algunas de las funciones que se realizan en este cargo son las siguientes:

- ✓ Elaborar la información contable, programática, presupuestal y financiera del hospital.
- ✓ Registrar y controlar contablemente el ejercicio del fondo.

Recursos Materiales: será el responsable de coordinar la solicitud, recepción, distribución y manejo de los recursos materiales y bienes de consumo básico que son necesarios para el cumplimiento de las actividades que se desarrollan; algunas de las funciones que se realizan dentro de este puesto son las siguientes:

- ✓ Realizar la supervisión periódica de la elaboración del inventario físico y bienes asignados a cada servicio y a cada trabajador en particular.
- ✓ Establecer los mecanismos e instrumentos de evaluación e las actividades del personal técnico y auxiliar del departamento.

Servicios Generales: realizan actividades de apoyo, desde limpieza, vigilancia, transporte, lavado de ropa, etc.

Conservación y Mantenimiento: responsable de vigilar y asegurar que el inmueble y sus instalaciones y equipo funcionen de manera confiable, eficaz,

eficiente y continua; algunas de las funciones que se tienen dentro de este cargo son las siguientes:

- ✓ Establecer de manera programática, las acciones de mantenimiento preventivo para las instalaciones y equipo en general, mantenimiento correctivo.
 - ✓ Implantar mecanismos de seguridad, que eviten toda incidencia de efectos físicos o profesionales habidos por la ubicación, instalación, distribución y funcionamiento de redes, plantas, equipo y mobiliario del hospital.
- **Enseñanza e Investigación:** es responsable de establecer que las actividades de investigación que se lleven a cabo en el hospital, se organicen para mantener un alto nivel académico del personal médico, paramédico y demás integrantes del equipo de salud de la unidad hospitalaria; algunas de las funciones que se tienen dentro de este cargo son las siguientes:
 - ✓ Coordinar las actividades de educación médica del hospital, con escuelas de medicina, enfermería, trabajo social, asociaciones etc.
 - ✓ Planear, programar las actividades científicas, clínicas y culturales del personal del hospital, instrumentando la organización y desarrollo específico de los proyectos de educación.
 - **Área Médica:** será responsable ante la dirección de la organización y buen funcionamiento de los servicios médicos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, y paramédicos que estén a su cargo, se realizan las siguientes funciones:
 - ✓ Presentar a consideración de la dirección, los programas de trabajo de los servicios bajo su responsabilidad, instrumentando los objetivos, funciones y metas a corto plazo que faciliten su ejercicio y desarrollo en el hospital.

- ✓ Supervisar la emisión de informes médicos, dictámenes médico-legales, registros estadísticos y otros que se requieran periódicamente y urgentemente, por las autoridades superiores y otras instituciones del sector salud.

Dentro del área médica se contemplan los siguientes puestos:

Ginecología y Obstetricia:

- ✓ Coordinar y organizar las actividades médico-quirúrgicas del servicio con las diferentes áreas y servicios del hospital, para la adecuada y oportuna atención de la madre y/o del producto.
- ✓ Vigilar que se observen los promedios de estancia establecidos para los diferentes casos obstétricos en el hospital.

Medicina Interna

- ✓ Coordinar la atención médica que se proporcione al paciente hospitalizado, en relación de la participación de un equipo multidisciplinario de trabajo.
- ✓ Participar en programas de docencia e investigación médica y evaluar los correspondientes al servicio.

Pediatría:

- ✓ Colaborar con los servicios correspondientes para la prevención de padecimientos de especialidades pediátricas.
- ✓ Establecer mecanismos de supervisión en el banco de leches y dietología, con relación a procedimientos y tácticas de preparación de los alimentos que se proporcionen a los pacientes.

Medicina Preventiva: Toma a su cargo la prevención de enfermedades transmisibles dentro del hospital, con el personal, enfermos y familiares; realizando las siguientes funciones:

- ✓ Promover y coordinar las actividades de atención médica de su jurisdicción o área de influencia, las actividades y estrategias institucionales para la debida proyección de la medicina preventiva en la comunidad.
- ✓ Planear, dirigir, coordinar y evaluar las actividades de vacunación higiénica y de prevención, en las que deba participar el personal del departamento.

• **Servicios Paramédicos:**

- ✓ Planear, dirigir, coordinar y supervisar la organización y buen funcionamiento de los departamentos de enfermería, trabajo social, farmacia y registro de hospitalización.
- ✓ Diseñar acciones con los departamentos y servicios del hospital a fin de evitar la dificultad de acciones y del dispendio de recursos humanos y materiales, entre otros.

Dentro del área de servicios paramédicos se contemplan los siguientes puestos:

Enfermería: es la unidad administrativa de planear, organizar, integrar, dirigir y evaluar al personal y los servicios de enfermería del hospital; algunas de las funciones que se realizan son las siguientes:

- ✓ Coordinar la delimitación de funciones y procedimientos de enfermería con los jefes de los diversos departamentos y áreas que integran el hospital.

- ✓ Establecer los mecanismos técnico-administrativos que garanticen la continuidad en la prestación de la atención de enfermería las 24 horas.

Trabajo Social: apoyará con acciones concretas los programas de salud a través del estudio y conocimiento de los factores económico-sociales, que influyen en el proceso salud-enfermedad, para buscar en forma conjunta con el equipo interdisciplinario, opciones de salud a la problemática de salud que presentan los individuos, grupos o comunidades bajo la jurisdicción del hospital; algunas de las funciones que se realizan son las siguientes:

- ✓ Realizar el diagnóstico y tratamiento social requerido para la atención integral de los pacientes ambulatorios y hospitalizados.
- ✓ Mantener actualizada la información del paciente contenida en los formularios de trabajo social que incluyan estudios e investigación realizados, plan terapéutico, resultados de tratamiento y seguimiento e caso.

Farmacia: será el responsable de adquirir y sufrir los medicamentos requeridos a través de recetas médicas de patente y magistrales a los pacientes hospitalizados, de urgencias y de consulta externa del hospital; algunas de las funciones que se realizan son las siguientes:

- ✓ Formular oportunamente los pedidos de medicamentos y material de curación, ya sean ordinarios o extraordinarios, tomando de consideración el cálculo de máximos y mínimos, para que asegure la prestación del servicio.
- ✓ Revisar los medicamentos y biológicos por fecha de caducidad o vencimiento para formular anticipadamente su evolución al almacén y supervisar su reposición.

Registro de Hospitalización: será la unidad administrativa responsable de ejecutar el ingreso y egreso de los pacientes a los diferentes servicios del

hospital y llevar al control de camas censables y no censables disponibles en el hospital; algunas de las funciones que se realizan son las siguientes:

- ✓ Atender con celeridad las solicitudes de inmediato expedida por los médicos tratantes, de consulta externa o de urgencias y tramitar el egreso del enfermo por curación, defunción o alta voluntaria.
 - ✓ Coordinar con los servicios de consulta externa y de urgencias los sistemas y procedimientos a que se sujetarán los ingresos de los pacientes a los servicios de hospital, cuidando de orientarlos e instruirlos con respecto a los trámites administrativos de admisión.
- **Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento:** para el cumplimiento eficiente de sus funciones, toda unidad hospitalaria deberá contar con este tipo de servicios, donde se realizaran las siguientes funciones:
 - ✓ Coordinar las actividades de los departamentos que lo integran para obtener el medio de eficiencia en el auxilio y soporte de atención médica integral que se imparte a los pacientes.
 - ✓ Vigilar estrechamente en coordinación con los jefes de departamento, que el departamento preventivo, predictivo y correctivo de la planta física, equipo y demás servicios de trabajo del área, se mantengan en condiciones óptimas de operatividad y plenamente el funcionamiento interrumpido de los servicios involucrados.

Dentro del área de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se encuentran los siguientes puestos:

Laboratorio: será la unidad dedicada al estudio de los diversos productos del cuerpo humano, cuyos resultados auxiliarán el estudio, resolución y tratamiento

de los problemas clínicos; algunas de las funciones que se realizan son las siguientes:

- ✓ Practicar exámenes de laboratorio clínico de rutina y de urgencias que se requiere, para los pacientes encamados o ambulatorios del hospital.
- ✓ Elaborar los procedimientos técnico-administrativos internos para el cumplimiento de las normas.

Radiología y Ultrasonido: unidad técnico-administrativo, dedicada al estudio radiológico de los pacientes con problemas médico-quirúrgico, colabora con el médico tratante para formular y colaborar un diagnóstico en los pacientes y ejercer un control en los casos que lo ameriten, participando con los recursos tecnológicos en algunos programas preventivos específicos; algunas de las funciones que se realizan son las siguientes:

- ✓ Coordinar sus actividades con las áreas y servicios del hospital, urgencias, consulta externa, admisión y archivo clínico.
- ✓ Atender las demandas de estudios radiográficos con la prioridad de cada caso en particular, según conste la solicitud respectiva.

Patología: es encargada de realizar el diagnóstico de algunas piezas, órganos o secreciones que proceden de pacientes de cualquier área autorizada del hospital; algunas de las funciones que se realizan son las siguientes:

- ✓ Investigar los casos trans-operatorios y a petición expresa, los diagnósticos para normar la conducta quirúrgica en los pacientes atendidos.
- ✓ Coordinar actividades relacionadas con la obtención de cadáveres, órganos o tejidos de estudio, con los departamentos del área, para su preparación adecuada y oportuna.

Urgencias:

- ✓ Atender y valorar de manera inmediata a los pacientes que causan gravedad y solicitan el servicio de urgencias en el hospital, los cuales pueden provenir de unidades de primer nivel, unidades foráneas, otras unidades hospitalarias, otras áreas del hospital.

- ✓ Coordinar la expedición de certificados de defunción cuando la causa de muerte sea atribuible al paciente por el que se consultaba, o en caso de duda, dar parte al Ministerio Público, a través de Administración Hospitalaria o Trabajo Social.

Anestesiología:

- ✓ Examinar al paciente y estudiar su expediente clínico, incluyendo electrocardiogramas, exámenes de laboratorio, radiografías, etc.

- ✓ Determinar la medicación pre anestésica.

- ✓ Vigilar el estado de los pacientes candidatos a cirugía antes, durante y después del acto quirúrgico.

Banco de Sangre: Tendrá a su cargo la extracción fraccionamiento, clasificación, conservación y aplicación de la sangre y sus derivados; algunas de las funciones que se realizan dentro del área son las siguientes:

- ✓ Satisfacer adecuada y oportunamente las solicitudes de sangre y sus derivados en las áreas de hospitalización, urgencias, terapia intensiva, toco cirugía.

- ✓ Atender las solicitudes de otras unidades de atención médica.

- ✓ Coordinar dentro y fuera del hospital, las acciones relacionadas con la obtención y conservación de la sangre.

Cirugía General:

- ✓ Organizar y coordinar los servicios quirúrgicos en base e las diferentes especialidades quirúrgicas (Neurocirugía, Otorrinolaringología, Oftalmología, Reconstructiva, Vascular Periférico, Traumatología, Ortopedia, Ortodoncia, Maxilofacial, Urología y Oncología).

- ✓ Colaborar con los servicios correspondientes en la rehabilitación de los pacientes de cirugía, en sus aspectos de especialidades”.³³

³³ Sandoval, Cithalli. Tesis “La participación del equipo de salud en la educación para la salud, como factor determinante en la prevención y control de la DM II; caso específico: club de pacientes del Hospital General de Uruapan, Dr. Pedro Daniel Martínez”, 2005.

2.5 Clínica de Trasplante de Órganos

La información que se presenta en relación a los antecedentes de clínica de trasplante y proceso para el trasplante renal donador vivo relacionado, se retomó a través de entrevistas realizadas al personal de clínica de trasplante de órganos del Hospital General de Uruapan, para lo cual participaron el Dr. Luis Manuel Ávila Zaragoza, L.E. Noemí Martínez Figueroa, L.E. Herlinda Valerio Sagredo, Psic. Lourdes Nava Cárdenas y LTS Rosa Elena Reyes Rodríguez.

El departamento de clínica de trasplante de órganos en el Hospital inicia en el 2002 con la capacitación del personal médico; cirujanos, médico internista, anesthesiólogos, personal de enfermería quirúrgicas y clínicas, otorgando así la licencia 1102005007 el 02 de Diciembre del mismo año con la modalidad de Trasplante de Cornea y Procuración de Órganos y Tejidos.

Posteriormente el 25 de Agosto del 2005 se otorga la licencia 05T161020057 con la modalidad de Disposición de Órganos y Tejidos con Fines Terapéuticos en su modalidad de Procuración de Órganos y Tejidos Trasplante de Cornea y Riñón.

En Marzo del 2003 se lleva a cabo el primer trasplante de cornea realizado con cornea extranjera.

El 6 de Mayo del 2006 se realiza el primer trasplante renal de donante vivo relacionado.

El 30 de Mayo del 2006 se lleva a cabo la primera procuración multiorgánica.

En Diciembre del mismo año se efectúa el primer trasplante de donante fallecido.

2.5.1 Proceso Para El Trasplante Renal Donador Vivo Relacionado

El trasplante renal en el que se obtiene el órgano de un donador vivo emparentado o relacionado tiene ventajas para el receptor; en este caso un riñón que previamente se conoce que es anatómica y funcionalmente normal, disponible en el momento oportuno y sin un largo periodo de espera por un riñón de cadáver, los resultados serán superiores, y tanto el paciente como el órgano tendrán una mayor supervivencia.

Por lo cual para efectos de la investigación que se presenta se desarrollará el proceso y protocolo que se lleva a cabo en el área de clínica de trasplantes del Hospital General de Uruapan para donador vivo relacionado, dicho proceso contiene 4 etapas a seguir las cuales se presentan y desarrollan a continuación:

- 1) Protocolo de Trasplante Renal
- 2) Protocolo Pre Operatorio al Trasplante
- 3) Protocolo Trans Operatorio (momento de la cirugía en quirófano)
- 4) Protocolo Post Operatorio (después de la cirugía y hasta el momento en que se da de alta al receptor)

1) Protocolo de Trasplante Renal

- ❖ El primer contacto que el paciente y la familia tiene con el personal del Hospital es con la Trabajadora Social, la cual se encarga de difundir y brindar información del programa de trasplante a personas que canalizan a esta institución, posteriormente se realiza la vinculación con el doctor encargado de trasplantes, para realizar la primer consulta y valoración.
- ❖ Posteriormente se realiza la primer consulta con el medico encargado de trasplantes para elegir junto con la familia la persona que será el donador, en el caso específico de donador vivo relacionado o donador vivo no relacionado.
- ❖ Una vez que se ha elegido a la persona que será el donador se continúa con la valoración por parte del médico trasplantólogo y aceptación para inicio de protocolo de trasplante, (esto con el objetivo de descartar cualquier riesgo sanitario para el propio donador y para el receptor), siendo el coordinador de trasplante el que se encarga de llevar el proceso junto con el receptor, donador vivo relacionado y la familia.

- ❖ Cabe destacar que durante el protocolo de estudio, si el paciente se encuentra en tratamiento continúa con este, ya sea de diálisis peritoneal o hemodiálisis, así como su control médico.
- ❖ Por su parte la Trabajadora Social realiza una entrevista inicial con el receptor, aplicando el estudio socioeconómico, indagando sobre su situación económica, familiar y social, al finalizar la entrevista se obtiene el diagnóstico social que se anexa al expediente, y se parte de estos resultados en cuanto a gestiones a realizar.
- ❖ De la misma manera se le realiza al donador el estudio socioeconómico para conocer su situación actual en los aspectos social, económico y familiar, cuando se trata de donador vivo no relacionado se cita a los papás del donador para realizar entrevista con ellos y evaluar la situación del donador para iniciar protocolo de estudio.
- ❖ Posteriormente se realiza el protocolo de estudio para trasplante (el cual consiste en una serie de estudios de laboratorio, estudios de gabinete e interconsultas tanto para el donador como receptor).
- ❖ Durante el proceso de protocolo de estudio las funciones de trabajo social son de; orientación sobre los costos y canalización a laboratorios donde deberá acudir para los estudios a realizar (ya que varios de estos no se llevan a cabo en el Hospital por falta de equipo o material), sensibilización ante la situación del paciente, gestión de recurso económico cuando se requiera. En caso de que el receptor sea derechohabiente del IMSS o ISSSTE se canaliza a la institución correspondiente para que se efectúen los estudios.
- ❖ Las Instituciones con las que se forman redes de apoyo son tanto privadas como públicas, entre las cuales se encuentran; IMSS, ISSSTE, Patrimonio de la Beneficencia Publica (la cual brinda apoyo para estudios especiales a realizar, sobre todo los que representan mayor costo), DIF Municipal al que pertenezca el paciente receptor e Instituto Carlos Slim de la Salud a Pacientes Trasplantados, dicho instituto tiene un convenio establecido con la Secretaría de Salud a nivel Michoacán, donde el Instituto requiere de información sobre el expediente

completo del paciente para valorar el apoyo que se dará al mismo dependiendo de su situación económica.

- ❖ Por otra parte, a la par de efectuar las gestiones correspondientes la Trabajadora Social realiza el familiograma y visitas domiciliarias para investigar el entorno y ambiente en el que habita el paciente receptor indagando sobre los hábitos alimenticios que tiene la familia, para brindar información sobre nutrición, higiene y cuidados que deberá tener en el post trasplante.
- ❖ Continuando con el área médica, en el posible *donador* se lleva a cabo el estudio de compatibilidad con el receptor: grupo sanguíneo ABO, antígeno leucocitario HLA, prueba cruzada, cultivo mixto de linfocitos. Después se realiza el examen clínico y las pruebas de laboratorio; hematología, química sanguínea, serología urocultivo, cituria, proteinuria, filtrado glomerular, investigación microbiológica y estudio virológico y micológico.
- ❖ Con esta información, si el donante resulta apto, se le realizan los estudios radiográficos (para precisar la morfología renal y escoger el más apropiado); ultrasonido, urograma descendente, gammagrafía renal y arteriografía por sustracción digital.
- ❖ Al finalizar estos estudios el donador acude a interconsulta con psicología, se realiza una entrevista e historial clínico, para valorar si el donador no presenta problemas psicológicos y esta consciente de la donación de órgano que realizará, haciéndole ver al donador que requerirá de llevar un nuevo estilo de vida, así como las limitaciones que pudiera representar donar un órgano, dándole información sobre los cuidados, y permitiendo que exprese sus sentimientos, temores y emociones que ha tenido a partir de la decisión que toma. La entrevista del donador es más corta con una duración aproximada de una hora, al finalizar la valoración, se anexa una nota de psicología con los resultados obtenidos del donador.
- ❖ Por otra parte, se van realizando a la par los estudios al *receptor* los cuales conllevan; historia clínica del receptor, exploración física, estudios analíticos del donante de órganos; (hemograma y fórmula, estudio de coagulación, perfil renal, perfil hepático, perfil cardíaco, perfil pancreático, perfil pulmonar, perfil de torch,

prueba de VIH, serología, pruebas cruzadas, antígeno V, microbiología, marcadores tumorales), exploraciones complementarias; (electrocardiograma, radiografía simple de torax, ecografía abdominal, eco cardiograma, tac abdominal y tac torácico, coronario grafía), antígenos de histocompatibilidad y grupo sanguíneo, interconsulta con (oftalmología, odontología, médico internista, otorrinolaringología, urología, cirugía y pediatría dependiendo de la edad que tenga el paciente).

- ❖ De la misma manera el *receptor* pasa a interconsulta con psicología, donde se realiza una entrevista con una duración de una a dos horas, obteniendo la historia clínica y psicológica del paciente, investigando a cerca del tipo de tratamiento en el que ha estado y la duración que el tratamiento a tenido ya sea con diálisis o hemodiálisis, indagando la manera en que le a afectado psicológicamente estar en tratamiento, posteriormente se explora como se siente respecto al trasplante (temores, apoyo, ámbito familiar, económico), se explora si sabe acerca del cuidado que debe tener en cuanto a tratamiento. Para precisar la información psicológica se le realiza al receptor pruebas psicométricas tales como; aplicación de pruebas proyectivas (figura humana, Karen Machover, Tets Gestaltico Visomotor de Bender) para detectar disfunción neurológica, pruebas de depresión, violencia, ansiedad, de tabaco y alcoholismo y test de matrices progresivas de Raven para conocer su capacidad intelectual. Estas pruebas permiten tener una evaluación completa de la personalidad y atributos del paciente. Posteriormente se realiza la evaluación de las pruebas realizadas y se emite un reporte psicológico donde se manifiesta las principales características de personalidad con el fin de prever la forma en que reaccionara una vez realizado el trasplante. Si se identifica al paciente con depresión sigue asistiendo a terapia. Al finalizar la interconsulta con la psicóloga se anexa al expediente una nota con los resultados obtenidos en psicología, donde se valora si el receptor está en condiciones o no de realizarle el trasplante. Dependiendo del paciente y su situación una vez hospitalizado se realiza una visita previa al trasplante y posterior al trasplante a menos que se requiera el paciente acude a terapia.

- ❖ El coordinador de trasplantes en este proceso se encuentra en comunicación con los médicos que intervienen en el mismo los cuales son: neurólogo e intensivista, nefrólogo, cardiólogo, oftalmólogo, urólogo, anesthesiólogos, angiólogos, cirujanos generales, enfermeras de quirófano, agilización de trámites con medicina legal (protocolo legal de autorización), coordinación para la extracción de órganos con los cirujanos.
- ❖ Al finalizar el protocolo de estudio para trasplante, el caso es presentado ante el comité de trasplante hospitalario para evaluación final, el cual esta integrado de la siguiente manera; (responsable sanitario quien es el director del Hospital, coordinador de trasplantes, cirujano de trasplante, coordinador de la donación, coordinador de la procuración de trasplante, trabajo social, psicología, secretaria y vocales los cuales son los jefes de las diferentes áreas médicas del hospital).
- ❖ Si el comité lo aprueba el paciente receptor es ingresado al Registro Nacional de Trasplantes en su calidad de trasplante de donador vivo.
- ❖ Se programa a cirugía y los pacientes tanto receptor como donador firman las cartas de consentimiento informado para trasplante de riñón y donación de riñón vivo respectivamente.

2) Protocolo Pre Operatorio al Trasplante

- ❖ Durante este proceso la intervención de Trabajo Social consiste, en orientar e informar al paciente y familiares del proceso a seguir, brindando atención y manejo de estrés en relación a la angustia del familiar por los gastos económicos que continúan, gestionando y apoyando a los trámites de ingreso hospitalario.
- ❖ Tres días antes de la cirugía el donador y receptor son hospitalizados para su preparación pre-operatoria ingresando en una sala general.
- ❖ En el donador únicamente se deja en ayuno 24 horas antes de la cirugía y se llevan a cabo los cuidados de rutina para una cirugía.
- ❖ Los objetivos que se tienen en particular con el receptor al ingresarlo tres días antes es de; estabilizar el equilibrio hidroeléctrico y acido base, disminuir las concentraciones de toxinas urémicas y valorar el estado clínico actual con énfasis en detectar y/o tratar infecciones agregadas.

- ❖ En el receptor se realizan sesiones de Respiración con Presión Positiva Intermitente (RPPI) cada 20 minutos y una vez por turno de enfermería, se toman signos vitales, somatometría, toma de electrocardiograma, se realizan estudios pre-operatorios como biometría química sanguínea y tiempos de coagulación, cultivos de; (narinas, oídos, garganta, en el caso de la mujer vaginales hemocultivo periférico y central, urocultivo).
- ❖ Un día previo a la cirugía el receptor se mantiene en ayuno, si lo requiere recibe preparación psicológica, se verifica la disponibilidad de hemoconcentrados, solicitan y/o actualizan estudios de laboratorio, toma de signos vitales, toma de Presión Venosa Central (PVC), si el paciente se encuentra en hemodiálisis se utiliza el mismo catéter para infundir líquidos y si esta en diálisis se le instala un catéter periférico largo central y se inicia solución con cloruro de sodio (500 ml a 250 ml para 24 hrs dependiendo del criterio medico), después de instalar el catéter se toma una radiografía de tórax para verificar que el catéter se encuentre central, una vez que el catéter esta central se realiza prueba de reserva miocármica, la cual consiste en pasar 500 ml de solución salina en 15 minutos, esta se divide en tres porciones (en 5 minutos se pasa una, se toman sus signos vitales antes de iniciar a pasarla y después para verificar que no halla cambios de la frecuencia cardiaca en caso de que se alteren se avisa al médico), se inicia solución parenteral, se realiza tricotomía por debajo de las tetillas, abdomen, genitales, y hasta medio muslo, y posterior a esto se le pide al paciente que se bañe, se pone vendaje de miembros inferiores, turbante, se lleva a cabo lavados vesicales, por último se realiza la valoración pre-anestésica y se verifica la solicitud quirúrgica firmada y hoja de consentimiento informado firmado.
- ❖ Los medicamentos que se indican al paciente son; pre anestésicos, anti hipertensivos, antibióticos, protectores de mucosa gástrica, nistatina e inmunosupresores.
- ❖ En relación a la preparación de la unidad del paciente trasplantado, tres días antes previos a la cirugía se prepara la habitación del receptor el cual es un cuarto aislado (sometido a sanitización, lo cual consiste en realizar tres

exhaustivos en la habitación, mismos que son supervisados por la jefa de intendencia). Al finalizar el exhaustivo en la habitación, se cubren todas las superficies con campos estériles.

- ❖ Por otra parte se prepara la ropa para cama estéril, insumos, medicamentos, batas quirúrgicas, soluciones parenterales, verificación de buen funcionamiento del equipo a utilizar, preparación de transductor de presión arterial invasiva, nebulizador puritan, ventilador mecánico (por si requiere el paciente), los utensilios de cocina son sometidos a esterilización en autoclave de vapor.
- ❖ Todo personal que entre a la habitación debe portar cubre bocas, gorro, y bata estéril, realizar lavado de manos antes y después de entrar a la habitación.
- ❖ En cuanto a la preparación de los quirófanos, se realizan tres procesos de limpieza y desinfección (sanitización) y se aíslan hasta el momento de la cirugía.
- ❖ En relación a la habitación del donador se lleva a cabo el proceso de limpieza y desinfección rutinario.
- ❖ El equipo de especialistas que intervienen para el trasplante son: dos cirujanos de trasplantes y un cirujano ayudante, dos enfermeras medico quirúrgicas (una instrumentista y una circulante), un anestesiólogo, y el médico intensivista.
- ❖ Por otra parte para la cirugía de procuración de riñón el equipo de especialistas que intervienen: cirujano, un cirujano ayudante, anestesiólogo, dos enfermeras medico quirúrgicas (una instrumentista y una circulante).

3) Protocolo Trans Operatorio (momento de la cirugía en quirófano)

- ❖ Durante el proceso quirúrgico el donador se encuentra en una sala y el receptor en la sala contigua, iniciando primero el receptor para preparar el lecho quirúrgico, continuando con la nefrectomía de donación, al finalizar el procedimiento el paciente es referido a la sala de recuperación, donde se continúan los cuidados post operatorios del donante.
- ❖ Mientras tanto en la sala contigua se procede a realizar el trasplante de riñón llevando a cabo las normas establecidas para el trasplante renal, y una vez

realizado tal procedimiento el paciente es referido a su habitación en la cual se continúan los cuidados post operatorios con técnica estéril.

4) Protocolo Post Operatorio (después de la cirugía y hasta el momento en que se da de alta al donador y receptor)

- ❖ El postoperatorio inmediato de trasplantes renal es un periodo crucial en el que pueden existir complicaciones; isquémicas (necrosis tubular), inmunológicas (rechazo agudo), quirúrgicas (trombosis vascular, fistulas e infecciones). Por lo cual el objetivo en este protocolo es promover y mantener la perfusión renal y la diuresis.
- ❖ En cuanto al donador la hospitalización tiene una duración de 48 a 72 horas con cuidados post operatorios, posteriormente se da de alta y asiste a consulta médica durante un año, acudiendo una vez al mes por indicación del doctor, según la evolución que se tenga.
- ❖ Por otra parte los cuidados que se tienen en el receptor es; control de dolor, ayuno, cambiar cada 24 horas los equipos de venoclisis, cuidados hemodinámicos, oxigenoterapia (terapia respiratoria), cuidados metabólicos, control de líquidos, diuresis horaria, dextrostix, glucocetonurias, cuidados de herida quirúrgica, estudios de laboratorio, reposición de líquidos urinarios, inmunosupresores, antibióticos, analgésico, antihipertensivos, protectores de mucosa gástrica, nistanina, el primer día después del trasplante se inicia el suministro de vía oral, baño de esponja, curación de herida quirúrgica, cuantificar gasto por penrose, se moviliza al paciente fuera de la cama, se cambian equipos de medios invasivos, se emite reporte de enfermería, se equipa carro de aislamiento con técnica estéril.
- ❖ En el segundo día se lleva a cabo el mismo manejo que el primer día, agregando dieta blanda, se toman estudios de laboratorio (depuración de creatinina, albumina en orina de 12 a 24 horas, hemocultivo y urocultivo).
- ❖ En el tercer día se continua con el mismo manejo, tomando un electrocardiograma, se retiran las soluciones y aislamiento, se continua con

monitorización, se movilizan drenes, se toma el peso diario, el paciente deambula.

- ❖ Cuarto y quinto día, se vigilan datos de rechazo, estudios de laboratorio, se retira catéter central y sonda Foley.
- ❖ En el sexto día se retira el penrose, se revisa la función del injerto estable, control adecuado de la Tensión Arterial, se vigila que no existan signos de proceso infeccioso, y se continúa con el régimen establecido de inmunosupresión.
- ❖ Si el receptor se encuentra con una evolución positiva se da de alta a su domicilio a los cinco días del trasplante, y se continua su control por consulta externa.
- ❖ Los cuidados que el paciente trasplantado debe llevar en los primeros meses del post operatorio son; dieta específica indicada, no asistir a lugares concurridos, usar cubre bocas, estar pendiente de no tener en su entorno personas enfermas, así como consumir alimentos enlatados y asistir periódicamente a nutrición para mantener alimentación balanceada.
- ❖ El departamento de Trabajo Social continúa con el seguimiento de caso al paciente trasplantado y la familia. Por lo cual, sí el paciente es derechohabiente de IMSS o ISSSTE regresa a su institución para que les proporcionen los medicamentos inmunosupresores que deberá consumir a lo largo de su vida para mantenerse en buen estado de salud, sin embargo, sí el paciente no es derechohabiente de estas instituciones se continúan las gestiones correspondientes con Trabajo Social para solicitar el apoyo de los medicamentos y estudios que se realicen.
- ❖ Por último después de egresar del Hospital, el médico responsable del paciente trasplantado indicará el tiempo que deberá transcurrir entre cada cita, dependiendo de la evolución que se tenga.

CAPÍTULO III

TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD

Tomando en cuenta la investigación de trabajo social individualizado que se realiza en el área de salud, es de gran importancia retomar un capítulo referente a trabajo social en dicha área, teniendo como finalidad principal el conocer cuestiones generales como son: definición, objetivos generales, objetivos específicos, funciones, actividades, habilidades, y niveles de intervención que se llevan a cabo.

3.1 Perfil Profesional de Trabajo Social en el Área de Salud

Tomando en cuenta que no se tenía establecido un perfil profesional del trabajador social, la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM, realizó una investigación con trabajadores sociales en el área de salud en el año de 1989, definiéndose primero el perfil ideal, posteriormente el perfil real y por último realizando un análisis e integración de ambos perfiles se formulo el perfil profesional del trabajador social, estableciendo sus objetivos, funciones y actividades.

Por lo cual se retoma dicho perfil, elaborado por Margarita Terán Trillo en la revista de Trabajo Social nº 37 ENTS-UNAM.

3.1.1 Definición

Se considera “al Trabajo Social del área de Salud como la profesión orientada al estudio de las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como la identificación de las formas y los recursos para su atención, y de esta manera, poder establecer alternativas de acción que tiendan a la promoción, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, en los individuos, los grupos y las comunidades”.³⁴

El Trabajo Social en el área de salud es la profesión que estudia las carencias y necesidades que se presentan constantemente en el proceso salud enfermedad permitiendo conocer aquellos factores que favorecen la enfermedad y partiendo de

³⁴TERAN, Trillo. ·Perfil Profesional del Trabajo Social en el Área de la Salud, REVISTA N° 37 ENTS-UNAM, México, 1989. Pag.42

estos mismos, para crear líneas de acción que intervengan en posibles soluciones, tomando en cuenta los recursos que se tienen, mejorando así la calidad de vida de la persona en estudio. Siendo así la profesión que se encuentra como enlace entre el individuo que carece de una necesidad y el sujeto que puede satisfacer dicha necesidad, generando redes de vinculación para promover y conservar la salud, no solo en forma individual, sino en grupo y comunitariamente.

3.1.2 Objetivos

Objetivo General: “Participar interdisciplinariamente en los equipos de salud para la promoción, educación, protección y restauración de la salud.

Objetivos específicos:

1. Estudiar la evolución de los factores sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, con relación a un contexto social determinado.
2. Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionalizan.
3. Participar en la planeación, la ejecución, el control, y la evaluación de los programas y proyectos que se lleven a la promoción, protección y restauración de la salud.
4. Promover la educación y capacitación de individuos, grupos y comunidades, para que participen, consciente y activamente, en los programas de salud.
5. Establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre
6. Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social”.³⁵

El trabajador social en el área de salud tiene como finalidad principal la participación interdisciplinariamente, esto para promover, educar, proteger y restaurar la salud, tomando en cuenta al equipo de salud, para trabajar de forma conjunta, teniendo anticipadamente una planeación.

³⁵ibidem, 44

Los objetivos específicos que contempla el perfil profesional del trabajador social permiten cumplir con el objetivo general, estableciendo un vínculo con el equipo de salud, teniendo diferentes objetivos como lo es; identificar las políticas de estado en materia de salud, para de esta forma vincularlas con la planeación, ejecución, control y evaluación de programas y proyectos que llevan a promover la educación y capacitación de individuos. Asimismo otro objetivo es establecer acciones coordinadas de apoyo a situaciones de emergencia o desastre, teniendo como finalidad última la preservación de la salud.

3.1.3 Funciones y Actividades

Para desarrollar el siguiente subtítulo es primordial definir lo que es una función y actividad, por lo cual se retoman de la siguiente manera:

“**La Función** se alude a la actividad ejercida por un elemento de un conjunto, cuyas partes son interdependientes”.³⁶

“**Actividad** conjunto de tareas o pasos que deben ser dados dentro de un tiempo determinado, para llegar a conseguir un objetivo previsto”.³⁷

Función: “Investigación

- Diseñar protocolos específicos.
- Identificación de factores económicos sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.
- Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud.
- Determinar las necesidades sociales y los recursos de la salud.
- Estimar el costo social de los programas y proyectos de la salud.
- Hacer estudios de prospectiva sociales para la educación para la salud en México.
- Establecer el perfil de los usuarios de servicio”.³⁸

³⁶ Ander-Egg, Ezequiel. “Diccionario de Trabajo Social,” Editorial Lumen República Argentina, 1995. Pág. 132,

³⁷ Ibidem, 24

Función: “Administración

- Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades nacionales en el sector salud.
- Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general.
- Establecer coordinación con instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles.
- Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios.
- Buscar la optimización de la eficiencia de recursos intra-institucionales.
- Controlar los procesos administrativos de servicio de trabajo social.
- Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad de ésta.
- Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos.
- Diseñar manuales de normas y procedimientos del Servicio de Trabajo Social.
- Establecer sistemas de coordinación intra y extra institucionales.
- Participar en la regulación y control de atención en desastres sociales (siniestros y catástrofes).
- Hacer acopio de material didáctico y de difusión”³⁹.

Función: “Educación

- Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.
- Impulsar la educación para la salud física y mental.
- Promover la paternidad responsable, así como los programas de educación para la salud y de medicina preventiva.
- Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud.
- Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, de hogar etc.
- Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares.
- Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.

³⁸TERAN, Trillo. Perfil Profesional del Trabajo Social en el Área de la Salud, REVISTA N° 37 ENTS-UNAM, México, 1989. Pág. 46

³⁹Ibidem, 47

- Diseñar material de apoyo didáctico”.⁴⁰

Función: “Enseñanza

- Asesorar estudiantes y pasantes de Trabajo Social.
- Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del Sector.
- Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes.
- Coordinar actividades o proyectos especiales, con instituciones educativas de Trabajo Social.
- Difundir las funciones y programas de los Servicios de Trabajo Social, ante nuevos miembros del equipo o grupos de estudiantes.
- Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional.
- Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área”.⁴¹

Función: “Asistencia

- Proporcionar orientaciones médico-sociales, de distinta índole; tanto a pacientes como a familiares.
- Realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales.
- Promover servicios de apoyo /ambulancia, funerarios, etc.).
- Canalizar enfermos a otras unidades operativas (por no corresponder a la especialidad, falta de recursos en el área, o ser derechohabiente a otra institución”.⁴²

Función: “Promoción Social o Comunitaria

- Participar en campañas comunitarias de salud.
- Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación en el mejoramiento y saneamiento ambiental.
- Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades.

⁴⁰Ibidem, 48

⁴¹Ibidem, 49

⁴²Ibidem, 47

- Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.
- Participar en acciones de atención en casos de desastre o siniestro.
- Coordinar intra y extrainstitución, la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro”.⁴³

Función: “Orientación Legal

- Orientar a pacientes y familiares sobre los aspectos sociales de medicina legal.
- Coordinar la integración del expediente clínico, con la información legal respectiva.
- Establecer el aviso y coordinación con el Agente del Ministerio Público.
- Canalizar el caso”.⁴⁴

Función: “Sistematización

- Analizar el conjunto de los casos atendidos, para conformar indicadores del perfil del usuario.
- Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.
- Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias.
- Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida.
- Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.
- Generar modelos integrales de acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo.
- Teorizar sobre las formas de intervención específicas de Trabajo Social”.⁴⁵

⁴³Ibidem, 50

⁴⁴Ibidem, 50

⁴⁵Ibidem, 51

3.1.4 Conocimientos, Capacidades, Habilidades y Actitudes

A continuación se presentan los conocimientos, capacidades y habilidades retomados de la investigación realizada por Terán Trillo en la revista de Trabajo Social N° 37.

“Conocimiento en:

- Metodología la teoría y las técnicas de investigación en las ciencias sociales y de la salud.
- Desarrollo del proceso salud-enfermedad y el contexto que lo determina.
- Legislación y los sistemas de seguridad social en México.
- Educación para la salud y la dinámica de los grupos sociales.
- Evolución del trabajo social en esta área, su teoría, metodología y práctica específica.
- Psicología evolutiva y social, para la comprensión de respuestas a las necesidades del proceso salud-enfermedad”.⁴⁶

“Capacidad para:

- Desarrollar diseños de investigación.
- Dominar aspectos administrativos de planeación, organización, supervisión y coordinación de programas sociales.
- Establecer diagnósticos sociales.
- Analizar prospectivamente el comportamiento que se espera de procesos sociales de la salud-enfermedad.
- Identificar los recursos humanos, materiales e institucionales que ayuden a resolver problemas.
- Optimizar recursos.
- Sensibilizar y movilizar a la población.
- Formar grupos.
- Participación en procesos educativos.
- Atender problemáticas individuales.

⁴⁶Ibidem, 53

- Aplicar técnicas de dinámica grupal.
- Participar interdisciplinariamente.
- Utilizar adecuadamente las relaciones humanas.
- Sistematizar el trabajo especializado para actualizar la teoría de trabajo social en esta área”.⁴⁷

“Habilidades y Destrezas en:

- Identificar la estructura jurídico-administrativa del sector salud.
- Identificar políticas de Estado en lo que se refiere a esta área; así como los programas en que las instituciones operacionalizan tales políticas.
- Manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos y organización comunitaria.
- Utilizar las técnicas de comunicación y educación social.
- Utilizar las técnicas de investigación, como son la observación y la entrevista”.⁴⁸

“Actitudes para:

- Mantener el apego a las políticas institucionales.
- Ser responsable de la información de la institución.
- No sobrepasar el dominio de las atribuciones.
- Ser solidario con el equipo de trabajo.
- Respetar la delimitación de los campos profesionales.
- Mantener el secreto profesional.
- Tener conocimiento y control de sí mismo.
- Mantener interés en la superación personal y profesional.
- Tener espíritu de servicio.
- Ser crítico, objetivo y justo.
- Respetar la dignidad humana.
- Crear compromiso profesional con la población.
- Adecuar los términos de su comunicación, a nivel de la población atendida.

⁴⁷Ibidem, 53

⁴⁸Ibidem, 54

- Respetar la decisión de las personas, en la solución de sus problemas”.⁴⁹

3.2 Niveles de Intervención

Los niveles de intervención en los que se ha venido desarrollando Trabajo Social son tres: comunidad, grupo y caso en los cuales el trabajador social tiene la capacidad de brindar una atención más especializada según sea las circunstancias. Por lo cual se describen a continuación para conocer en que consiste cada uno de los niveles de intervención.

3.2.1 Trabajo Social Comunitario

El Trabajo Social Comunitario es definido por Silvia Galeana de la O como “el desarrollo de actitudes hacia una actuación comprometida, basada en el sentimiento de identificación y pertenencia a su lugar de residencia y, en un sentido más amplio, a la sociedad, al propiciar el desarrollo de habilidades para la dirección y ejecución de procedimientos en torno a la gestión de requerimientos y recursos para resolver problemas compartidos y comunales, todo ello basado en procesos de organización social y en el conocimiento pleno de la realidad y el acontecer diario de la comunidad, grupo o sector social”.⁵⁰

Se define como trabajo social comunitario a “una agrupación organizada de personas que se perciben como una unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función con conciencia de pertenencia, situados en un área geográfica determinada en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre si que en otro contexto”.⁵¹

Es un proceso destinado a crear condiciones de proceso económico y social para toda la comunidad, con la participación activa de esta y la mayor iniciativa posible.

Ander-Egg considera las siguientes fases de la Metodología del Trabajo Social Comunitario:

⁴⁹Ibidem, 54

⁵⁰ Galeana, Silvia. “Promoción Social”, México, D.F. 1999. Pág. 33

⁵¹ Ander-Egg, Ezequiel. “Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad”, México, 1991 Pág.45

- **“Investigación:** comienza con la formulación del problema y se extiende por una serie de fases hasta encontrar la respuesta (que puede ser válida o no) al problema planteado. Parte con lo que se inician las acciones de desarrollo comunitario como un estudio preliminar que ha de irse profundizando hasta llegar al conocimiento de la realidad.

- **Diagnóstico:** se establece la naturaleza y magnitud de las necesidades y problemas que afectan al aspecto, sector o situación de la realidad social que es motivo de estudio-investigación en vista de la programación y realización de una acción, es el punto de partida para la elaboración de un plan, programa o proyecto estableciendo la jerarquización de las necesidades y problemas en función de ciertos criterios políticos, ideológicos y técnicos.

- **Programación:** esta etapa se apoya en los resultados del diagnóstico y tiene como referencia la situación definida como meta.

- **Ejecución:** consiste en realizar, hacer o ejecutar lo que se ha establecido en la planificación sobre la base de los resultados obtenidos en la investigación.

- **Evaluación:** proceso de crítica consistente de estimar y registrar periódicamente los resultados obtenidos”.⁵²

⁵² Ibidem, 105-203

3.2.2 Trabajo Social de Grupo

Definición

Contreras de Wilhelm define al Trabajo Social de Grupo como “un método de educación socializante, en el que se refuerzan los valores del individuo, ubicándolo en la realidad social que lo rodea para promover su cooperación y responsabilidad en una acción integradora en el proceso de desarrollo. Una acción organizada con fines educativos, proyecta al ser humano por medio de la participación grupal, proporcionándole el agrado de sentirse miembro de una sociedad a la cual pertenece y respeta y con la que va a contribuir para alcanzar mejores niveles de vida. Su función se fundamenta en medidas correctivas, preventivas, rehabilitatorias y promocionales”.⁵³

Objetivos

“Se considera objetivo terminal, mejorar el funcionamiento social de las personas, debiendo utilizar los siguientes objetivos intermedios:

- a. Capacitar a los miembros del grupo para que tengan una participación efectiva y consciente en los procesos sociales.
- b. Impulsar y enriquecer el crecimiento, desarrollo y promoción urbana.
- c. Lograr la socialización de los integrantes del grupo para que haya un intercambio de valores espirituales, morales, culturales y sociales con el fin de que éstos se proyecten tanto en el individuo como en la comunidad.
- d. Hacer consciente al miembro del grupo de la realidad social en la que se desenvuelve y el papel que le corresponde desempeñar.
- e. Contribuir al desarrollo de iniciativas para alcanzar fines socialmente deseables, tomando en cuenta aquellos factores en los que es necesario actuar.

⁵³ Contreras, Yolanda. “Trabajo Social de Grupos” Editorial Pax México D.F., 2003. Pág. 18

- f. Orientar al individuo a establecer dentro de un grupo relaciones satisfactorias que le permitan crecer o progresar desde los puntos de vista emocional e intelectual, capacitándole para cumplir eficazmente con sus funciones sociales en la comunidad”.⁵⁴

Etapas en la vida de un grupo

- **“Etapa de formación**

Es la creación del grupo. En esta etapa, el líder profesional (el trabajador social) identifica los intereses comunes de las personas y ayuda a éstas a asociarse. A veces la formación es natural (o sea que la gente se agrupa espontáneamente), mientras que en otras corresponde a un técnico hacerlo.

- **Etapa de integración grupal**

Una vez que el grupo está constituido, el trabajador social iniciará su acción para que cada individuo sea aceptado por los demás y para que éste a su vez también acepte al grupo.

- **Etapa de organización**

El grupo elabora los sistemas que le permiten el desarrollo de la capacidad para autodirigirse o autogobernarse. El trabajador social debe encauzar al grupo hacia su organización delimitando las necesidades de los miembros y los objetivos del método de grupos.

- **Declinación o muerte del grupo**

A pesar del buen nivel de madurez, en un momento dado el grupo puede caer en un estado de agonía, disminuyendo la asistencia de sus miembros y perdiéndose el interés por el programa”.⁵⁵

⁵⁴ Ibidem, 18, 19

⁵⁵ Ibidem, 46-105

Gordon Hamilton:

- ❖ **Concepto:** “el hombre es un organismo biosocial; “el caso”, el problema y el tratamiento siempre debe ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial. Un caso social se compone de factores internos y externos, ósea, relativos al medio ambiente, estudia a los individuos en todo lo relacionado a sus experiencias sociales así como con sus sentimientos sobre estas experiencias”.⁶⁰

“En el trabajo de casos se estimula al cliente a participar en el estudio de sus situación, colaborar en los planes, hacer un esfuerzo activo para resolver sus problemas y utilizar sus propios recursos y aquellos que sean apropiados entre los que puede proporcionarle la comunidad”.⁶¹

- ❖ **Objetivo:** “proporcionar servicios prácticos y consejo, a fin de despertar y conservar las energías psicológicas del cliente, hacerlo participar activamente en el uso de estos servicios para la solución de sus problemas”.⁶²

❖ **Metodología**

- ❖ Investigación.
- ❖ Diagnóstico y evaluación
- ❖ Tratamiento
- ❖ Recursos

Evelyn Davison:

- ❖ **Concepto:** es un servicio personal proporcionado por trabajadoras sociales calificadas a individuos que requieren ayuda especializada para resolver un problema personal o familiar”.⁶³

⁶⁰ Hamilton, Gordon. “Teoría y Práctica de Trabajo Social de Casos” Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. 1992. Pág. 1

⁶¹ Ibidem, 22

⁶² Ibidem, 23

❖ **Objetivo:** “eliminar las tensiones material y emocional, a ayudar al cliente a lograr un ajuste práctico de acuerdo a su medio social así como satisfacción mutua en sus relaciones personales”.⁶⁴

❖ **Metodología:**

- ❖ Etapa inicial (Investigación).
- ❖ Estudio social o diagnóstico
- ❖ Terapia de apoyo o Tratamiento terapéutico.
- ❖ Reporte o Evaluación.

Helen Harris:

❖ **Concepto:** “el trabajo social individualizado es un proceso empleado por instituciones consagradas a fomentar el bienestar público para ayudar al individuo a afrontar con mayor eficacia sus problemas de ajuste social”.⁶⁵

❖ **Objetivo:** “influir sobre la persona cliente fomentando su eficacia para afrontar sus problemas, y/o influyendo sobre el problema hasta resolverlo o mitigar sus efectos”.⁶⁶

❖ **Metodología:**

- ❖ Investigación.

- ❖ Diagnóstico. {
 - Dinámico
 - Clínico
 - Etológico

- ❖ Tratamiento

⁶³ Davison, Evelyn. “Trabajo Social de Casos” Editorial Continental, S.A. DE C.V., México. 1982. Pág. 13

⁶⁴ Ibidem, 13

⁶⁵ Harris, Helen. “El Trabajo Social Individualizado” Ediciones RIALP, S.A. Madrid, 1980. Pág. 18

⁶⁶ Ibidem, 19

Ricardo Hill:

“Lo define como “modelo” en Servicio Social, es la inclusión en un todo, en una unidad, de los aspectos teóricos metodológicos, funcionales y también filosóficos de una forma determinada de práctica”.⁶⁷ El autor hace una recopilación de cinco modelos de atención, integrando los aspectos ya antes mencionados.

Modelo de Socialización:

En este modelo se incluyen tres modelos, los cuales son; el modelo del cliente desfavorecido, el modelo del servicio social agresivo, el modelo de socialización propiamente dicho. “Las personas abarcadas por este trío de modelos, son las crónicamente pobres y los miembros de cualquier grupo racial o étnico estigmatizado o reprimido”.⁶⁸ “Desde el punto de vista puramente descriptivo, esta clientela estaría caracterizada por la pobreza, familias matriarcales, frecuente y severa desorganización familiar”.⁶⁹

❖ **Objetivos:**

- ❖ “Que el individuo y la familia desfavorecidos accedan realmente a los recursos y servicios materiales que necesitan, tanto de programas públicos como de privados.
- ❖ Que logren cierto grado de estabilidad en sus ámbitos familiar y de relaciones tanto para su propio bien como en beneficio de sus hijos que deben ser criados en una atmosfera de estabilidad y aceptación.
- ❖ Que el individuo experimente que la esperanza puede ser realizada.
- ❖ Que aprenda que una acción dirigida hacia un objetivo puede producir resultados satisfactorios.
- ❖ Que tengan acceso a oportunidades vocacionales realmente promisorias.
- ❖ Que desarrollen un sentido de identidad más firme y una autoestima más solida”.⁷⁰

⁶⁷ Hill, Ricardo. “Caso Individual” Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1970. Pág. 9

⁶⁸ Ibidem, 17

⁶⁹ Ibidem, 18

⁷⁰ Ibidem, 22

❖ **Metodología:**

- ❖ Investigación.
- ❖ Diagnóstico.
- ❖ Tratamiento.
- ❖ Marco institucional.
- ❖ Evaluación.

Modelo Clínico Normativo:

“Busca ayudar al individuo que tiene un problema”. Ya sean de relaciones familiares cotidianas y desempeño escolar y en el trabajo, ansiedad incontrolable, culpabilidad, defensas paralizantes y temas libidinosos y agresivos que dañan las relaciones interpersonales, disturbios en el funcionamiento social incorrecto en roles sociales e interacciones sociales. La persona debe estar consciente e interesada en su problemática ya sea psíquica, social o ambiental, para ser capaz de utilizar la ayuda”.⁷¹

- ❖ **Objetivo:** “es un servicio de rehabilitación terapéutica, cuyo propósito es mejorar el funcionamiento social del individuo, esto es, ayudarlo a abandonar sus formas “disfuncionales” de conducta”.⁷²

❖ **Metodología:**

- ❖ Investigación.
- ❖ Diagnóstico.
- ❖ Estudio y tratamiento (canalización a instituciones de apoyo).
- ❖ Marco institucional.
- ❖ Evaluación.
- ❖ Base conceptual.

⁷¹ Ibidem, 33

⁷² Ibidem, 49

Modelo Socio-conductista:

Analiza el comportamiento social, toda vez que el comportamiento es aprendido y puede ser modificado en las formas deseadas, por los mismos medios. “Ayuda a la gente con comportamientos problemáticos encontrando modos de aplicar los principios y procedimientos de condicionar esos comportamientos”.⁷³ “Su tarea es encontrar caminos de comportamiento para fortalecer algunas de sus conductas, debilitar otras, y ayudar a abandonar formas indeseables de conducta para adquirir nuevas más adecuadas”.⁷⁴

❖ **Objetivo:** “alterar el comportamiento del cliente en formas definidas para que sus problemas disminuyan o desaparezcan”.⁷⁵

❖ **Metodología:**

- ❖ Investigación.
- ❖ Diagnóstico y evaluación.
- ❖ Tratamiento.
- ❖ Marco institucional.
- ❖ Evaluación.
- ❖ Base conceptual.

Modelo de Crisis:

“Dirige su atención hacia el manejo que el individuo hace de situaciones difíciles pero temporarias que no puede controlar por medio de sus métodos y recursos habituales para resolver problemas”.⁷⁶ Dicho modelo es de atención a corto plazo. Se pueden distinguir varios tipos de crisis: crisis situacionales, crisis de origen social y cultural, crisis de desarrollo.

⁷³ Ibidem, 54

⁷⁴ Ibidem, 55

⁷⁵ Ibidem, 57

⁷⁶ Ibidem, 66

❖ **Objetivo:** “llevar al individuo a un estado tolerable de confort emocional y que desarrolle capacidades para afrontar la situación en forma efectiva”.⁷⁷

❖ **Metodología:**

- ❖ Investigación.
- ❖ Diagnóstico.
- ❖ Tratamiento.
- ❖ Marco institucional.
- ❖ Evaluación.

Modelo de Comunicación-interacción:

“Este modelo se dirige a la familia como el contexto principal del individuo. El comportamiento de cada individuo dentro de una familia está relacionado y depende del comportamiento de todos los otros”.⁷⁸ A este modelo se le conoce como “terapia familiar”. Comprende las formas desordenadas de comunicación e interacción.

❖ **Objetivo:** “modificar las distorsiones en la comunicación, lo que resultara en una transmisión franca de intenciones consistentes de una persona a otra, o el abandono de métodos de control de interacción para aquellos que se muestran cooperativos”.⁷⁹

❖ **Metodología:**

- ❖ Investigación.
- ❖ Diagnóstico.
- ❖ Tratamiento (terapia familiar).
- ❖ Marco institucional.
- ❖ Evaluación.
- ❖ Base conceptual.

⁷⁷ Ibidem, 68

⁷⁸ Ibidem, 75

⁷⁹ Ibidem, 78

Edna Meave:

- ❖ **Concepto:** “toda necesidad de comprender a los individuos que tienen algún problema social nos lleva a tratar de explorar o investigar a fin de analizar y sintetizar su conocimiento, por lo tanto la investigación no solo va hacia el individuo en si, sino en general hacía los aspectos totales e integrales de su vida como son el estudio de su familia y su grupo social, donde se desenvuelve”.⁸⁰

- ❖ **Objetivos:**
 - ❖ “Movilizar las capacidades del individuo para que se transforme en persona a través de la educación social y de su medio para que haga frente a sus problemas.

 - ❖ Lograr la promoción social, lo que implica que el ser humano es capaz de organizarse y movilizarse en la búsqueda de solución a sus necesidades, así como integrarse como persona”.⁸¹

- ❖ **Metodología:**
 - ❖ Investigación.
 - ❖ Diagnóstico o análisis operativo situacional.
 - ❖ Plan social de tratamiento (educación y promoción social).

Enfoque Sistémico:

“El proceso metodológico para abordar el problema es el de la investigación, el diagnóstico y el tratamiento aunque es un proceso en el que pueden ir apareciendo indistintamente las etapas o fases, de acuerdo al movimiento propio de la entrevista a las características del sujeto y al problema. El trabajador social debe cuidar de hacer participar al sujeto en cada una de estas fases para capacitar al sujeto en el proceso de solución del problema”.⁸²

⁸⁰ Meave, Edna. “Metodología para el Estudio Social de Casos” Edme Ediciones, 1998. Pág. 8

⁸¹ Ibidem, 10

⁸² García, Ma. “Trabajo Social en la Atención Individualizada”, UNAM-ENTS s/a. Pág. 47

❖ **Metodología:**

- ❖ Investigación.
- ❖ Diagnóstico.
- ❖ Pronostico
- ❖ Plan social
- ❖ Tratamiento social.

Este último modelo (enfoque sistémico o teoría general de sistemas) es la metodología que se abordará para realizar el estudio de caso retomado en el presente trabajo.

CAPÍTULO IV

MODELO SISTÉMICO

En el presente capítulo se aborda el método que se utilizará para la investigación de trabajo social de caso, por lo que primeramente se retoma la fundamentación del modelo, tomando en cuenta la teoría general de sistemas y posteriormente el método sistémico, señalando cada etapa siendo estas: investigación, diagnóstico social, pronóstico social, plan social, tratamiento social, evaluación, cierre de caso y seguimiento. Por último se desarrolla las técnicas de entrevistas y observación, así como el registro de casos y reportes.

4.1 Fundamentación del Modelo

Para poder hablar del modelo sistémico es necesario retomar la teoría general de sistemas de la cual se desprende este modelo, donde se menciona el término de sistema siendo “una reunión o conjunto de elementos relacionados, un sistema puede estructurarse de conceptos, objetos y sujetos, como en un sistema hombre-máquina, que comprende las tres clases de elementos. Por tanto, un sistema es un agregado de entidades, viviente o no viviente o ambas. Los sistemas se componen de otros sistemas a los que llamamos subsistemas”.⁸³

4.1.1 Teoría General de Sistemas

“El enfoque de sistemas abarca los principios de la teoría general de sistemas, la cual es una disciplina que se inició en 1954. La TGS intenta alcanzar el estatus de una ciencia general a la par de las matemáticas y la filosofía. La teoría general de sistemas proporciona la capacidad de investigación al enfoque de sistemas. Ésta investiga los conceptos, métodos y conocimientos pertenecientes a los campos y pensamiento de sistemas. En este contexto, los términos “enfoque de sistemas” y “teoría general de sistemas aplicada” se usan como sinónimos”.⁸⁴

⁸³ Van Gigch, “Teoría General de Sistemas”, Editorial Trillas, 1993. Pág.17

⁸⁴ Ibidem, 50

A fin de revisar el progreso realizado desde 1954, se deben tener presentes tres puntos.

Primero, como el mismo Von Bertalanffy notó, la teoría de sistemas no es “una moda efímera o técnica reciente...la noción de sistema es tan antigua como la filosofía europea ...y puede remontarse al pensamiento aristotélico”.

Segundo, algunas de las ideas predicadas por la teoría general de sistemas pueden observarse en tiempos más recientes, al filósofo alemán George Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831), se le atribuyen las siguientes ideas.

1. El todo es más que la suma de las partes.
2. El todo determina la naturaleza de las partes.
3. Las partes no pueden comprenderse si se consideran en forma aislada del todo.
4. Las partes están dinámicamente interrelacionadas o son interdependientes.

Tercero, durante la década de 1930 se escucharon muchas voces que demandaban una “nueva lógica” que abarcara los sistemas tanto vivientes como no vivientes. Las ideas elementales de Von Bertalanffy se publicaron en esa época y se presentaron en varias conferencias. Estos escritos formalizaron el pensamiento de esa época, el cual aclaraba que los sistemas vivientes no debían de considerarse cerrados, ya que de hecho, eran sistemas abiertos y que al realizar un cambio “de los niveles físicos al biológico, social y cultural de la organización, encontramos que en ciertas etapas de complejidad de las interrelaciones de los componentes... puede desarrollarse un nivel emergente de organización con nuevas características”.⁸⁵

“La teoría general de sistemas se ha desarrollado a partir de la necesidad de ofrecer una alternativa a los esquemas conceptuales conocidos bajo el nombre de enfoques analítico-mecánicos, asociados con la aplicación del método científico y del paradigma ciencia a las ciencias físicas”.⁸⁶

⁸⁵ *Ibidem*, 66

⁸⁶ *Ibidem*, 59

4.1.2 Teoría General de Sistemas y Trabajo Social

Según Payne, las ideas de sistemas en el Trabajo Social tienen su origen en la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy (1971). Se trata de una teoría biológica que propone que todos los organismos son sistemas compuestos por subsistemas, formando aquellos, a su vez, parte de unos macrosistemas.

“Los sistemas se caracterizan por su grado de apertura y permeabilidad, así como su interactividad. Los sistemas de todos estos niveles están abiertos y se componen de subsistemas que procesan las entradas, los procesos internos y las salidas de distintas formas de materia, energía e información.

Las bases teóricas que fundamentan el modelo sistémico son: la teoría general de sistemas, la cibernética, la teoría de los tipos lógicos de Russell, la teoría de la comunicación y la teoría del juego. En el trabajo social se distinguen dos modalidades de la teoría de sistemas:

- La teoría de sistemas generales.
- La teoría de sistemas ecológicos.

El modelo sistémico, aplicado a la intervención del trabajo social con familias y otros sistemas, debe tener en cuenta las características de interrelación y causalidad circular de los componentes entre sí y de estos con el sistema en su totalidad, entendiendo que el todo es más que la suma de las partes. Existen, no obstante, dos visiones de este modelo:

- La que se considera que en el sistema familiar esta la causa y la solución (el modelo de terapia de la familia o terapia sistémica), y
- La que interpreta que la intervención no se puede descontextualizar ni fragmentar (el modelo ecosistémico)”⁸⁷.

Por lo cual para efectos de la presente investigación se retomara desde el punto de vista de la segunda visión de este modelo sistémico.

⁸⁷ Fernandez G, “Trabajo Social con Casos”, Editorial Alianza S.A., Madrid 2005. Pág.86

4.2 Modelo Sistémico

La información que a continuación se presenta en relación al modelo sistémico y sus etapas se retoma de la antología de Trabajo Social en la Atención Individualizada de Ma. Del Socorro García Rivas.

El proceso metodológico para abordar el problema es; la investigación, el diagnóstico y el tratamiento, aunque es un proceso en el que pueden ir apareciendo indistintamente las etapas o fases, de acuerdo al movimiento propio de la entrevista a las características del sujeto y al problema. El trabajador social debe cuidar de hacer participar al sujeto en cada una de estas fases para capacitar al sujeto en el proceso de solución del problema.

El modelo ecológico propuesto por Uri Bronfenbrenner en 1987, plantea que el microsistema, mesosistema, exosistema, y el macrosistema están influenciados entre sí y en mutua correspondencia.

El microsistema “compuesto por las relaciones del individuo con otras personas que le influyen en sus entornos más inmediatos”.⁸⁸ Se refiere a las relaciones cara a cara que constituyen la red vincular más próxima a la persona; dentro de esa red, juega un papel privilegiado la familia: corresponde a la personalidad del sujeto, sus recursos, sus habilidades, sus fortalezas, sus miedos, emociones y la manera como se relaciona con el mundo.

El mesosistema, formado por los microsistemas comunitarios y la conexión entre situaciones que contienen a las personas y grupos, y la forma en que se relacionan.

El exosistema “uno o más entornos en los que los individuos no participan directamente, pero en los que se toman decisiones importantes que les afectan (legislación laboral, programación de medios de comunicación, organización del sistema educativo, etc.)”.⁸⁹ Esta compuesto por la comunidad más próxima; incluye a las instituciones mediadoras entre el nivel de la cultura y lo individual (como la

⁸⁸ Ibidem, 88

⁸⁹ Ibidem, 89

escuela, la iglesia, los medios de comunicación, los ámbitos laborales, la procuración de justicia, etc.)

El macrosistema “pautas generales que definen y regulan la vida social: ideología y valores culturales, orden social imperante, claves del contrato social existente, etc”.⁹⁰ Incluye a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura en particular (los valores, la economía, la política, etc).

Así, la intervención individualizada debe partir del sujeto, luego hacia la familia y otros espacios a los que pertenece, ubicados en el contexto de la cultura en general, asegurando de esta manera que los problemas no se perpetúen, que se ofrezca a los individuos tratamientos a los que tengan posibilidades de acceder.

4.2.1 Etapas

Las etapas o fases que contiene este modelo son: investigación, diagnóstico social, pronóstico social, plan social, tratamiento social y evaluación las cuales se desarrollan en los siguientes sub-temas.

4.2.2 Investigación.

Esta fase es la que marca el inicio del proceso de intervención; es importante reiterar que en la práctica las fases se presentan simultáneamente o en forma distinta a como aparecen teóricamente y el trabajador social tendrá que desarrollar habilidades para pasar de una a otra sin perder de vista el proceso metodológico y reconocer el tránsito de una fase a otra.

De acuerdo al modelo ecológico, entre los datos o información que el trabajador social necesita conocer, y por tanto darse a la tarea de investigar, están el microsistema, el exosistema y el macrosistema del sujeto motivo de estudio.

1. Fase inicial: la persona, hechos, significado y causas del problema, impacto del problema

⁹⁰ Ibidem, 89

Se debe dedicar el tiempo necesario para que el sujeto explique cuál es el problema que lo lleva a solicitar atención; el tiempo que se invierte en la aclaración o especificación de la demanda es de vital importancia y no se debe saltar u omitir; es importante que el trabajador social no dé por entendido lo que el sujeto necesita, aunque en ocasiones pudiera parecer obvio, porque el hecho de ordenar los pensamientos y expresarlos verbalmente es lo que el sujeto necesita para ubicarse en su rol.

Es necesario conocer cuánto tiempo pasó desde que se identificó el problema y se solicita la ayuda; tomar esta decisión a veces resulta muy difícil y doloroso. El sujeto reconoce que en el momento que se presenta ante un profesionalista, va a ser necesario hablar de cosas que pueden no gustarle; se despierta una serie de fantasías (por ejemplo que el problema no tenga solución, que resulte responsable de la situación que ahora vive, que el profesionalista no lo “comprenda”, que lo regañe, etc.) y, si esto se presenta en la cabeza del sujeto de manera repetitiva, puede hacer que se retrase el tiempo para iniciar la búsqueda del tratamiento.

Dependiendo del tiempo que haya pasado, es necesario explorar el impacto que ha tenido este problema para el resto de la familia y los grupos en los que el sujeto se desenvuelve; se hace necesario preguntar qué opinan ellos, si también lo reconocen como problema que requiere de una intervención profesional.

En el tiempo que se dedica a la especificación de la demanda, es recomendable que el profesionalista solicite al sujeto que le explique lo que espera de él y de la institución, cómo se imagina que va a ser tratado, el tiempo que se va a invertir en el proceso de intervención, como se imagina el tratamiento, qué desea que suceda entre ambos, qué está dispuesto a ofrecer e invertir en su tratamiento; especial cuidado debe tener el profesionalista para no crear falsas expectativas en el sujeto.

Al término de esta exploración se puede discutir el contrato profesional, en él debe quedar explicitado, entre otras cosas, los roles que jugarán cada uno, y el tiempo aproximado que se requiere para la modificación del problema.

Ambos deben darse a la tarea de fijarse una meta concretamente definible y prácticamente alcanzable; esto protege al propio trabajador social del problema de quedar atrapado en soluciones erróneas, complicando más que resolviendo el problema.

Además de definir la meta en términos concretos, es prudente establecer un límite de tiempo al proceso de cambio, planteando metas cortas que contribuyan a la solución del problema en el plazo que se estableció. Este contrato es importante para iniciar la relación profesional en el trabajo social individualizado, pero al cumplimiento de cada etapa es bueno que los participantes lo evalúen y renueven el contrato, planteándose nuevos objetivos.

La exploración de la información antes mencionada proporcionará datos suficientes acerca del microsistema del individuo sujeto de estudio.

Los elementos de la dinámica familiar permite conocer las relaciones y formas de interaccionar entre los integrantes de la familia; cada uno por si solo no significa nada; hay que verlos como parte de un todo, no como la suma de cada uno de ellos.

4.2.3 Diagnóstico Social.

El diagnóstico es otra de las fases importantes del proceso de la atención individualizada; la palabra diagnosis viene del vocablo *día* que significa “a través” y de la palabra gnosis que significa “conocer a través de”, y precisamente se realiza después de conocer el problema; para ello, el trabajador social obtuvo la información necesaria del sujeto y de la investigación colateral, y su importancia radica en que va a proporcionar los elementos para decidir la modalidad y el inicio del tratamiento.

El proceso de atención individualizada es dinámico y las fases pueden aparecer simultáneamente; así, mientras se está en la investigación, el profesionalista analiza y va dando una interpretación a la información que obtiene; esto es un procedimiento simultaneo que se produce a nivel mental y también sirve de guía para dirigir la entrevista. De esta manera y en forma constante, desde el inicio estamos diagnosticando, aunque metodológicamente es necesario que se elabore después de concluida la investigación. Así como la calidad de la información obtenida nos

garantiza un buen diagnóstico, éste, a su vez nos asegura en cierta medida un buen tratamiento, o por lo menos nos ayuda a centrar la dirección de la solución del problema.

Procedimiento para la elaboración del diagnóstico

Un diagnóstico es la presentación escrita descriptiva a manera de conclusión, a la que se llega con base en el análisis, síntesis y reflexión de la información del problema que se ha investigado. Su elaboración es responsabilidad del trabajador social, y para su análisis requiere del referente teórico que le permita interpretar y presentar con un lenguaje técnico, la información obtenida. Existen variantes en la presentación del diagnóstico, dependiente de las propuestas teóricas que se elijan; para esta materia seguiremos con la línea del modelo ecológico.

Como se menciono antes el proceso metodológico del trabajo individualizado contiene una serie de etapas o fases que van ligadas entre sí, tienen una ordenación en la secuencia, aunque esto no implica necesariamente rigidez, pues sabemos que la dinámica de la atención puede variar de un sujeto a otro. En la primera entrevista podemos investigar, diagnosticar y brindar tratamiento; esto sucede en la realidad y está bien, pero el trabajador social debe tener la claridad suficiente para reconocer que estamos en dos momentos diferentes: uno en el que estamos frente al sujeto que solicita ayuda –ahí la exigencia es la de identificar el momento en el que pasa de una fase a otra, es decir manejarse conscientemente en el transcurso de la entrevista-, y otro que es más propio del trabajador social en donde reconstruye, analiza e interpreta su intervención.

No debemos olvidar que estamos trabajando con sujetos y es un grave error decir expresiones como “no sé cómo lo hice, pero salió bien” (esto nos habla de una ignorancia metodológica).

El proceso del diagnóstico consiste en recoger todos los hechos referentes a la persona, al problema y a la situación, analizarlos y organizarlos en el contexto específico de la situación de “casework” (trabajo de casos), reflexionar sobre ellos hasta llegar a establecer un juicio sobre su significado, en relación con qué se tiene

que hacer y cómo se tiene que hacer (Harris Perlman, 1982). Para que el diagnóstico no se convierta en una síntesis del informe de la investigación se sugiere que el trabajador social al estructurarlo se haga las siguientes preguntas: ¿Cuál es el problema?, ¿Qué factores psicológicos, físicos, sociales y económicos contribuyen a él?, ¿Qué repercusiones tiene en el bienestar individual y familiar?

Para elaborar el diagnóstico el profesional en Trabajo Social se basa en técnicas tales como el análisis, la interpretación y la síntesis de la información:

Análisis: Se separan todos los componentes que integran el estudio social, interrelacionando sexo, edad, escolaridad, rol de cada miembro de la familia, necesidades, expectativas, características, así como la condición socioeconómica, ideológica, etc., los cuales permiten interpretar la relación existente entre unos y otros.

Interpretación: Consiste en explicar de qué manera están influyendo las relaciones que se dan entre un dato o fenómeno y otro, y es necesario poner especial cuidado para evitar los prejuicios.

Síntesis: Permite reagrupar la información analizada e interpretada, destacando la situación encontrada, causas, efectos, factores que intervienen en ésta, recursos con los que se cuenta y posibilidades que existen para el tratamiento (Ortega 2003).

Presentación del diagnóstico

Inicia con el sujeto (es decir, el microsistema) y se va extendiendo hacia las áreas o subsistemas investigados tales como el exosistema y macrosistema que tengan relación en el problema. La razón de ser del diagnóstico se engloba en lo siguiente:

- Una correcta y precisa información del problema
- El contexto social espacial, traduciendo en tiempo, duración y periodo en que se da el problema.
- El análisis de los factores que causan el problema y el nivel de impacto. La previsión de riesgos y la evolución hacia el cambio. El señalamiento de

recursos humanos y material, sean estos emocionales, económicos o físicos, que intervendrán en el proceso (López, O)

El diagnóstico se presenta en términos de totalidad, lo cual, como se mencionó anteriormente, no es la suma de las partes que lo componen (microsistema, exosistema y microsistema) sino la relación que se da entre estos subsistemas con respecto al problema en el que se desea intervenir.

Se incluyen a continuación diferentes tipos de diagnósticos que están basados en la obra de Hellen Harris (1965).

Diagnóstico clínico: En sentido estricto, consiste en un intento de clasificar ciertas formas y aspectos cualitativos del desajuste de la personalidad del sujeto, y ciertas necesidades y formas de conducta que caracterizan su funcionamiento defectuoso.

Diagnóstico etiológico: En su aceptación más general, el término se aplica relativamente poco a la causación inmediata, y con mayor frecuencia a los orígenes y desarrollo del problema del sujeto que, por lo general, residen en su personalidad o en su comportamiento.

Diagnóstico dinámico: viene a ser como una sección transversal de las fuerzas que intervienen activamente en la situación problemática que presenta el cliente. Tales fuerzas operan en el seno del cliente, en su situación social, y entre uno y otro. Con el diagnóstico dinámico se trata de determinar en qué consiste el problema, qué factores psicológicos, físicos y sociales contribuyen a él.

El contenido específico de cada uno de estos tipos de diagnóstico y las condiciones que determinan su utilidad son diversos, aunque entre ellos existen frecuentes imbricaciones. En un diagnóstico dinámico siempre hay algo de etiología y el diagnóstico etiológico no resulta en ningún caso inútil, aunque no encaje con la idea especialista en "casework" (trabajo de casos).

Como se puede observar, la intervención individualizada bajo la perspectiva sistémica no permite dividir el análisis para la elaboración del diagnóstico; esto nos obliga a pensar en la interrelación de cada una de las partes, y corresponde a un tiempo y un espacio determinado. Esto no quiere decir que el diagnóstico no pueda

cambiar, ya que éste va de la mano del propio movimiento del sujeto, y es por eso que no podríamos hablar de un diagnóstico preliminar, o de una impresión diagnóstica; lo que sí estamos obligados es a diagnóstica cada encuentro con el sujeto y aprender a defender el resultado de nuestro análisis e interpretación, mismo que podrá ser diferente en algunos aspectos entre un trabajador social y otro; si esto sucede, cada uno podrá hacer sus aclaraciones pertinentes, con base en su referente teórico.

4.2.4 Pronóstico Social: Las Características y Los Recursos

Se concibe como la capacidad de pensar, idear o manifestar lo que puede suceder a futuro. El pronóstico en la atención individualizada es establecer que el problema puede resolverse a largo, mediano o corto plazo o, en dado caso, que no podrá resolverse. Su elaboración requiere de un buen diagnóstico; ¿Qué quiere decir esto?, que necesitamos contar con información de la interrelación de los subsistemas que integran el modelo ecológico.

Así como el diagnóstico es el análisis y la interpretación de la información, el pronóstico se convierte en el análisis del diagnóstico y su interpretación concluye en un valor tal como “bueno”, “malo”, “favorable”, “desfavorable” o “reservado”.

El pronóstico se elabora bajo la detección de los recursos humanos disponibles del sujeto, los de la familia, del ambiente, y los del trabajador social y la institución (López, O. 1992).

Tal vez haya suficientes recursos en el microsistema pero no en el exosistema y, para un determinado problema, esto lo convierte en un pronóstico reservado. O en una situación específica un microsistema lo suficientemente fuerte, es suficiente para realizar modificaciones a nivel del exosistema y microsistema; entonces podríamos decir que el pronóstico es favorable, y así tenemos que ir reconociendo el valor de los recursos de cada sujeto. Para esto quiero recordarles la equifinalidad como característica de los sistemas abiertos; es decir, que aunque un problema tenga el mismo origen los sujetos, al final el resultado puede ser diferente.

4.2.5 Plan Social

Un plan es una idea que significa anticipar, prever qué vamos a hacer, cómo queremos hacerlo, con qué se va a hacer, de qué manera debe quedar, qué necesitamos para hacerlo; también significa crear las condiciones para asegurar que lo que se hace tendrá éxito (Camacho González, L.)

Tiene que ser elaborado con el sujeto, pues construir juntos un plan implica involucrarlo y comprometerlo; a veces pensamos que algunas acciones podrían ser benéficas, pero no concuerdan con la cultura y sistema de valores de las personas; ellas nos podrán decir que qué quieren modificar, pero para eso tuvimos que haber compartido y discutido el diagnóstico juntos.

En la práctica en ocasiones escuchamos a compañeros que dicen “he intentado que la persona reflexione y cambie de ambiente”, o “lo mejor es que deje a su pareja”, etc.; sin embargo, cuando hemos reflexionado lo suficiente en los tres subsistemas (a nivel de micro, exo y macrosistema), podremos comprender al sujeto a partir de las relaciones que se establecen entre los ámbitos antes señalados, y de ahí la insistencia de la importancia de compartir el diagnóstico.

Como se mencionó antes, una vez reconocidas las áreas que pueden estar contribuyendo en el problema, el sujeto y el trabajador social estarán en condiciones de elegir aquellas que sean posibles de modificar desde la atención individualizada y desde el propio interés del sujeto; a partir de ahí se jerarquizan, se decide cuánto tiempo está dispuesto a proporcionar para trabajar en ello y se renueva el contrato, aunque sabemos que dar un tiempo para la solución de un problema es utópico; los sujetos necesitan organizar sus actividades y así se pueden establecer pequeñas metas en períodos específicos.

4.2.6 Tratamiento Social

Si cada una de las etapas mencionadas anteriormente ha sido cuidadosamente realizada, metodológicamente hablando, podríamos decir que estamos justo en el momento donde se centra la modificación del problema que llevó al sujeto a solicitar atención o ayuda profesional.

Aunque se haya renovado el contrato y el sujeto esté comprometido a entender o modificar los aspectos necesarios de su micro, exo y macrosistema, esto no quiere decir que la tarea que se aproxima sea fácil; de alguna manera tenemos a favor el reconocimiento del problema, pero no debemos olvidar que todo proceso de cambio es doloroso, ofrece resistencias e implica mucho trabajo de tolerancia por parte del profesional, quien debe reconocer y respetar siempre las decisiones de los sujetos. En la fase anterior se mencionaba la dificultad de asignarle tiempo al tratamiento y que cada sujeto tomará decisiones a su propio ritmo, dependiendo de sus recursos. Para el inicio del tratamiento es importante recordar que la entrevista y sus técnicas son fundamentales, por lo que les sugiero revisarlas nuevamente.

Respecto a los cambios que se pretenden realizar, Watzlawick ha señalado ya los principios acerca de la formación y solución; de alguna manera ésta ha sido mencionada anteriormente, y lo interesante es que se haga presente en esta fase. Para abordar un problema, tomando en cuenta los principios antes mencionados, el autor propone la formulación y aplicación de un procedimiento en cuatro etapas.

Dichas etapas son las siguientes:

1. Una clara definición del problema en términos concretos
2. Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas
3. Una clara definición del cambio concreto a realizar
4. La formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

Por lo que se refiere a la primera etapa es obvio que, a fin de poderse resolver, un problema ha de ser ante todo un problema. Lo que quiere decir con esto es que la traducción a términos concretos de un problema vagamente formulado permite la distinción crucial entre problemas y pseudoproblemas. Esto es lo que se ha planteado en fase inicial.

La segunda etapa implica una cuidadosa exploración de estas tentativas de solución y no sólo muestra qué clase de cambio no ha de ser intentada, sino que revela también qué es lo que mantiene la situación que ha de ser cambiada y dónde, por lo tanto, ha de ser aplicado el cambio.

La tercera etapa, con su implícita demanda de una meta concretamente definible y prácticamente alcanzable, protege al propio sujeto del problema de quedar encerrado en soluciones erróneas, complicando de este modo, más que resolviendo, el problema.

Como ya hemos mencionado, muchas personas que buscan ayuda con respecto a un problema describen el cambio deseado en términos al parecer plenos de sentido, pero en realidad carentes de utilidad práctica, por lo que aquí la tarea consiste en clarificar. La falta de claridad de esas personas no es debida al hecho de que, sencillamente, no se haya encontrado aún la respuesta correcta a su problema, sino más bien a que, sobre todo, están planteando una cuestión equivocada.

Además de tener en cuenta la “pregunta correcta” y definir así la meta en términos concretos, intentamos poner también un límite de tiempo al proceso de cambio. Hemos observado que en la medida en que un paciente alcanza una meta concreta, o se siente de acuerdo con ella (sin que importe lo grande que le parezca su problema), se hallará también de acuerdo en fijar un tiempo límite (Watzlawick, 1999).

4.2.7 Evaluación, Cierre de Caso y Seguimiento.

– Evaluación:

En la evaluación del proceso de la atención individualizada resalta la importancia de contar con instrumentos de registro de datos, porque es imposible evaluar si se limita a la memoria del profesionalista. El proceso de evaluación, como implica el término, es continuo y tiene la finalidad de verificar los resultados que durante el tratamiento se vayan presentando, para estar en condiciones de redireccionar el proceso cuando se considere pertinente, o bien, introducir modificaciones; se reconocen tres momentos en los que el profesionalista realiza dicha evaluación con ayuda de sus reportes (este tema se verá en el siguiente apartado), con el sujeto y en la supervisión (lo cual también se revisará más adelante). A continuación mencionaré cada uno; la secuencia se presenta de manera arbitraria y con fines didácticos, pues cada trabajador social en el desarrollo de su práctica los colocará de acuerdo de sus necesidades.

El trabajador social se debe tomar un tiempo para revisar el desarrollo de sus entrevistas y analizar su intervención en relación con el sujeto; es importante formar una disciplina de análisis y reflexión acerca de la metodología y el logro de los objetivos, pues esto le permitirá ser menos subjetivo en la apreciación de su intervención profesional; hay que recordar siempre que su figura está unida a la del sujeto, y por lo tanto la relación que se dé entre ellos va a jugar un papel determinante hacia el logro de los cambios. Esto no quiere decir que si el sujeto no realiza modificaciones exista responsabilidad exclusiva del profesionista y se cuestione su profesionalismo; por supuesto que no, lo que significa que ambos participan y hay corresponsabilidad en este proceso de atención.

Como se mencionó anteriormente, el sujeto que recibe la atención juega un papel importante en la evaluación; periódicamente habrá de darse un tiempo para revisar con él el logro de los objetivos, pedirle que exprese cómo se siente, qué avances reconoce o si siente que se han detenido los logros, a qué lo atribuye, qué cambios ha notado y cuál ha sido la respuesta e los subsistemas (micro, exo) y macro). También se le pedirá la evaluación de la figura del trabajador social: cómo siente su relación con él, qué opina de su intervención y si se siente a gusto.

El encuentro del trabajador social con el supervisor se desarrollará más adelante, específicamente en la evaluación; sirve para compartir el resultado de su propia evaluación y ayuda al profesionista porque podrá contar con la visión de otra persona de la misma profesión, quién le ayudará a realizar evaluaciones sistemáticas.

– **Cierre de caso:**

Esta fase requiere especial atención; a veces resulta difícil cerrar los casos porque el profesionista, desde una perspectiva lineal, decide que el sujeto no está listo para concluir la relación profesional. Cuidado, porque si no se ha capacitado y responsabilizado al sujeto para resolver sus problemas, nunca se podrá ir; él mismo se sentirá inseguro y mantendrá una dependencia excesiva del trabajador social.

Es obvio que en el momento del cierre no se habrán resuelto todos los problemas de la persona; lo deseable es la modificación o solución de los que se eligieron para trabajar.

La decisión del cierre también se hace de manera conjunta con el sujeto, después de la evaluación, y puede suceder que la intervención individualizada tenga sus propias limitaciones en determinado problema y sea necesario derivar al sujeto con otro profesionalista que haya logrado el máximo beneficio o que el mismo sujeto decida dar por terminado el proceso.

Consiste en llevar el seguimiento de la atención que se está proporcionando a cada familia, el cual debe ser asentado en el expediente correspondiente, dependiendo de la duración del tratamiento y de acuerdo a los requerimientos del caso; se anotará cuando se juzgue conveniente.

Dichas anotaciones deben de hacerse durante todo el proceso hasta el momento en que se cierre el caso, ya sea porque el problema motivo de estudio fue solucionado, por mejoría, por sido canalizado, porque la persona logró ser autosuficiente o porque abandono el tratamiento, entre otras causas.

– **Seguimiento:**

Este dependerá del ámbito donde se encuentre trabajando el trabajador social; también dependerá de si el problema requiere que se haga seguimiento, por ejemplo en casos de maltrato, en instituciones de procuración e impartición de justicia y en las de asistencia social, por mencionar algunas. Si se ha decidido hacer seguimiento, el sujeto debe ser informado del objetivo de éste y la periodicidad con la que se realizarán las visitas, las llamadas telefónicas o las entrevistas.

Metodológicamente no es riguroso que cada proceso de intervención individualizada tenga seguimiento; en el momento del cierre se le puede plantear al sujeto que si se encuentra ante la dificultad de resolver otro problema podrá acudir a solicitar ayuda y nuevamente iniciar un proceso.

4.3. Entrevista y conversación.

La entrevista se define como una “conversación con un propósito deliberado, aceptado mutuamente por los participantes” (Kadushin1974). Tanto en la entrevista como en la conversación se intercambian ideas, actitudes, sentimientos, y hay una influencia recíproca entre los participantes. Pero también hay diferencias; así, la conversación se orienta hacia la asociación de diferentes contenidos, sin contar con un tema central; la entrevista tiene un propósito, procura tener unidad, progresión y continuidad temática.

A diferencia de lo que sucede en una conversación, quienes participan de forma espontánea y sin plan previo, los actos del entrevistador deben ser planeados y seleccionados conscientemente para el cumplimiento del objetivo. Nadie está obligado a iniciar una conversación; en cambio en la entrevista, el profesionalista debe atender la solicitud del sujeto en el momento en el que éste así lo solicite; la hora, el sitio y la duración de la entrevista son convenidos previamente.

En trabajo social se manejan 3 tipos de entrevista:

Entrevista informativa o de estudio social. El objetivo de estas entrevistas es obtener una imagen “concentrada” del individuo; el centro de interés es explorar las situaciones socialmente tensas, por las que se solicita ayuda. Es una recolección selectiva de la vida en relación, con el funcionamiento social que permite al profesional entender al sujeto en relación con el problema social. En ésta, la obtención de la información es el objetivo primordial. Es posible que para estructurar un estudio social sea necesario realizar varias entrevistas, de manera que la información se vaya acumulando y en cada sesión se obtenga información nueva.

Entrevista para diagnóstico y toma de decisiones. Ésta sirve para evaluar y determinar si la elección del servicio o la persona es el indicado. El objetivo de la entrevista es obtener información para tomar una decisión, para lo que el entrevistador necesita realizar un diagnóstico; es decir, debe aplicar sus

conocimientos teóricos a los datos obtenidos, organizarlos e interpretarlos para llegar a conclusiones confiables; finalmente con toda la información, el trabajador social tomara una decisión.

Entrevista para tratamiento. El objetivo de esta es efectuar un cambio en la persona, en su situación social o en ambos; la meta es alcanzar un funcionamiento social más efectivo de parte del individuo; busca conseguir cambios en los sentimientos, actitudes y en la conducta del sujeto de caso.

4.3.1 Observación

Esta es otra técnica que se utiliza de manera constante en todo el proceso de la atención individualizada y va unida siempre a la entrevista. Es una técnica que puede convertirse en herramienta; en el momento de transformar en hipótesis lo que observamos y al sintetizar esta información, se hace una abstracción de lo observado. Cuando se realizan observaciones se debe cuidar de los prejuicios; ahí radica la importancia de la formación profesional.

4.4 Registro de casos y reportes (Formatos)

Todo el proceso de la intervención debe ser registro en un expediente, desde el inicio hasta el cierre; si la información no está escrita, no se puede evaluar, supervisar, ni tampoco hacer modificaciones.

Además de ser requisito indispensable para la evaluación y supervisión, el registro de la información es útil para realizar sistematizaciones, investigaciones, perfiles de la población, estudios comparativos, etc.

En todas las intervenciones se debe realizar un reporte de entrevistas, y un grupo de reportes podrá convertirse en un estudio social. La información que contengan los estudios dependerá del ámbito donde se desempeñe el trabajador social y de la población que atienda.

– Reporte de la entrevista

Una vez terminada la entrevista, el entrevistador tiene la responsabilidad de registrar lo acontecido; el reporte asegura la continuidad del contacto con el sujeto y la institución, y permite también disponer de la información contenida en los documentos de la institución cuando sea necesario. En ese momento el entrevistador se pregunta ¿qué se debe registrar?, ¿cómo se debe organizar la información?

Generalmente el contenido y la organización del reporte diferirán de una institución a otra; el tiempo que transcurre entre una entrevista y el reporte debe ser lo más corto posible, para no correr el riesgo de que se distorsione la información o que se olviden los datos.

Es importante que en cada entrevista se realice un diagnóstico y, después de realizadas las entrevistas suficientes para obtener la información necesaria, se integren en un estudio social.

– Formato de reporte de entrevista:

I.- Ficha de identificación:

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono:

II.- Fecha de la entrevista

III.- Nombre de trabajador (a) Social:

III.- Objetivo de la entrevista

IV.- Relato o contenido de la entrevista:

V.-Diagnóstico de la entrevista:

VI.- Plan u objetivo para la entrevista:

Estudio Social

I.- Antecedentes generales:

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:

Domicilio:

Teléfono:

Fecha:

Trabajador Social:

II Motivo del estudio:

III.- Investigación de antecedentes personales:

Antecedentes escolares:

Antecedentes laborales:

Vida de relación:

IV Investigación de antecedentes familiares:

Grupo familiar:

Historia familiar:

Dinámica familiar:

Actitud del sujeto frente a su problema:

Actitud de la familia frente el sujeto y su problema:

Recursos:

V: Diagnóstico social:

VI: Plan de acción:

VII: Tratamiento:

VIII: Evaluación final (cierre del caso):

IX: Firma del Trabajador Social:

Instructivo para el manejo del estudio

El instrumento lo utilizará el trabajador social para la atención individualizada; como fuentes de información entrevistará al sujeto, su familia y fuentes colaterales, según las características del sujeto.

I Antecedentes generales

Se consignarán en este rubro los antecedentes de filiación del sujeto.

II Motivo del estudio

Señalar el objetivo del estudio; especificar la demanda del sujeto.

III Investigación de antecedentes personales

Antecedentes escolares: Especificar el grado de escolaridad actual, edad de incorporación a la vida escolar, rendimiento, aprovechamiento, adaptabilidad, relaciones interpersonales y cualquier hecho importante acaecido en esta etapa.

Antecedentes labores: Señalar en este rubro los aspectos relevantes de la vida laboral del sujeto, nivel de ocupación, capacitación, secuencia cronológica de sus trabajos, ajustes vocacionales, rendimiento, estabilidad laboral. También señalar la actitud general frente al trabajo (ausentismo, tolerancia al fracaso, éxitos, etc.)

Vida de relación: Para estos efectos, se entenderá como vida de relación aquellas actividades relaciones con otros aspectos de la vida del sujeto (actividades culturales y recreativas, ajustes sociales en general, amistades, uso del tiempo libre, pasatiempos, vida sentimental, vida sexual).

IV Investigación de antecedentes familiares

Grupo familiar

Generalidades: Especificar el número de miembros que integran el grupo familiar, nombre, edad, parentesco con el paciente, estado civil, grado escolar, nivel ocupacional y económico; agregar antecedentes sobre la vivienda. También se darán antecedentes de cada miembro del grupo familiar del sujeto con relación a (breve) descripción física y rasgos de carácter, nivel cultural, nivel ocupacional e ingresos económicos.

Historia familiar: Señalar hechos importantes acontecidos durante la vida familiar: años de vida matrimonial, aspectos maritales (separaciones, divorcios), matrimonio en segundas nupcias, hermanos fuera del hogar, actividades extramaritales y fallecimientos importantes.

Dinámica familiar: Se considera importante describir la relación entre los miembros de la familia, explorar el rol que desempeña cada miembro y en qué forma, expresión de afectos, comunicación, ciclo vital, rivalidades, dominio, sumisión; señalar normas, valores y sistemas de control (ejercicio de la autoridad).

Actitud del sujeto frente a su problema: explorar cómo vive el sujeto su problema, cómo lo enfrenta, que sugerencias concretas plantea para el futuro.

Actitud de la familia frente al sujeto y su problema: describir la actitud de la familia frente al sujeto y su problema, recursos del grupo familiar y apoyo al sujeto. Recursos. Mencionar los recursos de la institución.

V. Diagnostico social.

Consignar la interpretación dinámica y análisis de los datos obtenidos sobre el sujeto, su familia y su situación actual con base en el marco teórico de la atención individualizada.

VI. Plan de acción

Se elaborara con base en la jerarquización de los problemas diagnosticados y en los recursos existentes. Se podrá calendarizar el número de acciones profesionales con el sujeto o la familia, así como la revisión y análisis de evolución del proceso con el supervisor.

VII Tratamiento social

Descripción del cumplimiento de las acciones profesionales programadas y evaluación permanente del caso con base en los objetivos de la programación, lo cual permitirá el ajuste o adecuación de los objetivos, considerando la dinámica del caso en atención.

VIII Evaluación final y cierre

En esta etapa se evaluará en su totalidad el caso en atención, con base en:

Diagnóstico planteado

Plan de acción

Evolución y evaluación parcial consignadas durante la atención del caso.

Evaluación de la participación profesional (evaluación del trabajador social y de la metodología aplicada).

Evaluación de recursos.

3.5 Supervisión

La supervisión es un proceso dinámico y permanente, educativo, administrativo y técnico, que permite al supervisor y supervisado visualizar los problemas en el área de trabajo e implementar estrategias de intervención profesional (Arteaga, B. C.1995). Ésta es una definición clásica de supervisión en trabajo social de corte administrativo, de la cual sólo vamos a tomar el aspecto educativo, sin dejar de recordar que aunque tiene aplicación para las actividades en general, aquí nos vamos a centrar en la intervención individualizada.

Revisamos dos aspectos de la supervisión:

Uno, cuando el trabajador no tiene experiencia: es necesario desarrollar habilidades y destrezas, y el supervisor estará muy cerca del profesionista para guiarlo. Para ello se requiere que ambos reconozcan que se enriquecen del aprendizaje, y junto con el sujeto constituyen una unidad. Es tarea del supervisor facilitar la reflexión del supervisado, acompañar sus intervenciones con sustento teóricos para que el profesionista ubique sus acciones metodológicamente, escuchar atentamente, ser empático y preocuparse genuinamente por las personas que el supervisado le lleva supervisión; los mismos principios básicos que se recomiendan para el trabajador hacia los sujetos, son los que debe aplicar el supervisado. Debe contar con un reconocimiento académico y de experiencia entre los trabajadores sociales y tener una conducta intachable, ser y parecer supervisor para que sus comentarios no sean descalificados. El supervisado, por su parte primero necesita reconocer que no cuenta aún con la experiencia suficiente y necesita la guía del supervisión, aceptar las sugerencias y observaciones y realmente hacer intentos por modificar, los comentarios no se deben interpretar como forma de control o regaño, sino como medio para mejorar las intervenciones (no olvidar que realmente se aprende en la práctica). La intervención en el trabajo social individualizado implica exponerse emocionalmente, tanto para el sujeto como para el trabajador social; anteriormente se comentaron las emociones que aparecen en la entrevista, y no podemos evitarlas, pero es nuestra responsabilidad reconocerlas para hacernos responsables con los que nos corresponde.

El segundo considera que, aún con la experiencia, necesitamos de alguien igual (o más experimentado que nosotros) para que nos ayude a reconocer las emociones cuando nosotros mismos no podemos hacerlo; esto no significa falta de preparación sino que hay que considerarlo como una necesidad. El supervisado debe solicitar la supervisión cuando la necesite, y “darse” genuinamente al proceso de supervisión; y ¿qué significa esto?, bajar los mecanismos de defensa, para estar en posibilidad de escuchar y evitar los pretextos y excusas con relación a nuestra intervención.

Para finalizar, es necesario recordar que para la supervisión es indispensable contar con los reportes; la duración recomendable es de 30 a 60 minutos y la periodicidad la establecerán juntos, el supervisor y el supervisado.

CAPÍTULO V
PROCESO PRESENTADO POR EL PACIENTE A PARTIR DEL
TRASPLANTE RENAL, CASO ATENDIDO EN EL H.G.U.
MICHOACÁN.

Para la presente investigación se acude dentro del municipio de Uruapan a una de las instituciones de salud donde se realizan trasplantes de órganos, el Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” en el cual se han practicado 21 trasplantes de cornea y riñón dentro del periodo 2006-2011, siendo el trasplante renal del que se han realizado más trasplantes.

Por lo que se decide retomar el caso del trasplante más reciente siendo un joven de 18 años de edad, procedente de una comunidad del Estado de Michoacán, el cual inicio con problemas de riñón desde los 6 años, estando en constante tratamiento, pero es hasta los 17 años que le detectan insuficiencia renal crónica por lo cual es necesario el trasplante renal, teniendo como donadora a su mamá.

Una vez elegido el caso que se retomará para la investigación que tiene como objetivo (identificar las situaciones que se le han presentado al paciente a partir del proceso de trasplante renal), se aborda al paciente y su madre para pedir autorización de realizar las entrevistas que sean necesarias accediendo ambos e iniciando la investigación de campo.

(Cabe señalar que dentro de la investigación hay datos que se han modificado para respetar la identidad del paciente y su familia).

La metodología que se aborda para este caso es el modelo sistémico, presentando las siguientes fases:

- ❖ Investigación
- ❖ Diagnóstico social
- ❖ Pronóstico social: las características y los recursos
- ❖ Plan social

❖ Tratamiento social

5.1 Investigación

La investigación del sujeto de atención se realiza dentro de su medio ambiente acudiendo a visitas domiciliarias, entrevistando al paciente, su madre y su padre, para proporcionar datos sobre su entorno familiar, así como el proceso por el que ha pasado a partir de su enfermedad y una vez realizado el trasplante.

❖ Retrato Psicofísico del paciente

Nombre: Paciente

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 27 de Enero de 1993

Edad: 18 años

Estado civil: Soltero

Domicilio: Comunidad de Michoacán.

Escolaridad: Secundaria incompleta

Se trata de paciente de 18 años en etapa de adolescencia, sus rasgos físicos son los siguientes; cara redonda, cabello corto color negro, tez moreno claro, frente estrecha o corta, ceja poblada, ojos pequeños de color café oscuros, nariz pequeña, con bigote poco poblado, labios gruesos, sus orejas son pequeñas, la complexión del paciente es delgada pesando 56 kg, de estatura baja midiendo 1.66 cm, el paciente es una persona sociable pero en ocasiones reservado y tímido, normalmente su forma de vestir es con pantalón de mezclilla, playeras con estampados y calzado de tenis, cargando por lo regular un bolso para hombres el cual se le conoce como mariconera.

❖ Antecedentes Generales

Se realiza la primer entrevista con la madre del paciente para conocer los antecedentes etiológicos y familiares que pudieran haber influido en la enfermedad

que padeció el paciente, por lo cual la madre menciona que no se ha presentado la enfermedad de insuficiencia renal en su familia nuclear y tampoco en la familia nuclear de su esposo, por lo que se descarta que la enfermedad de su hijo provenga de un antecedente patológico familiar.

Por otra parte se mencionan los antecedentes de embarazo de la madre:

El primer embarazo que tuvo la madre del paciente fue a la edad de 20 años el cual no fue planeado, la madre se entero del embarazo después de este, durante su gestación presento nauseas y vomito. A las revisiones médicas acudía junto con su esposo y ambos se encontraban emocionados por el nacimiento de su primer hijo, siendo un embarazo de término por parto normal.

El segundo embarazo fue planeado cuando la madre tenía 24 años de edad, también se percató del embarazo después de un mes, el esposo estuvo acompañándola a las revisiones médicas, la madre presento menos malestares físicos en el transcurso de su segunda gestación, teniendo un embarazo de término por parto normal. En la segunda gestación nació el paciente del cual se realiza la investigación.

El tercer embarazo no fue planeado el cual lo tuvo a los 26 años de edad, enterándose de que estaba embarazada a los 2 meses, debido a que se presentaron complicaciones en el embarazo cuando tenía 7 meses de gestación la madre abortó, a causa de que el embrión tuvo un desprendimiento de placenta. Para los padres la pérdida de su bebé les afectó demasiado, el esposo se encargó de velar y enterrar a su hijo, la madre por su situación de salud no pudo estar presente.

El cuarto embarazo fue a los 28 años el cual no fue planeado y debido a que no se desarrolló el feto tuvieron que extraer los restos de la matriz y realizarle una histerectomía la cual es el procedimiento quirúrgico para extirpar la matriz.

❖ Estructura de la Familia del Paciente

| Nombre | Edad | Peso/Estatura | Fecha de nacimiento | Estado Civil | Escolaridad | Ocupación |
|---------------|---------|------------------|----------------------|--------------|-----------------|-------------------------|
| Papá | 43 años | 73 kg./1.75 cm | 13 de Enero de 1969 | Casado | Primaria | Comerciante |
| Mamá | 45 años | 70 kg./1.60 cm. | 23 de Junio de 1966 | Casada | Carrera Técnica | Ama de casa/Comerciante |
| Hermano mayor | 22 años | 61 kg./1.80 cm. | 2 de Febrero de 1989 | Soltero | Secundaria | Comerciante |
| Paciente | 18 años | 52 kg./ 1.66 cm. | 27 de Enero de 1993 | Soltero | 1 de Secundaria | Comerciante |

La familia del paciente consta de cuatro integrantes siendo estos, el padre, la madre, el hermano mayor y el sujeto de atención, por lo cual pertenecen a una familia nuclear, de religión católica, el lugar donde actualmente radica la familia es un municipio perteneciente al Estado de Michoacán, siendo la actividad laboral de la familia el comercio ya que todos colaboran en el negocio familiar que es la venta de verdura en los mercados sobre ruedas, teniendo un nivel económico medio.

❖ Descripción de los Integrantes de la Familia del Paciente

El padre es de tez morena, ojos café oscuro pequeños, con bigote predominante, de complexión delgada, estatura de 1.75 cm y peso de 73 kg, cabello corto negro con presencia de canas, nariz delgada y alargada, cara ovalada, su vestimenta es de pantalón de mezclilla vaquero, camisa con estampados, botas y por lo regular usa sombrero vaquero, su tono de voz es alto, lenguaje claro coloquial, siendo una persona sociable, presentando una actitud emprendedora, dedicado a su trabajo y familia, con salud estable.

La madre es de tez blanca, ojos café claros pequeños, complexión robusta pesando 70 kg y de estatura baja midiendo 1.60 cm, cabello largo lacio teñido de color rubio, por lo regular tiene el cabello recogido, de cara redonda, usa poco maquillaje, su vestimenta es de pantalón de tela o pants, blusas ajustada, usando zapatos o tenis, siendo una persona más reservada, utilizando un tono de voz bajo, lenguaje claro, presentando una actitud positiva, manteniéndose al cuidado de su familia, con salud estable.

El hermano mayor es de tez moreno claro, ojos café claros, de complexión delgada pesando 61 kg y estatura alta midiendo 1.80 cm cabello corto ondulado de color negro, frente ancha, cara alargada, su vestimenta es de pantalón de mezclilla con playeras de manga corta y tenis, siendo una persona seria y reservado.

❖ **Dinámica Familiar**

La mayor jerarquía de la familia la ocupa el padre quien es el que toma las decisiones más importantes, posteriormente la autoridad jerárquica continúa con la madre quien en ausencia del padre toma las decisiones y los hijos obedecen, en cuanto a los límites en la familia se respetan por parte de los hijos imponiendo estos ambos padres, respecto a los roles, el padre tiene el rol de proveedor económico aunque este a su vez es compartido con los demás miembros de la familia, sin embargo es el que se encarga del mayor trabajo, por otra parte el rol de la madre es de cocinar los alimentos de la casa, así como de la limpieza y en ocasiones también ayuda al trabajo de su esposo en el comercio de la verdura, mientras que el rol del hijo mayor es de apoyar y trabajar junto con su padre en los mercados estando en sus ratos libres con su novia, por último el rol del hijo menor que es el paciente es de limpiar su cuarto y en ocasiones ayuda atendiendo a los clientes que van a comprar verdura ya que debido a su situación de salud solo puede realizar actividades que no requieran de mayor esfuerzo. La familia trabaja 6 días a la semana teniendo un día para descansar. Las redes de apoyo de la familia se encuentran con sus familiares más cercanos, con los tíos del paciente, así como conocidos, vecinos y amigos, en relación a la comunicación en la familia se ha establecido una comunicación abierta y participativa por los integrantes de la misma, las normas son establecidas por el padre principalmente en cuanto a permisos y horarios de llegar a la casa siendo un padre que ha establecido valores en su familia tales como el respeto, la unión familiar, responsabilidad, tolerancia y amor. La convivencia familiar se da poco ya que la mayor parte del tiempo aunque se encuentran trabajando en el mismo lugar que son los mercados, la interacción que tienen es para cuestiones laborales sin enfocarse tanto a situaciones más personales.

❖ **Antecedentes Previos a la Enfermedad del Paciente:**

La madre menciona que las molestias físicas del sujeto de atención iniciaron a los 6 años, cuando se encontraba en el kínder, presentando cansancio y náuseas, lo cual la madre lo relacionaba a que en el trayecto de la casa al kínder iban caminando muy rápido, ocasionando estas molestias en el menor. Tiempo después el paciente se empezó a “hinchar” de todo su cuerpo, por lo que acudieron un Viernes directamente al Hospital Infantil de Morelia para conocer las causas de estas molestias, permaneciendo internado el sábado y domingo posteriores, la madre del paciente y su esposo esperaron hasta el lunes, debido a que no encontraban una respuesta de mejoramiento en la salud del menor, decidieron llevárselo firmando un alta voluntaria junto con su esposo para que lo atendiera otro médico particular que les recomendaron. Por lo cual fue internando el menor por segunda vez durante una semana, sin ver mejoría en el mismo, sin embargo le diagnosticaron en esta ocasión insuficiencia renal.

Después de estar internado en un Hospital, nuevamente llevaron al menor a su casa. Una pariente paterna de México se comunicó con los papás del paciente para que acudieran al Hospital de Pediatría para que recibieran la atención médica, pues no contaban con ningún tipo de seguro de salud por lo que los gastos económicos no los podían solventar. La mayoría de las veces que asistieron a consultas en el Hospital de Pediatría, solo acudía la madre con su hijo, el paciente estuvo internado en dicho hospital aproximadamente 22 días donde le estuvieron realizando diferentes estudios, logrando bajar lo hinchado del cuerpo del paciente, debió a su evolución lo dieron de alta del hospital, asistiendo periódicamente a las consultas a México.

Durante la etapa de niñez el paciente menciona que se reunía con su hermano a jugar, teniendo como actividades recreativas el pasear en bicicleta y jugar fut-bol con sus amigos, también asistiendo con sus primos y amigos a las fiestas que se realizaban en los pueblos.

Durante varios años el paciente no presentó malestares de su enfermedad, sin embargo a la edad de 8 años accidentalmente con juegos pirotécnicos se quemó en

la parte de sus piernas presentando quemaduras de tercer grado, por lo que lo internaron nuevamente en el Hospital Infantil de México teniendo dos semanas de estancia hospitalaria, donde al no ver mejoría los padres decidieron llevárselo a casa firmando el alta voluntaria, la abuela paterna mencionó que conocía a una señora que lo podía curar por lo que estuvieron haciéndole curaciones en las heridas con hierbas y aceite, notando la madre más enrojecimiento en la piel de su hijo, al comunicar esto con su esposo que en esos momentos se encontraba en Estados Unidos trabajando (radicando en ese país solo por 4 meses) tomo la decisión de regresarse a su comunidad, donde les recomendaron otro doctor en una clínica del mismo pueblo en la cual le realizaron al paciente un injerto de su misma piel. Cabe señalar que durante este periodo el paciente no presento problemas de Insuficiencia Renal.

En cuanto a los antecedentes labores, el paciente refiere que a los 12 años empezó a trabajar en el comercio informal ambulante ayudándole a sus padres atendiendo a los clientes que iban a comprar a su puesto de verdura, así como cargar las cajas con verdura, trabajando en diversos mercados de los pueblos que se encuentran cerca de su comunidad, tales como; Ario de Rosales, Tacambaro, Tingambato, Quiroga, Erongaricuaru, Santa Clara del Cobre Opopeo, Villa Madero y Lagunillas. A la edad de 15 años también trabajó en el comercio informal ambulante con un tío paterno y otro señor del cual no refiere nombre. Menciona que los trabajos que ha tenido le han agradado, pero que había pensado en laborar en otro lugar pues aunque le gustaba en ocasiones le era tedioso y cansado estar durante todo el día en el mercado, teniendo un horario de 10:00 am a 6:00 pm.

Durante la adolescencia a la edad de 15 años el paciente empezó a fumar y consumir alcohol pues sus padres le daban permiso, hasta que se reactivó la enfermedad presentando nuevamente los síntomas de cansancio e hinchazón de su cuerpo a la edad de 17 años, dejando de fumar y consumir alcohol a causa de esto. Por lo que acudieron con un doctor de su comunidad realizándole estudios teniendo como diagnóstico nuevamente Insuficiencia Renal, debido a que los síntomas continuaban lo llevaron al Hospital Civil de Morelia internando al paciente durante

tres días dando como diagnóstico por parte de los doctores, Insuficiencia Renal Crónica teniendo como única opción realizar diálisis peritoneal de forma inmediata. Sin embargo los padres decidieron buscar otra opinión y valoración del paciente en el Hospital de Pediatría en México, pero debido a que tenía 17 años les comentaron a los padres que no iban a poder recibir la atención por el tiempo que su hijo requería la diálisis peritoneal, tomando la decisión de regresar nuevamente al Hospital Civil, iniciando con la diálisis peritoneal y capacitándose la mamá durante los primeros quince días en el Hospital ya que ella le realizaría la diálisis en casa la cual sería de manera permanente.

La madre menciona que le fue difícil dializar a su hijo ya que se ponía muy nerviosa, sin embargo logro aprender la forma de realizar la diálisis peritoneal logrando, así llevarse a su hijo a casa.

Debido a que la diálisis peritoneal requiere de cuidados excesivos de limpieza donde se esté realizando, tuvieron que sacar del cuarto del paciente toda su ropa y muebles que no eran necesarios, dejando solo una mesa, y un sillón, la diálisis la realizaba la madre cada cuatro horas durante el día, siendo a las 8:00 am, 12:00 am, 4:00 pm y 8:00 pm. El cuarto del paciente permanecía la mayor parte del tiempo cerrado, donde la madre pidió a los vecinos y amigos del paciente que no acudieran a visitarlo para evitar una infección por lo que su hijo solo se comunicaba con sus amigos y vecinos por teléfono, sin poder salir a paseos ni convivencias.

El paciente menciona que al momento de realizarle la diálisis le gustaba ver la televisión para no pensar en que le estaba doliendo o platicaba con su mamá, también le gustaba acudir al teatro a ver las diferentes funciones que presentaban para distraerse. Ya que salía muy poco asistiendo en ocasiones a fiestas familiares, pero sí le tocaba el tratamiento de diálisis tenía que retirarse para realizarle en su casa la diálisis peritoneal y esto le incomodaba sintiéndose deprimido y triste.

En cuanto a los antecedentes laborales durante los 6 meses que el paciente estuvo en tratamiento sustituto del riñón el cual es por medio de la diálisis peritoneal, no

trabajo con su padres pues no podía realizar ningún tipo de esfuerzo, y en ocasiones presentaba cansancio. En esta etapa el paciente sentía tristeza, cuestionándose el por qué a él le toco esa enfermedad, sin embargo estuvo participando en las indicaciones que le daban los doctores en cuanto a su tratamiento.

La madre refiere que mientras ella se encontraba con su hijo, su esposo estuvo buscando apoyo en las instituciones de gobierno, específicamente en la Secretaría de Salud, para que le facilitaran las cajas de diálisis que su hijo requería acudiendo también a la Asociación Civil Caritas Diocesanas, donde le estuvieron proporcionando parte del material que requerían para realizar la diálisis.

La actitud de la familia al enterarse del diagnóstico fue de negación ante el problema, pues estuvieron buscando otras opiniones de doctores sin embargo, el diagnóstico fue el mismo. Y durante el proceso de diálisis tuvieron una actitud positiva ante el problema buscando soluciones en cuestión económica de manera que no les afectara considerablemente. Por otra parte la convivencia familiar aumento ya que tenían mayor comunicación entre los miembros de la familia.

Sucesos después de la diálisis peritoneal, (ante la posibilidad del trasplante renal)

El paciente refiere que un compadre de sus padres les sugirió acudir al Hospital General de Uruapan para tomar como opción el trasplante renal a lo que el papá comento que los doctores le habían dicho que no era una opción pues el costo del trasplante era muy elevado y no podían reunir la cantidad necesaria, por lo que el compadre les comento que en el Hospital General de Uruapan no representaba un costo elevado a comparación de otros hospitales y les ayudo posteriormente a conseguir cita para que el doctor encargado del departamento de trasplante revisara al paciente para conocer qué posibilidades había de recibir el trasplante.

Por lo cual los padres y el paciente acudieron a dicho hospital con el Doctor encargado de trasplante, donde les informo en qué consistía, así como el procedimiento que se llevaría y el costo del trasplante. También refiere el paciente que el Doctor les hizo la pregunta de ¿Quién le donaría el riñón al paciente?, por lo

que en ese momento no tenían una respuesta, y el doctor les mencionó que les daba una semana para que lo platicarían en familia y posteriormente regresaran con una respuesta.

En un principio el hermano del paciente dijo que él le donaba el riñón, sin embargo analizando la situación vieron que no era tan viable porque el hermano tenía que trabajar y cargar objetos pesados lo que le podía causar alguna enfermedad y debido a esto la madre decidió que ella le donaría el riñón a su hijo.

Una vez que se decidió quién donaría el riñón, el padre del paciente reunió a su familia (los hermanos, quién ya antes los había apoyado), para pedirles nuevamente el apoyo por la situación económica ya que el costo del trasplante no lo podía solventar solo el padre, pues la operación del paciente tenía un costo de \$30,000.00, la operación de la madre representaba un costo de \$20,000.00. y el pago de honorarios de las enfermeras sería de \$8,000.00. Debido a que no contaban con los recursos económicos para solventar el gasto total de ambas cirugías; amigos, familiares y vecinos del paciente decidieron realizar una colecta en diferentes pueblos cercanos a su comunidad para reunir la cantidad necesaria, por otra parte, realizaron quermes, rifas y noche disco para apoyar a la familia. Los hermanos del padre del paciente pidieron un préstamo para apoyar con los gastos económicos, y de esta forma lograron reunir el dinero que se necesitaba para realizar el trasplante renal.

En esta etapa el paciente estaba con una actitud positiva pues ya no quería que le realizaran la diálisis y el trasplante representaba para él tener calidad de vida.

Mientras que su familia al tener una opción para mejorar la vida del paciente, se encontraba muy positiva, pues sabían que si le realizaban el trasplante podía llevar su vida cotidiana normal y se encontraría bien de salud.

Durante 6 meses el paciente junto con su madre, estuvieron realizándose diversos estudios para conocer si eran compatibles y realizar el trasplante renal, (tiempo durante el cual se estuvo dializando), acudiendo en ocasiones a Morelia pagando

algunos estudios, lo que también requería de dinero, al finalizar el protocolo el doctor indico que el trasplante renal se podía llevar a cabo. Siendo el 31 de Enero del 2011 el día que se realizó el trasplante renal.

❖ **Sucesos Después del Trasplante Renal**

Después de 11 meses de haber realizado el trasplante renal, él paciente menciona que se ha sentido de mejor ánimo ya que el doctor le dio esperanza de vida y le menciona que ahora podrá realizar más actividades cotidianas que antes no podía hacer.

Aún continúa acudiendo al Hospital General de Uruapan, pues requiere de estar en supervisión por parte médica para estar pendiente de que su organismo no rechace el nuevo órgano.

Por lo que después del trasplante renal acudía cada semana durante los primeros cuatro meses, posteriormente iba cada mes a chequeos médicos y actualmente asiste a consultas cada dos meses debido a que su organismo ha respondido positivamente a su nuevo riñón.

Actualmente el paciente se reúne con sus amigos cada 15 días ya sea a fiestas o a dar un recorrido por la plaza y ayuda nuevamente a sus padres en el comercio vendiendo verdura, el paciente menciona que quiere continuar sus estudios entrando a una secundaria semi-escolarizada.

Simbología de Familiograma



Hombre



Mujer



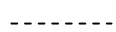
Familiar fallecido



Sujeto de atención



Aborto



Familia nuclear

CA. Cáncer

A.R. Artritis Reumatoide

U.P. Ulsera de Prostata

D.M. Diabetes Mellitus

A. Asma

Mi. Migraña

Ti. Tiroides

Es. Esofago pequeño

Ah. Falleció ahogado

C. Enfermedad Cardíaca

H. A. Hipertensión Arterial

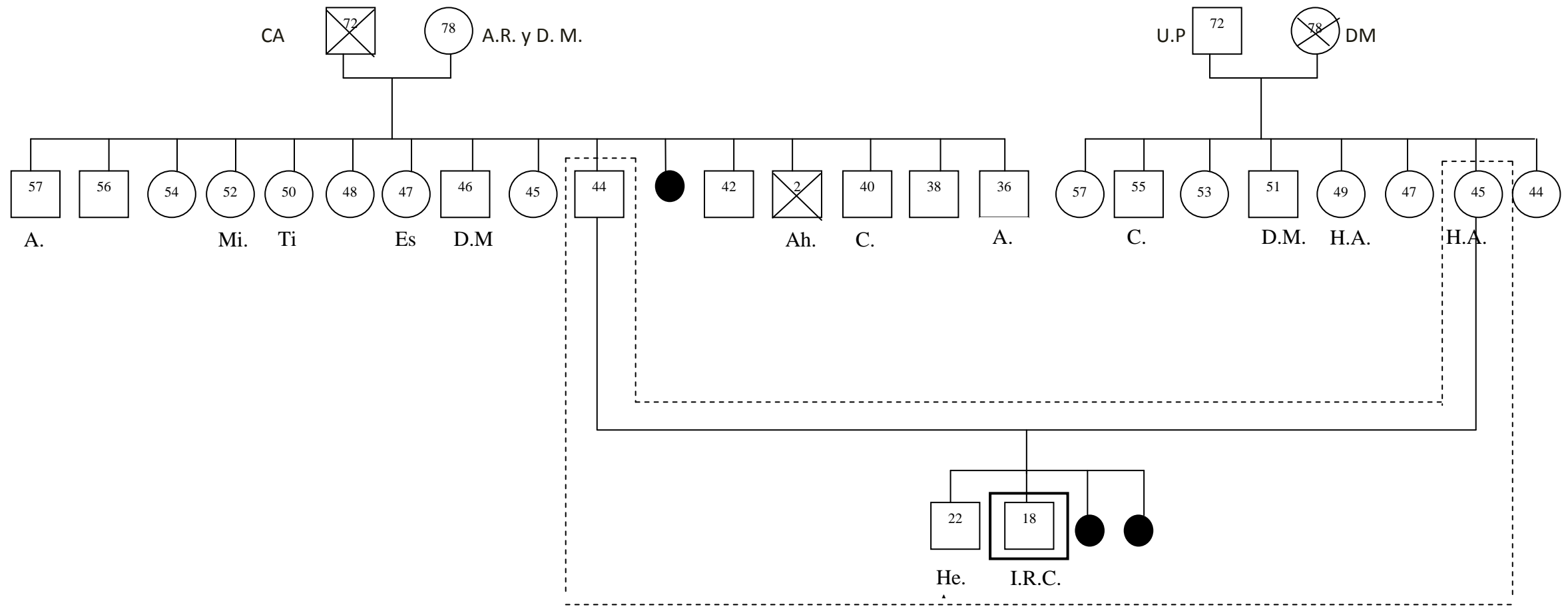
He. A. Hepatitis A

I.R.C. Insuficiencia Renal Crónica

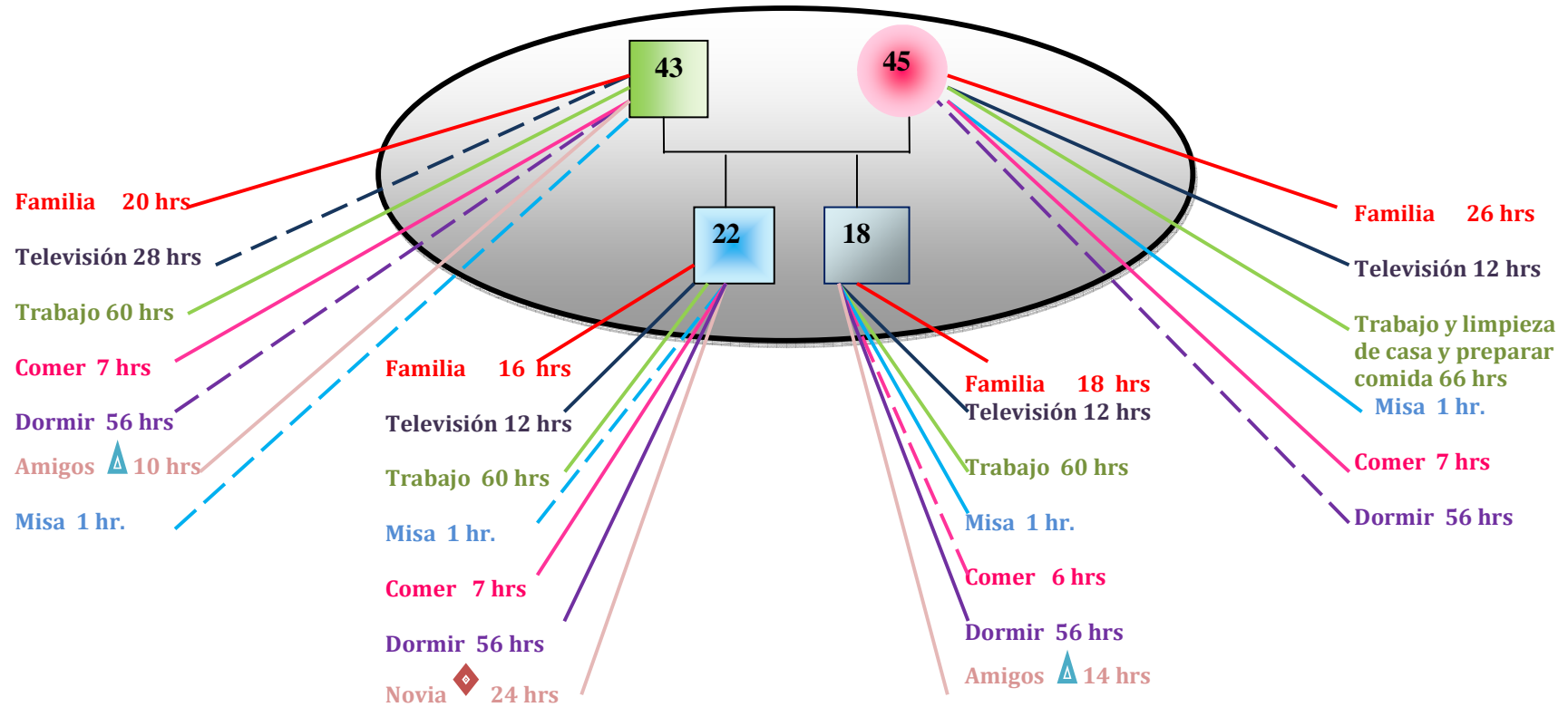
❖ Familiograma

Familia Paterna

Familia Materna



Ecomapa Familiar



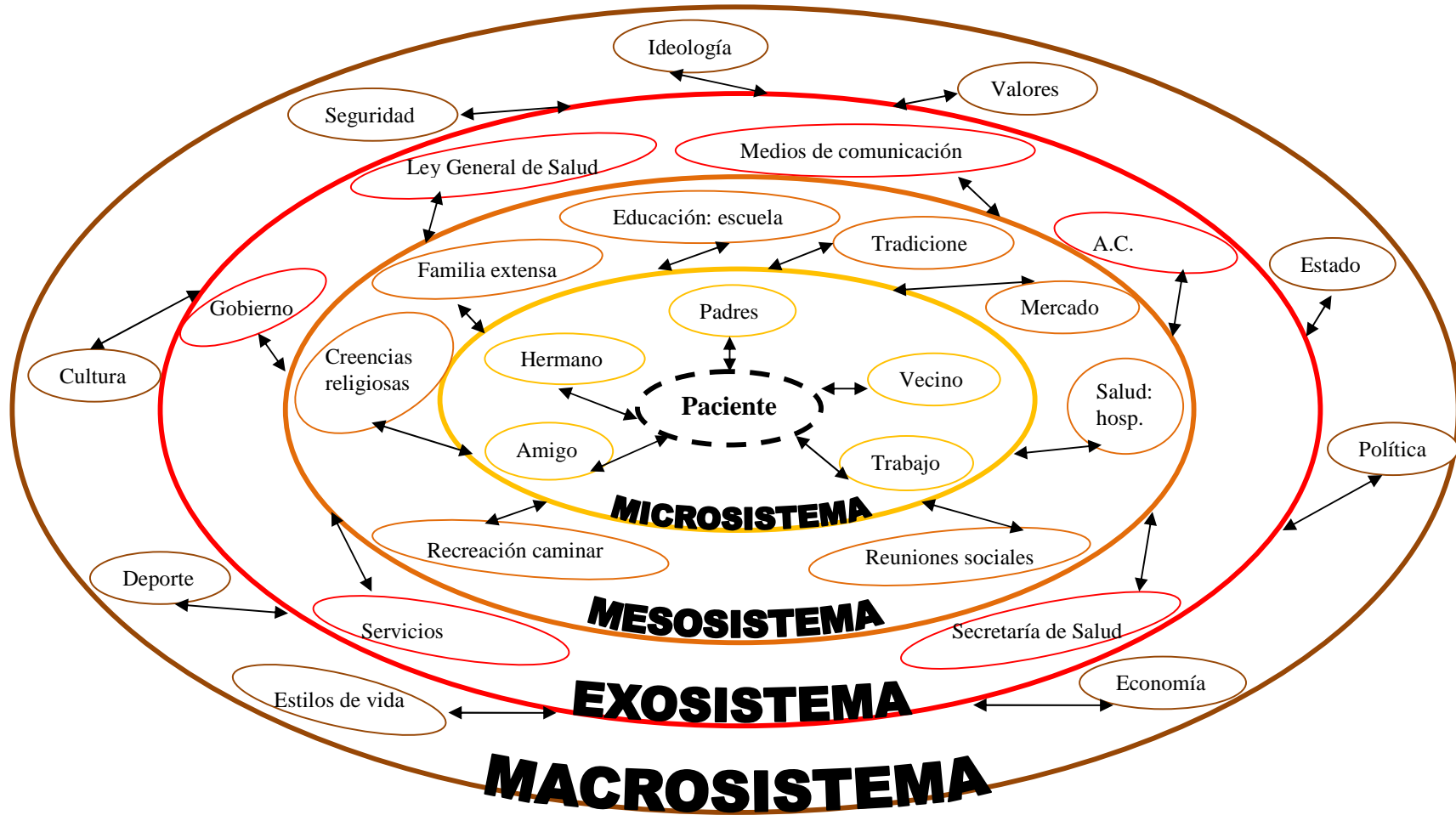
SIMBOLOGÍA:

Familia **Recreación** **Amigos** **Trabajo** **Religión** **Comer** **Dormir**
 Hombre ▲ Mujer ◆ Conexión fuerte — Conexión débil o tenue - - - -

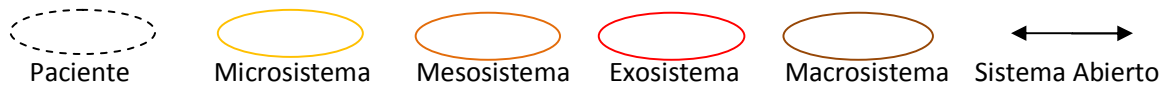
Papá 43 Mamá 45 Hijo mayor 22 Paciente 18

Horas a la semana

Subsistemas del Paciente

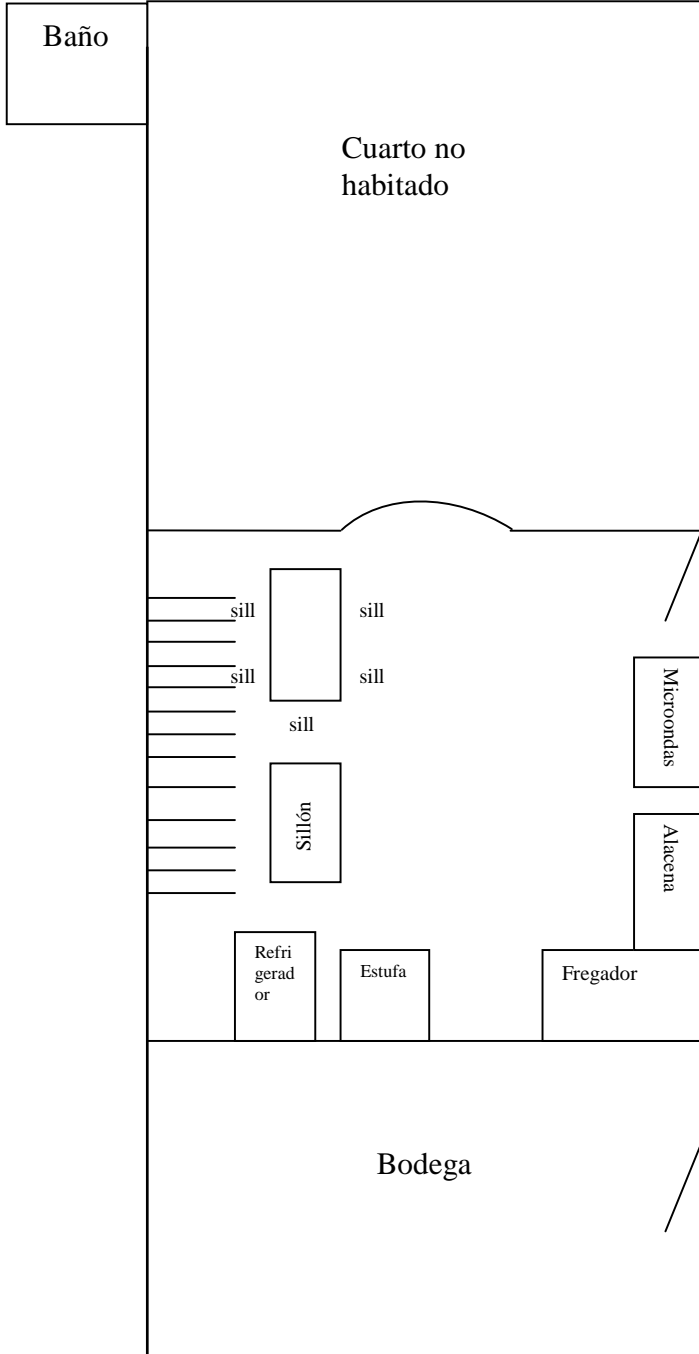


SIMBOLOGÍA:

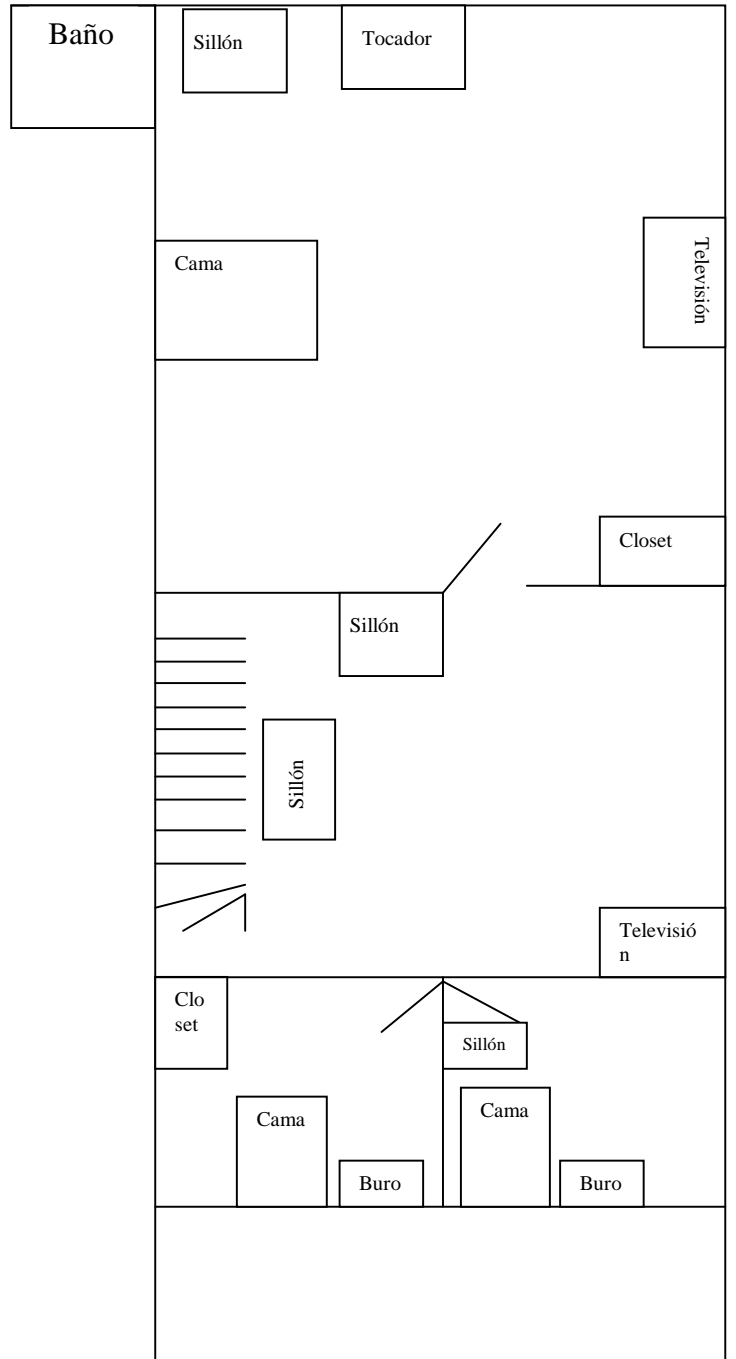


❖ **Vivienda del Paciente**

Planta Baja



Planta Alta



El paciente y su familia habitan en vivienda propia que se encuentra construida de tabique y cemento con techo de losa, y vitropiso teniendo los servicios básicos como son; agua potable, drenaje, luz y alumbramiento público.

La casa está constituida por dos plantas, en la fachada del primer piso se encuentran dos ventanas cuadradas y dos puertas rectangulares de lamina, en el segundo piso se ubican tres balcones los cuales pertenecen a la habitación de los padres teniendo una pequeña ventana que da hacia la sala y la habitación del paciente, todas las puertas y ventanas de la fachada cuentan con protección de barandal pintadas de color café oscuro.

La planta baja de la casa se encuentra dividida por tres cuartos, el primer cuarto con baño incluido pertenece a una habitación la cual se encuentra desocupada, en el segundo cuarto, (donde está la puerta principal), es la cocina la cual cuenta con un comedor de madera con cinco sillas, al lado se encuentra un sillón rojo, también tienen un microondas, una lacena de madera semi nueva donde están los utensilios para la cocina, en una esquina se encuentra el fregador, teniendo también una estufa y el refrigerador, y por último el tercer cuarto corresponde a una bodega donde guardan la mercancía de la verdura, ubicándose una puerta que da hacia la calle de la casa. Dentro del área de la cocina están las escaleras que se dirigen hacia la segunda planta de la casa.

En el segundo piso al subir las escaleras se encuentra una pequeña sala que tiene dos sillones y un mueble de madera rustico donde está la televisión, en esta misma área se encuentran otras escaleras que dirigen hacia el techo de la casa, al lado derecho de la sala están dos habitaciones ambas con puerta individual; la primer habitación corresponde al hermano mayor teniendo un closet de madera, una cama matrimonial y un pequeño buro de madera, la segunda habitación pertenece al paciente, donde se encuentra un balcón, una cama individual, un pequeño buro de madera y un sillón.

Mientras que del lado izquierdo de la sala se encuentra la habitación de los padres, teniendo una puerta que permite el acceso, contando con baño, cama matrimonial,

un sofá, un tocador de madera con espejo, un mueble pequeño de madera donde se encuentra la televisión y un closet, en el cuarto se ubica un balcón y algunas imágenes religiosas,

En una parte pequeña del techo de la casa que está cubierto con lámina de asbesto se encuentra un boiler, la lavadora, una pila construida de tabique y cemento con un lavadero incluido y un tinaco.

5.2 Diagnóstico Social

Se trata de paciente joven de sexo masculino de 18 años de edad, con nivel de escolaridad básico, ya que al entrar a primer año de secundaria eligió no continuar estudiando, por lo que decidió ayudar a sus padres en el comercio de verdura que tienen, sin embargo debido a que le diagnosticaron insuficiencia renal crónica a los 17 años dejó de apoyar por un tiempo al sustento económico de la familia.

El paciente es residente de una comunidad de Michoacán, habitando una casa de dos pisos, construida de material, contando con los servicios básicos, perteneciendo a una familia nuclear integrada por sus padres quienes solventan el gasto económico cubriendo las necesidades primarias al igual que reciben el apoyo del hermano mayor, la relación del paciente con sus padres es buena ya que es respetuoso con ellos y acata las indicaciones de los mismos por lo regular, estableciendo una comunicación cercana, mientras que con su hermano mayor mantiene una relación un poco distante pero funcional.

Con respecto al familiograma realizado, con el fin de identificar las enfermedades patológicas de la familia paterna y materna se observa lo siguiente:

Por parte de la familia paterna, la enfermedad que presentó el abuelo del paciente fue cáncer el cual falleció a los 72 años de edad, la abuela fue diagnosticada con artritis reumatoide y diabetes mellitus, en relación a los 8 tíos las enfermedades que se han identificado son; asma, enfermedad cardíaca y diabetes. De la misma manera las enfermedades presentadas en las 6 tías son; migraña, tiroides y esófago pequeño.

En cuanto a la familia materna la enfermedad detectada en el abuelo es ulcera de próstata y en la abuela materna fallecida a los 78 años fue diabetes mellitus, continuando con los 2 tíos y 5 tías presentan enfermedad cardiaca, asma, una de sus tías y la madre de paciente tienen hipertensión arterial. El hermano mayor del paciente tuvo la enfermedad de Hepatitis tipo A.

Por lo que a partir de las enfermedades detectadas en ambas familias se identifica que el diagnóstico de insuficiencia renal crónica del paciente no fue en relación a la patología familiar.

Así mismo, dentro de la investigación se tomó en cuenta el ecomapa familiar, el cual brinda un panorama más amplio de la distribución del tiempo en las diferentes actividades que lleva a cabo la familia, teniendo como resultados los siguientes:

Se observa que el área que requiere mayor tiempo en los integrantes de la familia es el trabajo, pues se encuentran laborando en la misma actividad, lo cual no quiere decir que se lleve a cabo una convivencia familiar, pero sí que su relación sea más cercana. Por otra parte una de las actividades que realizan todos los integrantes es acudir a misa excepto por el hermano mayor, quien le dedica a su novia gran parte de su tiempo. En relación al espacio asignado para programas de televisión, el padre es quien destina un tiempo considerable en comparación a los demás integrantes de la familia, en cuanto a las relaciones de amistad el padre y el paciente tienen las mismas horas disponibles. Por otra parte las horas para dormir son equitativas entre los integrantes de la familia, por lo que se puede decir que se tiene un descanso pleno. Y por último la convivencia familiar es proporcional entre los miembros de la misma, por lo que se identifica que existe convivencia y unión familiar.

En cuanto a la situación económica familiar esta se mantuvo estable ya que toda la familia colaboraba en el negocio familiar que es la venta de verdura en mercados, sin embargo, a partir de la enfermedad que le diagnosticaron al paciente, la situación económica familiar fue escaseando y disminuyendo ya que el tratamiento que requería el paciente era costoso y sobre todo los traslados para recibir la atención

médica ya fuera en Morelia o México representaban un gasto que anteriormente no tenían contemplado siendo necesaria la ausencia de la madre en casa para acompañar a su hijo.

Sin embargo, en relación a los subsistemas en que se desarrolla el paciente los cuales son; (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) se puede identificar que a partir de ser sistemas abiertos, es decir, (que están interconectadas entre los distintos sistemas), se logra crear redes de apoyo, por lo cual el paciente durante su proceso de trasplante renal tuvo el apoyo en primera instancia de su familia nuclear, brindando apoyo moral y económico de la misma manera que de su familia extensa, principalmente por parte de sus tíos paternos quienes apoyaron no solo de manera emocional sino económica ayudando a conseguir un préstamo para que le realizaran el trasplante renal, una vez que se le dio esta opción a la familia y el paciente. De la misma manera se generó otra red de apoyo entre instituciones de gobierno como fue la secretaria de salud y la asociación civil Caritas Diocesanas A.C., al igual que vecinos, conocidos, amigos y hasta personas desconocidas, pues se realizaron colectas en diferentes pueblos para recaudar fondos para la operación quirúrgica del trasplante renal del paciente.

De la misma manera se detecta que a partir del macrosistema al que pertenece el paciente le fue posible realizar dicho trasplante, pues si es cierto que el paciente no tiene contacto directo con instituciones de gobierno o legislaciones que se crean en el país específicamente, podemos identificar que esto sí repercute en el mismo, siendo de suma importancia el detectar el tipo de sistemas en el que se desenvuelve el sujeto de atención ya que estos, están influenciados entre sí y son correspondidos a su vez lo que permite tener un panorama más amplio para el seguimiento de caso. De igual forma es importante mencionar que perteneciendo el paciente a una comunidad el nivel de participación y solidaridad de la sociedad es muy amplia, siendo característica principal de estas comunidades ya que las personas tienen una relación más estrecha, pues no solo apoyaron económicamente sino que también oraban y rezaban para que el paciente se recuperara de su enfermedad.

Actualmente la mejoría del paciente va aumentando pues su organismo ha aceptado de manera positiva el nuevo riñón que fue donado por su madre, sin embargo requiere de chequeos médicos y llevar el tratamiento post-operatorio donde se siguen teniendo gastos económicos los cuales solo el primer año son cubiertos por un programa de gobierno.

El paciente se ha ido incorporando poco a poco a la vida cotidiana que llevaba antes aunque es necesario que retome sus estudios o alguna actividad que le requiera de mayor tiempo y beneficio para él mismo.

5.3 Pronóstico Social

El pronóstico social para el paciente es favorable ya que cuenta con el apoyo de su familia nuclear siendo esta solida y unida, así como el apoyo de su familia extensa, amigos, vecinos, pues tanto el paciente como su familia nuclear han reconocido y agradecido la ayuda que han recibido.

A corto plazo es importante que el paciente retome alguna actividad que le requiera de más tiempo principalmente en cuestión académica ya que debido al trasplante renal por indicación del doctor, el paciente no puede tener un trabajo que requiera de esfuerzo físico por lo que es importante que continúe estudiando y preparándose para un bienestar y mejor calidad de vida.

Por otra parte en cuestión médica mientras que el paciente continúe bajo supervisión médica con su tratamiento y siguiendo las indicaciones del doctor, podrá mantener buena salud.

5.4 Plan social

- Es importante que el paciente retome su vida académica para que pueda auto realizarse y a su vez se valla integrando nuevamente con personas de su edad y vuelva a socializar.
- Para que la recuperación del paciente sea integral se sugiere establecer un programa con el paciente donde reciba atención psicológica, pláticas de

nutrición que le permitan adaptarse a su nueva realidad, así como cuidar de su salud lo que permitirá una calidad de vida en el paciente.

- En cuanto a los cuidados de la madre quien fue la donadora del riñón, deberá acudir periódicamente a consulta médica para continuar con el seguimiento por parte del médico, de la misma manera que acudirá a pláticas de nutrición para mantenerse saludable.
- Por otra parte es necesario que los padres y el hermano mayor del paciente acudan a terapia psicológica, así como a las pláticas de nutrición para que junto con su hijo logren esta adaptabilidad del proceso salud-enfermedad-salud por el que pasaron y poderle brindar el apoyo que su hijo requiere.
- Se continuara con el seguimiento de caso por parte de la trabajadora social, para realizar la supervisión, y corroborar que se destine el recurso económico o en especie para los medicamentos de inmunosupresión que deberá tomar el paciente para mantenerse en buen estado de salud y controlado, realizando visitas domiciliarias cada tres meses, supervisando que continúen acudiendo a interconsulta con el médico tratante, así como con la nutrióloga.
- El cierre de caso se llevará a cabo una vez que concluya el tratamiento gratuito de los inmunosupresores y se halla identificado la autonomía adquirida por el paciente para el control de su salud.

5.5 Tratamiento social

Para efectos de este trabajo se presenta la propuesta que persigue la atención al paciente y familia que pase esta situación. Dicha propuesta se establece a partir del seguimiento de caso previamente realizado.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Identificación

- **Denominación:** Taller de ayuda mutua a pacientes con trasplante de órgano.
- **Responsable del proyecto:** Trabajadora Social
- **Fecha de elaboración:** Octubre 2012

Descripción del proyecto

El proyecto de “Taller de ayuda mutua a pacientes con trasplante de órgano”, se realizará dentro de las instalaciones del Hospital General de Uruapan coordinado por la trabajadora social, el cual consistirá en crear un grupo de ayuda mutua con pacientes trasplantados o que están próximos a recibir un trasplante y puedan obtener información sobre el mismo tema proporcionado por especialistas como: médico, enfermera, nutriólogo, psicóloga, trabajadora social, coordinador de trasplante, tanatólogo, lo cual les permitirá mantenerse informados y que interactúen con pacientes que han pasado el mismo proceso, teniendo como finalidad última el crear redes de apoyo entre ellos e interacción de las experiencias propias que puedan ayudar a mejorar las situaciones por las cuales están pasando, tanto los pacientes como la familia.

El taller se llevará a cabo cada quince días los viernes con una duración de una hora, teniendo como horario de 9:00 am a 10:00 am.

De igual forma, se realizará a la par el seguimiento de caso por cada paciente que ingrese al programa de trasplante y taller de ayuda mutua, teniendo como objetivo principal dar atención personalizada a las necesidades o situaciones que se vayan presentando de manera individual. Llevando un control del mismo por medio de un expediente social, teniendo como estructura la intervención de trabajo social de caso, y realizando la correspondiente supervisión por cada paciente, hasta llegar al momento final del cierre de caso, el cual se determinará por la trabajadora social a partir de las supervisiones realizadas durante dicho seguimiento.

Justificación

El Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez” actualmente cuenta con el área de trasplante de órganos realizando a la fecha 21 trasplantes de órganos teniendo la participación de diferentes especialistas en la rama de la medicina, donde participa trabajo social, creando el vinculo con las instituciones de las que requiere el apoyo el paciente, sin embargo en la investigación realizada durante el seguimiento de caso, se identifico que tanto el paciente como los familiares no tienen el suficiente conocimiento del proceso de trasplante y se van creando dudas a lo largo del protocolo de estudio; antes, durante y después de este, por lo que se ve la necesidad de crear un grupo de ayuda mutua donde los pacientes como los familiares tengan información a su alcance y conozcan las experiencias de otros pacientes y cómo fue que ellos resolvieron las complicaciones que presentaron durante el proceso de trasplante, creando a su vez redes de apoyo. Por otra parte se contará con la participación de diferentes especialistas en el tema que podrán despejar las dudas que los participantes tengan y de esta manera finalmente se llegue a enfrentar el proceso salud-enfermedad de la mejor manera tanto para el paciente como para el familiar.

En cuanto al seguimiento de caso, este es de gran importancia que se lleve a cabo, ya que se podrá realizar un diagnostico social más amplio el cual aportará información primordial para el proceso de trasplante en el que ingresará el paciente y se podrá detectar los recursos con los que cuenta el paciente y la familia, para las situaciones posteriores que se llegarán a presentar.

Objetivos

- General:
 - Proporcionar orientación y herramientas a los pacientes y familiares sobre el proceso de protocolo de estudio, trasplante, post trasplante y los cuidados oportunos que el paciente requiere, con la finalidad de que el paciente mantenga una estabilidad en su salud.

- Específicos:

- Informar al paciente y familiar por medio de platicas los cuidados que debe recibir el paciente.
- Proporcionar al paciente los elementos necesarios para el cuidado del mismo.
- Brindar al paciente la información necesaria para la reintegración a sus actividades cotidianas una vez realizado el trasplante de órgano.
- Dar seguimiento de caso al paciente que lo requiera a partir de que inicie el protocolo de trasplante.

Metas

- Lograr que el 70% de los pacientes acudan al taller de ayuda mutua.
- Proporcionar a los pacientes y familiares los elementos necesarios para el cuidado del paciente en un 80%.
- Lograr que el 70% de los pacientes obtenga la información necesaria para la reintegración a sus actividades cotidianas una vez realizado el trasplante de órgano.
- Llevar a cabo en el 70% de los pacientes el seguimiento de caso.

Limites

- Espacio: Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez”



El Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez” se encuentra localizado en el Km. 1.5 carretera a Tejerías col. San Francisco Uruapan Michoacán. Las calles que colindan con esta institución son: General Plutarco Elías Calles, Álvaro Obregón, Francisco I Madero y Carlos Salinas de Gortari. El área donde se ejecutara el proyecto será en el aula chica de las instalaciones del hospital que se encuentra en la segunda planta de esta institución.

- Tiempo:

Horario de 9:00 am a 10:00 am

Beneficiarios

Los beneficiarios directos de este proyecto serán los pacientes que reciban la información sobre los diversos temas que contemplara el taller, ya que la información que se les proporcione ayudara a que el paciente tenga consiente el proceso salud-enfermedad-salud por el cual se encuentra pasando y optimice sus energías y recursos con los que cuenta para de esta manera obtener una calidad de vida teniendo bienestar.

Porotra parte beneficia indirectamente al personal que labora en el área de trasplante de órgano, pues se reforzara la información y se podrá mantener un dialogo que puedan comprender tanto el familiar como el paciente pues la información que se les proporcione ya será conocida para ambos.

| FUNCIONES DE T.S. | ACTIVIDADES |
|--------------------------|---|
| Investigación | -Realizar la investigación de la información que se presentará en cada sesión. |
| Organización | -Delimitar los temas que se tomaran en cuenta para cada taller. -Preparar el material con diapositivas -Agendar fechas para la prestación del aula en el Hospital General Delimitar la presentación de carta descriptiva, material, tema, ponente responsable. |

| | |
|----------------|--|
| Educación | -Diseñar el material de apoyo como son laminas, diapositivas. -Proporcionar la información a los pacientes y familiares. |
| Administración | -Generar procesos de gestión social que permitan la obtención de recursos. -Coordinación institucional con el fin de ejecutar el proyecto. -Optimizar la utilización de los recursos. |
| Coordinación | -Establecer vínculos con el Hospital General para ejecutar el proyecto. -Establecer vínculo con el médico encargado del área de trasplante para crear el grupo de ayuda mutua. |
| Difusión | Pegar carteles para dar a conocer los días y horarios del proyecto. -Hacer la invitación a los pacientes y familiares que acuden a consulta en el área de trasplante de órganos. -Realizar tríptico -Tener directorio telefónico de pacientes para realizar la invitación o recordatorio de la sesión |
| Evaluación | -Realizar la evaluación continua del proyecto. |

Técnicas

Sensibilización: permite a los individuos tomar conciencia de una problemática específica o bien cobrar conciencia de la necesidad de enfrentar problemas concretos para sobrellevar la convivencia.

Se aplicará esta técnica mediante la información que se brindara de forma verbal con los participantes y escrita por medio de la información que se proporcione.

Escuchar atentamente comunicación no verbal: se refiere a aquellas habilidades por parte del ponente de escuchar, observar y detectar las necesidades y sentimiento que manifiesta el participante. Con esto se gana un ambiente de confianza y armonía que va a permitir el entendimiento claro de la situación que atraviesa el interlocutor.

Parafrasear: al repetir con otras palabras lo que el participante ha informado acerca de sus sentimientos emocionales y temores, el ponente mostrará que está escuchando y comprende. Es una forma de interpretar y corroborar si esa

interpretación es la correcta. Es posible que esta repetición ayude también al participante a ordenar sus pensamientos.

Formular preguntas significativas: es una técnica que permite recabar información del paciente o familiar expresada por él mismo a través de la formulación de preguntas dirigidas por el ponente, que estimulen al participante a hablar de sí mismo. Las preguntas pueden ser abiertas o cerradas y buscar hechos o sentimientos relacionados con el participante, descubrir sus necesidades y solicitar datos médicos y sociales básicos del mismo.

Entrevista: Una entrevista es un diálogo en el que la persona (entrevistador), hace una serie de preguntas a otra persona (entrevistado), con el fin de tener información de primera mano. La entrevista se utilizará con cada paciente para conocer la información previa y brindarle de la misma forma nueva información.

Instrumentos

Cuestionario: es un medio útil y eficaz para recoger información en un tiempo relativamente breve. Presenta la ventaja de requerir poco tiempo para reunir información sobre grupos numerosos, donde el sujeto que responde, proporciona por escrito información sobre sí mismo o sobre un tema dado.

El cuestionario se utilizará para evaluar el impacto del proyecto.

Cuaderno de notas: este instrumento se lleva a cabo para recopilar datos que a lo largo del día servirán para reunir información importante y mantener un registro adecuado.

Estos dos instrumentos se utilizarán para recabar información de cada sesión que servirá para conocer la respuesta que tienen las participantes hacia el proyecto y si este les interesa.

Recursos Humanos:

Para la ejecución de este proyecto es fundamental contar con el apoyo del equipo médico; doctores, enfermeras, nutrióloga, psicóloga, tanatóloga, trabajo social.

Recursos Materiales

- ② Lapiceros
- ② Lápices
- ② Sacapuntas
- ② Copias (evaluaciones)
- ② Hojas blancas
- ② Hojas de colores
- ② Plumones
- ② Sillas
- ② Carpetas

Recursos Técnicos

- ② Lap Top
- ② Proyector
- ② Extensión electrónica

Estructura Metodológica del Seguimiento de Caso

| | |
|-----------------------------|---|
| Investigación Social | <ul style="list-style-type: none">-Antecedentes etiológicos, patológicos, y sociales del paciente,-Descripción detallada de la familia, dinámica familiar,-Aplicación de estudio socio económico-Realización de los instrumentos; familiograma (respecto a enfermedades patológicas), ecomapa familiar, identificación y graficación de subsistemas del paciente, croquis de la vivienda.-Visitas domiciliarias. (Realizar reportes)-Gestionar recursos económicos |
| Diagnóstico Social | <ul style="list-style-type: none">-Una vez que se han realizado los instrumentos ya mencionados se realiza el diagnóstico social, a partir de los reportes e instrumentos realizados |
| Pronóstico Social | <ul style="list-style-type: none">-El pronóstico social se retoma antes de concluir el protocolo de trasplante renal, en caso de que el paciente ya sea post trasplantado el pronóstico social se retoma a partir de que se hayan realizado las fases anteriores. |
| Plan Social | <ul style="list-style-type: none">-El plan social se realizará para fijar objetivos en el paciente, en cuanto al seguimiento del mismo, por medio del equipo interdisciplinario. |
| Tratamiento social | <ul style="list-style-type: none">-El tratamiento social se retomará durante la etapa que se encuentre el paciente y a partir de lo previamente planeado, supervisando que se lleve a cabo el mismo. |
| Evaluación y Cierre de caso | <ul style="list-style-type: none">-Se realizará la evaluación con el paciente de los objetivos logrados, a partir del plan diseñado y dependiendo de la situación en especial de cada paciente, si muestra autonomía y control de los cuidados que debe tener se realizará el cierre de caso, una vez que se hayan realizado las supervisiones cada dos meses durante el periodo de un año. |
| Seguimiento | <ul style="list-style-type: none">-Se retomará el seguimiento de caso, solo en situaciones específicas que las requiera el paciente, es decir, si requiere aún de gestión de recursos económicos o exista algún rechazo al órgano trasplantado |

Cartas Descriptivas:

Nombre del proyecto: Taller de ayuda mutua a pacientes con trasplante de órgano del Hospital General “Dr. Pedro Daniel Martínez”

Responsable del proyecto: Trabajadora Social

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividades | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|--------------|-------|--|--|---|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 1 | | Aula chica del H.G.U Dr. “Pedro Daniel Martínez” | Presentación del taller de ayuda mutua a pacientes con trasplante de órgano. | 1.Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del taller 4. Explicar la dinámica del taller 5Retroalimentación y evaluación inicial del taller | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividades | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|--------------|-------|--|--|---|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 2 | | Aula chica del H.G.U Dr. “Pedro Daniel Martínez” | Generalidades sobre donación y trasplante de órganos | 1.Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4Retroalimentación y evaluación continúa. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividad | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|---------------------|--------------|--|--|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 3 | | Aula chica del H.G.U Dr. "Pedro Daniel Martínez" | Ley General de Salud (disposiciones generales, donación y trasplantes) | 1. Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4. Retroalimentación y evaluación continúa. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividad | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|---------------------|--------------|--|--------------------------------|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 4 | | Aula chica del H.G.U Dr. "Pedro Daniel Martínez" | Mitos en donación y trasplante | 1. Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4. Retroalimentación y evaluación continúa. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividad | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|--------------|-------|--|-------------------------|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 5 | | Aula chica del H.G.U Dr. "Pedro Daniel Martínez" | Protocolo de trasplante | 1. Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4. Retroalimentación y evaluación continúa. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividad | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|--------------|-------|--|---------------------------------------|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 6 | | Aula chica del H.G.U Dr. "Pedro Daniel Martínez" | Situación familiar ante el trasplante | 1. Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4. Retroalimentación y evaluación continúa. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividad | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|---------------------|--------------|--|-----------------------|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 7 | | Aula chica del H.G.U Dr. "Pedro Daniel Martínez" | Duelo ante la perdida | 1. Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4. Retroalimentación y evaluación continúa. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividad | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|---------------------|--------------|--|---|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 8 | | Aula chica del H.G.U Dr. "Pedro Daniel Martínez" | Gestiones y redes de apoyo para el trasplante | 1. Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4. Retroalimentación y evaluación del taller. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividad | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|--------------|-------|--|----------------------|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 9 | | Aula chica del H.G.U Dr. "Pedro Daniel Martínez" | Hábitos alimenticios | 1. Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4. Retroalimentación y evaluación continúa. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividad | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|--------------|-------|--|---|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 10 | | Aula chica del H.G.U Dr. "Pedro Daniel Martínez" | Cuidados pre y post operatorios al trasplante | 1. Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4. Retroalimentación y evaluación continúa. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividad | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|--------------|-------|--|--|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 11 | | Aula chica del H.G.U Dr. "Pedro Daniel Martínez" | Como mantener una actitud saludable ante la vida | 1. Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4. Retroalimentación y evaluación continúa. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

| No de sesión | Fecha | Lugar | Tema | Actividad | Recursos Materiales y Técnicos | Dinámica | Instrumentos | Responsable |
|--------------|-------|--|--|---|--|-------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| 12 | | Aula chica del H.G.U Dr. "Pedro Daniel Martínez" | Cierre del taller, evaluación y entrega de reconocimientos a participantes | 1. Bienvenida 2. Saludo e indicaciones. 3. Presentación del tema. 4. Retroalimentación y evaluación final. | Hojas Lapicero Copias Laminas Proyector Bocinas | Expositiva Lluvia de ideas | Cuestionario Cuaderno de notas | PLTS Trabajadora Social |

Supervisión

Para realizar la supervisión del proyecto se requerirá del formato de actividades realizadas ya que con este se mantendrá un control de la fecha, horario, número de sesión y participantes contemplando las limitantes y logros que se tuvieron durante cada sesión, así como algún pendiente que haya quedado, de la misma forma es importante realizar comentarios sobre lo relevante que haya ocurrido una vez concluida la sesión del día.

Por otra parte, el segundo formato de supervisión que se contempla es la desviación del proyecto, lo que permitirá notificar cuando se realice una situación que no se tenía contemplada justificando la misma.

Evaluación

Indicadores

- Asistencia por parte de los participantes
- La forma de trabajar los temas
- El material utilizado
- El horario de las sesiones
- Tiempo destinado a cada sesión
- El contenido de proyecto en cuanto a temas y dinámicas
- El ponente invitado para las sesiones
- La manera de exponer los temas por parte del invitado

❖ Momentos y/o cortes evaluativos

La evaluación será continua ya que permitirá realizar modificaciones a partir de la opinión de los participantes tomando en cuenta que las sesiones se llevaran a cabo cada quince días, al finalizar el proyecto también se realizará una evaluación para identificar el impacto que se logro, así como las metas y objetivos alcanzados.

BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg, Ezequiel. "Metodología y Práctica del Desarrollo de la Comunidad", Editorial El Ateneo, México, 1991.

Ander-Egg, Ezequiel. "Diccionario de Trabajo Social," Editorial Lumen República Argentina, 1995.

Arias, M., Campistol, J.M., Matesanz, R., Morales, J.M., Ortega, F. "Manual de Trasplante Renal", Editores Madrid, 2005.

Castellanos, Marie. "Manual de Trabajo Social" Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México D.F. 1999.

Contreras de Wilhelm, Yolanda. "Trabajo Social de Grupos" Editorial Pax México D.F., 2003.

Danovitch, Gabriel, M. "Trasplante Renal" Marban Libros, S.L. 2002.

Davison, 2º APELLIDO Evelyn. "Trabajo Social de Casos" Editorial Continental, S.A. DE C.V., México. 1982.

Sandoval, Mario "Instituto Mexicano del Seguro Social Dirección Regional de Occidente Delegación Jalisco Hospital de Especialidades C.M.N.O. División de Nefrología y Trasplantes. Memorias del V Curso Teórico Práctico, Tratamientos Sustitutivos de la Insuficiencia Renal Crónica, Donación y Trasplante de Órganos" Guadalajara, Jalisco, 2002.

Fernández, García T. "Trabajo Social con Casos", Editorial Alianza S.A., Madrid, 2005.

Galeana de la O, Silvia. "Promoción Social", ENTS. UNAM México, D.F. 1999.

García, María. "Trabajo Social en la Atención Individualizada", UNAM-ENTS, México,s/a.

Hamilton, Gordon. "Teoría y Práctica de Trabajo Social de Casos" Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México, 1992.

Harris, Helen."El Trabajo Social Individualizado" Ediciones RIALP, S.A. Madrid, 1980.

Hill, Ricardo. "Caso Individual" Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1970.

Meave, Edna. "Metodología para el Estudio Social de Casos" Edme Ediciones, México,1998.

Richmond, Mary. "Caso Social Individual" Editorial Humanitas Buenos Aires. 1962.

Van Gigch, John P. "Teoría General de Sistemas", Editorial Trillas, México,1993.

Revistas consultadas:

"Médico Moderno", año XLVIII no.12 Agosto 2011.

Terán, Trillo, Margarita."Perfil Profesional del Trabajo Social en el Área de la Salud", Revista N° 37 ENTS-UNAM, México, 1989.

Manuales consultados:

Manual de Organización y Procedimientos del Hospital General de Uruapan, 1995.

Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social del Hospital General de Uruapan, Agosto 2007.

Páginas de internet consultadas:

<http://mexico.justia.com/federales/leyes/ley-general-de-salud/titulo-decimo-cuarto/capitulo-ii/> Consultada el Martes 30 de Agosto 2011

<http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s> Consultada el Lunes 12 de Septiembre 2011

http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/donacion_presentacion.html. Consultada el Lunes 12 de Septiembre.

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003483762005000200009&script=sci_arttext. Consultada el Martes 01 de Noviembre del 2011.