



**UNIVERSIDAD DON VASCO, A. C.**  
INCORPORACIÓN No. 8727-29 A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**“Necesidades económicas y familiares de  
pacientes en proceso de Trasplante Renal”**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**Licenciada en Trabajo Social**

PRESENTA  
**MELISSA PAOLA PÉREZ**

**ASESOR: LIC. MARTHA VIOLETA GÓMEZ ZAVALA**

URUAPAN, MICHOACÁN, 10 FEBRERO 2014.





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 DIOS**, por darme el soplo de vida que hasta el día de hoy me ha prestado. Por ser parte de sus hijos y por todas las bendiciones que me ha colmado. Gracias por permitirme un logro más.

**A MIS PADRES:** Por su esfuerzo y el gran apoyo que me han dado durante mi formación académica y por ser mis guías en esta vida. Por educarme con el ejemplo día con día y por siempre contar con ustedes. **MTRA. MARGARITA PÉREZ GUTIÉRREZ E ING. PEDRO MARTÍNEZ CASAS.**

**A MI FAMILIA:** Por ser un pilar muy importante en mi vida, y brindarme la fortaleza y sencillez para conseguir mis metas.

**A MIS MAESTROS Y MAESTRAS:** Por ser capaces de ver la persona interna y no sólo a una estudiante más, y enseñarme el significado de superación. **EN ESPECIAL A: LIC. LAURA AGUILAR Y LIC. MARTHA VIOLETA GÓMEZ ZAVALA.**

**A MIS AMIGOS Y AMIGAS:** Por ser como hermanos en este camino de aprendizaje mutuo, donde me enseñaron el valor de compartir y la empatía.

## ÍNDICE

### INTRODUCCIÓN

#### CAPÍTULO I FAMILIA

1.1 Definición .....	4
1.2 Etapas del ciclo vital de la familia .....	7
1.3 Funciones y roles de la familia.....	9
1.4 Tipos de familia.....	11
1.5 Dinámica familiar .....	14
1.6 Crisis familiares .....	25
1.7 Holones familiares. ....	26
1.8 Importancia de la familia en un proceso de trasplante.....	27

#### CAPÍTULO II INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

2.1 Aspectos generales del proceso salud-enfermedad .....	29
2.1.1 Concepto de salud .....	29
2.1.2 Concepto de enfermedad.....	29
2.1.3 Ciclo económico de la enfermedad .....	30
2.1.4 Proceso de salud – enfermedad .....	31
2.2. INSUFICIENCIA RENAL.....	33
2.2.1 Definición .....	33
2.2.3 Principales enfermedades renales que generan una insuficiencia renal crónica. ....	38
2.2.3.1. Enfermedades hereditarias .....	41

## **CAPÍTULO III TRASPLANTE RENAL**

3.1 Criterios de selección en el receptor.....	44
3.2 Evaluación de receptor .....	44
3.3 Pruebas pre-trasplante .....	45
3.3.1 Estudios de laboratorio.....	46
3.3.2 Estudios de gabinete.....	46
3.3.3 Interconsultas .....	47
3.3.4 Vacunas .....	47
3.4 Donadores .....	49
3.5 Trasplante.....	50
3.5.1 Antecedentes e historia de trasplante .....	50
3.5.2 Definición de trasplantes de órganos sólidos .....	54
3.5.3 Características de los pacientes en protocolo de trasplante .....	55
3.6 Post trasplante.....	56
3.6.1 Manejo postoperatorio del receptor.....	56
3.7 Evaluación de la disfunción temprana del injerto.....	59
3.8 Rechazo del injerto.....	60
3.9 Protocolo de inmunosupresión .....	62
3.8 Aspecto jurídico en México del trasplante renal.....	64
3.8.1. Ley general de salud.....	65
3.8.2 Ley de trasplante en México .....	75

## **CAPÍTULO IV TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD**

4.1 Antecedentes históricos de Trabajo Social en el Área de salud .....	84
4.2. Definición de Trabajo Social en el área de salud .....	88

4.3 Objetivos .....	89
4.4 Niveles de intervención de Trabajo Social en área de salud .....	95

## **CAPÍTULO V HOSPITAL GENERAL DE URUAPAN**

### **“DR. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ”**

5.1 Características generales del Hospital General de Uruapan	
“Dr. Pedro Daniel Martínez” .....	97
5.2 Antecedentes históricos del Hospital General de Uruapan.....	97
5.3 Misión, visión .....	99
5.4 Estructura organizativa .....	100
5.5 Organigrama institucional .....	104
5.6 Departamento de Trabajo Social en el Hospital General de Uruapan .....	105
5.6.1. Objetivos: .....	106
5.7 Servicio de trasplante y donación de órganos y tejidos .....	107
5.7.1 Situación actual sobre servicio de trasplante y donación de órganos ...	109

## **CAPÍTULO VI. INVESTIGACIÓN DE CAMPO .....**

6.1 Metodología .....	112
6.1.1 Tipo de investigación .....	112
6.1 Definición del universo .....	113
6.2 Elaboración del instrumento .....	114
6.3 Recolección de información .....	115
6.4 Presentación de resultados .....	115

ANÁLISIS

CONCLUSIONES

PROPUESTA

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

## INTRODUCCIÓN

La salud es un aspecto que se debe mantener en todo ser humano sin embargo, existen una gran cantidad de enfermedades que propician a la pérdida de esta estabilidad física. Un grupo de estas enfermedades son las crónicas degenerativas, dentro de las cuales se encuentra la insuficiencia renal crónica y ésta sólo se puede atender de manera permanente con un trasplante renal. El proceso de trasplante es una serie de actividades que estudia al individuo en el aspecto clínico, siendo este el eje básico para la recuperación de la salud física del paciente, sin embargo, el acompañamiento durante este proceso es fundamental y esto puede ser un factor determinante para el éxito o fracaso de un trasplante renal. Este acompañamiento se presenta en la mayoría de los casos por los familiares del paciente, los cuales también sufren una serie de cambios económicos y dentro de su dinámica familiar, por esto la importancia de conocer las necesidades económicas y familiares de los pacientes.

En el aspecto social esta investigación aportará información actualizada para que sea utilizada en base a una posible alternativa de atención a este grupo de personas, proporcionando mayores elementos sobre sus necesidades vividas en su situación económica y familiar.

Para la sociedad de médicos esta investigación podrá ser utilizada para conocer e identificar la situación actual sobre los aspectos económicos y familiares de estos pacientes, de esta manera, este trabajo aportará información sobre la realidad que enfrentan los pacientes durante el proceso de trasplante renal. Sirviendo a estos especialistas como posible herramienta de consulta bibliográfica sobre este tema en el conocimiento de áreas y/o aspectos que puede desconocer sobre sus pacientes.

En el aspecto profesional esta investigación será de gran utilidad para las áreas sociales, específicamente para los Trabajadores Sociales y con mayor utilidad para los que se encuentran en el área de salud, al ser la investigación realizada dentro de su área de trabajo y contará con información social en el aspecto económico y familiar siendo posiblemente necesaria para establecerla como fundamento en el



conocimiento del desarrollo de los pacientes con esta problemática de salud, fungiendo como un apoyo más para ver características y/o aspectos que quizá aún no puedan detectar y/o atender desde su perfil profesional. En el aspecto personal esta investigación me permitirá establecer beneficios académicos, al ser este trabajo un escalafón más en el proceso de titulación. Así como el conocer directo y con mayor profundidad de las necesidades económicas y familiares de los pacientes en proceso de trasplante.

Es decir esta investigación apoyará en el conocimiento de las necesidades económicas y familiares, y cómo éstas pueden repercutir en el desarrollo del proceso de trasplante renal; teniendo el siguiente objetivo general:

**Objetivo general:** “Determinar las necesidades económicas y familiares de los pacientes en proceso de trasplante renal para identificar sus repercusiones en el desarrollo del proceso”. Basado en los siguientes objetivos específicos:

**Objetivos específicos:**

- ✓ Identificar necesidades económicas de pacientes en proceso de trasplante renal.
- ✓ Determinar las necesidades familiares de los pacientes en proceso de trasplante renal.
- ✓ Rescatar las repercusiones en el proceso de trasplante renal por las necesidades económicas y familiares del paciente.
- ✓ Describir la situación que viven los pacientes en proceso de trasplante, para establecer las características generales de los mismos.
- ✓ Referir las repercusiones económicas y familiares que viven los pacientes en el desarrollo del proceso de trasplante renal.

**Y como hipótesis:** “Las necesidades económicas y familiares que vive el paciente, afectan su proceso de trasplante renal”

Esta investigación contará con información teórica sobre los siguientes temas que formarán los capítulos de este trabajo.

***En el primer capítulo es sobre Trabajo social en el área de salud***, en el cual se hablara sobre los antecedentes históricos de trabajo social en área de salud, presentando su definición de Trabajo Social en el área de salud, el perfil real de Trabajo Social en el área de salud, sus objetivos, funciones, actividades y habilidades, conocimiento y capacidades de este profesionista.

***El segundo capítulo es el proceso de trasplante***, en el cual se aborda primeramente la Insuficiencia Renal Crónica, su definición, etiología, epidemiología, fisiopatología y alteraciones metabólicas. Abordando posteriormente el proceso de trasplante pasando por su definición, Etiología de la enfermedad terminal renal, enfermedad glomerular, uropatía obstructiva, enfermedades hereditarias, nefritis intersticial, criterios de selección en el receptor, evaluación de receptor , estudios de laboratorio, estudios de gabinete, donadores, protocolo de inmunosupresión, cirugías de trasplante , antecedentes de trasplante en México, aspectos legales de Trasplante en México y gastos que genera el proceso de trasplante.

***El tercer capítulo es lo relacionado con la familia*** al ser un elemento fundamental de la persona, revisando su definición, etapa y ciclo vital, funciones y roles, tipos, dinámica familiar, holones familiares, problemas familiares e importancia de la misma en un proceso de trasplante.

***El cuarto capítulo es del Hospital General de Uruapan***, los antecedentes de creación de esta Institución, Misión, visión, estructura y organización, servicio de trasplante y donación de órganos, organización interna, Departamento de Trabajo Social y situación actual del servicio de Trasplante y donación de órganos.

***En el quinto capítulo, de investigación de campo*** se muestra la teoría empírica tiene como objetivo la comprensión y la explicación científica de la realidad social, diseño de la investigación, definición del universo, elaboración de instrumentos, recolección de información, presentación de resultados y análisis

# CAPÍTULO I FAMILIA

## 1.1 Definición

No podemos dar una definición exacta de familia puesto que cada tipo de familia requiere su propia definición. Aunque sí conocemos una definición histórica aplicable a todas las familias.

Siendo importante retomar a Carlos Eroles como base de este concepto, el cual menciona el concepto de familia desde distintas disciplinas:

“Para derecho: la familia es un conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos, interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión sexual y procreación.

Para la antropología: la familia es un hecho social, un microcosmo representativo de toda organización general de la sociedad en la cual está inmersa. Toda política de la sociedad global va accionar directamente sobre el microcosmo familiar.

Para la psicología: la familia es la célula básica de desarrollo y experiencia.

Los individuos están unidos por:

Razones biológicas: al perpetuar la especie y ayudar al indefenso infante humano en su crianza, hasta llegar a que se auto sostenga;

Razones psicológicas: para proveer la satisfacción de necesidades afectivas básicas que permiten el desarrollo y el crecimiento pleno de las potencialidades y ofrece el ámbito óptimo para la identificación con los roles sexuales.

Razones socio-económicas: es la unidad básica de supervivencia.

Una perspectiva interdisciplinaria: la familia debe ser entendida como una unidad básica bio-psico-social con leyes y dinámicas propias, que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones sin perder la identidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que lo rodea.

Siendo un grupo de personas unidas por lazos de parentesco (por línea consanguínea o adopción), matrimonio, o unión libre en el caso de las parejas que viven juntas sin ningún documento oficial que reconozca legalmente su relación de marido y mujer, dicho grupo provee a sus integrantes de los elementos necesarios para su desarrollo físico y psicológico.

La familia es un grupo primario donde sus integrantes se interrelacionan por vínculos afectivos y de participación que favorece a su vez su crecimiento armónico, desarrollo y maduración.”<sup>1</sup>

La familia constituye un elemento fundamental de la persona como tal puesto que nos formamos en una identidad desde el seno de una familia, lo vivido en el seno de un ambiente familiar ejerce su influencia para la identidad personal de los componentes de esa familia.

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos.

## **1.2 Etapas del ciclo vital de la familia**

La familia constituye un elemento fundamental de la persona como tal, puesto que nos formamos en una identidad desde el seno de una familia, lo vivido en el seno de un ambiente familiar ejerce su influencia para la identidad personal de los componentes de esa familia.

La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible en donde la solución de las tareas de una fase anterior, facilita la superación de una fase posterior.

El modelo de la OMS que divide en seis etapas evolutivas

<sup>1</sup> Eroles, Carlos. Trabajo social y familia. Espacio. Buenos aires argentina.2001 .138

- I. Formación Matrimonio: El nacimiento del primer hijo.
- II. Extensión: Nacimiento del primer hijo Nacimiento del último hijo.
- III. Extensión completa: Nacimiento del último hijo. Primer hijo abandona el hogar.
- IV. Contracción: Primer hijo abandona el hogar. Último hijo abandona el hogar.
- V. Contracción completa: Último hijo abandona el hogar. Muerte del primer cónyuge
- VI. Disolución: Muerte del primer cónyuge. Muerte del cónyuge sobreviviente.”<sup>2</sup>

## I. FORMACIÓN DEL MATRIMONIO.

### *1. Constitución de la pareja. Definición pareja matrimonial:*

“Se caracteriza por una permanencia del vínculo, en que se suman vida afectiva, relaciones sexuales, intercambio económico, deseo de compartir el futuro junto a un proyecto vital que les da sentido y que determina el establecimiento de dependencias cualitativamente diferentes de las que pueden darse en cualquier otro vínculo.

### *II. EXTENSIÓN.*

Nacimiento del primer hijo - Nacimiento del último hijo. La llegada de los hijos. El nacimiento de un hijo crea cambios tanto en la relación de pareja como en toda la familia. Implica redefinir la relación en términos sexuales y sentimentales. Aparecen nuevos roles y funciones: madre, padre (función materna y función paterna); y con ellos los de la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc.

Las funciones de los padres se diferencian para poder brindarle al niño la atención y cuidados que necesita. Se formará una vinculación afectiva madre-hijo descifrando las demandas de cuidado y alimentación de este último. Esta unión es normal y necesaria para la buena evolución de toda la familia. Durante este periodo el padre es un observador que participa activamente desde afuera sosteniendo esta relación y siendo el nexo entre madre-hijo/mundo exterior. Llegará el momento donde el hombre deberá recuperar a su mujer como pareja y a su hijo en relación a él.

<sup>2</sup> <http://www.who.int/es/> (consultada 26 enero 2014)

La incorporación de un hijo en la familia provoca inevitablemente mucha tensión en la pareja. Son frecuentes los reproches, la depresión, cansancio de ambos padres, dificultad para ponerse de acuerdo en cómo y cuándo hacer las cosas. Es un momento de vuelco hacia la familia extensa. A veces esto es tomado con alegría y en forma positiva y en otras aumenta la tensión o los conflictos. Durante la etapa preescolar, la dinámica familiar se centra a tolerar y ayudar a la autonomía de los hijos, impulsando la socialización y el control del niño. Es el momento indicado para fomentar labores del hogar e identificar roles sexuales y familiares

#### *IV. ETAPA DE CONTRACCIÓN (parcial).*

Primer hijo abandona el hogar. Estas últimas etapas tienen como denominador común la producción de pérdidas, tanto por la salida de los hijos del hogar, como de funciones (jubilación) Partida de los hijos. Tiene una duración aproximada de 20 a 30 años, dependiendo del número de hijos de la pareja. Cabe destacar, que en las familias con hijo único, esta etapa es vivida en forma más traumática debido al paso brusco de la etapa de extensión al nido vacío. Con la partida de los hijos, los esposos deben aprender a vivir nuevamente en “independencia”. Esto requiere cambios de roles y funciones lo que suele producir en muchas oportunidades una situación de crisis, principalmente en las mujeres que han centrado toda su energía en el crecimiento de sus hijos. A partir de este momento los padres deberán reconocer a la nueva familia como diferente y con características propias, aceptando la incorporación de otros en la vida familiar.

Por parte de los hijos, esta nueva etapa está marcada por la capacidad de la familia de origen para desprenderse de sus hijos y de incorporar a nuevos individuos como el cónyuge y la familia política. Los hijos entrarán a la faceta en donde deberán formar su propia familia iniciando su propio el ciclo vital.

La relación con los hijos adquiere otra dimensión de adulto a adulto y con el envejecimiento de los progenitores, los hijos jugarán nuevos roles de cuidadores.

## V. CONTRACCIÓN COMPLETA.

El último hijo abandona el hogar. (Etapa Del nido vacío)

Esta etapa se inicia con la partida del último hijo del hogar. En esta etapa observamos, paradójicamente, el contraste entre el entusiasmo e ilusión que caracterizaban la fase del matrimonio con la incertidumbre y la nostalgia que con gran frecuencia se ve marcada en esta fase del desarrollo familiar. Los problemas de salud en esta etapa son numerosos, aunque muchas dolencias son producto del proceso de envejecimiento normal. La edad Madura. La pareja se enfrentará al reencuentro entre ellos (salida de los hijos del hogar y el cese laboral). De las características de este encuentro dependerá que la pareja continúe unida o no. Así mismo, afrontan cambios no sólo en lo individual sino también a nivel familiar.

El fin de la vida laboral puede ser asumido por algunos como el inicio de una nueva etapa, donde tendrán la oportunidad de realizar cosas postergadas durante la juventud, disfrutar de los nietos y seguir generando proyectos, para otros es el fin de su vida activa y el paso hacia una etapa "improductiva".

Dentro de las familias aparecerán nuevos roles: abuelo/a. Este nuevo rol les permite a los padres, ahora abuelos, tener un contacto más libre y placentero con los nietos que lo que tenían con sus propios hijos. La vejez. Cada uno de los integrantes sufrirá cambios a nivel corporal y/o emocional. Todo esto requiere de un tiempo de procesamiento.

En esta etapa del ciclo vital suele haber un revés en cuanto a quién proporciona los cuidados físicos, emocionales e incluso económicos de los padres. Las características de estos nuevos vínculos dependerán de cómo se establecieron las relaciones a lo largo de la historia familiar.

La pareja se enfrenta a múltiples pérdidas: salud, juventud, trabajo, personas. Por otro lado son los abuelos los encargados de transmitir la historia, ritos y costumbres a las nuevas generaciones, ayudando así a establecer su identidad individual y

familiar. Esto los pone a ellos en un lugar privilegiado, que hoy en día es descuidado por las familias y la sociedad en general.

#### *VI. Disolución. Muerte del primer cónyuge - Muerte del cónyuge sobreviviente*

Fallecimiento de los cónyuges. El ciclo vital familiar concluye. En la muerte del cónyuge, el sobreviviente se enfrenta a la soledad. Pueden acentuarse enfermedades preexistentes o desencadena la aparición de nuevas. La persona adopta una actitud pasiva y expectante.”<sup>3</sup>

### **1.3 Funciones y roles de la familia**

- ✚ **“FUNCIÓN PATERNA:** la función paterna se define por el reconocimiento del hijo dando el nombre, reconociendo así su paternidad. Es la función discriminadora, que sostiene económicamente, que se relaciona con el mundo exterior, se maneja y conduce, que trae al hogar el vínculo con las leyes exteriores, y con los que “debe ser”. Es la que permite el crecimiento al ayudar al niño a desprenderse de la madre o no vivir a esta como propiedad personal del niño; propiciando la aceptación de ese lugar de niño o niña con la promesa de llegar a ser más adelante, como papá y mamá.
  
- ✚ **FUNCIÓN MATERNA:** La función materna se origina en el deseo de tener un hijo. Es la función encargada de las conductas nutricias, no sólo a través del alimento (pecho, comida) sino de poder incluir esto en un clima de afecto y continencia corporal; es la que permite el primer contacto con el mundo exterior se dé en un clima continente que le permite al infante desarrollar la confianza básica necesaria para vivencia al mundo como acogedor y no hostil; le presta su yo, mientras le ayuda a construir el propio; le ofrece su cuerpo como extensión reaseguradora y estable. La función materna tiene un carácter aglutinante y centralizador, pero que también puede actuar reteniendo e inhibiendo el crecimiento.

<sup>3</sup> *Ibidem.* Pag.139



- ✚ *FUNCIÓN AFECTIVA*: La familia es el hogar donde sus miembros se proporcionan entre sí ánimo, amor y cariño. Las necesidades afectivas de los padres son tan importantes como las necesidades afectivas de los hijos para con los padres, es una retroalimentación entre ambas partes.
  
- ✚ *FUNCIÓN ECONÓMICA*: La familia transfiere a los integrantes el nivel socioeconómico implicado: forma de vida, manera de pensar, hábitos, costumbres, etc. La responsabilidad económica de los padres de acuerdo a la cultura que posee. La economía tiene que ver con el nivel adquisitivo que tienen los padres para solventar las necesidades básicas y de lujo.
  
- ✚ *FUNCIÓN REPRODUCTIVA*: Es la función de procreación de los hijos dentro de la familia, permitiendo proveer de nuevos miembros a la sociedad. El matrimonio surge para regular dos factores: el ambiental sexual y la reproducción.
  
- ✚ *FUNCION FILIAL*: es la que conecta con el futuro, con los proyectos nuevos, la que cuestiona lo establecido y busca romper las estructuras futuras”.<sup>4</sup>

Para que la familia exista socialmente, necesita estar en estrecha relación con todo tipo de Instituciones sociales que la rodean y le prestan apoyo. Muchas familias delegan funciones sociales que en otras épocas eran exclusivas, para que otras Instituciones las realicen o complementen con las que vienen realizando.

#### a) INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y LA FAMILIA.

“La Escuela pasa a ser una Institución específica de apoyo y reorientación. La diversa educación escolar plantea un requerimiento de información, criterios y perspectivas. La educación, tiene una función de orientación familiar importante para la vida moderna y para el cambio positivo de la estructura familiar.

<sup>4</sup> Ibídem. Pag.143.

## b) INSTITUCIONES ECONÓMICAS Y LA FAMILIA

La relación entre los centros de trabajo y la familia es de diverso tipo, y plantea condiciones claves que conforman la que la vida familiar sea funcional o disfuncional: horarios de trabajo, la realidad y el monto de los salarios, la seguridad social (proveniente del trabajo) y la desocupación eventual o permanente producen efectos familiares importantes.

## c) INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y POLÍTICAS Y LA FAMILIA.

La familia encuentra su base en una serie compleja de disposiciones jurídicas no solo comprendidas en el derecho civil, sino en diversas leyes tanto de derecho público como de derecho privado. No hay actividad familiar que no tenga algún tipo de referencia con el sistema gubernamental y político. Múltiples problemas que presentan al respecto, desde los de tipo burocrático y de ineficiencia de las funciones públicas, hasta los conflictos de interés privado familiar, que implica una visión conjunta de todos los contactos públicos con la dinámica familiar del país.”<sup>5</sup>

### **1.4 Tipos de familia**

a) *“La familia nuclear o elemental:* Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

b) *La familia extensa o consanguínea:* Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

c) *La familia monoparental:* Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la

<sup>5</sup> Ibídem. Pag.140.

mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

f) *La familia de padres separados*: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

g) *La familia con vínculo consensual o de hecho*: consideremos tal al vínculo estable, con características casi idénticas al de la familia con formalización jurídica matrimonial.

h) *La familia con vínculo jurídico y/o religioso*: por razones formales o por firmes convicciones religiosas para la pareja solemniza su unión matrimonial.

i) *La familia amplia modificada*: en esta categoría si no hay convivencia, las relaciones entre los miembros de la familia tienden a un comportamiento clínico.

j) *La familia reconstruida o ensamblada con o sin convivencia de hijos de distintas uniones*: es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido (uno o ambos) experiencias matrimoniales anteriores. La convivencia permanente o por algunos días en la semana de hijos de distintas uniones de otorga un sesgo particular y difícil a las relaciones familiares.

k) *La familia separada*: llamamos a si a los padres que siguen siendo familia en al perspectiva del o de los hijos. Este vínculo supérstite puede ser aceptado y armónico o no aceptado (expresa o implícitamente) y conflictivo”.<sup>6</sup>

También Carlos Eroles menciona los siguientes tipos de familiarización

“*Grupos familiares de crianza*: bajo esta denominación incluimos situaciones particulares como la adopción, el prohijamiento (practica solidaria consistente en proteger los huérfanos o abandonados dentro de la propia comunidad), los nietos a cargo de los abuelos.

<sup>6</sup>Eroles, Carlos. Trabajo Social y Familia. Espacio. Buenos Aires Argentina.2001.148-149.

Familiarización de amigos: es una realidad creciente extendida por la que se reconoce una relación familiar muy estrecha a los que son entrañablemente amigos, hay así abuelos o tíos o hermanos "familiarizados".

Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad: a nuestro juicio no deben ser consideradas relaciones vinculares familiares. La familia requiere la decisión de compartir un proyecto de vida al que se le asigna permanencia, mas allá de la posibilidad de que la relación fracase.

La familia es la más compleja de todas las instituciones, aunque en nuestra sociedad muchas de sus actividades tradicionales hayan pasado parcialmente a otras, todavía quedan sociedades en las que la familia continua ejerciendo las funciones educativas, religiosas protectoras, recreativas y productivas." <sup>7</sup>

Clasificación de acuerdo a su desarrollo emocional

*"Familia Rígida:* Dificultad en asumir los cambios de los hijos/as. Los padres brindan un trato a los niños como adultos. No admiten el crecimiento de sus hijos. Los Hijos son sometidos por la rigidez de sus padres siendo permanentemente autoritarios.

*Familia Sobreprotectora:* Preocupación por sobreproteger a los hijos/as. Los padres no permiten el desarrollo y autonomía de los hijos/as. Los hijos/as no saben ganarse la vida, ni defenderse, tienen excusas para todo, se convierten en "infantiloides". Los padres retardan la madurez de sus hijos/as y al mismo tiempo, hacen que estos dependen extremadamente de sus decisiones.

*La Familia Centrada en los Hijos:* Hay ocasiones en que los padres no saben enfrentar sus propios conflictos y centran su atención en los hijos; así, en vez de tratar temas de la pareja, traen siempre a la conversación temas acerca de los hijos, como si entre ellos fuera el único tema de conversación. Este tipo de padres, busca la compañía de los hijos/as y depende de estos para su satisfacción. En pocas palabras "viven para y por sus hijos".

<sup>7</sup> Ibidem. Pag.149.

*La familia Permisiva:* En este tipo de familia, los padres son Incapaces de disciplinar a los hijos/as, y con la excusa de no ser autoritarios y de querer razonarlo todo, les permiten a los hijos hacer todo lo que quieran. En este tipo de hogares, los padres no funcionan como padres ni los hijos como hijos y con frecuencia observamos que los hijos mandan más que los padres. En caso extremo los padres no controlan a sus hijos por temor a que éstos se enojen.

*La Familia Inestable:* La familia no alcanza a ser unida, los padres están confusos acerca del mundo que quieren mostrar a sus hijos por falta de metas comunes, les es difícil mantenerse unidos resultando que, por su inestabilidad, los hijos crecen inseguros, desconfiados y temerosos, con gran dificultad para dar y recibir afecto, se vuelven adultos pasivos-dependientes, incapaces de expresar sus necesidades y por lo tanto frustrados y llenos de culpa y rencor por las hostilidades que no expresan y que interiorizan.

*La familia Estable:* La familia se muestra unida, los padres tienen claridad en su rol sabiendo el mundo que quieren dar y mostrar a sus hijos/as, lleno de metas y sueños. Les resulta fácil mantenerse unidos por lo tanto, los hijos/as crecen estables, seguros, confiados, les resulta fácil dar y recibir afecto y cuando adultos son activos y autónomos, capaces de expresar sus necesidades, por lo tanto, se sienten felices y con altos grados de madurez e independencia”.<sup>8</sup>

### **1.5 Dinámica familiar**

Se entiende como dinámica familiar la interacción que existe los integrantes de una familia, tomando en cuenta los aspectos de normas, reglas, comunicación, límites, alianzas, autoridad, jerarquía, coalición, y redes de apoyo entre ellos.

Siendo importante conocer cada uno de estos aspectos dentro de la dinámica familiar:

<sup>8</sup><http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.2%20PSICOLOGIA%20DE%20LA%20VIDA%20FAMILIAR.%20ESTRUCTURA.pdf> (consultada 19 noviembre 2013)

## LIMITES DENTRO DE LA FAMILIA

“Como todo sistema debe poseer reglas o normas y estas pueden ser universales y claramente explícitas (respeto a los padres, rol de padre, rol de hijo), y otras implícitas e idiosincrásicas (lealtad a la familia), Se refiere aspectos de cercanía y/o distancia entre diversas personas o subsistemas dentro de la familia. Y suelen ser membranas imaginarias que separan a los individuos y los subsistemas, regulando al contacto que establecen con los demás en términos de :

- 1) Permisividad
- 2) Dependencia emocional
- 3) Derecho
- 4) autonomía

Este sistema debe además tener límites, los que están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de qué manera lo hacen en una situación determinada, su función es la de proteger la diferenciación de los sistemas y subsistemas en funcionamiento. La claridad de los límites dentro de una familia es un parámetro útil para evaluar su funcionamiento. Los extremos serán un aumento desmedido de la comunicación y la preocupación de los unos sobre los otros, perdiendo la distancia entre sus miembros, entonces los límites desaparecen y la diferenciación se hace difusa (Familias Aglutinadas), Estas familias presentan una pérdida de la autonomía, reaccionan en forma exagerada y tienen una baja capacidad de adecuación. En el otro extremo se encuentran aquellas familias en las que sus miembros tienen una mínima dependencia entre sí, límites muy rígidos, sus mecanismos de apoyo se activan solo cuando existe un nivel muy alto de estrés.

**LÍMITES.**- Según, Minuchin, los límites o fronteras en cualquier sistema incluyen reglas que regulan y definen el flujo de información y energía que ha de ingresar al sistema familiar, así también el grado en que los extraños pueden acceder al sistema, para mantener el equilibrio armonioso.

En una familia funcional los límites son líneas imaginarias que definen los deberes y obligaciones entre los miembros del subsistema, estos pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

Los límites varían entre los subsistemas de acuerdo a su permeabilidad, la claridad de los límites dentro de la familia constituyen un parámetro para evaluar la funcionalidad familiar.

Estas conductas presididas por reglas dan lugar a tres tipos de fronteras:

- ✓ Límites difusos: Son difíciles de determinar, porque no definen reglas de interacción, es característica de las familias aglutinadas.
- ✓ *Límites rígidos*: Son difíciles de alterar en un momento dado, es característica de las familias desligadas.
- ✓ *Límites claros*: Los límites claros son permeables, fortalecen las jerarquías, se desarrolla el sentido de pertenencia al grupo familiar, existe intercambio de información con otros sistemas.

## NORMAS

- ✓ El nivel de rendimiento aceptable para el grupo mismo
- ✓ Pueden estar implícitas o ser manifestadas claramente.

## ROLES

El concepto de rol, Minuchin lo designa como el elemento que demarca la posición entre los miembros de la familia, se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia asigna funciones necesarias, es la única manera de organizar la estructura de la familia.

Teniendo las siguientes características:

- ✓ Son conductas repetitivas que implican la existencia de actividades recíprocas en otros miembros de la familia.
- ✓ Equivale que la conducta que se espera de un individuo en determinado contexto.
- ✓ Los roles son complementarios y tienen consistencia interna

Al hablar de roles en la familia hay que considerar los contextos culturales circundantes, estratos socio-económicos, periodos históricos, aspectos interaccionales y elementos estructurales.

## MAPA

Salvador Minuchin, ha propuesto una serie de símbolos llamados comúnmente mapa estructural, son representados mediante gráficos, que permiten al terapeuta visualizar y formular hipótesis en los aspectos funcionales o disfuncionales del sistema familiar.”<sup>9</sup>

### Fronteras

- ✓  “Frontera franca o abierta: Se representa por medio de guiones - - - - -
- ✓  Frontera cerrada o rígida: Se representa con una línea llena \_\_\_\_\_
- ✓  Frontera difusa: Se representa por medio de puntos .....

Esquema que representa gráficamente y sencillamente la organización de una familia.



## ALIANZAS

Alianza es el interés compartido por dos miembros de la familia, se hace referencia a uniones relacionales positivas entre ciertos miembros del sistema familiar. Siendo una asociación abierta o encubierta entre dos o más integrantes de la familia y se basan en afinidades y metas comunes, no con el propósito de perjudicar a nadie. Son Alianzas disfuncionales las triangulaciones, desviaciones de ataque y desviaciones de apoyo.

<sup>9</sup> Minuchin, Salvador; Familia y Terapia Familiar, Gedisa 1989; 87-104



Una alianza franca y amistosa.- Se presume que es normal, como ejemplo de un

Vínculo conyugal se representa así:

✓ Marido                      Esposa

✓ Una alianza enmarañada.- Un vínculo intergeneracional sobre involucrado

Madre                      Hijo Varón

✓ Una afiliación débil:

Padre. . . . .Hija

✓ Una afiliación conflictuada

Hermano — | | — Hermana

## COALICIÓN

Coalición se refieren a la unión de dos o más miembros en contra de un tercero, en acuerdos mutuos se benefician frente a un tercero. Cuando las coaliciones traspasan las fronteras generacionales, se produce una perturbación en la jerarquía familiar

✓ Una coalición de varios miembros

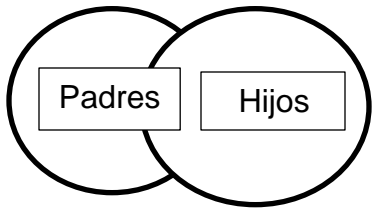
Madre } Padre  
Hija } Hijo  
Hija }

✓ *Concepción sistémica de patología familiar* Patología.- Es un déficit en las negociaciones acertadas de las presiones que se dan en el sistema familiar, esto suele aparecer en la familia cuando se ha atascado en la fase homeostática.

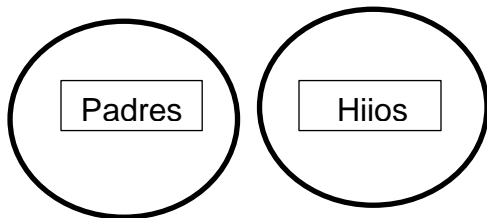
✓ *Patología de frontera (norma)* Esta se da cuando la conducta de límites o fronteras en los participantes de un subsistema se vuelven inadecuadas, por el incremento de rigidez de sus pautas de transacción y de sus fronteras e impiden el intercambio entre los subsistemas.”<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Ibídem. Pag.89.

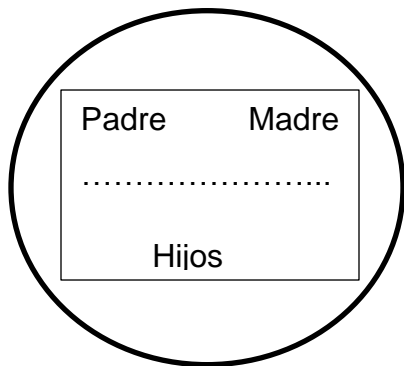
✓ Subsistema aglutinado



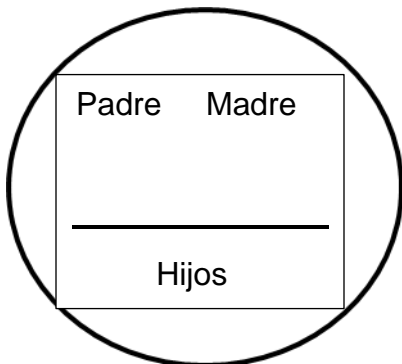
Subsistema desligada a desacoplada



✓ Unidad de familia aglutinada



✓ Unidad de familia desacoplada

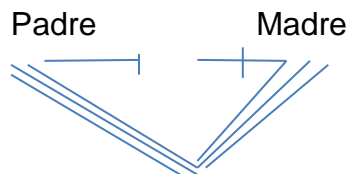


FUENTE: Minuchin, Salvador; Familia y Terapia Familiar, Gedisa 1989; 87-104

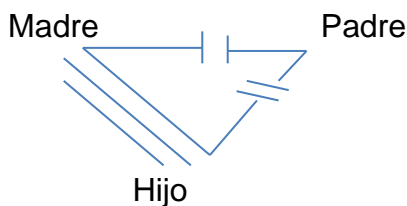
✓ *Patología de alianzas o coaliciones*

“Se refiere a la desviación del conflicto, en ella existe un chivo emisario y coaliciones intergeneracionales inadecuadas. Las patologías de alianzas son de dos tipos:

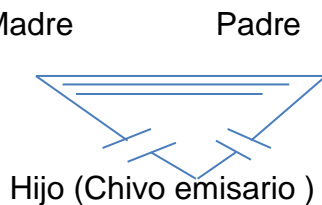
- ✓ *Desviación del conflicto:* Los padres no aceptan conflictos entre ellos pero se unen en contra de un hijo o subunidad de hijos.
- ✓ *Coaliciones intergeneracionales:* Es la estrecha alianza de un progenitor con un hijo en contra de otro progenitor.<sup>105</sup> Las coaliciones temporales están exentas de patologías.
- ✓ *Patología de triángulos:* Las coaliciones desviadoras e intergeneracionales son formas específicas de triangulación.
- ✓ *Triangulación:* Señala que dos progenitores están en conflicto manifiesto e intentan ganar el apoyo de un hijo con nota un conflicto de lealtades.



- ✓ *Coalición Progenitor Hijo:* Es un conflicto parental visible. Uno de los Progenitores se alía a los hijos contra el otro del otro progenitor”.<sup>11</sup>



- ✓ *Triada desviadora- atacadora*



<sup>11</sup> Ibídem. Pag.90.

- ✓ *Triada desviadora –asistidora*

Madre      Padre



FUENTE: Minuchin, Salvador; Familia y Terapia Familiar, Gedisa 1989; 87-104

## LIDERAZGO EN LA FAMILIA

“La familia es una organización de personas, cuya finalidad es generar amor, crecimiento y unidad. Toda organización de personas exige liderazgo, si quiere ser altamente efectiva, esto es, si quiere cumplir con la misión específica, que le distingue. La familia es una organización de personas, cuya finalidad es generar amor, crecimiento y unidad. Al ser una interacción entre dos o más miembros de un grupo que, con frecuencia, implica una estructuración de la situación y de las percepciones y expectativas de los miembros

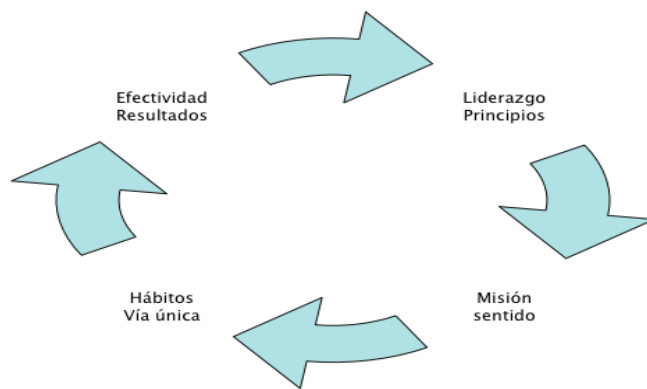
Toda organización de personas exige liderazgo, si quiere ser altamente efectiva, esto es, si quiere cumplir con la misión específica, que le distingue. Y cuenta con las siguientes características:

- ✓ Los líderes son agentes de cambio
- ✓ El liderazgo se da cuando un miembro del grupo modifica la motivación o competencias de los demás miembros del grupo.
- ✓ Es un proceso de influencia que comprende un líder (agente que ejerce influencia) y los seguidores(los agentes sujetos a esa influencia)
- ✓ La influencia significa que ocurre algún tipo de cambio en el agente objeto (seguidores) como consecuencia de algún acto realizado por el agente origen.
- ✓

Es importante para el desarrollo de un liderazgo benéfico para la familiar fijar prioridades: Primero, lo primero. Cuando damos prioridad a lo urgente y no a lo importante, nos iremos apartando paso a paso de nuestra misión. Si nos vemos sorprendidos una y otra vez y durante mucho tiempo por temas, que son urgentes e

importantes, es señal inequívoca de que nos faltan orden y capacidad de previsión. Las familias que obtienen logros importantes son aquéllas que dedican el tiempo necesario a los temas importantes no urgentes; es decir, a planificar, a prever. No tener claras las prioridades equivale a subir por una escalera apoyada en una pared equivocada.

Comprender antes que ser comprendidos: Comprender a una persona es uno de los mejores modos de valoración. Ello nos permite no sólo aceptar sino valorarlas diferencias, como algo que enriquece nuestro modo de ver las cosas.



FUENTE: Minuchin, Salvador; Familia y Terapia Familiar, Gedisa 1989; 87-104

Es decir, mediante un liderazgo basado en principios y en un sentido de misión, concretado en el logro de unos hábitos, se obtienen unos resultados de alta efectividad, contando siempre con la libertad humana.”<sup>12</sup>

## REDES DE APOYO

- 🌈 RED PRIMARIA: “Es un mapa mínimo que incluye a todos los miembros con los que interactúa una personalidad. Y se integra por 3 áreas.
- ✓ Círculo interior de relaciones íntimas: miembros de la familia nuclear y extensa.
- ✓ Círculo intermedio de relaciones personales: amigos y familiares intermedios.

<sup>12</sup> Ibídem. Pag.91.

- ✓ Círculo externo de relaciones ocasionales: relaciones profesionales o laborales, compañeros de estudio y vecinos.
- ✓ Consiste en acciones de solidaridad que facilitan el cuidado y la crianza de los hijos y compensan deficiencias tales como: La ausencia de los padres y las limitaciones económicas

Están constituidas por miembros de la familia extensa, amigos y vecinos que además de las agencias sociales de los sectores públicos y primitivos.

✚ REDES SECUNDARIAS: Son aquellas que tienen lugar en un contexto más lejano a este grupo primario y que se rigen por una menor proximidad están situadas en el mundo externo de la familia. Se accede a ellas por necesidades específicas que las tramas primarias no pueden satisfacer como son: Grupos recreativos, Relaciones comunitarias y religiosas , Relaciones laborales o de estudio, Relaciones laborales o de estudio.

✚ RELACIONES INSTITUCIONALES; Que integran también las redes secundarias, ya que se hallan en una disposición exógena. Su distancia en cuanto al criterio de la relación es mayor y el trato con la misma es indirecto. Como instituciones básicas son las siguientes: Escuela, Sistema de salud Y Sistema judicial. Para que la familia exista socialmente, necesita estar en estrecha relación con todo tipo de instituciones sociales que la rodean y le prestan apoyo. Muchas familias delegan funciones sociales que en otras épocas eran exclusivas, para que otras instituciones las realicen o complementen con las que vienen realizando.”<sup>13</sup>

#### a) INSTITUCIONES ECONÓMICAS Y LA FAMILIA

“La relación entre los centros de trabajo y la familia es de diverso tipo, y plantea condiciones claves que conforman la que la vida familiar sea funcional o disfuncional: horarios de trabajo, la realidad y el monto de los salarios, la seguridad social

<sup>13</sup> Eroles, Carlos. Trabajo social y familia. Espacio. Buenos aires argentina.2001.148-149.

(proveniente del trabajo) y la desocupación eventual o permanente producen efectos familiares importantes.

## b) INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y POLÍTICAS Y LA FAMILIA

La familia encuentra su base en una serie compleja de disposiciones jurídicas no solo comprendidas en el derecho civil, sino en diversas leyes tanto de derecho público como de derecho privado. No hay actividad familiar no tenga algún tipo de referencia con el sistema gubernamental y político. Múltiples problemas que presentan al respecto, desde los de tipo burocrático y de ineficiencia de las funciones públicas, hasta los conflictos de interés privado familiar, que implica un visión con junta de todos los contactos públicos con la dinámica familiar del país.”<sup>14</sup>

## JERARQUIA

“En la familia se establecen diferentes niveles de autoridad varían de acuerdo con:

- ✓ Ciclo de la familia
- ✓ Las características de personalidad de sus miembros
- ✓ La dinámica de las relaciones de los subsistemas
- ✓ El individuo pertenece a varios subsistemas y en ellos adopta diversos niveles de autoridad.

El proceso disciplina, según Maccobby y Martin incluye de parte de los padres, factores tales como sus demandas y controles, clasificados hacia los tipos de crianza:

- 1) Autoritaria
- 2) Indiferente /negligentes
- 3) Indulgente/ permisiva
- 4) Reciproca con autoridad.

<sup>14</sup> Minuchin, Salvador; Familia y Terapia Familiar, Gedisa 1989; 87-104.

## COMUNICACIÓN

Es el proceso por el que las personas crean y envían mensajes que son recibidos, interpretados y respondidos por otras personas.

### COMUNICACIÓN FAMILIAR

La comunicación en familia como base de las relaciones entre sus miembros. Se Revisaran elementos básicos para saber decir (pedir) y saber escuchar como ejes de la buena comunicación. Comunicarnos en forma sana con quienes convivimos diariamente es la base de una buena relación familiar.

#### ✓ Familia y estilo de comunicación

La familia es el primer lugar donde aprendemos cómo comunicarnos. La manera de hacerlo en nuestra familia de origen determinará cómo nos comunicaremos con los demás. Así, niños y niñas comienzan aprendiendo los gestos y tonos de voz de sus padres y hermanos mayores. Por ejemplo, cuando señala con el dedo y pide "ete" o "quielle" para pedir algo, está imitando la forma en que ha escuchado que otros en su familia lo hacen, y son los miembros de la familia quienes primero podrán interpretar lo que está pidiendo. El estilo y la forma de comunicación que tengan como familia está influida a su vez por la historia de las formas de comunicación de las familias de los padres.”<sup>15</sup>

### 1.6 Crisis familiares

Carlos Eroles nos establece a las crisis familiares como problemas familiares de los cuales establece la siguiente clasificación:

- ✚ “Problemas de calidad de vida: Una primera línea de problemas por aquellas situaciones que posibilitan el desarrollo humano y familiar y que tienen que ver con la satisfacción de las necesidades sociales básicas, en términos de nutrición, salud, vivienda, trabajo, educación, recreación, y seguridad social. Nos interesa la realidad de las familias con necesidades insatisfechas de las cuales se encuentran por debajo del umbral de la pobreza y que requieren del apoyo del Estado o de la comunidad para paliar su situación.

<sup>15</sup> Ibídem. Pag.92.



La calidad de vida de la familia tiene que ver con un conjunto de satisfactores tanto materiales como psico-sociales, que conforman un marco adecuado para el desarrollo familiar. En este concepto entran aspectos que hacen al hábitat, la infraestructura de servicios, el acceso a ciertos servicios educativos y de salud, el sistema de obras sociales, el salario familia, etc. Siendo un concepto plural, que varía según el marco económico-social y cultural familiar, pero imprescindible para hacer la vida humana.

- ✚ Problemas de trama vincular familiar: La familia se presenta con un sistema complejo de vínculos entre personas: vínculos de pareja, vínculos entre padres e hijos, vínculos entre otros miembros de la familia. Es el marco de la trama vincular donde se viven los conflictos y las crisis vitales propias de la vida cotidiana; teniendo la problemática del conflicto de pareja cuyo eje más agudo es la disolución conyugal. La problemática de las relaciones entre padres e hijos es la preparación permanente de los padres para asumir las responsabilidades propias de cada etapa evolutiva.
- ✚ Problemas de identidad: Bajo esta categoría se agrupa una serie de situaciones problemáticas que afectan a las familias en punto al derecho a la identidad, un elemento indispensable para el cumplimiento de las funciones familiares y para el adecuado desarrollo de la personalidad.”<sup>16</sup>

### **1.7 Holones familiares.**

“Un holón es un sistema o fenómeno que es un todo en sí mismo así como es parte de un sistema mayor, en este caso, de la familia. Minuchin y Fishman hablan de la existencia de tres holones familiares: holón conyugal, holón parental y holón fraternal. O bien: Partícula o parte (electrón), SUBTODO o TODO-PARTE”, subsistemas que componen un sistema, los holones están en competencia con los demás Holones y despliegan su energía por su autonomía y su auto conservación, es considerado unidad de intervención.

<sup>16</sup> Eroles, Carlos. Trabajo social y familia. Espacio. Buenos aires argentina.2001.148-149.

- ✚ **HOLÓN CONYUGAL:** Una de sus mayores tareas es establecer límites que les protejan y permitan hacer su vida, no sólo hacia sus hijos sino también hacia sus respectivos familiares, amigos, aficiones, etc. Inicio de la familia, formado por 2 adultos, 2 individualidades que traen sus historias, personalidades y expectativas, para su vida en conjunto es necesario llegar a conciliaciones con respecto las pautas, ideas y preferencias, así perdiendo individualidad y ganando pertenencia.
  
- ✚ **HOLÓN PARENTAL:** Contribuye al crecimiento y socialización de los hijos y la transmisión de valores y del currículum familiar que proviene de la síntesis de los contenidos históricos y tradicionales de las familias de ambas partes.
  
- ✚ **HOLÓN FRATERNAL:** Actualmente, la existencia de tantas familias con hijos únicos supone un problema psicológico para éstos. Los hermanos constituyen para muchos el primer grupo de iguales, el cual te ofrece pautas para cooperar y compartir.
  
- ✚ **HOLÓN INDIVIDUAL:** En sí mismo en un contexto, conteniendo las determinante personales e históricas en conjunto con el contexto social, afectándolo y siendo afectado.
  
- ✚ **HOLÓN DE HERMANOS:** Constituye el primer grupo de iguales, que sería la primera experiencia relacional social, en las que posiciona de roles y pautas que más adelante cobrarán significación.”<sup>17</sup>

### **1.8 Importancia de la familia en un proceso de trasplante.**

La educación en salud dirigida tanto al paciente como a su grupo familiar es un componente importante para el éxito y el resultado del trasplante.

El paciente y familia que recibe una adecuada preparación y educación permanente durante todo el proceso de trasplante, permitiendo mejorar los resultados del mismo,

<sup>17</sup> Minuchin, Salvador; Familia y Terapia Familiar, Gedisa 1989; 87-104.

la supervivencia del paciente y del injerto, la calidad de vida post trasplante, su pronta reinserción social, laboral y escolar. La acción educativa debe considerar al paciente perteneciente a un grupo familiar y a una comunidad, pues influye en su comportamiento y en la forma de tomar sus decisiones frente a su salud.

Las enfermedades crónico-degenerativas se pueden presentar en cualquier persona, sin importar nivel socioeconómico, sexo, edad, religión ni estado civil, lo que puede representar un gasto catastrófico de manera imprevista y que en la mayoría de los casos la familia no puede solventar. Las enfermedades renales familiares también deben ser evaluadas en el donador, con el objetivo de descartar la posibilidad de que se presenten en forma tardía. La Evaluación por Trabajo Social ayudará a determinar si está preparado física, emocional y familiarmente para la donación. Es necesario un proceso educativo, organizado y sistemático, que pretende reforzar o modificar conductas o hábitos por aquellas que son saludables en lo individual, familiar, colectivo y en la relación con el medio ambiente. Siendo el Trabajador Social de este servicio el profesional encargado de realizar funciones de administración, investigación, educación, basada en actividades como, gestiones y acompañamiento con el paciente y los familiares a través del seguimiento de caso.

# CAPÍTULO II INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

## 2.1 Aspectos generales del proceso salud-enfermedad

### 2.1.1 Concepto de salud

“Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales”.<sup>18</sup>

Algunos otros autores como el Dr. Fernando Mantilla, retó aspectos sociales dentro del concepto de salud, el cual lo define como: “El logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad”.<sup>19</sup>

Mientras el diccionario de las ciencias de la educación nos dice que es: “El estado de organismo en que existe un funcionamiento equilibrado y armonioso de todos sus órganos. Se considera la salud como el estado natural de los seres vivos, mientras que su alteración debe ser lo inhabilitar o irregular”.<sup>20</sup>

Por lo tanto se puede concluir que la salud es el funcionamiento adecuado de los órganos dentro de una condición libre de dolor físico, y un estado emocional estable del individuo.

### 2.1.2 Concepto de enfermedad

En este apartado se presenta el proceso que ha experimentado la mayoría de los seres humanos, el proceso de una enfermedad. Siendo necesario primeramente revisar las definiciones de este término.

El diccionario de las ciencias de la educación nos menciona: “que es el conjunto de fenómenos que se producen en un organismo vivo que sufre la acción de una causa

<sup>18</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) 1946.

<sup>19</sup> Rojas, Raul; Salud enfermedad y practica medica; Plaza Valdes.2000.175.

<sup>20</sup> Hernán, San Martín. Salud y enfermedad. Ediciones científicas la prensa medica S.A. México. 4 edición. 1985. Pag. 8.

morbosa y reacciona contra ella. La enfermedad es un proceso evolutivo, posee un periodo final que puede ser la muerte del individuo o su curación”.<sup>21</sup>

La OMS en 1946 define a la enfermedad como “una alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar”. El glosario de ciencias lo define como la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.”<sup>22</sup>

Por lo cual se puede considerar que al concepto de enfermedad como la alteración del funcionamiento o formación de una o varias partes del cuerpo manifestado por síntomas existiendo una reacción de rechazo a este fenómeno.

### **2.1.3 Ciclo económico de la enfermedad**

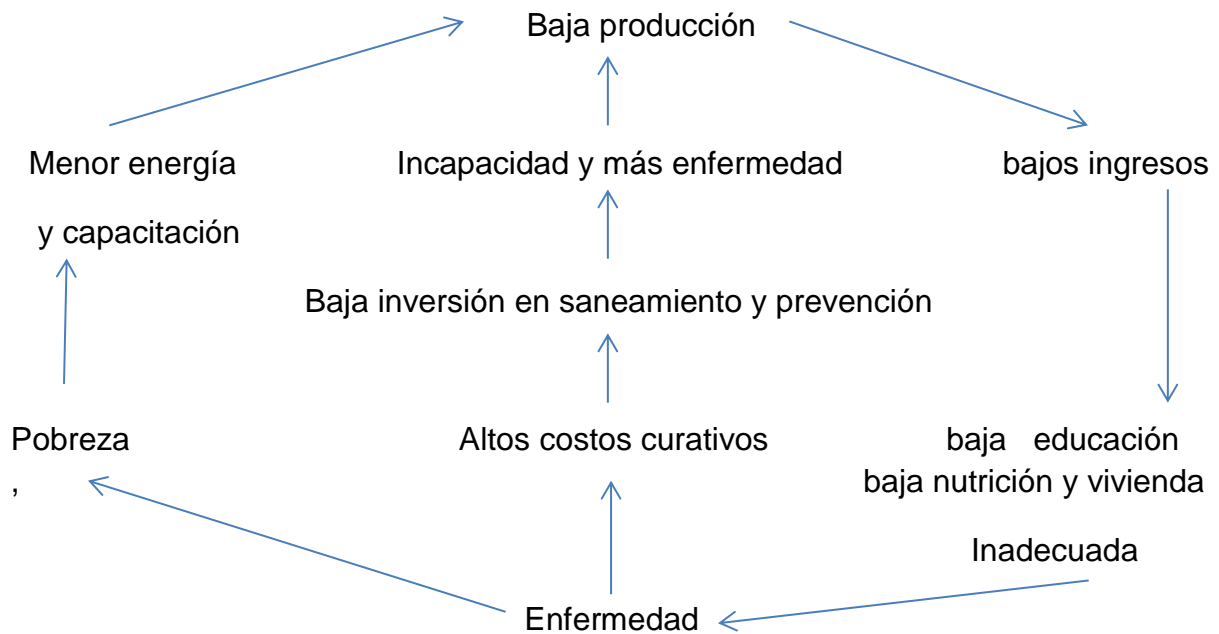
“La energía humana de baja calidad, inversiones cuantiosas en atención médica en detrimento de las inversiones en prevención, sin asegurar un nivel óptimo de salud, lo cual redundaría a la reparación o el mantenimiento de la enfermedad, baja producción y, consecuentemente, salarios subsistencia, deficiente nutrición, educación, y vivienda, lo que vuelve a generar enfermedad, secuelas, muertes, un círculo vicioso de la pobreza. Por otra parte también es evidente que el desarrollo socioeconómico lleva una disminución de natalidad y el aumento de los grupos de edades mayores, lo cual significa un envejecimiento de la población y la necesidad de implementar servicios especiales para atenderlos, ya que hay una prevalencia mayor en enfermedades crónicas.

Sumamos a ello que el ritmo de vida actual señala también un incremento de las tensiones emocionales. Esto indica que el desarrollo no necesariamente va acompañado por la desaparición de ciertas enfermedades, sino que tiende a redistribuirlas y a provocar otras nuevas que, sin ser transmisibles, adquieren su relevancia.”<sup>23</sup>

<sup>21</sup> . Ibidem. Pag.175.

<sup>22</sup> <http://ciencia.glosario.net/biotecnologia/enfermedad-10086.html>

<sup>23</sup> Sánchez Rosado Manuel ; Elementos de la Salud Pública. 2 Edición. Méndez Editoriales. México. 1994pg. 23



### **Ciclo económico de la enfermedad.**





















FUENTE: Sánchez Rosado Manuel ; Elementos de la Salud Pública. 2 Edición. Méndez Editoriales. México. 1994pg. 23

#### **2.1.4 Proceso de salud - enfermedad**

- “El paso de la salud a la enfermedad comienza con el periodo silencioso de incubación válido para todo tipo de enfermedades, periodo que puede ser muy corto o muy largo.
- En una segunda etapa aún preclínica se podría diagnosticar con las pruebas de laboratorio. En una tercera etapa ya hay síntomas más o menos manifiestos a los que el paciente puede o no dar importancia.
- En la etapa final, la desadaptación provoca la reacción intensa del organismo (como defensa final) en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo y aún con la vida del paciente. La gravedad de una enfermedad depende del grado de interferencia funcional que provoca.

Salud y enfermedad, dos grados externos en la variación biológica son el resultado del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Por tanto un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente,

incluyendo las variaciones, en tal forma que pueda contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo.”<sup>24</sup>

<p>SALUD </p> <p></p>	<p>PERIODO </p> <p>PREPATÓGENO</p> <p></p>	<p>PERIODO </p> <p>PATÓGENO</p> <p></p>	<p>PERIODO DE </p> <p>SOLUCIÓN</p> <p></p> <p></p>
<p>Relación ecológica normal o favorable a la biología humana dentro de un proceso permanente de variación biológica y de adaptación – desadaptación del hombre a su ambiente total.</p>	<p>El hombre está aparentemente sano y normal, pero en realidad está variando el estado de salud al estado de enfermedad debido a una desadaptación (física, mental o social). Se ha producido ya una asociación causal entre factores del ambiente y del individuo.</p> <p></p> <p>El organismo humano puede anular la acción patógena movilizando sus defensas o puede que el ambiente no proporcione los factores asociados necesarios. En estos casos la enfermedad no continúa su curso. Si sucede lo contrario la enfermedad para al periodo patógeno.</p>	<p>Patogénesis Temprana + </p> <p>Enfermedad inaparente no diagnosticable clínicamente </p> <p>Patogénesis Subclínica ++ Diagnóstico con ayuda del laboratorio </p> <p>Patogénesis Avanzada +++ Sintomatología completa diagnosticable </p> <p>Patogénesis Grave ++++ </p> <p>Convalecencia </p> <p>Invalidez</p> <p>Crónica</p>	<p></p> <p>Restablecimiento De la salud </p> <p>Muerte </p> <p>Relación ecológica hombre/ambiente Paralizada y destruida. </p>

Fuente: Hernán, San Martín. Salud y enfermedad. Ediciones cien científicas la prensa médica S.A. México. 4 ediciones. 1985. Pág. 9.

<sup>24</sup> Hernán, San Martín. Salud y enfermedad. Ediciones cien científicas la prensa médica S.A. México. 4 Edición. 1985. Pág. 8.

## **2.2. INSUFICIENCIA RENAL**

### **2.2.1 Definición**

“La insuficiencia renal crónica (IRC) es un síndrome con manifestaciones clínicas muy variadas que afecta a la mayor parte de órganos y sistemas, lo cual es un reflejo de la complejidad de las funciones que el riñón desempeña en condiciones fisiológicas, así como de las severas consecuencias que comporta la disfunción renal. La insuficiencia renal es un proceso que expresa la pérdida de capacidad funcional de las nefronas, con tendencia a empeorar y ser irreversible.

La insuficiencia renal crónica es la pérdida gradual y progresiva de la capacidad renal de excretar desechos nitrogenados, de concentrar la orina y de mantener la homeostasis del medio interno causada por una lesión estructural renal irreversible presente durante un periodo largo de tiempo, habitualmente meses o años.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se corresponde a los estadios 3-4 y 5 de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) (guías K-DOQI).”<sup>25</sup>

#### **a) Etiología de la enfermedad terminal renal**

“La insuficiencia renal crónica muchas veces progresa desde insuficiencia inicial hasta la etapa terminal. El daño a los riñones es irreversible. El tratamiento de la insuficiencia renal en etapa terminal consiste en sustituir las funciones que han perdido sus riñones mediante diálisis (diálisis peritoneal o hemodiálisis) o trasplante de riñón.

Hay dos clases de tratamiento de diálisis, hemodiálisis y diálisis peritoneal. Los pacientes con diálisis:

- Manejan su balance de líquidos limitando
- Manejan las sustancias como calcio y otros nutrientes que introducen a su cuerpo observando su dieta renal
- Se practican pruebas para vigilar la eficacia de su diálisis

<sup>25</sup> Guirado, Luis. Trasplantis. Nosvartis. Guía del paciente trasplantado renal.2007,56



El trasplante es otra opción de tratamiento. Los pacientes con diálisis son supervisados y/o tratados por el equipo médico.

Los tratamientos disponibles para insuficiencia renal han avanzado considerablemente durante los últimos 10 años. Aunque todavía no hay una curación absoluta, la calidad de vida y flexibilidad del estilo de vida que los pacientes pueden esperar ahora supera con mucho lo que antes era posible. La sección tratamiento de insuficiencia renal revisa diferentes tipos de diálisis y trasplante disponibles para sustituir la función de sus riñones.

## **b) Epidemiología**

En México, en el año 2007, Paniagua y colaboradores publicaron un análisis sobre la situación de la IRC y la diálisis en nuestro país. Desafortunadamente no se conoce la prevalencia de pacientes en TRR, debido a que no existe en México un registro nacional de los programas de IRC y TRR. En nuestro país, como en otros, gran parte de la información sobre la epidemiología de la IRC proviene de extrapolaciones del número de casos conocidos de pacientes en TRR. Los datos estadísticos se obtienen en su mayoría de las compañías que producen suministros para la diálisis o medicamentos, de asociaciones o instituciones como la fundación Mexicana del Riñón, por lo tanto no existen datos sustentados en evidencia científica.

La prevalencia reportada de TRR no mide la incidencia de IRCT debido a que está influenciada por niveles de detección, referencia y aceptación de la TRR. De acuerdo con datos del Registro de Diálisis y Trasplante del Estado de Jalisco y del IMSS se calcula que existen aproximadamente 40 000 pacientes en alguna modalidad de TRR (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006). Del año 1993 al 2001, México experimentó un aumento en la población en diálisis del 11% anual.

El 50% de la población está cubierta por tres instituciones de seguridad social: el IMSS, ISSSTE y las Fuerzas Armadas. En los últimos 2 años el Seguro Popular administrado por la Secretaría de Salud cuenta con 10 millones de asegurados. Sin embargo, alrededor del 40% de la población no está asegurada. Únicamente los pacientes con seguridad social tienen cobertura universal, incluyendo TRR. El IMSS

trata al 80% de los pacientes en IRC en tratamiento en aproximadamente 160 hospitales que cuentan con servicio de DP y/o HD.

Únicamente existen 233 nefrólogos contratados que se enfocan especialmente a los programas de hemodiálisis y trasplante, de modo que la mayoría de los pacientes en DP son atendidos por médicos internistas. En general los recursos humanos son insuficientes, la proporción de pacientes por internista/nefrólogo es de 300/1 y el número de cirujanos como parte del equipo de diálisis es aún menor, por lo que las unidades de diálisis se encuentran sobresaturadas. Los principales proveedores de terapia dialítica en el país son Fresenius, Baxter y Pisa (Pecoits-Filho, Abensur, Cueto-Manzano et al., 2007), que tienen convenios con las instituciones públicas.

México es el país con mayor utilización de DP en el mundo, aproximadamente 74% de los pacientes recibe DP, mientras que el 26% se encuentra en HD. Nuestro país es un ejemplo claro de cómo los factores no médicos han favorecido la gran utilización de la DP. En el año 2001 la DP constituía el 85% de la TRR y algunos años antes representaba más del 93%. Los motivos principales eran los gastos y la disponibilidad de recursos médicos y tecnológicos. La DP ha sido la única modalidad disponible para muchos pacientes en IRCT debido a que fue la principal modalidad ofrecida y la única cubierta por el sistema de seguridad social y las instituciones públicas de salud que atienden a la gran mayoría de la población (Su-Hernández, Abascal-Macías, Mendez-Bueno et al., 1996). La DP tenía un menor costo para el sistema de salud pública y se creía que podía ser implementada por médicos sin entrenamiento nefrológico. Sin embargo, ahora resulta evidente que una adecuada terapia de DP requiere personal médico, técnico y de enfermería altamente capacitado. En México, la DP tuvo un auge en la década de los 90s, sin embargo, este gran esfuerzo por brindar atención a un gran número de pacientes tuvo resultados muy pobres.

### **C) Fisiopatología**

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) tiende a progresar a la uremia terminal en un tiempo más o menos prolongado, aunque no persista la causa de la nefropatía inicial.

Existen dos mecanismos básicos responsables de esta tendencia. En primer lugar, las lesiones estructurales residuales producidas por la enfermedad causal. En segundo lugar, datos de modelos experimentales y clínico epidemiológicos abogan por una fisiopatología común (teoría de la hiperfiltración), independiente de la causa primaria.

La reducción de la masa nefrónica desencadena una serie de cambios adaptativos en las nefronas restantes. A nivel glomerular, se produce vasodilatación de la arteriola aferente, aumento de la presión intraglomerular y aumento de la fracción de filtración. Todo ello, aunque inicialmente es un mecanismo de compensación, va seguido de proteinuria, hipertensión e insuficiencia renal progresiva. La traducción histológica es una glomerulosclerosis glomerular y fibrosis túbulointersticial. La restricción proteica en la dieta tiene un efecto protector al disminuir la presión intraglomerular.

#### **d) Causas que generan la Insuficiencia Renal Crónica**

Las causas de Insuficiencia Renal Crónica se pueden agrupar en enfermedades vasculares, enfermedades glomerulares, túbulo intersticiales y uropatías obstructivas. Actualmente en nuestro país la etiología más frecuente es la diabetes mellitus, siendo responsable del 50% de los casos de enfermedad renal (USRDS), seguida por la hipertensión arterial y las glomerulonefritis. La enfermedad renal poliquística es la principal enfermedad congénita que causa IRC.

La Tasa de filtración glomerular (TFG) puede disminuir por tres causas principales: pérdida del número de nefronas por daño al tejido renal, disminución de la TFG de cada nefrona, sin descenso del número total y un proceso combinado de pérdida del número y disminución de la función. La pérdida estructural y funcional del tejido renal tiene como consecuencia una hipertrofia compensatoria de las nefronas sobrevivientes que intentan mantener la TFG.

La pérdida estructural y funcional del tejido renal intenta mantener la TFG. Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal

progresivo. En las etapas iniciales de la IRC esta compensación mantiene una TFG aumentada permitiendo una adecuada depuración de sustancias; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 al 10% el paciente no puede subsistir sin TRR.

Este proceso de hiperfiltración adaptativa es mediado por moléculas vasoactivas, proinflamatorias y factores de crecimiento que a largo plazo inducen deterioro renal progresivo.

En las etapas iniciales de la IRC esta compensación mantiene una TFG aumentada; no es hasta que hay una pérdida de al menos 50% de la función renal que se ven incrementos de urea y creatinina en plasma. Cuando la función renal se encuentra con una TFG menor del 5 a 10% el paciente no puede subsistir sin TRR.

El síndrome urémico es la manifestación del deterioro funcional de múltiples sistemas orgánicos secundario a la disfunción renal. Su fisiopatología se debe a la acumulación de productos del metabolismo de proteínas y alteraciones que se presentan por la pérdida de la función renal. Se han identificado sustancias tóxicas como la homocisteína, las guanidinas y la microglobulina, además de una serie de alteraciones metabólicas y endocrinas. El paciente con IRC también tiene un riesgo elevado de presentar desnutrición calórica proteica, ya sea inducida por la enfermedad subyacente o por el tratamiento de diálisis.

Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de morbimortalidad en los pacientes con IRC, ocasionando 30 veces más riesgo de morir que el de la población general. Este riesgo puede ser atribuible a una correlación entre la uremia y la aterosclerosis acelerada. En pacientes con IRC es frecuente encontrar factores de riesgo cardiovasculares tradicionales, como la hipertensión arterial, dislipidemias, edad avanzada, DM y tabaquismo; así como manifestaciones asociadas a la uremia

como homocisteinemia, anemia, hipervolemia, inflamación, hipercoagulabilidad y estrés oxidativo, que por sí mismas aumentan el riesgo cardiovascular. ”<sup>26</sup>

### **2.2.3 Principales enfermedades renales que generan una insuficiencia renal crónica.**

#### **a) Enfermedad glomerular**

“Los glomérulos son grupos de vasos sanguíneos dentro del riñón que ayudan a eliminar los desechos y el agua sobrante del cuerpo. Están unidos a pequeños conductos colectores de líquido llamados túbulos. Los glomérulos y túbulos juntos forman los nefrones. Cada riñón contiene alrededor de un millón de nefrones. En los nefrones sanos, los glomérulos eliminan los desechos y el agua sobrante, pero conservan los glóbulos rojos y las proteínas.

Las enfermedades glomerulares dañan los glomérulos, provocando que el cuerpo pierda proteínas y glóbulos rojos con la orina. A veces una enfermedad glomerular dificulta la eliminación de los desechos del cuerpo y estos se acumulan en la sangre. Además, la enfermedad dificulta la eliminación del agua sobrante del cuerpo, la cual se acumula en la cara, manos, pies o tobillos, causando hinchazón.

Usted puede no tener ningún síntoma durante años. Algunas de las señales de enfermedad glomerular son:

- Orina espumosa.
- Orina rosada o color de bebida cola.
- Hinchazón en manos y tobillos, especialmente al final del día, o alrededor de los ojos al despertar en la mañana.

Su médico puede prescribirle un análisis de orina para ver si los niveles de proteína y glóbulos rojos en su orina son normales. También puede prescribirle un análisis de sangre para ver si las concentraciones de desechos en su sangre son normales. De no ser así, es posible que usted tenga daño renal y su médico sugerirá tomar imágenes de sus riñones (mediante rayos X u otro dispositivo de imágenes) para ver

<sup>26</sup>Ibidem. Pag.16.

si la forma o tamaño de los riñones es anormal. El médico también puede recomendar una biopsia de riñón, es un procedimiento en el cual se extraen pequeñas porciones del riñón, mediante una aguja, y se las observa bajo un microscopio. Una biopsia puede ayudar a confirmar que padece enfermedad glomerular y a determinar la causa de la enfermedad.

Diferentes situaciones pueden causar una enfermedad glomerular. Pueden ser:

- Una infección de los riñones.
- El uso de medicamentos que envenenan los riñones.
- Una enfermedad que afecta a todo el cuerpo, como la diabetes.
- Una respuesta auto-inmune en la cual su cuerpo se ataca a sí mismo. En estos casos, sus riñones pueden inflamarse y dañarse.

Dependiendo del tipo de enfermedad glomerular, sus riñones pueden dejar de funcionar bien en pocos días o semanas, o pueden deteriorarse lenta y gradualmente durante décadas. Si sus riñones dejan de funcionar por completo, necesitará tratamientos como la diálisis (usar una máquina para realizar el trabajo de los riñones) o el trasplante (obtener un riñón nuevo) para sentirse mejor.

- Los glomérulos son unidades dentro de los riñones que eliminan los desechos de su sangre.
- La enfermedad puede dañar sus glomérulos y causar insuficiencia renal de varias maneras distintas.
- Algunas formas de insuficiencia renal pueden ser retrasadas, pero los glomérulos dañados no pueden repararse.
- El tratamiento de la insuficiencia renal temprana depende de la enfermedad que está causando los daños.
- Las señales tempranas de la insuficiencia renal incluyen sangre o proteína en la orina e hinchazón de manos, pies, abdomen o cara.

#### **b) Uropatía obstructiva**

La presión dentro del sistema urinario aumenta por arriba de la obstrucción, se transmite hasta los túbulos renales y se eleva hasta niveles cercanos a la presión de

filtración. La filtración glomerular no disminuye a cero, ya que parte del líquido tubular se reabsorbe, lo que permite admitir al túbulo un volumen igual de filtrado glomerular. En etapas avanzadas ocurren cambios funcionales y anatómicos que eventualmente llevan a la destrucción total de la masa renal funcionante.

Finalmente, la presencia de infección *per se* aumenta el daño renal en cualquier obstrucción; puede producir prionefrosis y destrucción total de la masa renal funcionante. Inmediatamente después de que se produce la obstrucción ureteral, hay vasodilatación que da lugar a un aumento del flujo sanguíneo renal, el cual persiste por 3 a 4 horas. Posteriormente, el flujo sanguíneo disminuye gradualmente hasta alcanzar en 5 o 6 horas los niveles previos a la obstrucción; a partir de ese momento se inicia un proceso de vasoconstricción renal que progresivamente reduce el flujo sanguíneo en las siguiente 24 a 48 horas a un 20 a 30 % de los valores control. Parece estar relacionada con la producción intrarrenal de prostaglandinas (PGE), y que si se bloquea su síntesis con indometacina, previene la vasodilatación que sigue a la obstrucción ureteral. En animales con obstrucción ureteral de 18 a 24 horas de duración, Morrison y colaboradores demostraron aumento en la producción intrarrenal de tromboxán A<sub>2</sub>. El tromboxán A<sub>2</sub> es un vasoconstrictor muy potente que se sintetiza a partir de PGE<sub>2</sub> por acción de la tromboxán-sintetasa.

La gran producción de prostaglandinas intrarrenales parece obedecer a una mayor síntesis "de novo" de lipasa y ciclooxigenasa, enzima responsable de la liberación de ácido araquidónico a partir de fosfolípidos.

El ácido araquidónico es el substrato primordial en la síntesis de todas las prostaglandinas. La oclusión ureteral, por un mecanismo no conocido, induce la síntesis de enzimas productoras de ácido araquidónico el cual, en las primeras etapas de la obstrucción, da lugar a prostaglandinas con propiedades vasodilatadoras (serie E, prostaciclina ), responsables del aumento inicial del flujo sanguíneo renal. Posteriormente, si la obstrucción persiste, la síntesis de prostaglandinas parece desviarse a tromboxán A<sub>2</sub> y producir vaso constricción y reducción del flujo sanguíneo renal.

En resumen, en las primeras etapas de la obstrucción, el aumento en la presión intratubular determina la caída de la filtración glomerular a pesar de la vasodilatación y aumento del flujo plasmático renal secundario al aumento de prostaglandinas. Cuando la obstrucción persiste por más de 24-48 horas, la presión intratubular disminuye a lo normal; sin embargo, la filtración glomerular continúa baja; en esta etapa, la presión hidrostática en el capilar glomerular es inferior a lo normal, lo que indica aumento en la resistencia por vasoconstricción de la arteriola aferente. Finalmente, la obstrucción ureteral también disminuye la filtración glomerular por destrucción del parénquima renal, es decir, por supresión funcional de nefronas. Este mecanismo es más importante si la obstrucción es prolongada; sin embargo, está presente desde las 24 o 48 horas”.<sup>27</sup>

### **2.2.3.1. Enfermedades hereditarias**

#### **Poliquistosis renal autosómica dominante**

“Se trata de una enfermedad de herencia autosómica dominante, es decir, cada hijo o hija de un progenitor afectado tiene el 50% de probabilidades de padecer la enfermedad. Su incidencia es de 1/400-1.000 nacimientos vivos, y es la enfermedad renal hereditaria más frecuente. Existen dos genes causantes de la enfermedad. El gen PKD1, responsable del 85% de los casos, se halla en el brazo corto del cromosoma 16. Su transcripción permite la síntesis de la poliquistina 1, glucoproteína de membrana relacionada con la interacción intercelular y con la matriz intercelular. El segundo gen implicado se halla en el brazo largo del cromosoma 4 (PKD2). La proteína sintetizada por el gen PKD2, la poliquistina 2, es un canal de calcio. Ambas proteínas se localizan en los cilios primarios, presentes en casi todas las células del organismo. En realidad, todas las proteínas involucradas en enfermedades renales quísticas se localizan en estos orgánulos y se conocen actualmente como ciliopatías”.<sup>28</sup>

<sup>27</sup> <http://www.enfermedad-renal.com/La-enfermedad-renal-poliquistica.html> (consultada 27 enero 2014.)

<sup>28</sup> <http://www.enfermedad-renal.com/La-enfermedad-renal-poliquistica.html> (consultada 28 enero 2014.)



## ✚ **Nefritis intersticial**

- *Nefritis Intersticiales Agudas*

“Corresponden casi siempre a manifestaciones secundarias de enfermedades generales, como lupus eritematoso generalizado, síndrome de Sjögren, estados sépticos infecciosos (infecciones virales, escarlatina, difteria, sífilis, toxoplasmosis, brucelosis y otras), a ingesta de medicamentos (entre otros: penicilina, antibióticos, diuréticos, drogas antiinflamatorias no esteroideas). Se produce también en el rechazo agudo. Las formas idiopáticas son muy raras (1% de todas las nefritis intersticiales agudas).

- *Pronósticos generales de las glomerulopatías primarias desde el punto de vista morfológico*

La inflamación intersticial consiste de infiltración de células redondas, predominantemente linfocitos, y edema. Además, se encuentran macrófagos, plasmacélulas, granulocitos y fibroblastos. En algunos casos se forman pequeños granulomas. Secundariamente se lesionan los túbulos, en cuyo epitelio puede ocurrir hasta necrosis celular aislada.

En las nefritis intersticiales agudas causadas por drogas, se describen dos formas: la clásica de tipo alérgico, con manifestaciones clínicas de hipersensibilidad (artralgias, eritema cutáneo, fiebre, eosinofilia, angeítis) y aparición rápida del cuadro renal después de la administración de la droga. Esta forma es causada más frecuentemente por penicilina, otros antibióticos y diuréticos y se presenta como una insuficiencia renal aguda o como un síndrome nefrítico agudo. La otra forma se debe generalmente a drogas antiinflamatorias no esteroideas y se presenta meses después de la ingesta con proteinuria, hematuria o síndrome nefrótico. Es de comienzo insidioso y, por lo general, no tiene manifestaciones de hipersensibilidad.

- *Nefritis Intersticial Crónica*

Sinonimia: Fibrosis intersticial crónica: Se caracteriza por gran aumento del tejido fibroso intersticial, con abundantes fibras colágenas tipo I y escaso infiltrado celular

linfoplasmocitario. Puede corresponder a la persistencia de una nefritis intersticial aguda o bien puede ser descubierta como una forma crónica sin causa aparente. Son más frecuentes las formas secundarias, por ejemplo, a sarcoidosis, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso generalizado, rechazo crónico y uso prolongado de drogas, entre ellas, la fenacetina, un analgésico que produce hasta necrosis papilar renal, litio, etc. En la génesis de las nefritis intersticiales pueden participar:

1) Complejos inmunes (depósitos granulares de C3 e inmunoglobulinas en la zona basal tubular) como en el lupus eritematoso generalizado, síndrome de Sjögren, trasplantes renales y algunas glomerulonefritis);

2) Autoanticuerpos contra la membrana basal tubular (positividad lineal para IgG y C3 en la zona basal tubular y en algunos casos, también como anticuerpos circulantes) como en la glomerulonefritis anti-membrana basal, lupus eritematoso generalizado, acción de drogas. En alrededor de la mitad de los casos de glomerulonefritis anti-membrana basal glomerular también existen autoanticuerpos contra la membrana basal tubular.

3) Mecanismos de inmunidad celular, como en el rechazo, glomerulonefritis y acción de drogas; y 4) Reacción de hipersensibilidad tipo I, atopias alérgicas (fármacos, penicilamina) con IgE en membrana basal tubular; y la Participación de linfoquinas e interleuquinas (nefritis intersticial aguda con eosinófilos y proteinuria)".<sup>29</sup>

<sup>29</sup> <http://www.enfermedad-renal.com/La-enfermedad-renal-poliquistica.html> (consultada 26 enero 2014.)

## **CAPÍTULO III TRASPLANTE RENAL**

### **3.1 Criterios de selección en el receptor**

Desde un punto de vista genérico, todo paciente afectado de Insuficiencia Renal Crónica Terminal, asociadas que condicionen la supervivencia a corto plazo, sería un candidato a trasplante renal.

Es largo el camino que se recorre hasta la culminación del trasplante y por consiguiente la exclusión de la lista de espera del receptor. Los donantes de órganos se localizan en unidades muy concretas de los grandes hospitales, siendo indispensable el buen mantenimiento hemodinámico del donante va a ser fundamental para el buen estado posterior del órgano extraído.

### **3.2 Evaluación de receptor**

El paciente tiene que reunir los siguientes requisitos:

- “No presentar ninguna contraindicación para el trasplante renal.
- Tener estudio quirúrgico pretrasplante realizado e informado como “sin contraindicaciones de técnica quirúrgica.
- Seguimiento adecuado de anticuerpos citotóxicos. En la historia clínica debe constar al menos:
  - Rutina: dependerá de cada paciente. Si las determinaciones son negativas y no se transfunde, o si esto si se realiza. 1 ó 2 determinaciones al año. Si hay anticuerpos preformados habrá que hacer determinaciones trimestrales.
- Estudio de anticuerpos contra VIH hecho con resultado negativo. Es un requisito legal por lo que habrá que repetirlo anualmente y tenerlo por escrito. Se hará también serología para CMV. Si es negativa hay que repetirla anualmente.
- Consentimiento del paciente. Debe de ser informado de las ventajas y de los inconvenientes del trasplante, en un lenguaje que pueda entender, sin emplear palabras técnicas que no pueda llegar a comprender. Hay que citar al paciente, a ser posible con algún familiar cercano, para charlar sin prisas, y más de una vez, si es preciso.

Dentro del proceso de información al paciente se le debe explicar cómo es el trasplante. Informándoles que al igual que otra intervención quirúrgica tiene riesgos. Decirles que tendrá molestias los primeros días Y que irán reduciéndose poco a poco. Se les dirá que tendrán que tomar una medicación que además de los efectos positivos también tienen efectos negativos; que tendrán que seguir unos controles médicos, muy frecuentes al principio y que irán distanciándose con el tiempo, si todo va bien. También se debe informar que aunque las posibilidades de éxito son grandes, nunca se puede asegurar que el riñón trasplantado va a funcionar y si lo hace durante cuánto tiempo va a hacerlo. Así como las ventajas. Esta es una labor fácil ya que el paciente sabe cómo se sentía antes y durante la diálisis o hemodiálisis y conoce las molestias que estos procesos le generan.”<sup>30</sup>

### **3.3 Pruebas pre-trasplante**

“Antes de proceder a realizar un trasplante se debe valorarse la compatibilidad antigénica entre el receptor y el donante, con la finalidad de optimizar la supervivencia del injerto y minimizar posibles reacciones inmunológicas. De principio tenemos:

1. Determinación del grupo sanguíneo ABO/Rh.
2. Tipificación de los antígenos HLA clase I – clase II. Histocompatibilidad - Determina la compatibilidad biológica entre dos personas. Es una prueba que evalúa unas proteínas llamadas antígenos leucocitarios humanos (HLA, por sus siglas en inglés), los cuales se encuentran en la superficie de casi toda célula en el cuerpo humano. Estos antígenos se encuentran en grandes cantidades en la superficie de los glóbulos blancos y le ayudan al sistema inmunitario a establecer la diferencia entre los tejidos corporales y las sustancias extrañas.
3. Realización de pruebas cruzadas linfocitarias. También se utiliza para el trasplante de órganos. Cubre las líneas de Células T y B para evaluar si un injerto (órgano trasplantado) será aceptado por el cuerpo del receptor.

<sup>30</sup> Cuéllar-González JV, et al. Evaluación del receptor de trasplante renal. Rev Invest Clin 2005; 57 (2): 187

4. Prueba HLA B27 - Se utiliza para diagnosticar enfermedades reumáticas, espondilitis anquilosante, así como cierto tipo de enfermedades oculares.

5. Prueba HLA B37 - Se utiliza para el estudio de la Psoriasis.

6. Monitoreo y detección de anticuerpos anti-HLA mediante un panel de linfocitos.”<sup>31</sup>

### **3.3.1 Estudios de laboratorio**

Los estudios de laboratorio necesarios antes del trasplante son:

- Radiografía de tórax (portátil)
- Electrocardiografía de 12 derivaciones
- Ecocardiografía
- Ultrasonografía hepato-renal
- Tomografía axial computada de cráneo.”<sup>32</sup>

### **3.3.2 Estudios de gabinete**

Es realizar una serie de estudios pre-trasplante para descartar la presencia de riesgo sanitario, siendo los siguientes:

- Serología de virus de la inmunodeficiencia humana
- Serología de hepatitis viral
- Serología de citomegalovirus (sí es posible)
- Cultivos de secreciones (sí es necesario)

### **HEMATOLÓGICO**

- Biometría hemática completa
- Coagulograma completo, incluyendo INR RENAL BUN, urea, creatinina, E. G. O.

### **HÍGADO**

- Bilirrubinas, ALT, AST, GGT, DHL, fosfatasa alcalina, albúmina/globulina.

### **METABOLISMO INTERMEDIO**

- Glucosa, colesterol, triglicéridos, ácido úrico.

<sup>31</sup> Ibídem. Pag.188.

<sup>32</sup> . Ibídem. Pag.189.

## METABOLISMO MINERAL

- Na., K., Cl., Ca., P., Mg.

## METABOLISMO ÁCIDO-BASE

- Gasometría arterial: pH, PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub>, exceso de base

## TIROIDES

- Pruebas de función tiroidea.

## CORAZÓN

- CPK con fracción Mb, troponina, péptido natriurético B".<sup>33</sup>

### **3.3.3 Interconsultas**

El receptor es evaluado por un equipo de especialistas: nefrólogos, urólogos, infectólogos, psiquiatras, otorrinolaringólogos, odontólogos y de ser necesario cardiólogos y neumólogos, así como Trabajo Social. Esta son las especialidades identificadas como requisitos mínimos para el trasplante de manera teórica, sin embargo, es importante mencionar que en el Hospital General de Uruapan donde se realizará la investigación se asiste también a las consultas de medicina interna, nutrición, psicología, ginecología y al servicio de trasplante de la Institución.

### **3.3.4 Vacunas**

“Las inmunizaciones son una parte importante del cuidado rutinario de la salud para todos. Los pacientes adultos trasplantados usualmente han recibido todas las vacunas requeridas antes del trasplante, pero los infantes y niños pequeños puede que no las hayan recibido debido a su edad o por estar muy enfermos. Si un paciente trasplantado necesita vacunas, existen algunas excepciones importantes. Los pacientes trasplantados no pueden recibir inmunizaciones que contengan una vacuna viva. Recibir una vacuna viva puede causar serias complicaciones de salud porque el trasplantado puede desarrollar el virus contra el que el/ella está siendo inmunizado. Esto se debe a que las vacunas vivas contienen una pequeña cantidad viva de virus que está debilitado.

<sup>33</sup>Ibídem. Pag.190.

Existen varias vacunas vivas. Las vacunas más comunes que los trasplantados nunca deberían recibir son: *Polio oral* (Sabin): La vacuna de la polio oral (Sabin) contiene el virus de la polio vivo atenuado que se administra para proveer inmunidad en contra del virus de la polio (poliomielitis). La vacuna contra la polio Salk es una vacuna de la polio inactiva que contiene el virus de la polio “muerto”. Esta forma de vacuna contra la polio debería administrarse en todos los pacientes inmunosuprimidos en lugar de la vacuna de la polio oral. Esta inyección no constituye un riesgo para alguien que está inmunosuprimido.

Algunos centros recomiendan que los pacientes trasplantados eviten el contacto con cualquier persona que haya recibido la vacuna de la polio oral por un período de 8 semanas, ya que el virus puede ser diseminado en sus heces o en la saliva. Los pacientes trasplantados que tienen niños deberían asegurarse de que sus niños reciban la vacuna de Salk. *La vacuna de MMR* (sarampión, paperas, rubéola): La vacuna de MMR es una vacuna viva administrada a los niños de 12 a 15 meses de edad y de nuevo a los 4 a 6 años de edad. Como adulto, no se necesita.

*Varivax®* (vacuna de la varicela): Esta es una vacuna viva administrada a los niños de un año de edad para inmunizarlos en contra de la varicela. Las personas que están inmunosuprimidas no deberían recibir esta vacuna. Algunos centros aconsejan a los trasplantados que eviten el contacto cercano con niños que han recibido la vacuna *Varivax®*. Verifique con su coordinador para saber las recomendaciones de su centro.

Al público en general se le recomienda ponerse una inyección de refuerzo contra el tétano cada 10 años. Los recipientes trasplantados podrían ponerse la vacuna del tétanos. Si usted tiene una herida o cortada sucia, o lo muerde o araña un animal, usted debería ponerse la vacuna del tétanos.

La vacuna de la gripe o inyección es una vacuna inactivada (muerta) que contiene 3 cepas (tipos) de influenza que se esperan ver más frecuentemente en ese año. Las personas que quieren disminuir el riesgo de contraer la gripe deben ponerse la vacuna contra la gripe. La gente mayor, los niños muy pequeños y las personas con ciertas condiciones de salud tienen mayor riesgo de enfermarse seriamente de la

gripe. A los pacientes trasplantados usualmente se les aconseja que reciban la vacuna de la gripe cada año.”<sup>34</sup>

### **3.4 Donadores**

“La donación es un acto generoso, altruista y solidario por el cual una persona (donador) manifiesta la voluntad que, a partir del momento en que fallece, cualquier parte de su cuerpo apta para el trasplante pueda ser utilizada para ayudar a otras personas. Es importante que se tomen en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Se ha comprobado la voluntad del fallecido, o bien se ha facilitado la información a los familiares.
- Se ha comprobado y certificado la muerte, adjuntando al documento que de autorización dicho certificado médico de defunción.
- Se cuenta con la autorización del juez que corresponda en las situaciones de fallecimiento.”<sup>35</sup>

A continuación se mencionan los tipos de donación que existen;

#### **Donador vivo relacionado**

“Es la Persona viva familiarizada consanguíneamente con el receptor que autoriza en forma expresa se disponga de un tejido, órgano o parte de su propio cuerpo para que se procure con fines de trasplante, y que al ser extraído, la función del donante pueda ser compensada por el organismo en forma adecuada y suficientemente segura.

#### **Donador vivo no relacionado**

Es la Persona viva no familiarizada consanguíneamente con el receptor que autoriza en forma expresa se disponga de un tejido, órgano o parte de su propio cuerpo para que se procure con fines de trasplante, y que al ser extraído, la función del donante

<sup>34</sup> Castellanos, Marie. Manual de Trabajo Social. Ediciones científicas. Mexicanas A.C.V. 1999,107.

<sup>35</sup> De frutos Sanz, M.A. Selección y mantenimiento del donante de órganos. Servicio de nefrología. 2000;5.



pueda ser compensada por el organismo en forma adecuada y suficientemente segura.

#### **Donador cadavérico**

Es una Persona en quien se ha comprobado la pérdida de la vida y del cual hay autorización expresa o tácita por parte de la familia para disponer de sus órganos y tejidos con fines de trasplante”.<sup>36</sup>

### **3.5 Trasplante**

#### **3.5.1 Antecedentes e historia de trasplante**

“En 1933, el ruso Voronoy realizó el primer trasplante renal a una joven en coma urémico, siendo el donador un hombre de 60 años. Los riñones trasplantados funcionaron precariamente durante los dos primeros días; entonces, le sobrevino la muerte a la paciente. Voronoy comunicó en 1949 otros cinco trasplantes de riñón de cadáver conservado realizados sin éxito alguno.

El primer trasplante renal entre humanos con resultado de supervivencia del receptor tuvo lugar en Boston en 1947. A una joven en coma profundo por uremia, en anuria desde hacía diez días tras shock séptico secundario a un aborto complicado, se le trasplantó el riñón de un cadáver. El implante se practicó a nivel del pliegue del codo, y se mantenía caliente con el foco de una lámpara. El riñón secretó orina el primer día, y dejó de funcionar al segundo día. Dos días después, se reanudó la diuresis natural y se producía la curación. En 1950 en Chicago, se realizó en EE.UU. el primer trasplante renal con implantación intra-abdominal a una mujer afectada de poliquistosis renal y con función precaria a la que se le extrajo uno de sus riñones poliquísticos y se le sustituyó por el riñón de un cadáver. A los dos meses se comprobó que el riñón tenía función.

A partir de 1950, diferentes equipos europeos y americanos procedieron con el trasplante renal en humanos procedentes de cadáveres humanos. El primer

<sup>36</sup> Gonzales, Luis .la participación de la familia en la atención al enfermo IRC, Manual de capacitación IMSS.2004.7

trasplante renal con éxito absoluto fue en 1954, al trasplantar un riñón entre gemelos univitelinos.

Durante la década de los cincuenta se avanzó en la investigación inmunológica, siendo en 1958, en Boston, donde se realizó un trasplante utilizando dosis de inmunosupresores. El riñón sobrevivió pero la paciente murió a causa de las infecciones provocadas por la inmunosupresión.

El primer donante en muerte encefálica y a corazón latiente fue en 1963. Guy Alexandre en Lovaina (Bruselas) realizó el primer trasplante renal a partir de un cadáver en situación de "muerte cerebral" y con corazón latiente. El receptor falleció un mes más tarde por una septicemia.

En 1964 realizó el segundo trasplante renal de estas características, el riñón funcionó durante más de seis años. Ese mismo año Hamburguer en París realizó el segundo trasplante renal con donante cadáver en "muerte cerebral". Veintiséis años más tarde, el riñón trasplantado garantiza una vida completamente normal a su receptor.

En 1963 Thomas Starzl realizó el primer trasplante de hígado entre humanos. A un niño de tres años afectado de atresia biliar que se encontraba en un estado fisiológico desastroso, le trasplantó el hígado de otro niño fallecido de un tumor cerebral. Cinco horas de supervivencia. En el mismo año, dos meses más tarde, practicó su segundo trasplante hepático, esta vez entre adultos. El receptor, un varón de 48 años de edad afectado de un glioma primario de cerebro. El trasplante fue un éxito, el receptor murió 22 días más tarde de una embolia pulmonar.

El primer éxito en el trasplante cardíaco. En 1967 en Ciudad del Cabo, Christian Barnard realizó el primer trasplante cardíaco en el ser humano. La donante, una joven con politraumatismos tras un atropello, presentaba lesiones cerebrales muy graves con actividad cerebral mínima al ingreso. Barnard solicitó la donación del corazón al padre de la víctima. Después de unos minutos de reflexión, el padre de la víctima respondió a Barnard: "si ya no existe esperanza para mi hija, intente salvar a ese hombre". El receptor fue un varón de 54 años tenía una miocardiopatía isquémica en estado terminal. Se instalaron donante y receptor, respectivamente, en

dos quirófanos adyacentes. Cuando cesó toda actividad cardiaca en el electrocardiograma del donante y se comprobó la ausencia de respiración espontánea y de todos los reflejos durante siete minutos, se declaró muerta a la donante y se procedió a la extracción cardiaca. El injerto se implantó y funcionó, y cuando se cerró el tórax las constantes vitales del receptor eran correctas. A los diez días el receptor caminaba por la habitación. Una neumonía bilateral provocaría su muerte cuatro días más tarde. Un mes más tarde, Barnard realizó su segundo trasplante cardíaco. El receptor vivió diecinueve meses y medio. Con cada donación que se produce, son varios los pacientes que encuentran alivio o solución a enfermedades de otro modo incurables. No sólo es el último servicio de una persona sino, probablemente, el mayor. Sólo la convivencia con personas trasplantadas da idea de la magnitud de este acto.”<sup>37</sup>

A continuación se presenta una serie de acontecimientos importantes de la historia de trasplante en México.

#### PRIMER TRASPLANTE RENAL

- “1963 Dr. Federico Ortiz Quezada, Dr. Manuel Quijano y Dr. Gilberto Flores. Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico Nacional.
- 1971 Inician el programa de Trasplante en el Instituto Nacional de Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” los doctores Federico Chávez-Peón, Manuel Campuzano, José Luis Bravo.
- 1973 Inicia el programa de Trasplante en niños conducido por el Dr. Octavio Ruiz Speare y el Dr. Samuel Zaltzman en el IMAN.
- 1975 El Dr. Octavio Ruiz Speare inicia el programa de trasplante renal en el Hospital Central Militar. El Dr. Octavio Ruiz Speare y el Dr. Chávez-Peón realizaron los primeros trasplantes renales en la medicina privada.
- 1976 El Dr. Javier Castellanos inicia el programa de trasplantes en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.
- PRIMER TRASPLANTE DE HÍGADO

<sup>37</sup> Paredes, Graciela, Tratamiento sustitutivo de IRC, donación y trasplante de órganos. IMSS.2002.150

- 1985 Dr. Héctor Orozco y Dr. Héctor Diliz Pérez Instituto Nacional de Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”

#### PRIMER TRASPLANTE DE PANCREAS

- 1987 Dr. Rafael Valdés

#### PRIMER TRASPLANTE DE PANCREAS-RIÑÓN, (PRIMER TRASPLANTE MULTIORGÁNICO)

- 1987 Dr. Arturo Dib-Kuri Instituto Nacional de Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”
- PRIMER TRASPLANTE CARDIACO
- 1988 Dr. Rubén Agüero Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro Médico la Raza

#### PRIMER TRASPLANTE PULMONAR

- 1989 Primer trasplante exitoso en Latinoamérica Dr. Jaime Villalba Caloca y Dr. Santillán Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
- 1989 Trasplantes de medula ósea, de tejido suprarrenal a cerebro y de tejido nervioso por el Dr. Ignacio Madrazo. Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Medico la Raza

#### XENOTRASPLANTE

- 1999 Dr. Rafael Valdez Hospital Infantil de México “Dr. Federico Gómez”

#### TRASPLANTE CARDIACO PEDIÁTRICO

- 2001 Dr. Alejandro Bolio Hospital Infantil de México

Siendo importante que el primer trasplante renal realizado en la ciudad de Uruapan en el estado de Michoacán fuera en el año 2006.”<sup>38</sup>

<sup>38</sup> Ibídem. Pag.154.

### **3.5.2 Definición de trasplantes de órganos sólidos**

“Definición: Procedimiento por el cual se implanta un órgano o tejido procedente de un donante a un receptor. Existen dos grandes grupos: los trasplantes de órganos (riñón, hígado, pulmones, páncreas, córnea, corazón, hueso, tubo digestivo, etc.) y los de tejidos (médula ósea, células endocrinas). Mientras que los primeros precisan de intervenciones quirúrgicas complejas, procediéndose a los empalmes vasculares y de conductos excretores entre otras estructuras, en los de tejidos el procedimiento es simple, inyectándose las células suspendidas (en el de médula ósea se inyectan en el torrente sanguíneo) y dejando que éstas implanten en sus lugares de destino.

Se habla de trasplante cuando el órgano procede de otro individuo de la misma especie, autotrasplante cuando procede del mismo paciente y xenotrasplante cuando procede de un animal de otra especie. Uno de los principales problemas que conllevan es el control de los mecanismos de rechazo. Con esta finalidad se estudian los sistemas de histocompatibilidad tanto del donante como del receptor, para que éstos sean lo más compatibles posible. También se dispone de fármacos inmunosupresores (ciclosporina, corticoides) que ayudan a controlar las reacciones de rechazo.

Técnicamente la operación es sencilla y consta de tres anastomosis o uniones (arterial, venosa y urinaria). La duración de la intervención en el receptor es de 3 a 4 horas. El riñón trasplantado se coloca en la fosa iliaca. La arteria y vena renal se conectan a la arteria y vena femoral.

El cuerpo reconoce el órgano trasplantado como un elemento extraño e intenta rechazarlo. Para evitar este rechazo el enfermo trasplantado debe tomar medicamentos inmunosupresores de por vida, cuya función es disminuir la capacidad defensiva del organismo y frecuentes controles médicos. El inconveniente de esta disminución de inmunidad es la mayor propensión a padecer infecciones.

El trasplante permite la recuperación integral de la función renal y el realizar una vida normal.

El trasplante recibe diferentes nombres según dónde se sitúe el injerto:

El *transplante ortotópico*: el injerto ocupará su lugar natural. En el caso del trasplante renal, el riñón del donante reemplazará el lugar dejado por el riñón nativo del receptor, que obviamente se nefrectomizará primero. Y el trasplante heterotópico: el injerto se coloca en un lugar diferente al de su lugar natural. En este caso, la nefrectomía del riñón nativo dependerá del diseño experimental.”<sup>39</sup>

### **3.5.3 Características de los pacientes en protocolo de trasplante**

#### •Situación social:

Características del usuario: dentro de las características de los posibles sujetos de investigación, son todas aquellas personas que soliciten un servicio de salud, dentro del Hospital General de Uruapan esto puede ser atendido desde niños hasta ancianos y al contar con especialidades se les atiende con la seguridad de ser el diagnóstico y tratamiento por un especialista, es importante mencionar que una característica principal sobre los pacientes es que son personas de escasos recursos económicos.

Sin embargo en el departamento de trasplante de órganos, los pacientes cuentan con edades variables, desde un promedio de 14 a 65 años, y se cuenta en este protocolo a pacientes de ambos sexos predominando el masculino.

Respecto a la ocupación, se encuentran los oficios como trabajadores en el campo. No se cuenta con una profesión u oficio predominante, también se cuenta con personas jóvenes que son estudiantes. El estado civil sobresaliente es por los solteros. Sobre las estructuras familiares se identificaron familias extensas y monoparentales. Los donadores de los pacientes suelen ser en el mayor de los casos sus progenitores, predominando las madres de los enfermos.

Las condiciones de vida de la clase social a la que pertenecen en su mayoría, son de comunidades suburbanas y en un segundo lugar las personas que viven en la ciudad, los tipos de vivienda varían pero regularmente son familias de escasos

<sup>39</sup>Argueta, Víctor, Estudio de insuficiencia renal crónica y atención mediante tratamiento de sustitución. México. Secretaría de salud coordinación UNAM,16.

recursos económicos, o bien los gastos del tratamientos de diálisis y hemodiálisis ha generado una crisis económica familiar severa en todos los casos. En el aspecto legal de la vivienda son propias y cuentan con los servicios básicos.

Los servicios básicos (agua luz y drenaje) son fundamentales para el éxito de los cuidados post trasplante, los cuales existen en todos los hogares de los pacientes.

Dentro de las instituciones de salud asisten al hospital General al no contar con IMSS o ISSSTE pero si cuentan con el registro en seguro social, ya que la mayoría de los estudios clínicos dentro del protocolo de trasplante no cubre sus gastos. En el aspecto de educación la mayoría de los pacientes cuentan sólo con la educación básica, es decir en el nivel de secundaria. No cuentan con actividades recreativas físicas por su condición de salud y su desgaste económico por los gastos antes del trasplante. En el aspecto religioso, los pacientes y sus familias son católicos. El paciente no cuenta con una participación en la toma de decisiones de las fechas del trasplante esto es determinado por el comité de este servicio, sin embargo, su participación e independencia es durante el proceso de estudio del mismo. Respecto a la situación social del usuario los pacientes se encuentran viviendo un duelo anticipado, el estrés de los gastos médicos contribuyen de una manera negativa en su aspecto clínico. Y en el aspecto económico existe una dependencia total de parte de los pacientes hacia los familiares, ya que los tratamientos de diálisis o hemodiálisis no se pueden suspender bajo ninguna circunstancia.

### **3.6 Post trasplante**

#### **3.6.1 Manejo postoperatorio del receptor**

“Si una persona recibió un riñón donado, necesitará permanecer en el hospital alrededor de una semana. Después de esto, requerirá un seguimiento minucioso por parte de un médico y exámenes de sangre regulares.

#### **CUIDADOS EN LA TOMA DE LA MEDICACIÓN:**

- Aprender el nombre de las medicinas, su finalidad, dosis y días en las que se deben tomar

- Tomar la medicación en las dosis prescritas
- No tomar ningún fármaco que no haya sido recetado o aprobado por el nefrólogo
- Conservar la medicación limpia y seca
- Revisar la caducidad de los medicamentos
- Si sale de viaje, llevar la medicación para el doble de los días estimados.
- Nunca cambiar los envases de los medicamentos para evitar errores
- En caso de vómitos, si vomita una hora después de tomada la medicación no ocurre nada porque ya se habrá absorbido pero si es inmediatamente después de la toma, habrá que repetir dicha toma

#### CUIDADOS CON LA DIETA:

- Evitar el exceso de peso.
- Disminuir el consumo de grasas saturadas (cerdo, embutidos, queso graso)
- Aumentar el consumo de grasas no saturadas (pollo, aceite de oliva, pescado azul) y de leche y derivados
- Reducir al mínimo el consumo de alimentos ricos en colesterol I (productos de pastelería, yema de huevo, crustáceos)
- Consumir alimentos ricos en fibra como pan integral, verduras o frutas
- Evitar los alimentos muy picantes o condimentados
- Restricción de sal si se es hipertenso

#### CUIDADOS DIGESTIVOS:

- Masticar bien la comida y comer lentamente
- Llevar una correcta higiene bucal
- Vigilar el hábito intestinal, en caso de diarrea o estreñimiento
- Evitar el consumo de bebidas o comidas irritantes para el estómago

#### CUIDADOS EN LA PIEL:

- Reducir la exposición al sol y en caso de exposición, utilizar protección solar



- En caso de exposición directa, evitar las horas de mayor radiación ultravioleta
- Mantener la piel bien hidratada tras el baño
- Evitar los primeros meses el uso de tintes o permanentes en el pelo
- En caso de aparecer alguna alteración en la piel, uñas, pelo.

#### CUIDADOS DE LOS OJOS

- Se recomienda la revisión anual por un oftalmólogo, para medir la tensión ocular y detección precoz de cataratas (su incidencia aumenta por el efecto de los corticoides).

#### EJERCICIO

- Es conveniente caminar una hora al día por terreno llano y a paso ligero. Ello ayudará a mantener el peso, controlar los niveles de colesterol y mantener un adecuado metabolismo en los huesos.
- Efecto sobre el hueso: la descalcificación y la osteoporosis que presentan los pacientes tras su etapa en diálisis y efectos de la medicación inmunosupresora (corticoides) son los responsables en gran parte de las roturas de huesos, por ello, la actividad física es uno de los elementos fundamentales del tratamiento preventivo de la osteoporosis.
- El sobrepeso: es una situación no recomendable dado que favorece el aumento de la presión arterial, el desarrollo de diabetes, altera los niveles de grasa en sangre y sobrecarga la función cardíaca.
- Colesterol y azúcar: está demostrado que el ejercicio físico cotidiano y constante beneficia y ayuda a controlar ambos niveles.

#### HÁBITOS TÓXICOS

- No se puede fumar: el tratamiento inmunosupresor aumenta la incidencia de tumores, infecciones respiratorias y enfermedades cardiovasculares, que son enfermedades que se potencian con el uso del tabaco.
- Bebidas alcohólicas con moderación: no es necesaria la abstinencia absoluta del alcohol, sino beber con moderación (1 copa de vino o medio vaso en la

comida), salvo en el caso de que su hígado esté dañado, donde el alcohol está absolutamente prohibido.

## OTROS CUIDADOS

- Debe descansar/dormir 8 horas al día
- Animales de compañía: pueden ser portadores de infecciones a las que el tratamiento inmunosupresor hace especialmente vulnerable. Debe evitarse la convivencia con gatos, pájaros ratones, tortugas y animales no domésticos. Los perros siempre que estén vacunados, aunque extremando con ellos las normas de higiene.
- Relación familiar: en los momentos iniciales del trasplante es cuando estamos sometidos a un mayor grado de inmunosupresión, no es conveniente en este momento recibir muchas visitas o estar en contacto con niños, aunque no son necesarias las medidas de aislamiento utilizadas durante la estancia en el hospital.
- También se debe evitar el contacto con personas con enfermedades infecciosas transmisibles.
- Por otro lado, hay que tener en cuenta que se recuperará la menstruación y la fertilidad, por lo que se recomienda el uso de medidas de contracepción (métodos de barrera en ambos sexos, es decir, preservativo) al menos durante el primer año, ya que la fuerte inmunosupresión recibida podría causar alteraciones fetales. A partir del primer año, si el trasplantado es hombre, se puede valorar el embarazo de su pareja y si es mujer, podrá asumirse un embarazo si la función renal permanece estable.”<sup>40</sup>

### **3.7 Evaluación de la disfunción temprana del injerto**

“La sustitución de la función renal mediante el implante de un nuevo riñón con capacidad actuante adecuada es sin dudas, en el momento actual, la modalidad terapéutica ideal para lograr la más integral rehabilitación de los enfermos aquejados de insuficiencia renal crónica grado V. (IRC-V) El trasplante renal (TR) no obstante

<sup>40</sup> Ibídem. Pag.17.

es un proceder altamente complejo, que está expuesto a un gran número de complicaciones, dentro de las cuales la disfunción del injerto (DIR) es la más frecuente y temida.

Esta complicación puede presentarse desde el mismo inicio de la evolución del TR o aparecer en cualquier momento de la vida del injerto; puede obedecer a disímiles etiologías y constituye la causa fundamental de fracaso del TR.

“El diagnóstico etiológico y el tratamiento de la DIR dependen en gran medida del tiempo de evolución del TR en la cual aparezca, y el carácter noble del tejido renal ofrece la oportunidad en muchas circunstancias de con un tratamiento adecuado y con la posibilidad de poder mantener la vida del enfermo con los métodos de diálisis, hacer muchos de estos eventos reversibles. Siendo las siguientes causas fundamentales:

- Rechazo agudo.
- Toxicidad por ciclosporina A
- Obstrucción del tractus urinario.
- Recurrencia de la enfermedad de base”.<sup>41</sup>

### **3.8 Rechazo del injerto**

Es un proceso en el cual el sistema inmunitario del receptor de un trasplante ataca al órgano o tejido trasplantado.

“El sistema inmunitario generalmente lo protege a uno de sustancias que pueden ser nocivas tales como microorganismos, toxinas y células cancerígenas. Estas sustancias dañinas tienen proteínas llamadas antígenos en su superficie. Tan pronto como estos antígenos ingresan al cuerpo, el sistema inmunitario los reconoce como extraños y los ataca.

De la misma manera, un órgano que no es compatible puede desencadenar una reacción a una transfusión de sangre o un rechazo al trasplante. Para ayudar a

<sup>41</sup> Ibídem. Pag.18.

prevenir esta reacción, los médicos "tipifican" tanto al donante del órgano como a la persona que lo está recibiendo. Cuanto más similares sean los antígenos entre el donante y el receptor, menor será la probabilidad de que el órgano sea rechazado.

Aunque la tipificación del tejido asegura que el órgano o tejido sea lo más similar posible a los tejidos del receptor, la compatibilidad generalmente no es perfecta. Ninguna persona tiene antígenos de tejido idéntico a otra, exceptuando los gemelos idénticos.

Los médicos emplean una variedad de fármacos para inhibir el sistema inmunitario e impedir que ataque al órgano recientemente trasplantado cuando la compatibilidad de dicho órgano no es cercana. Si estos fármacos no se utilizan, el cuerpo casi siempre lanzará una respuesta inmunitaria y destruirá el tejido extraño.

#### **Rechazo hiper-agudo**

El rechazo hiper-agudo ocurre unos pocos minutos después del trasplante, si los antígenos son completamente incompatibles. El tejido se debe retirar enseguida para que el receptor no muera. Este tipo de rechazo se observa cuando a un receptor se le da el tipo de sangre equivocado.

#### **Rechazo agudo**

El rechazo agudo puede ocurrir en cualquier momento desde la primera semana después del trasplante hasta 3 meses después. Toda persona tiene algún grado de rechazo agudo.

#### **Rechazo crónico**

El rechazo crónico tiene lugar durante muchos años. La respuesta inmunitaria constante del cuerpo contra el nuevo órgano lentamente daña los tejidos u órganos trasplantados.<sup>42</sup>

<sup>42</sup> Paredes, Graciela. Tratamiento sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica, Donación y Trasplante de órganos. IMSS.2002.154.

### 3.9 Protocolo de inmunosupresión

El objetivo fundamental del tratamiento inmunosupresor actualmente utilizado es prevenir el rechazo del injerto tratando de evitar, al mismo tiempo, la morbilidad infecciosa y neoplásica relacionada con la sobreinmunosupresión.

#### Protocolo I

Inmunosupresión primaria. Se administra en asociación con esteroides y azatioprina y, más recientemente, con micofenolato mofetil. La dosis inicial recomendada es de 0,2 mg/kg/día dividida en dos tomas diarias. En los días posteriores, las dosis se ajustan en función de los niveles sanguíneos, entre 5 y 15 ng/dl. En la fase de mantenimiento, fundamentalmente cuando se asocia con MMF los esteroides probablemente pueden retirarse más precozmente que con CyA.

Monoterapia con CyA. Pretende evitar los esteroides desde el principio, de tal forma que sólo los reciben los que presentan un rechazo agudo. La incidencia de rechazo agudo precoz es muy alta (70%), aunque no parece influenciar negativamente en los resultados de supervivencia del injerto. Está indicada fundamentalmente en los receptores de edad avanzada con buena función renal inicial. CyA y esteroides. La asociación de CyA (generalmente 10 mg/kg/día) y dosis bajas de esteroides disminuye la incidencia de rechazo agudo respecto a la monoterapia hasta un 40% en el primer año. CyA, esteroides y azatioprina.

Su objetivo es minimizar la nefrotoxicidad por CyA. En la práctica, la dosis de CyA (8 mg/kg/día) no difiere demasiado de la que se emplea con otros regímenes, puesto que a los pocos días se ajusta la dosis en función de los niveles en sangre. Ha sido el régimen inmunosupresor más extendido en Europa. La incidencia de rechazo ha sido algo menor que la doble terapia, sin diferencia en la supervivencia del injerto y del paciente a largo plazo. También como contrapartida presentan más infecciones y neoplasias.

Cuádruple terapia simultánea: CyA, esteroides, azatioprina y anticuerpos poli o monoclonales. Se ha utilizado en los pacientes de alto riesgo inmunológico (hiperinmunizados y segundos trasplantes con pérdida precoz del primero) y en

receptores de trasplantes combinados de páncreas y riñón. Cuádruple terapia secuencial: esteroides, azatioprina y anticuerpos mono o policlonales con introducción posterior de la CyA, cuando la función renal está mejorando. Este tratamiento está diseñado para evitar el efecto tóxico renal de la CyA durante los primeros días, cuando el riñón es más sensible a la lesión de isquemia/reperfusión. En la actualidad, está especialmente indicada en los pacientes con NTA o cuando se utilizan riñones extraídos de donantes con asistolia.

## **Protocolo II**

Protocolos de inmunosupresión en la fase de mantenimiento:

El fin fundamental de la terapia de mantenimiento es la prevención del rechazo crónico tratando de evitar los efectos secundarios a largo plazo de los diversos inmunosupresores. Para conseguir este objetivo existen diversas estrategias:

1. Dosis bajas de CyA, esteroides y azatioprina.
2. Supresión de los esteroides manteniendo CyA con o sin azatioprina.
3. Supresión de CyA manteniendo esteroides y azatioprina.

Los resultados del estudio multicéntrico europeo (Collaborative Transplant Study) demuestran que los regímenes de mantenimiento sin corticoides (CyA en monoterapia o CyA y azatioprina) son los que ofrecen mejores resultados de supervivencia del injerto a largo plazo. Los pacientes con buena tolerancia del injerto después de retirar los corticoides pueden mejorar el control de la HTA y de la dislipemia. El gran riesgo de la retirada de esteroides es el rechazo agudo. Para evitarlo, se recomienda la suspensión en los pacientes de bajo riesgo inmunológico, que la retirada sea lenta y gradual, pero manteniendo unos niveles de CyA en la parte alta del rango terapéutico.

La introducción de nuevos fármacos inmunosupresores (MMF, FK506) abre nuevas posibilidades para el diseño de estrategias a largo plazo. En este sentido, con ambos fármacos probablemente se puedan retirar los esteroides precozmente y la prevención del rechazo crónico sea más eficaz. También en los pacientes con

rechazo crónico establecido, el uso de MMF puede ser útil como señalábamos previamente. En la actualidad, se dispone de dos fármacos de reciente introducción a nuestro mercado: tacrolimus y MMF.

- Tacrolimus. Se emplea como inmunosupresión primaria y también como tratamiento del rechazo agudo refractario. Es una alternativa a la CyA como fármaco inmunosupresor básico. Se administra asociado a esteroides con o sin azatioprina. Con estos protocolos la incidencia de rechazo agudo es significativamente menor que con CyA, aunque la supervivencia del injerto y del paciente, a corto plazo, es similar. La asociación reciente de tacrolimus, esteroides y MMF (1 o 2 g/día) disminuye más la tasa de rechazo agudo, siendo factible la retirada precoz de esteroides sin efectos secundarios importantes. También la cuádruple terapia con tacrolimus y MMF parece ser muy útil en pacientes de alto riesgo inmunológico y en trasplantes de páncreas y riñón.
- Micofenolato mofetil. Asociado a esteroides y CyA, con o sin anticuerpos, disminuye claramente y de forma significativa la incidencia de rechazo agudo. La dosis recomendada es de 2 g/día. En la actualidad, es el protocolo más generalizado en nuestro país. Como decíamos anteriormente, la asociación con FK506 muestra los mismos buenos resultados”.<sup>43</sup>

### **3.8 Aspecto jurídico en México del trasplante renal**

“El documento con mayor importancia legal en México es sin duda alguna la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, siendo indispensable conocer primeramente el artículo que brinda la protección en salud a todos los mexicanos.

<sup>43</sup> Gómez, Ramón. rechazo agudo, hiperagudo y crónico en el trasplante.2003.678.

ARTICULO 4o. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción xvi del artículo 73 de esta constitución.”<sup>44</sup>

Es indispensable conocer el marco legal en el que debe realizar el trasplante, ya que estos documentos que intervienen durante este proceso son los únicos responsables legales para realizar el trasplante o no, en los cuales se amparan los derechos y obligaciones de los pacientes, el personal médico y del hospital donde se realice la intervención quirúrgica. Existen documentos establecidos y que son notariados para su certificación, ya que en México solo está permitido la donación de manera altruista si es un donador vivo con o sin relación familiar.

Por lo cual se presenta a continuación A continuación se presenta una extracción de los artículos de la Ley general de salud, relacionados con el tema de investigación:

### **3.8.1. Ley general de salud**

#### **“TÍTULO DÉCIMO CUARTO**

#### **Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida**

#### **CAPÍTULO I**

#### **Disposiciones Comunes**

Es importante mencionar primeramente el artículo 4 de la Constitución Mexicana de los Estados Unidos Mexicanos que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción xvi del artículo 73 de esta Constitución.

<sup>44</sup> <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf> (consultada 26 enero 2014).



Encontrando dentro del régimen legal de México los siguientes artículos que establecen las condiciones adecuadas para la donación y el trasplante de órganos:

Artículo 313.- Compete a la Secretaría de Salud:

I. El control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, por conducto del órgano desconcentrado denominado Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y

II. La regulación y el control sanitario sobre cadáveres.

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. Disponente, a aquél que conforme a los términos de la ley le corresponde decidir sobre su cuerpo o cualquiera de sus componentes en vida y para después de su muerte.

VII. Donador o donante, al que tácita o expresamente consiente la disposición de su cuerpo o componentes para su utilización en trasplantes.

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.

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.

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, quien deberá presentar aviso ante la Secretaría de Salud. Los establecimientos en los que se extraigan órganos y tejidos o se realicen trasplantes, adicionalmente, deberán contar con un comité interno de trasplantes y con un coordinador de estas acciones, que serán supervisadas por el comité institucional de bioética respectivo.

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 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.

## CAPÍTULO 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 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 y tiempo y cualquier otra que condicione la donación. La donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.

Artículo 323.- Se requerirá el consentimiento expreso:

I. Para la donación de órganos y tejidos en vida.

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.

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, mediante la expedición del testimonio correspondiente que los reconozca como benefactores de la sociedad. 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.

### CAPÍTULO 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.

II. El uso, para cualquier finalidad, de tejidos embrionarios o fetales producto de abortos inducidos.

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.

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:

a) Obtener resolución favorable del Comité de Trasplantes de la Institución hospitalaria, donde se vaya a realizar el trasplante, previa evaluación médica, clínica y psicológica.

b) 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.

c) 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.

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. Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, ésta se sujetará estrictamente a listas que se integrarán con los datos de los Mexicanos en espera, y que estarán a cargo del 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.

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 listas Estatales y Nacionales.
- V. Los casos de muerte cerebral.



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.- El Centro Nacional de Trasplantes, cuya integración y funcionamiento quedará establecido en las disposiciones reglamentarias que para efectos de esta Ley se emitan, así como los Centros Estatales de Trasplantes que establezcan los gobiernos de las entidades federativas, decidirán y vigilarán la asignación de órganos, tejidos y células, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia. Asimismo, actuarán coordinadamente en el fomento y promoción de la cultura de la donación, para lo cual, participarán con el Consejo Nacional de Trasplantes, cuyas funciones, integración y organización se determinarán en el reglamento respectivo. Los centros estatales proporcionarán al Registro Nacional de Trasplantes la información correspondiente a su entidad, y su actualización, en los términos de los acuerdos de coordinación respectivos.

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 342.- Cualquier órgano o tejido que haya sido extraído, desprendido o seccionado por intervención quirúrgica, accidente o hecho ilícito y que sanitariamente constituya un deshecho, 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.”<sup>45</sup>

### **3.8.2 Ley de trasplante en México**

Se retoma la ley general de salud para así tener un mejor conocimiento, reglamentos, acerca de los aspectos que contiene en relación a la donación y trasplante de órganos, dicha ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del “Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, estableciendo las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Respecto a la ley general de salud publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, la cual está compuesta de 46 artículos dividiéndose en cuatro capítulos, dentro de su primer capítulo menciona las disposiciones generales como es el control sanitario, y conceptos médicos, en el capítulo dos se refiere a la donación en el cual contiene aspectos como: toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, así como el consentimiento tácito o expreso de la persona, queda prohibido el comercio de órganos, tejidos y células, en caso de que el cadáver esté relacionado con un delito se dará intervención al Ministerio Público, el Centro Nacional de Trasplantes expedirá un 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. El capítulo tres consiste en trasplantes, solo se hará cuando hayan sido satisfactoriamente los resultados de las investigaciones realizadas al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del donante y del receptor, la selección del donante y del receptor se hará siempre por prescripción y bajo control médico, así como los requisitos respecto al donante: ser mayor de edad y estar en pleno uso de sus facultades mentales, donar un órgano o parte de él que al ser extraído su función pueda ser compensada por el organismo del donante, tener

<sup>45</sup> <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf> (Consultado 8 noviembre 2013)

compatibilidad aceptable con el receptor, recibir información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extracción del órgano o tejido, haber otorgado su consentimiento en forma expresa, en términos del artículo 322 y por último los trasplantes se realizarán, de preferencia entre personas que tengan parentesco por consanguinidad, civil o de afinidad trasplantes y pérdida de la vida. Se debe tomar en cuenta que para llevar a cabo los actos relativos a la donación de órganos, es necesario contar con una infraestructura adecuada en las instituciones de salud, contar con el personal capacitado así como los instrumentos y el equipamiento que brinde un servicio de calidad. Y para esto es necesario al certificación de CENATRA y CEOTRA para poder ser un hospital capaz de brindar este servicio a la población, con los cuales cuenta el Hospital General de Uruapan. Como conclusión el marco legal protege tanto al donante como al receptor siendo de vital importancia para el tema de investigación.

Es importante conocer todo lo relacionado a lo que se realiza en cuanto a los trasplantes, ya que se debe de tener un cuidado especial además de ciertos criterios con los que deben de contar las Instituciones que realizan estas cirugías. En el siguiente apartado se retoma el reglamento de la ley general de salud esto para conocer los lineamientos que se deben considerar.

Reglamento de la ley general de salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985

Que en términos de lo dispuesto por el artículo 339 de la Ley General de Salud, corresponde al Centro Nacional de Trasplantes decidir y vigilar los procedimientos de asignación de órganos, tejidos y células, lo cual se traduce en acciones de supervisión y seguimiento dentro de su ámbito de competencia a dichos procedimientos de asignación. Que en este orden de ideas, en el ámbito de sus atribuciones, corresponde al Centro Nacional de Trasplantes elaborar y expedir lineamientos en materia de donación, trasplante y asignación de órganos, tejidos y células para los establecimientos en los que se realicen los actos relativos.

Que los órganos y tejidos de un cadáver que son donados con fines de trasplante constituyen un bien social que es temporalmente administrado por el Sistema Nacional de Trasplantes. Que la demanda de órganos y tejidos es mucho mayor de los que hay disponibles, por lo que es responsabilidad de los profesionales de la salud involucrados en cada etapa del proceso que los órganos se asignen al receptor adecuado en las mejores condiciones posibles, atendiendo siempre las disposiciones legales aplicables.

Que las reglas que definen la asignación deben ser claras y permitir que el origen y destino de los órganos y tejidos sean identificados con facilidad en todo momento. Que la claridad y transparencia en la coordinación del proceso donación-trasplantes, permitirá incrementar la confianza entre los profesionales de la salud y la sociedad, por lo que he tenido a bien expedir el siguiente:

Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos para la asignación y distribución de órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante.

PRIMERO. El presente Acuerdo tiene por objeto establecer los criterios generales para la asignación y distribución de los órganos y tejidos de cadáveres de seres humanos para trasplante, siendo de observancia para todas las Instituciones y establecimientos de salud que realizan actos relacionados con la donación, procuración, conservación, distribución y trasplantes de órganos y tejidos.

SEGUNDO. Para efectos del presente Acuerdo se entiende por:

I. Asignación: El proceso mediante el cual, en base a criterios médicos y legales se selecciona a las instituciones y a los pacientes receptores de órganos y tejidos.

II. Beneficios esperados: Aquellos que recibirán los pacientes a través de un trasplante para salvar su vida, recuperar la función perdida del órgano o tejido y en consecuencia mejorar su calidad de vida.

III. Centros Estatales de Trasplantes: Los Centros Estatales de Trasplantes que establezcan los gobiernos de las entidades federativas, los cuales actuarán coordinadamente con el Centro Nacional de Trasplantes.

IV. Comité Interno de Trasplantes: El cuerpo colegiado multidisciplinario que se integra en cada establecimiento, con las funciones que establece el artículo 34 del Reglamento de la Ley General de

Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

V. Compatibilidad: Aquella que se comprueba después de llevar a cabo los estudios correspondientes a grupo sanguíneo, inmunogenética, antropometría y demás necesarios; que evite el riesgo de rechazo del órgano o tejido trasplantado.

VI. Coordinador de Donación de Órganos y Tejidos: Es el profesional de la salud, cuya función es identificar, validar y concretar el proceso de donación y coordinar la procuración de órganos y tejidos con fines de trasplantes, dentro de un establecimiento de salud autorizado para estos actos.

VII. Coordinación Institucional de Trasplante: La estructura que se integra en una Institución de salud, representada por un coordinador nacional, que organiza los servicios de donación y trasplante, con el fin de incrementar el número de órganos y tejidos con fines de trasplantes para satisfacer sus demandas internas y coadyuvar con los requerimientos del Sistema Nacional de Trasplantes, en coordinación con los Centros Estatales y el Centro Nacional de Trasplantes.

VIII. Criterios médicos: Los elementos de juicio de los médicos tratantes de los pacientes candidatos a recibir un órgano o tejido, en coordinación y de acuerdo con las resoluciones del Comité Interno de Trasplantes que se asentarán y firmarán en las actas de cada reunión.

IX. Distribución: El uso de órganos y tejidos obtenidos dentro del hospital donde se lleva a cabo la donación, así como su envío a otros establecimientos de salud.

X. Establecimientos de salud: Los establecimientos de salud autorizados para la donación, procuración, conservación, distribución y trasplante de órganos, tejidos y células.

XI. Institución de salud: A la agrupación de establecimientos de salud bajo una misma estructura de mando y normatividad.

XII. Ley: La Ley General de Salud.

XIII. Oportunidad del trasplante: Es el conjunto de condiciones de tiempo, lugar y circunstancias que permitan concretar un trasplante. Estas condiciones deben considerar los criterios médicos, la compatibilidad con el receptor, los beneficios esperados, el tiempo de isquemia fría de un órgano, los medios de transporte disponibles; los profesionales de la salud capacitados para la procuración, transportación, recepción de los órganos y tejidos; los médicos disponibles para realizar el trasplante; los trámites administrativos; y alguna otra circunstancia que interfiera en este proceso.

XIV. Procuración: El acto de obtención de órganos y tejidos, a través de una técnica quirúrgica depurada, con la finalidad de que éstos conserven su calidad para el éxito del trasplante.

XV. Programa de trasplante: El conjunto de servicios que proporciona un establecimiento de salud en forma integral a los pacientes que requieren de un trasplante de un órgano o tejido, coordinado por el Comité

Interno de Trasplantes.

XVI. Registro Nacional: Base de datos constituida por la información de los pacientes que requieren de un trasplante de órganos o tejidos, prevista en el artículo 336 de la Ley.

XVII. Reglamento: El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

XVIII. Urgencia: El riesgo inminente de muerte de un paciente, conocido como "Código 0", que por su condición de gravedad, su única alternativa de vida es el trasplante de órganos, conforme con el artículo Tercero de este Acuerdo.

TERCERO. La asignación y distribución de órganos y tejidos por casos de urgencia se realizará directamente en el establecimiento de salud donde se encuentre el paciente que lo requiera, previo dictamen del Comité Interno de Trasplantes tomando en cuenta los siguientes criterios de urgencia por órganos y tejidos:

I. Corazón: Al paciente que se encuentra en cualquiera de los siguientes grados de insuficiencia cardíaca:

a. Grado I.- Pacientes con falla primaria del injerto en el periodo inicial, dentro de las primeras 48 horas.

b. Grado II.- Pacientes en situación de shock cardiogénico y con asistencia ventricular.

c. Grado III.- Pacientes en situación de shock cardiogénico y con balón intraaórtico de contrapulsación.

d. Grado IV.- Pacientes en situación de shock cardiogénico que requieren fármacos vasoactivos y ventilación mecánica.

e. Grado V.- Pacientes hospitalizados en clase funcional IV refractario a tratamiento médico.

En caso de coincidir varias urgencias para trasplante de corazón, la prioridad vendrá marcada según los grados descritos en los incisos anteriores.

II. Hígado: Al paciente que se encuentre en alguna de las siguientes situaciones:

a) Hepatitis fulminante o subfulminante.

b) Trombosis arterial durante los primeros 7 días, y

c) Falla primaria del injerto.

En el caso de coincidir dos o más del mismo grado de urgencia, se asignará por orden de inclusión en el Registro Nacional.

Se considerará la asignación prioritaria para riñón y cornea conforme a lo siguiente:

I. Riñón: Al paciente que derivado del deterioro de su salud no sea posible someterlo a un tratamiento sustitutivo de la función renal y su condición ponga en peligro su vida.

II. Córnea: Al paciente que presente perforación corneal o úlcera con inminencia de perforación, y que esta condición ponga en peligro la pérdida del globo ocular.

CUARTO. Para efectos de lo establecido en la fracción IV del numeral Octavo del presente acuerdo establecen tres regiones geográficas específicas dentro del territorio nacional, siempre que estas regiones atiendan a la mejor logística y los horarios de vuelo más adecuados para una oportuna distribución y asignación de los órganos:

I. Región 1: Distrito Federal, Estado de México, Hidalgo, Querétaro, Morelos, Guerrero, Puebla, Veracruz, Tlaxcala, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

II. Región 2: Jalisco, Aguascalientes, Colima, Sinaloa, San Luís Potosí, Guanajuato, Michoacán, Zacatecas, Nayarit, Sonora, Baja California y Baja California Sur,

III. Región 3: Nuevo León, Tamaulipas, Coahuila, Chihuahua y Durango.

QUINTO. El Comité Interno de Trasplantes de cada establecimiento de salud será el responsable de seleccionar los receptores de órganos y tejidos con base en los criterios de asignación y requisitos previstos en la Ley, el Reglamento, el presente Acuerdo y demás disposiciones aplicables.

SEXTO. Solamente cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, se utilizará el Registro Nacional, tomando en cuenta la oportunidad del trasplante y el tiempo de inclusión en la misma, como lo establece el artículo 336 de la Ley.

En caso de haber varios pacientes inscritos en el Registro Nacional, y que de acuerdo con la oportunidad del trasplante, sean aptos para recibirlo, el órgano o tejido se asignará al que tenga mayor antigüedad en dicho Registro.



SÉPTIMO. Para la asignación de órganos y tejidos procedentes de donación de cadáveres pediátricos, en casos de no urgencia, se deberá preferir a los receptores pediátricos.

OCTAVO. La distribución de órganos y tejidos por establecimiento de salud, en caso de no urgencia, se hará tomando en cuenta los siguientes criterios en el orden establecido:

I. Al establecimiento de salud en donde se lleve a cabo la donación.

II. A la Institución a la que pertenezca dicho establecimiento de salud, para lo cual las coordinaciones institucionales intervendrán en la distribución de los órganos y tejidos obtenidos.

III. A la entidad federativa, independientemente del establecimiento de salud de que se trate.

IV. A las regiones establecidas, y

V. A cualquier Institución a nivel nacional.

NOVENO. El Centro Nacional de Trasplantes supervisará y dará seguimiento dentro del ámbito de su competencia a los procedimientos de distribución y asignación de órganos, tejidos y células en el país, establecidos en el presente Acuerdo, mismos que deberán ser acatados por los Centros Estatales de Trasplantes.

DÉCIMO. El Centro Nacional de Trasplantes es el órgano coordinador de las donaciones a nivel nacional y el órgano supervisor de las mismas, con el apoyo de los Centros Estatales de Trasplantes y las Coordinaciones Institucionales, a través del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes.

DECIMO PRIMERO. Es responsabilidad del Comité Interno de Trasplantes de cada Institución, supervisar la actualización del registro de pacientes en el Registro Nacional, a través del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes del Centro Nacional de Trasplantes.

DECIMO SEGUNDO. Para cumplir con las obligaciones establecidas en el artículo 338 de la Ley, los establecimientos de salud deberán proporcionar la información correspondiente, a través del Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes, de acuerdo a lo solicitado por el Centro Nacional de Trasplantes.

D) Grado de autonomía o dependencia de la Institución frente a la definición y aprobación de la Política Social del sector: La autonomía del departamento de trasplante es total ya que si no se aprueba esta intervención quirúrgica por dirección no se podrá realizar y en relación de las políticas sociales no se presentan alternativas nuevas para este tema como podría ser la donación tacita.”<sup>46</sup>

<sup>46</sup> <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmcsdotcsh.html> (consultada 8 noviembre 2013)

## **CAPÍTULO IV TRABAJO SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD**

### **4.1 Antecedentes históricos de Trabajo Social en el Área de salud**

“Durante 1943 fue llevada a cabo la fusión del departamento de salubridad que tenía a su cargo la atención de la salud de la población, especialmente de amplios sectores populares, con la Secretaría de Asistencia Pública, dando paso a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. A partir de esta fecha, se fueron ampliando paulatinamente los servicios médicos-asistenciales: dormitorios, comedores, hogares sustitutos, la capacidad de la Casa Cuna, del Internado Nacional Infantil, centros de salud, maternidades, hospitales, especialmente en la Dirección de Asistencia Materno Infantil, donde durante más de 30 años fue significativa la intervención de las Trabajadoras Sociales; sin embargo, muchas de ellas eran empíricas, mientras que fueron remplazándose por personal capacitado egresado de las escuelas de Trabajo Social que se crearon tanto en la Universidad Nacional Autónoma de México como la Secretaría de Educación pública.

De las Instituciones del sector salud, el Hospital Infantil de México ha sido sin duda alguna, la de mayor prestigio y relevancia en torno al trabajo médico social; éste inició sus actividades el 30 de abril de 1943, siendo presidente de la República Manuel Ávila Camacho. La fundadora del servicio de Trabajo Social fue la señora María M. Urquidí, quien sólo permaneció un breve lapso al frente del mismo para dar paso a quien asumiera la jefatura de Trabajo Social María Elena Rincón Benítez, quien tenía maestría en Trabajo Social, realizados en la Universidad de Tulane, Nuevo Orleans. Puede señalarse sin temor a equivocarse, que tanto los estudiantes de Trabajo Social que participaron en el hospital, así como su personal, se formaron de manera sólida en el Trabajo Social de casos, destacando dentro de la formación y capacitación el papel que se le dio a la supervisión, ya que se consideró como un factor de desarrollo profesional, con lo que se daba un manejo uso de los recursos hospitalarios de otras Instituciones y de la familia del menor. Esta experiencia fue retomada por otras instituciones, tanto médicas como educativas, logrando así convertir al Hospital Infantil de México en la cuna del ejercicio y aprendizaje del Trabajo Social en nuestro país. La función de la Trabajadora Social era realizar el

estudio de caso en el hogar del menor, ayudando posteriormente a la adaptación del niño al hospital, ambientándolo y manteniéndolo vinculado con su familia así como en las labores de recuperación hospitalaria. Otra actividad a su cargo fue fijar cuotas; la Trabajadora Social consideraba que si la familia estaba económicamente imposibilitada de cooperar en los costos de la atención médica del menor, se podía exentar de la cuota de recuperación.

El Hospital General de México constituye otra fuente que nos ofrece interesantes raíces, donde si bien existen pocos datos en torno a la incorporación de Trabajadores Sociales, se sabe que desde sus primeros años de funcionamiento se contó con algunas personas, empíricas todas ellas, que se encargaban de fijar cuotas de restitución y en contadas ocasiones se hacían cargo de problemas de orden social. Su trabajo era desarrollado en la oficina de Admisión de Enfermos. No fue sino hasta 1948 y 1949 cuando se incorporaron dos Trabajadoras Sociales, a fin de atender los servicios de admisión, consulta externa, urgencias médicas, medicina preventiva, oncología y relaciones públicas.

A través del tiempo, el número de Trabajadoras Sociales fue aumentando, de acuerdo a las necesidades técnicas y administrativas de los diferentes servicios. Para 1951 había un total de 32, quienes fueron enviadas a tomar un curso de capacitación de dos meses al Hospital Juárez. En 1954 se estableció en forma más organizada el Departamento de Trabajo Social, gracias al esfuerzo de la Trabajadora Social Martha Miuler, quien le planteo al entonces director del Hospital, doctor Clemente Robles Castillo, una serie de necesidades en diversos pabellones y servicios en los turnos matutino y vespertino, recibiendo entonces apoyo necesario para desarrollar sus funciones.

Respecto a las Instituciones de Seguridad Social, en las que incursionó trabajo social, destaca el Instituto Mexicano del Seguro Social, organismo que fue el resultado de la política que había implementado durante su gobierno el general Lázaro Cárdenas, que una vez se hizo presente cuando se elaboró el proyecto de la Ley del Seguro Social, el cual fue sometido al Congreso de la Unión, entrando en vigor en 1943, siendo ya Presidente de la República el General Manuel Ávila

Camacho, dando paso a esta ley a la protección de los trabajadores asalariados de empresas privadas, cooperativas de producción y administraciones obreras. Inicialmente se incorporó a Trabajadoras Sociales a la oficina de Estudios Económicos y sociales, dedicándose al estudio de las inconformidades, tales como exceso de trámites en la atención médica, extemporaneidad de los servicios, dilatación en el pago de subsidios. Resultó característico el que un buen número de Trabajadores Sociales que laboran en el Hospital Infantil pasaran a formar parte del personal de la Institución, fundamentalmente por la gran capacidad y comprensión que tenían hacia el trabajo médico hospitalario. Más tarde, esta oficina pasó a depender del Departamento Jurídico, nombrándose entonces a la primera jefa de Trabajo Social. Posteriormente, el servicio de trabajo social paso a depender de la Subdirección General Médica, donde fueron adscritos los Trabajadores Sociales de las diferentes unidades de atención médica, consistiendo sus labores en la conquista de derechohabientes para el uso de los servicios médicos y las prestaciones sociales.

En este mismo sistema de seguridad social, durante el régimen del presidente Adolfo López Mateos, se promovió la reforma legislativa para incorporar los derechos de los trabajadores del Estado de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que se logró a través de la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales y su ley respectiva, aprobada el día 30 de diciembre de 1959. Al surgir la Subdirección General Médica se consideró conveniente la creación de un Departamento de Trabajo Social: Las funciones que desarrollaron fueron visitas domiciliarias, estudio y tratamiento social de pacientes ambulatorios, orientación a los derechohabientes el fomento de actividades sociales y culturales dentro de las propias clínicas. En 1965 se extendieron las actividades en vigencias de derechos, sanatorios subrogados, contraloría médica y en la jefatura de clínicas. Fue hasta 1972 cuando se creó la Dirección de Servicios Médicos en el Área Metropolitana, Foránea y de servicios técnico normativo.

Dentro de las fuerzas armadas, el servicio médico social se instituyo en la Secretaría de la Defensa Nacional desde el 7 abril de 1947; el 18 de septiembre de 1962, se

estableció la Dirección de Seguridad Social para los trabajadores de la Armada de México. En ambos casos la intervención profesional de los Trabajadores Sociales resulto significativa, tanto para población sujeta a este régimen de seguridad social, como para la población civil en casos de desastres.

Otros ámbito de intervención en el área de salud lo han constituido los hospitales de urgencias medico quirúrgicas en el Distrito Federal. En el hospital Rubén Leñero, las funciones de asistencia originalmente estuvieran desarrolladas por damas voluntarias, las que fueron sustituidas paulatinamente por Trabajadores Sociales. El 25 de enero de 1964, se inauguró el Hospital de Urgencias Médicas Quirúrgicas, el 16 de noviembre del mismo año el de la Villa; en estos nosocomios se contó desde su creación con personal de Trabajo Social.

Dentro del desarrollo del trabajo social en el área de la salud encontramos las Instituciones de tercer nivel de atención, entre los cuales destacan el Instituto Nacional de Cardiología, el cual fue creado el 28 de abril de 1944, durante el régimen del general Manuel Ávila Camacho, siendo su fundador el doctor Ignacio Chávez. Este nosocomio incluyó desde su inicio personal empírico encargado de realizar visitas a enfermos, proporcionando ayuda “espiritual” y asignando cuotas de recuperación de los servicios médicos recibidos; no fue hasta el año de 1964 cuando la Institución contó formalmente con cinco Trabajadoras Sociales, quienes mediante técnicas avanzadas investigaban la situación social y económica de los pacientes, a fin de integrar un diagnóstico social que contribuyera con el equipo de salud a la comprensión integral del caso.

El Instituto Nacional de Nutrición inició sus actividades el 12 de octubre de 1946, durante los primeros años su labor estuvo enfocada principalmente a la atención de enfermos desnutridos, diabéticos y obesos. Pocos años después la necesidad de ampliar esfera de sus actividades y abordar investigaciones más específicas sobre el problema de la desnutrición y sus consecuencias en la salud de la población. Por ello, desde 1956 el Instituto adquirió un rango importante en el ámbito de la atención médica, la docencia y la investigación, donde se cultivan las especialidades clínicas y la enseñanza de las mismas. La labor del Trabajador Social se dejó de sentir desde

su fundación, gracias a la sensibilidad e iniciativa del doctor Salvador Zubirán Anchondo; sin embargo, originalmente las funciones fueron desempeñadas por personal empírico, cuya función se concentraba en establecer cuotas de recuperación mediante la clasificación socioeconómica de los pacientes.

En el área de salud mental, la intervención del trabajo social se hizo presente en el ámbito de la psiquiatría infantil en el año de 1948, en lo que anteriormente era denominado como Manicomio General. Inicialmente se impulsó al trabajo social gracias al interés de la doctora Matilde Rodríguez Cabo, quien se preocupa por conocer los aspectos sociales de las patologías presentadas en los menores; en esta tarea fue significativa la intervención de las Trabajadoras Sociales María Luisa Flores González y Margarita Trejo, las que contribuyeron, en alguna forma, en la creación de Instituciones especializadas en la atención de menores como lo fue el Hospital Juan N. Navarro y el Hospital Fray Bernardino Álvarez para adultos.

En cuanto a la metodología empleada por los Trabajadores Sociales en estas Instituciones, puede señalarse que originalmente se utilizó el trabajo social de caso, posteriormente y hacia la década de los setentas se fue incorporando el trabajo social de grupos para el tratamiento de ciertos padecimientos, y para la rehabilitación física y mental; posteriormente, se observó una nueva tendencia orientada hacia la prevención y cuidado de la salud, mediante la educación para la salud, por ello se privilegió en las Instituciones de primer nivel el trabajo social en comunidad, incorporándose poco a poco al trabajo inter y multidisciplinarios.”<sup>47</sup>

#### **4.2. Definición de Trabajo Social en el área de salud**

“Es el profesional del equipo de salud que, a través del conocimiento de la problemática social y su incidencia en la salud, se integra de acciones que conllevan a la organización de los diferentes grupos sociales, para la promoción y atención de la salud, estando orientada su formación en la investigación sociomédica.”<sup>48</sup>

<sup>47</sup> Sánchez Rosado, Manuel. Manual de Trabajo social. UNAM .plaza y Valdez S.A. de C.V 2004,426.

<sup>48</sup> TERAN, Trillo. •Perfil Profesional del Trabajo Social en el Área de la Salud, ENTS-UNAM, México, 1989 No. de Revista 33. 41-51.

### 4.3 Objetivos

#### ✚ Objetivo general

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

#### ✚ Objetivo específicos

- 1.- Estudiar la evolución de los factores sociales que indican en la salud y la enfermedad, en relación a un contexto social determinante.
- 2.- Identificar las políticas de estado en materia de salud y las instituciones que las operacionaliza.
- 3.- Participar en la planeación, ejecución, control y evaluación de los programas y proyectos que se llevan 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 desastres.
- 6.- Sistematizar las experiencias desarrolladas por los trabajadores sociales de esta área, generando modelos de intervención para la acción social.”<sup>49</sup>

### 4.4 Funciones del perfil profesional de Trabajador Social en área de salud

FUNCIONES	ACTIVIDADES
Investigación	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ Diseñar protocolos específicos.</li><li>✚ Identificación de factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad.</li><li>✚ Conocer aspectos poblacionales de acceso a los servicios para la salud.</li><li>✚ Determinar las necesidades</li></ul>

<sup>49</sup>Ibídem. Pag.42.



	<p>sociales y los recursos de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Estimar el costo social de los programas y proyectos de la salud.</li> <li>✚ Hacer estudios de prospectivas sociales para la educación para la salud en México.</li> <li>✚ Establecer perfiles de los usuarios de servicio.</li> <li>✚ Participar multidisciplinariamente en la formulación de diagnósticos de salud(local, regional o nacional).</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Administración</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Participar en planes, programas y proyectos acordes con las necesidades Nacionales en el sector salud.</li> <li>✚ Participar en la estimación de presupuestos y costos de la salud en general.</li> <li>✚ Establecer coordinación con Instituciones de salud y de bienestar social en diferentes niveles.</li> <li>✚ Propiciar la ampliación de cobertura en los servicios.</li> <li>✚ Buscar la optimización de la eficiencia de recursos intra-institucionales.</li> <li>✚ Controlar los procesos administrativos de servicio de trabajo social.</li> <li>✚ Promover las mejoras en la atención integral, mejorando la calidad y cantidad de ésta.</li> <li>✚ Mantener una constante supervisión y asesoría a programas específicos.</li> <li>✚ Diseñar manuales de normas y procedimientos del servicio de Trabajo social.</li> <li>✚ Establecer sistemas de coordinación intra y extra-</li> </ul>

	<p>instituciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Participar en la regulación y control de atención en desastres sociales</li> <li>✚ Hacer acopio de materiales didácticos y de difusión.</li> </ul>
Educación	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Mantener a la población usuaria del servicio, informada sobre las causas de mortalidad y morbilidad.</li> <li>✚ Impulsar la educación para la salud física y mental.</li> <li>✚ Promover la paternidad responsable.</li> <li>✚ Orientar a la población sobre el aprovechamiento de los servicios de salud.</li> <li>✚ Promover campañas de prevención de enfermedades, accidentes de trabajo, de hogar etc.</li> <li>✚ Organizar grupos transitorios de pacientes y familiares.</li> <li>✚ Organizar grupos motivadores de pacientes y familiares.</li> <li>✚ Diseñar materiales de apoyo didáctico.</li> </ul>
Sistematización	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Analizar el conjunto de los casos atendidos, para conformar indicadores del perfil del usuario.</li> <li>✚ Teorizar sobre los procesos desarrollados en los grupos de educación y capacitación.</li> <li>✚ Teorizar sobre los logros de acciones comunitarias.</li> <li>✚ Detectar indicadores sociales que influyen en los diferentes tipos de padecimientos de la población atendida.</li> <li>✚ Integrar marcos de referencia de las características sociales en las que se desarrolla la enfermedad.</li> <li>✚ Generar modelos integrales de</li> </ul>

	<p>acciones médicas, partiendo de las experiencias desarrolladas en equipo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Teorizar sobre las formas de intervención específicas de Trabajo Social.</li> </ul>
Enseñanza	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Asesorar estudiantes y pasantes de Trabajo social.</li> <li>✚ Orientar a estudiantes y pasantes de otras profesiones del sector.</li> <li>✚ Efectuar sesiones de supervisión a estudiantes.</li> <li>✚ Coordinar actividades o proyectos especiales, con instituciones educativas de Trabajo Social,</li> <li>✚ Difundir las funciones y programas de los servicios de Trabajo social, ante nuevos miembros del equipo o grupo de estudiantes.</li> <li>✚ Promover la asistencia y participación del personal a eventos de superación académica y profesional.</li> <li>✚ Realizar sesiones bibliográficas y sesiones especiales de actualización en el área.</li> </ul>
Asistencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Proporcionar orientaciones médico-sociales, de distinta índole; tanto a pacientes como a familiares.</li> <li>✚ Realizar estudio y seguimiento de casos sociales y psicosociales.</li> <li>✚ Promover servicios de apoyo (ambulancia, funerarios.)</li> <li>✚ Canalizar enfermos a otras instituciones operativas.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Participar en campañas comunitarias de salud.</li> <li>✚ Realizar estudios de comunidad, para incrementar la participación</li> </ul>

<p>Promoción social o comunitaria</p>	<p>en el mejoramiento y saneamiento ambiental.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Integrar grupos de educación para la salud en las comunidades.</li> <li>✚ Organizar a la población de la comunidad para el mejor aprovechamiento de los recursos en pro de la salud.</li> <li>✚ Participar en acciones de atención en casos de desastres o siniestro.</li> <li>✚ Coordinar intra y extra institución, la identificación, traslado y atención de la población atendida en condiciones de desastre o siniestro.</li> </ul>
<p>Orientación legal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Orientar a pacientes y familiares, sobre los aspectos sociales de medicina familiar.</li> <li>✚ Coordinar la integración de expedientes clínico, con la información legal respectiva.</li> <li>✚ Establecer el aviso y coordinación con el agente del ministerio público.</li> <li>✚ Canalizar el caso.</li> </ul>

Fuente:TERAN, Trillo. •Perfil Profesional del Trabajo Social en el Área de la Salud, ENTS-UNAM, México, 1989 No. de Revista 33

#### 4.5 Conocimientos y capacidades profesionales del Trabajador Social

##### Conocimiento:

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

### Capacidades:

- Desarrollar diseños de investigación.
- Dominar aspectos administrativos de planeación, organización, supervisión y coordinación de programas sociales.
- Establecer diagnósticos sociales.
- Analizar perspectivas 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.
- Participar en procesos educativos.
- Atender problemáticas individuales.
- Aplicar técnicas de dinámica grupal.
- Participar interdisciplinariamente.
- Sistematizar el trabajo especializado para actualizar la teoría de trabajo social en esta área.
- Utilizar adecuadamente las relaciones humanas.”<sup>50</sup>

## **4.6 Actitudes y habilidades profesionales del Trabajador Social**

### Habilidades

- ”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 realizan tales políticas.
- Manejar técnicas de trabajo individual, dinámica y control de grupos y organización comunitaria.
- Utilizar las técnicas de comunicación y educación social.

<sup>50</sup> Ibídem. Pag.53.

- Utilizar las técnicas de investigación, como son la observación y la entrevista.

### Actitudes

- 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. Y respetar la decisión de las personas, en la solución de sus problemas.”<sup>51</sup>

## **4.4 Niveles de intervención de Trabajo Social**

“El Trabajador Social a nivel caso: Estudia e investiga la situación de un individuo o una familia y su entorno social. Este nivel de intervención incluye las fases metodológicas de investigación, diagnóstico, tratamiento. Consiste en la atención individualizada y el estudio de elementos que forman su persona y determinan alguna situación problema en el mismo, para de esta manera, descubrir y encauzar las condiciones positivas del sujeto y debilitar o eliminar las negativas, contribuyendo así al desarrollo del mismo dentro de la sociedad.

El trabajo social con grupos: Es el método de intervención de trabajo social que ayuda a los individuos a mejorar en su funcionamiento social, a través del conjunto

<sup>51</sup>Ibidem. Pag.54.

de personas que tienen un objetivo en común en donde se transmite no sólo información, sino se pretende una información en donde los individuos aporten sus potencialidades, experiencias y se resuelven de esta manera eficazmente sus problemas personales y de grupo.

*El trabajo social comunitario:* Este método de trabajo social se extiende a la comunidad, interviniendo en el desarrollo de la misma a través de la ayuda mutua y la acción conjunta de la población, para lograr un bien común que contribuya al bienestar de la población.”<sup>52</sup>

<sup>52</sup> Galeana de la O., Silvia. "Promoción social: Una opción metodológica", Plaza y Valdez .México, DF. 1999.33

## **CAPÍTULO V HOSPITAL GENERAL DE URUAPAN “DR. PEDRO DANIEL MARTÍNEZ”**

### **5.1 Características generales del Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”**

Razón social; Hospital General de Uruapan Dr. Pedro Daniel Martínez.

Domicilio: km 1.5, s/n, camino a tejerías Col. San Francisco. Uruapan Mich.

Tel: 52 8 03 75 ó 52 8 03 39. Fax: 52 8 02 74. Horario: administrativo 8 am a 2 pm  
Código postal: 60 157.

### **5.2 Antecedentes históricos del Hospital General de Uruapan**

“Los antecedentes de creación de una institución nos presentan los fines y necesidades que fueron el medio para la creación de este hospital. Dicha información fue retomada del Libro de Reseña Histórica del Hospital General.

Tomando en cuenta que el Hospital General se creó en el periodo sexenal de Carlos Salinas de Gortari a nivel nacional, quien era el Presidente de la Republica, mientras a nivel Estatal se encontraba el gobernador Ausencio Chávez Hernández en 1992 como gobernador interino y a nivel local el Presidente Municipal José Robledo Estrada de los años 1996 a 1998.

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 Purhépecha 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 m<sup>2</sup> 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 m<sup>2</sup> 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 sólo 60 camas en el ala poniente del edificio. La primera cirugía que se realizó fue una apendicectomía, 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. Es importante mencionar que la Institución no cuenta con un organigrama anterior al presentado”<sup>53</sup>

Para identificar correctamente la organización del hospital, se mostrara el punto 5.5 el organigrama general de esta institución.

### **5.3 Misión, visión**

“La misión y visión es fundamental para cualquier Institución, ya que estas indican la dirección que se debe seguir para el cumplimiento de sus servicios, la misión del Hospital es: “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.

#### *VISIÓN.*

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

<sup>53</sup> Manual de organización y procedimientos Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez. 1995. ”

## DECÁLOGO:

- Honradez,
- Respeto,
- Lealtad,
- Justicia,
- Innovación.”<sup>54</sup>

### 5.4 Estructura organizativa

#### 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 y Organización interna.
- Dirección: A cargo del Director del Hospital Dr. Alejandro Oros Jerónimo, representa el más alto nivel de ejecución y decisión del hospital, integrada con

<sup>54</sup> Ibídem. Pag.38.

los demás organismos que forman el cuerpo de gobierno, configurando la máxima autoridad del mismo.

- 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.
- 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.
- Área Administrativa: Formará 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.
- 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;
- 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”.
- “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

- Área Médica: Será responsable ante la dirección de la organización y buen funcionamiento de los servicios médicos auxiliares de diagnóstico y tratamiento social.”<sup>55</sup>

A continuación se presentan los horarios de laborales de los servicios y las áreas del hospital.

*Turno matutino 08:00 a 14:00 horas.*

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

*Turno vespertino 2:30 a 6:30 pm.*

Especialidades: estomatología, traumatología, medicina interna, cirugía, psicología, violencia, climaterio, banco de sangre, laboratorios rayos X, curaciones. Hospitalización, urgencias y toco cirugía las 24 horas del día. Correo electrónico: enseñanza\_hgu\_upn@hotmail.com

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.

*Consulta externa*

Turno matutino 08:00 a 14:00 horas. Especialidades: oftalmología, estomatología, otorrinolaringología, pediatría, traumatología, ginecología, medicina interna, cirugía, cirugía pediátrica, urología, cardiovascular, neurocirugía, psicología, nutrición,

<sup>55</sup> Ibidem. Pag.25.

cardiología, colposcopia, planificación familiar, medicina preventiva, papanicolaou, trasplante, banco de sangre, laboratorios rayos X.

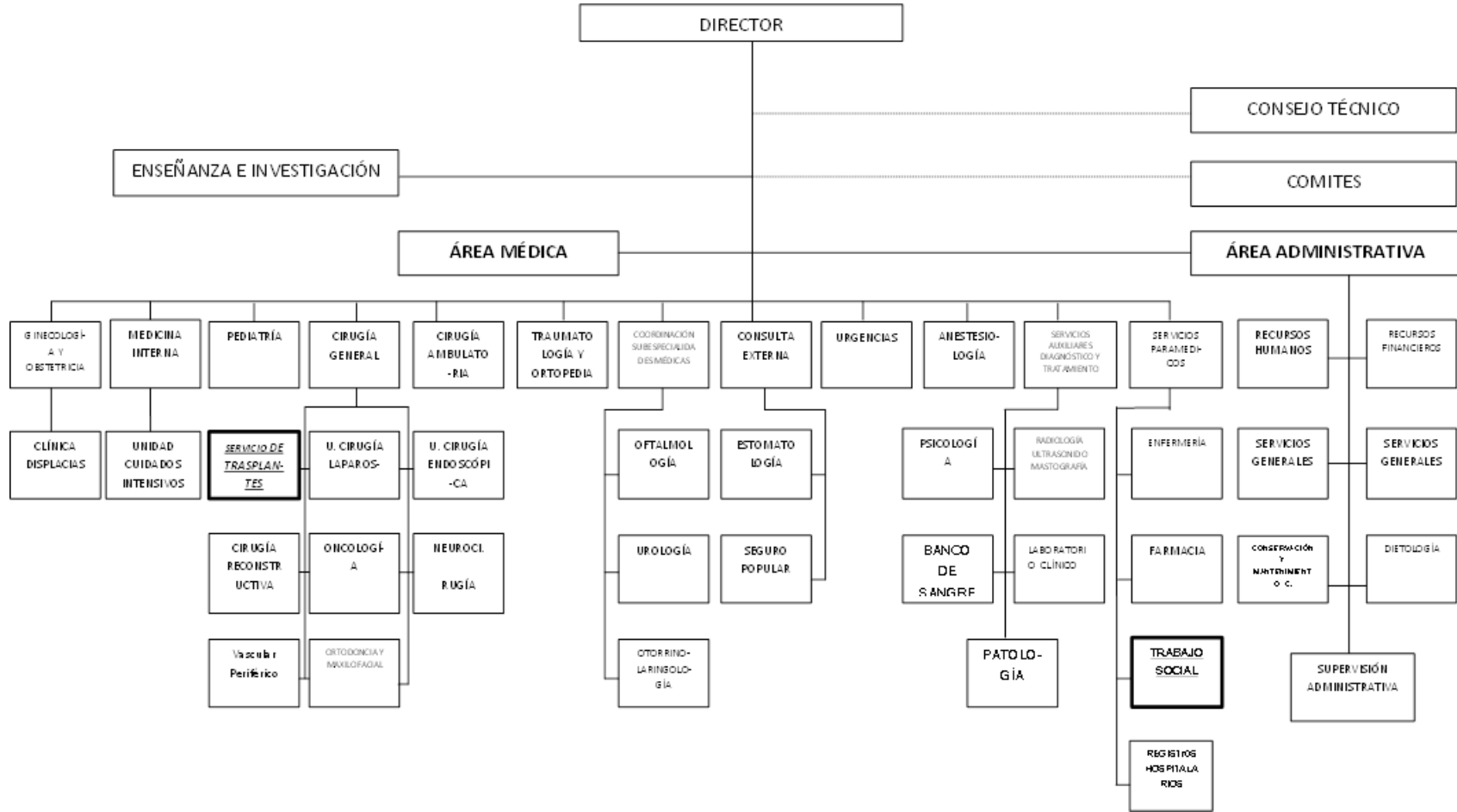
Hospitalización, urgencias y tóco cirugía las 24 horas del día.

La cobertura es desde zonas cercanas tanto de tierra caliente como de la meseta purhépecha a la ciudad de Uruapan. Algunas de ellas son: Paracho, Tancitaro, Taretan, Ziracuaretiro, Zirimicuaro, Charapendo, Nueva Italia, San Lorenzo, Capacuaro, Angahuan, San Juan Nuevo, Apatzingán, Tumbiscatío, Cherán, Churumuco, Nahuatzen, Pátzcuaro, Tingambato, La Huacana, Periban, Huetamo, Los Reyes, Lázaro Cárdenas. Así como de los estados de Guerrero y Jalisco cuando se solicita la intervención, al igual que la atención de la población de la localidad.

Como complemento se tiene la gestión de los egresos hospitalarios a través del seguro popular y en un menor porcentaje quien no cuente con este seguro y requiera el apoyo, se le gestiona a través de los sustentos económicos otorgados a las cuentas hospitalarias, por otra parte se realiza la canalización de otros usuarios a esta Institución de salud. Un ejemplo de canalización es que primero los pacientes tienen que tener un trámite de envío a la especialidad del hospital general el cual se debe de expedir por parte de su centro de salud. Este hospital es una institución de segundo nivel, es decir cuenta con especialistas capaces de establecer atención eficaz y confiable, recuperación y rehabilitación. Prestando sus servicios de salud, recibe cualquier usuario que llegue al hospital con alguna necesidad.”<sup>56</sup>

<sup>56</sup> *Ibidem*. Pag.39.

### 5.5 Organigrama institucional



Fuente: Manual de Organización y Procedimientos Hospital General de Uruapan "Dr. Pedro Daniel Martínez. 1995."

## **5.6 Departamento de Trabajo Social en el Hospital General de Uruapan**

“Desde su apertura el Hospital inició 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 purhépecha, aun 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 intérprete purhépecha y una secretaria. A la fecha se han tenido limitantes, sin embargo dentro del departamento de Trabajo Social se cuenta con un manual de organización y procedimiento que guía la intervención diaria.

Lineamientos del Departamento de Trabajo Social.

1. El departamento de trabajo social deberá ser dirigido por una persona acreditada en Trabajo Social a nivel Licenciatura, con experiencia mínima de dos años en el área de salud y preferentemente con conocimientos de administración general.
2. Las áreas de urgencias, consulta externa y hospitalización deberán contar con espacio para que el personal de Trabajo Social realice entrevistas a los pacientes o a sus familiares y contará además con un escritorio y silla.
3. El jefe de Trabajo Social participará en las juntas de consejo técnico para coordinar acciones de trabajo y tomar decisiones pertinentes.
4. El jefe de Trabajo Social en coordinación con su personal, realizara la difusión, implantación y supervisión de las normas relacionadas con el servicio.
5. El desarrollo de las funciones y actividades del personal de Trabajo Social, se apegan al manual de normas y procedimientos. La plantilla que tiene el departamento son: jefe de Trabajo Social, 10 Trabajadoras Sociales para los servicios, una Trabajadora Social cubre vacaciones, una secretaria y una intérprete para la atención del Módulo de la Meseta Purhépecha.



### 5.6.1. Objetivos:

#### **Objetivo general**

Lograr la motivación del personal para que participe activamente en su capacitación y superación para que se logre una actuación profesional en los programas prioritarios que demanda la Secretaría de Salud y por ende se refleja en la atención del paciente que acude al hospital.

#### **Objetivo específicos**

1.-Cubrir las necesidades de capacitación que demanda el personal de trabajo social.

2.-El personal de trabajo social deberá estar organizado sobre aspectos metodológicos que permitan el desarrollo y la operatividad de los programas de la Institución.

3.-Lograr la sensibilización del personal hacia los temas a tratar.

4.-Lograr la unificación de criterios para el actuar profesional.

5.-Involucrar al personal de trabajo social en la capacitación personal y de equipo

6.-Que el personal de trabajo social promueva e instrumente programas tendientes a concienciar, organizar y movilizar a la población, a efecto de contribuir a mejorar las condiciones de salud y a una mejor atención del usuario.

7.-Orientar y capacitar a los pacientes, a sus familiares y comunidad en general, en los programas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que asuman el papel de agentes de la prevención aceptado esto como un valor colectivo que deben preservar.

Estos objetivos son realizados directamente por la Secretaría de Salud a nivel Nacional.

## **5.7 Servicio de trasplante y donación de órganos y tejidos**

Dentro del servicio de trasplante se encuentran en proceso de actualización los objetivos, esto es con la finalidad de establecer con mayor claridad las actividades del departamento, sin embargo, el Dr. Luis Manuel Ávila Zaragoza encargado del servicio de trasplante.

Los integrantes de este comité son:

El director del Hospital es el Dr. Alfredo Oros Jerónimo quien es el responsable sanitario y el director del programa de trasplante.

También existe el coordinador de la donación de órganos en este caso representado por el Dr. José Luis García Rentería, médico general coordinador hospitalario de la donación quien es el responsable de coordinar todas las acciones encaminadas a incrementar el proceso de donación y el trasplante de órganos en el hospital.

El coordinador de trasplante es el Dr. Luis Manuel Ávila Zaragoza, cirujano pediatra trasplantólogo, quien es el responsable del programa de trasplante y donación de órganos y de llevar a cabo la recepción estudio, presentación, y cirugía así como el cuidado post operatorio de los pacientes trasplantados esto con los demás miembros del equipo como a continuación se detallan:

Dra. Griselda Estrada García, es jefa de servicio de anestesiología, responsable de la valoración y el procedimiento anestésico de un receptor de un trasplante renal

Dr. Carlos Mata Rocha, médico adscrito al servicio de anestesia quien es el responsable de la valoración y el procedimiento anestésico en el paciente donante fallecido y donante vivo de riñón.

Dr. Antonia Ríos Naranjo, médico adscrita al servicio de anestesiología, encargada del apoyo durante el procedimiento anestésico tanto del donador como del receptor.

Dr. Daniel Murillo Estrada, cirujano general laparoscopista encarga y responsable de la nefrectomía de donación en el donante vivo.

Dr. Hugo Estrada García cirujano general laparoscopista encargado de dar apoyo quirúrgico durante los procesos de donación y trasplante.

Dr. Ulises Alejandro, cirujano urólogo encargado junto con el doctor Daniel Murillo, de la valoración preoperatoria y de la nefrectomía de la valoración del donante vivo.

Dr. Alejandro Gómez De la Torre, médico internista adscrito al servicio de medicina interna encargado de las áreas críticas. Quien se encarga de la valoración y manejo médico pre y pos-operatorio del paciente donante fallecido y receptor de trasplante renal.

También se cuenta con la participación activa del equipo de enfermeras tanto quirúrgicas como clínicas quienes asisten tanto a los médicos como a los pacientes en todo el proceso de donación y trasplante.

Todos los pacientes tanto donadores y receptores de un trasplante son valorados de manera multidisciplinaria dentro del protocolo de estudio con la participación importante de los siguientes servicios: Trabajo social, psicología, odontología, otorrinolaringología, urología, cardiología, nefrología y nutrición

En el área de trabajo social la responsable del servicio es la L. T. S. Rosa Elena Reyes Rodríguez, la cual es la persona autorizada para realizar funciones y actividades con los pacientes en este proceso de estudio de gestión, coordinación, vinculaciones, orientación, estudios socioeconómicos, visitas domiciliarias, charlas informativas e identifica las posibles áreas de trabajo con el paciente y su familia para que se contribuya a un trasplante exitoso.

 *Objetivo general del servicio de trasplante y donación de órganos:*

Atender a toda la población que acude a la solicitar información referente al trasplante.

### ✚ Específicos:

- Concretar las donaciones de los pacientes que emplean con los requisitos legales y médicos incluidos en el protocolo de estudio para la donación de órganos
- Realizar el trasplante de córneas y riñón de los pacientes requeridos.

Dentro de investigación se identificó la planeación de un protocolo de sesiones clínicas previas a cada trasplantes, en caso de que se presentará algún problema en el estado físico del paciente, se deberían realizar por parte del comité de este servicio, sin embargo, esto sólo existe en el aspecto administrativo.

En el aspecto académico, se deben realizar actualizaciones en cursos de capacitación clínicos y bibliográficos soportados de los integrantes del comité, pero por la gran demanda de trabajo que existe por parte de los especialistas sólo se realizan sesiones cuando hay trasplantes.

Respecto a la organización administrativa dentro del servicio se menciona que existía un registro interno de hace algunos meses sobre las actividades que se realizaban pero ahora se realiza de uno forma más practica pero siempre contando con el orden de las actas y aspectos legales de los trasplantes.”<sup>57</sup>

#### **5.7.1 Situación sobre el servicio de trasplante y donación de órganos**

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 en el eje de igualdad de oportunidades en el aspecto de salud, las acciones que se pretenden realizar son: brindar servicios de salud eficientes, con calidez, calidad y seguridad del paciente, reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal y garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país. La salud es de gran importancia para la calidad de vida de las personas por lo tanto el que todos los Mexicanos tengan acceso a servicios de calidad es importante, ya que de esta manera propicia que sea una

<sup>57</sup>Ibídem. Pag. 50.

sociedad más desarrollada. Dentro de los servicios de un médico universal debe existir la satisfacción de los tratamientos en enfermedades crónicas degenerativas como es la Insuficiencia Renal Crónica causa de la necesidad de un trasplante, la realidad es que estos apoyos no existen de por vida en ninguno de los niveles de planeación gubernamental.

“Dentro de la Plan Estatal de Desarrollo 2008-2012 en el apartado de la política social para el bienestar de la gente, el Seguro Popular especifica la cantidad de 738 mil 492 derechohabientes y para el 2012 se pretende que todos los Michoacanos estén afiliados a un servicio de salud, además plantea la prevención de enfermedades, la salud comunitaria, a través de la prevención de enfermedades se plantean el apoyo a la disminución de enfermedades principalmente las que tienen mayor índice entre la población.”<sup>58</sup>

En el hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez” existe el apoyo a las personas trasplantadas con un año de inmunosupresores gratis, esto favorece la economía de los pacientes, ya que en su mayoría son de escasos recursos. Al analizar estas políticas sociales a nivel nacional y estatal, se identificó que el apoyo hacia la donación de órganos y trasplante es poco, sin embargo, en algunos es de manera indirecta y de manera directa, cabe mencionar que existen políticas sociales, como contar con una legislación adecuada, Organización Nacional de Donación y Trasplante, recursos humanos capacitados, red hospitalaria, financiación para el desarrollo de programas de trasplante y tratamiento de inmunosupresores gratis durante un año después del trasplante de un órgano, que servirán como apoyo a aquellas personas que se encuentran en situaciones desfavorables de salud o bien a aquellas que requieren de un trasplante de órgano.

<sup>58</sup> [http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante\\_estadisticas.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html) (consultado el 8 noviembre 2013)

### *Programas a nivel estatal*

- “COETRA (consejo estatal de trasplantes)  
Los estados de la República Mexicana se integran al Sistema Nacional de Trasplantes a través de la creación de los consejos estatales.
- COETRA 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. Es un órgano interinstitucional que funge como el rector de los hospitales que realizan trasplantes en todo el estado.”<sup>59</sup>

### *Programas a nivel municipal.*

“A nivel municipal se encuentra el Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez” en el programa de Donación de Órganos y Trasplantes que se lleva a cabo en Michoacán. Éste forma parte de la red hospitalaria que se está integrando en Michoacán entre los nosocomios de la Secretaría de Salud para impulsar la actividad de donación y trasplante. En la ciudad de Uruapan, el tema de donación es de vital importancia para la población, sin embargo, no se cuenta con más programas a nivel municipal.”<sup>60</sup>

<sup>59</sup> [http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante\\_presentacion.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_presentacion.html) (consultada 7 noviembre 2013)

<sup>60</sup> *Ibíd.* Pag.46.

## CAPÍTULO VI INVESTIGACIÓN DE CAMPO

En este capítulo se presenta la investigación de campo que se realizó durante este trabajo, la cual se llevó a cabo a través de método hipotético-deductivo.

### 6.1 Metodología.

#### 6.1.1 Tipo de investigación.

Respecto a la técnica que se utilizó fue la **entrevista**; es una técnica de gran utilidad para establecer la evidencia física y cuantitativa de la investigación, la cual se manejó para los tres casos que se investigaron.

El **instrumento** que se utilizó en esta investigación fue el **cuestionario**, la cual es una herramienta de investigación que consiste en establecer los ítems que contendrá el formulario y determinar las preguntas que lo integran (88 preguntas), siendo 80 preguntas de opción múltiple y 8 preguntas abiertas.

Esta investigación cuenta con **la finalidad aplicada** la cual se denomina también activa o dinámica, busca mejorar a la sociedad y presentar una resolución más a sus necesidades mediante la elaboración de una propuesta que beneficie a los pacientes en proceso de estudio de trasplante.

El **alcance es sincrónico** ya que se estudió un corte de una situación en un momento dado. Esta investigación se realizó en un periodo determinado, el cual fue comprendido entre los meses de febrero a septiembre del 2012.

La **profundidad es descriptiva** y tiene como objetivo central la medición precisa de una variable o más dependientes, en una población definida o en una muestra de una población. Es decir esta investigación es sólo para describir e identificar las necesidades económicas y familiares de los pacientes en proceso de trasplante renal.

La **amplitud es micro sociológico** es en la cual se estudian los fenómenos sociales en grupos reducidos, sin pretensión de generalizar los resultados de las mismas a grupos más amplios o poblaciones. El grupo que se estudió fue un grupo

de pacientes que están en proceso de trasplante renal, actualmente se encuentran en este proceso de estudio 25 personas de diferentes localidades, de las cuales se retomaron 3 pacientes por ser éstos los que viven en Uruapan.

Las **fuentes primarias** son aquellas en las que se obtiene la información de manera directa, son 3 personas que presentan el fenómeno de un posible trasplante renal.

Las **fuentes secundarias** son aquellas que presentan información ya elaborada como son las publicaciones (periódicos, revistas, libros, etc.) esta información será utilizada para realizar el sustento teórico del tema.

El **carácter será cuantitativo**, al ser necesario establecer los datos de la investigación de manera científica contando con un registro de cada uno de los indicadores de los instrumentos de la investigación, es decir la información se recopiló de manera estadística.

El **objeto social** es la disciplina de trabajo social, la cual es propia de las ciencias sociales, que estudia las necesidades y problemáticas de la sociedad, con el objetivo de intervenir como sujeto de cambio, sin embargo, en esta investigación sólo se pretende conocer la problemática. Otro elemento del objeto social son las instituciones sociales desde el área de salud; el Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”. Mientras el sector social al que corresponde es el urbano al realizarse en la ciudad de Uruapan, Mich. El marco en el que tiene lugar este trabajo será una investigación de campo al realizarlo de una manera directa con los pacientes. (Nota: Referencia se puede ver conclusiones)

### **6.1 Definición del universo**

El universo de esta investigación fueron las personas que se encontraban en protocolo de estudio para un trasplante renal en el Hospital General de Uruapan, durante el periodo de febrero a septiembre del 2012. Por lo cual se trabajó con un grupo de 3 personas delimitado y cerrado que sufren de Insuficiencia Renal Crónica por lo tanto el universo de estudio fue de tres pacientes.



## **6.2 Elaboracion del instrumento**

Para esta investigación se elaboró un cuestionario de investigación formado por 88 preguntas predominando las preguntas de opción múltiple, se conforma con cinco apartados, el primer apartado es de datos generales, en el que se indentifican los miembros de la familia de los entrevistados, la información sobre edad, escolaridad, ocupación, domicilio y la información del familiar que apoyó al paciente directamente durante el proceso de estudio para el trasplante, siendo áreas para complementar.

El segundo aspecto es la estructura familiar en la que se identifican los miembros de todos los familiares con los que los pacientes conviven día con día. Este apartado esta estructurado para rescatar información sobre cada integrante de la familia del paciente, retomando aspectos personales como edad, escolaridad, ocupación y parentesco con el entrevistado.

En el tercer aspecto se investiga la dinámica familiar el cual consta de 16 preguntas opcionales donde se identifican jeraquías, comunicación y empatía principalmente, los roles del padre, madre e hijos basados en la jeraquía y las normas ejercidas en las familias.

En el cuarto aspecto económico se presentan seis preguntas de opción múltiple y se especifican ingresos y egresos económicos y su obtención.

Respecto al quinto aspecto se identificaron las necesidades básicas de los pacientes, rescatadas en 15 preguntas de opción múltiple basadas en la pirámide de necesidades de Abraham Maslow y ésta rescata las necesidades fisiológicas, sociales y de seguridad del paciente.

Por último en el sexto aspecto el proceso de trasplante que llevan los pacientes, formado por 19 preguntas de opción múltiple y rescata la etapa en la que se encuentran los pacientes en los estudios de gabinete pre-operatorios.

### **6.3 Recolección de información**

La información se recolectó a través de la técnica de entrevista directa, en las fechas del 29 de enero al 9 de febrero de 2013, el espacio donde se realizó fue en los hogares de los pacientes y se estableció un promedio de entrevista de una hora.

La prueba piloto fue la aplicación del instrumento de investigación, con el objetivo de valorar si las preguntas del cuestionario eran claras y precisas, para posteriormente aplicarlo en el universo de investigación obteniéndose la información requerida en dicha encuesta con la variante de corregir algunas preguntas que no fueron concisas. La prueba piloto se realizó el día 25 de enero del 2013, en la Cd. de Uruapan en la colonia centro a un paciente de 23 años, modificando el planteamiento de las preguntas 13, 24 y 86 para que fuesen más claras y concretas. Para esto se utilizó la técnica de la entrevista y el instrumento fue el cuestionario, el cual tuvo su aplicación.

### **6.4 Presentación de resultados.**

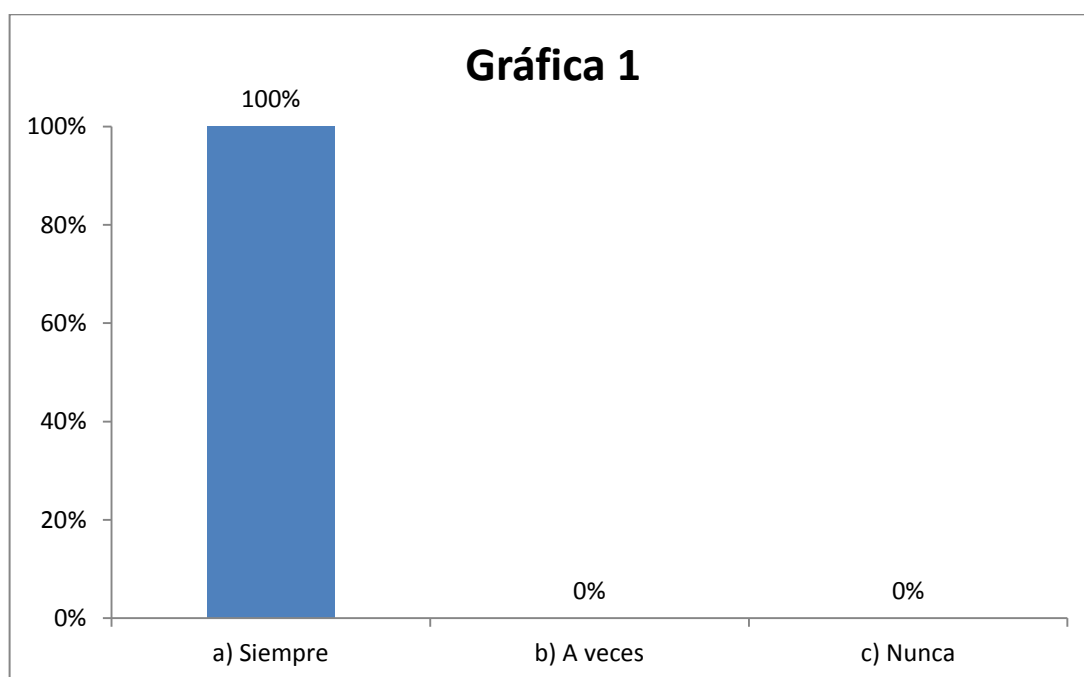
A continuación se presentan los resultados de la investigación de manera gráfica y también se puede encontrar la interpretación de la información obtenida.

Los resultados se presentarán en esquemas gráficos iniciando con la pregunta, cuadro, gráfica e interpretación.

## Representación gráfica de la Dinámica familiar

1. ¿Considera que comunica adecuadamente sus ideas con su familia?

Concepto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Siempre	3	100%
b) A veces	0	0%
c) Nunca	0	0%
Total	3	100%



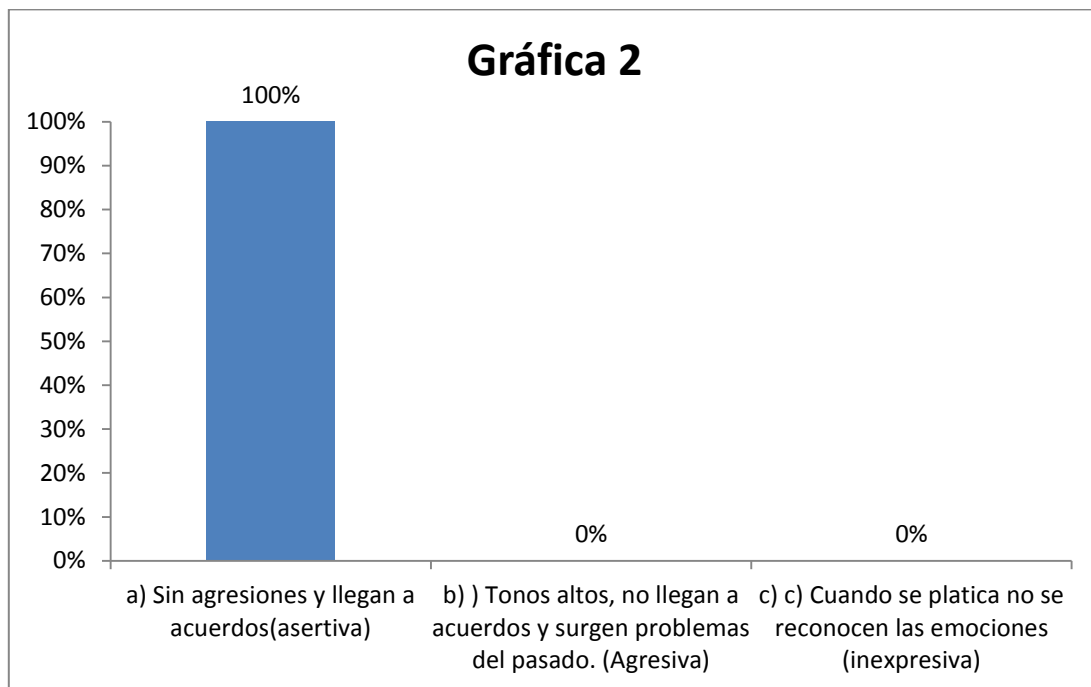
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

La comunicación es uno de los elementos de la dinámica familiar que permite conocer la interacción entre los miembros de las familias estudiadas, la frecuencia con la que ésta se realiza puede ser fundamental para el acompañamiento del proceso de salud-enfermedad que presentan los entrevistados. Los cuales consideran que cuentan con una comunicación adecuada al momento de transmitir sus ideas ante sus familiares.

2. ¿Cómo es la comunicación en su hogar?

Concepto	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
a) Sin agresiones y llegan a acuerdos (asertiva)	3	100%
b) Tonos altos, no llegan a acuerdos y surgen problemas del pasado. (Agresiva)	0	0%
c) Cuando se platica no se reconocen las emociones (inexpresiva)	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

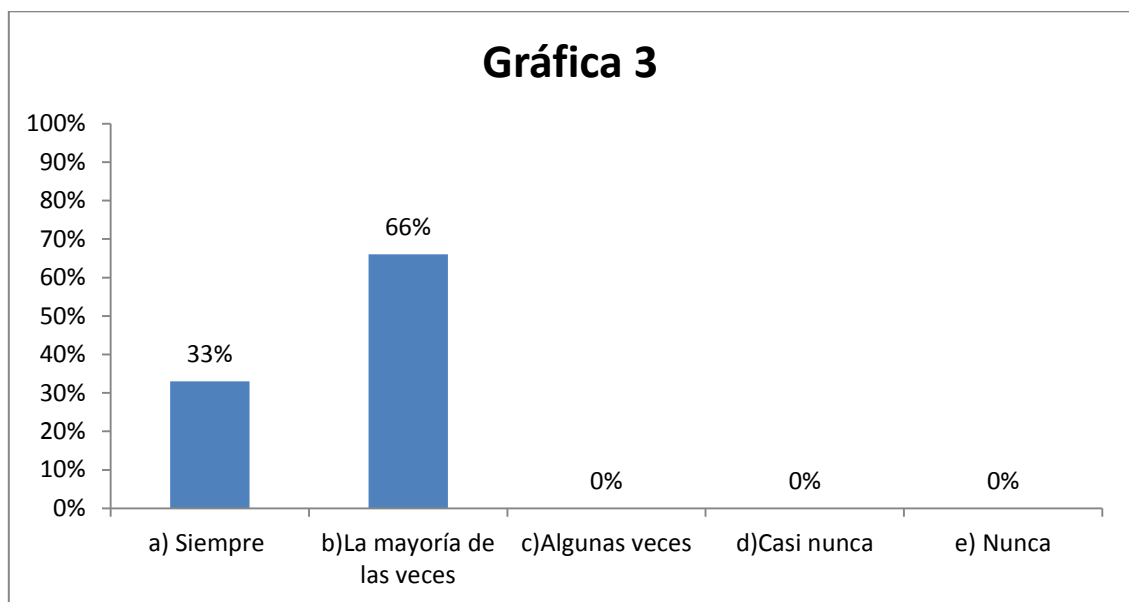
INTERPRETACIÓN

Sin agresiones y llegando a acuerdos es el tipo de comunicación con el que los entrevistados consideran que se comunican con su familia, siendo este un aspecto de la comunicación asertiva. Lo cual podría ser una oportunidad para que se presenten vínculos de apoyo entre los integrantes de las familias.

3. Cuando su familiar se encuentra enojado ¿Identifica este sentimiento con su tono de voz?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Siempre	1	33.33%
b) La mayoría de las veces	2	66.66%
c) Algunas veces	0	0%
d) Casi nunca	0	0%
e) Nunca	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

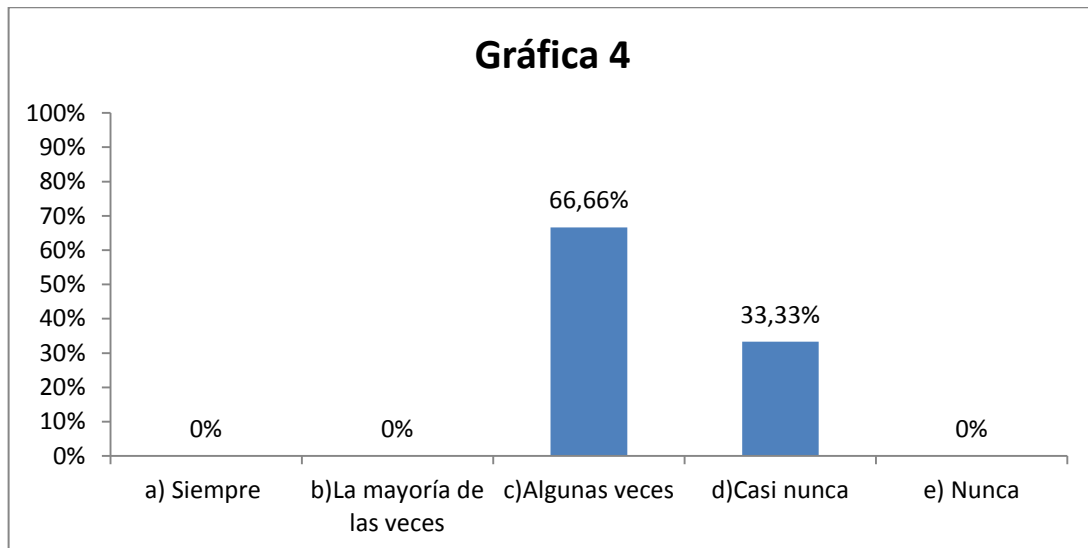
#### INTERPRETACIÓN

Esta gráfica nos muestra que por lo general los pacientes pueden identificar cuando un familiar se encuentra enojado dentro de sus hogares; ellos detectan este sentimiento a través del lenguaje verbal por medio del tono de voz al momento que hablan con ellos.

4. Cuando un familiar habla con usted, ¿Coincide lo que le dice verbalmente con lo que hace por medio de sus acciones?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Siempre	0	0%
b) La mayoría de las veces	0	0%
c) Algunas veces	2	66.66%
d) Casi nunca	1	33.33%
e) Nunca	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

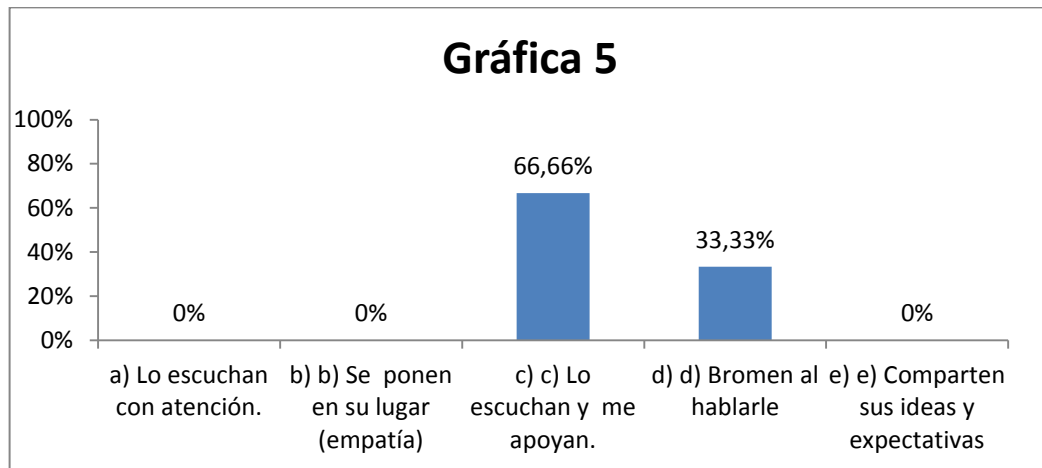
#### INTERPRETACIÓN

Los resultados obtenidos de esta gráfica indican que al momento de que algún familiar habla con el paciente es poco congruente la comunicación verbal con la comunicación no verbal y que en uno de los casos investigados es probable que existe incongruencia en esta aspecto de la comunicación al no coincidir lo expresado verbal mente con las emociones manifestadas corporalmente.

5. Cuándo habla de problemas con su familia, ellos.....

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Lo escuchan con atención.	0	0%
b) Se ponen en su lugar (empatía)	0	0%
c) Lo escuchan y lo apoyan.	2	66.66%
d) Bromen al hablarle		33.33%
e) Comparten sus ideas y expectativas	0	0%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>99.99=100%</b>

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



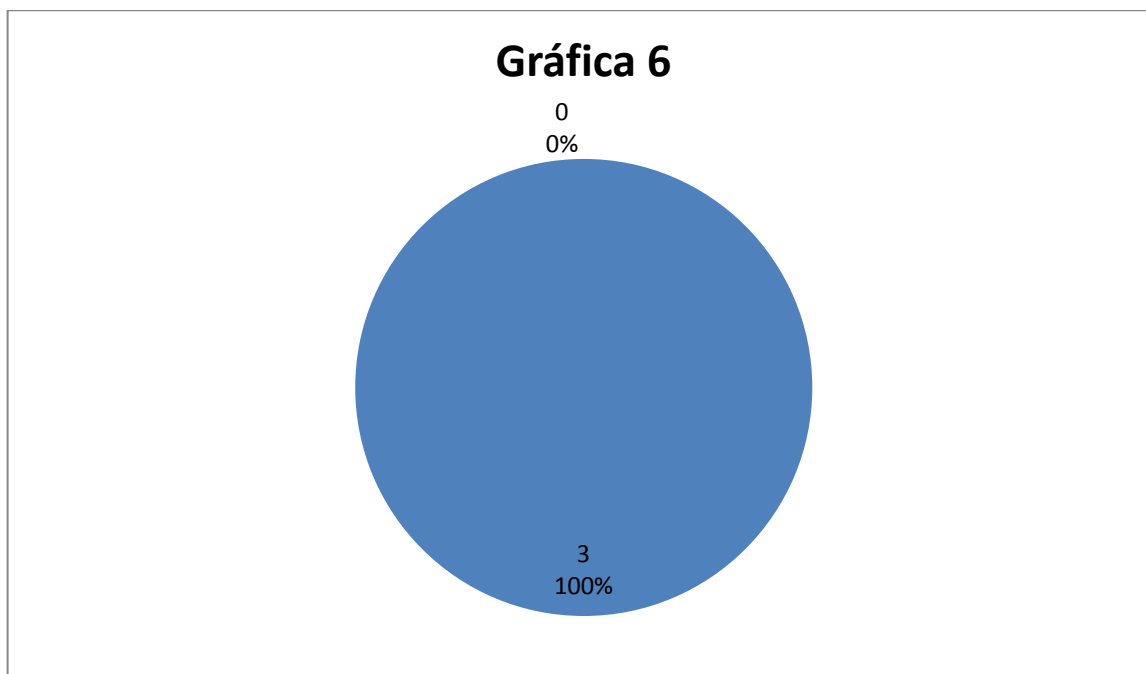
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

Dentro de las estrategias de la comunicación, el contener al otro dándole seguridad a través de la atención al momento del dialogo es la principal estrategia utilizada cuando el entrevistado comparte las problemáticas a su familia, indicando así la solidaridad. Siendo el humor un aspecto que propicia a crear una atmosfera favorable y una buena cohesión familiar.

## 6. ¿Sus padres se encuentran vivos?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	3	100%
b)No	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

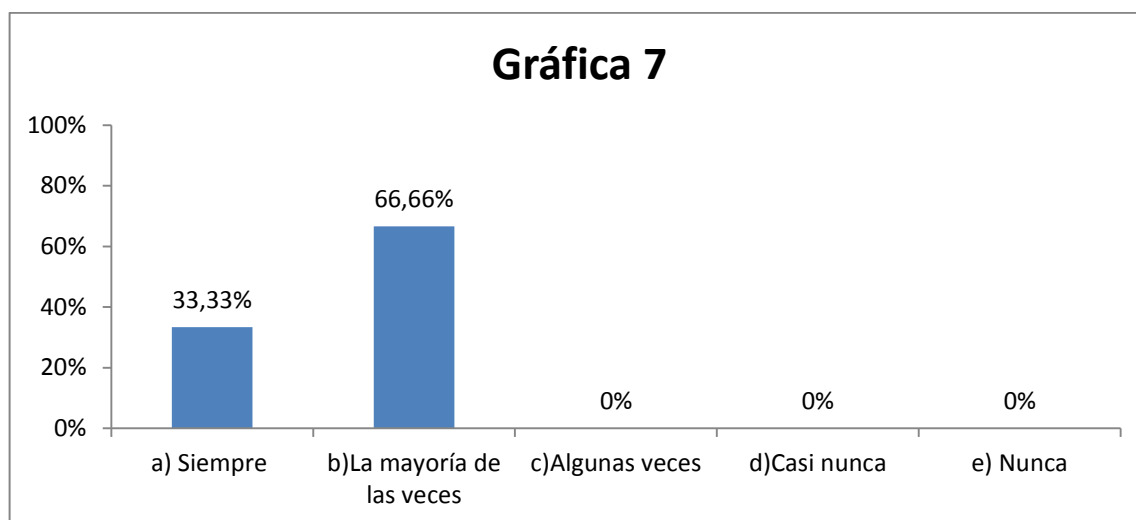
Todos los padres de los pacientes se encuentran vivos, por lo cual los entrevistados identifican que existen vínculos físicos parentales con sus progenitores.



## 7. ¿Qué tan frecuente habla con sus padres?

Concepto	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
a) Siempre	1	33.33%
b)La mayoría de las veces	2	66.66%
c)Algunas veces	0	0%
d)Casi nunca	0	0%
e) Nunca	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

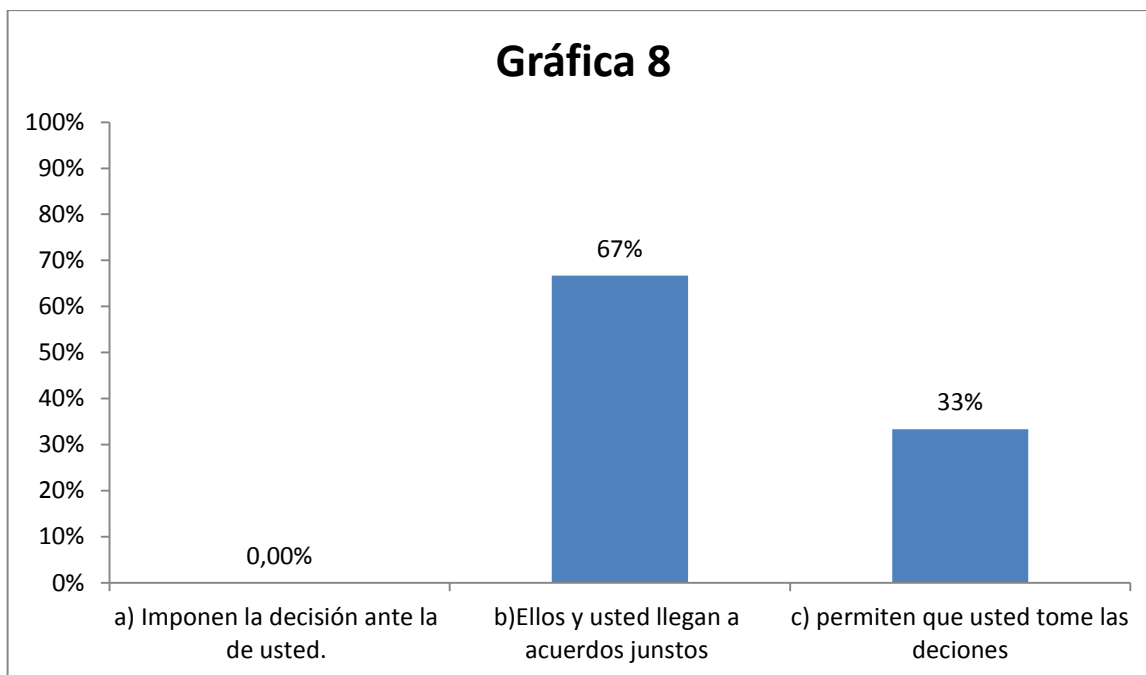
## INTERPRETACIÓN

Con un 66.66 % la frecuencia de la comunicación con los padres nos indica que es eventual pero constante, mientras que con un 33.33% existe una comunicación permanente entre los padres y el paciente. Por lo cual la comunicación es una constante presente dentro de los hogares de los encuestados por lo cual no hay barreras de comunicación dentro de la dinámica familiar.

## 8 Cuando habla con sus padres con respecto a su IRC, ellos...

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) imponen la decisión ante la de usted.	0	0%
b) ellos y usted llegan a acuerdos juntos	2	66.66%
c) Permiten que usted tome las decisiones.	1	33.33%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



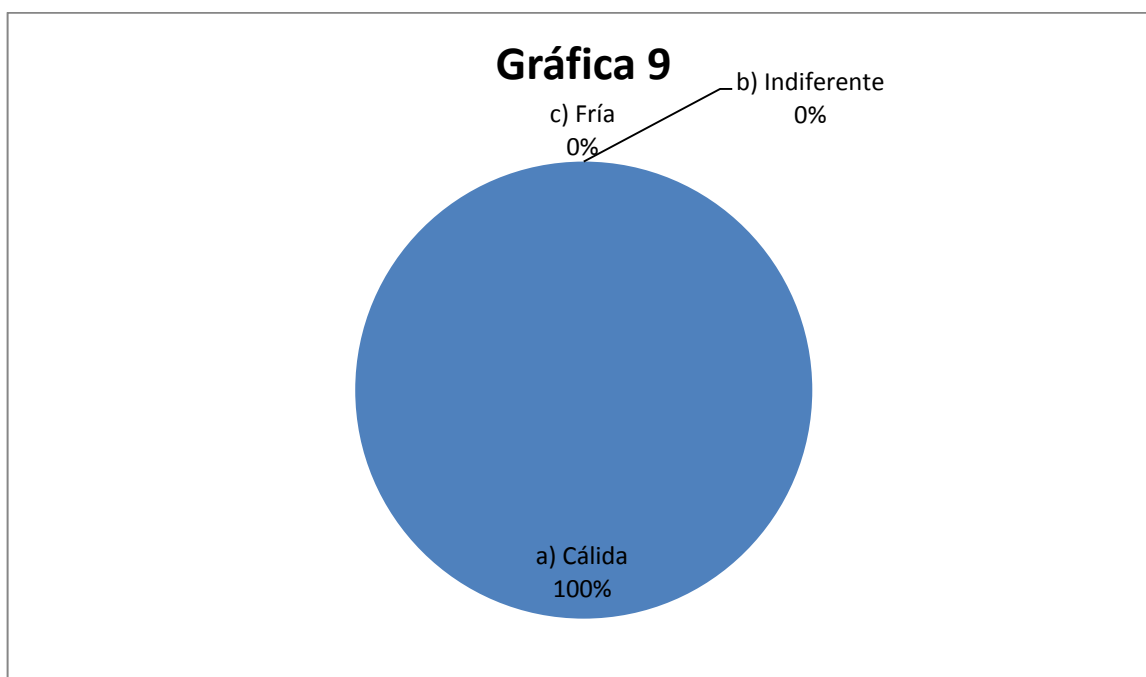
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN:

Los entrevistados expresan que la comunicación se da con sus padres a través del diálogo compartiendo expectativas y que existe respeto en la toma de decisiones, propiciando así a la autonomía de los pacientes.

### 9-¿Cómo percibe la relación con sus padres?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Cálida	3	100%
b) Indiferente	0	0%
c) Fría	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

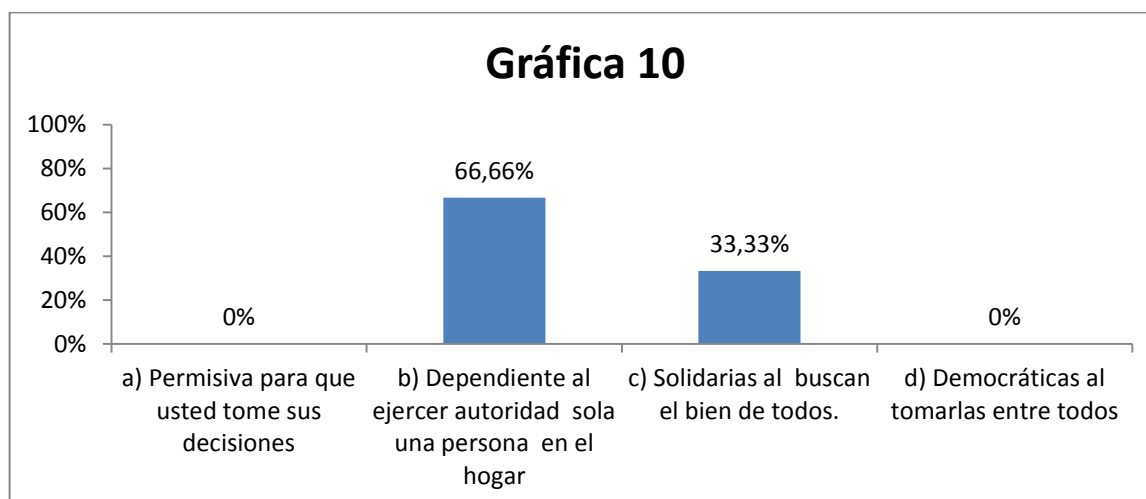
### INTERPRETACIÓN

Las relaciones entre los pacientes y sus familiares son fundamentales para el estado de emocional de los entrevistados, los cuales señalan que existe una relación cálida con sus padres, mostrando una atmósfera favorable en la comunicación entre padres e hijos.

## 10. El tipo de decisiones familiares se ejercen de manera....

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) <u>Permisiva</u> : al tomar usted sus decisiones	0	0%
b) <u>Dependiente</u> : al ejercer autoridad sola una persona en el hogar	2	66.66%
c) <u>Solidarias</u> : al buscan el bien de todos.	1	33.33%
d) <u>Democráticas</u> : al tomarlas entre todos	0	0%
Total	3	99.99= 100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

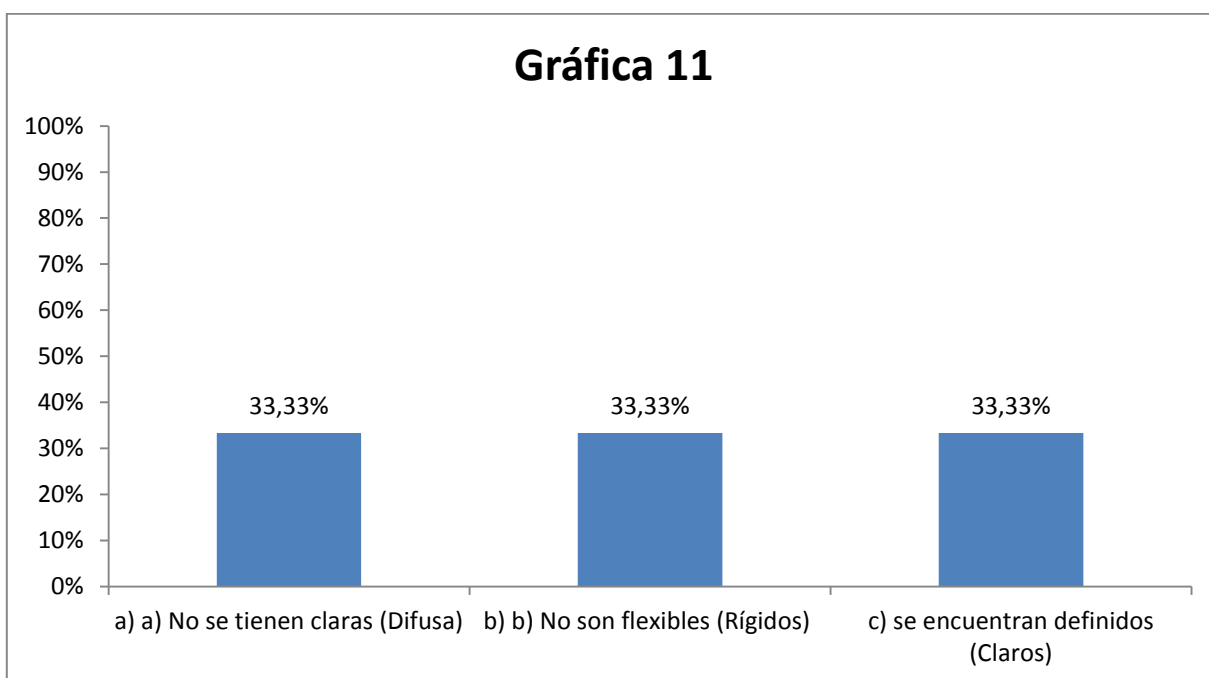
## INTERPRETACIÓN

Respecto al poder en la dinámica familiar, predomina la autoridad autocrática al ser sólo una persona en la mayoría de los hogares la encargada de la toma de decisiones, eliminando las opiniones del resto de los integrantes de la familia, excluyendo así de manera indirecta la participación de toda la familia, esta participación sólo se da en una de las familias entrevistadas en la cual se toman la decisiones buscando un bien común.

## 11. Las decisiones (autonomía) se ejercen de manera ...

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Difusa	1	33.33%
b) Rígidas	1	33.33%
c) Claras	1	33.33%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



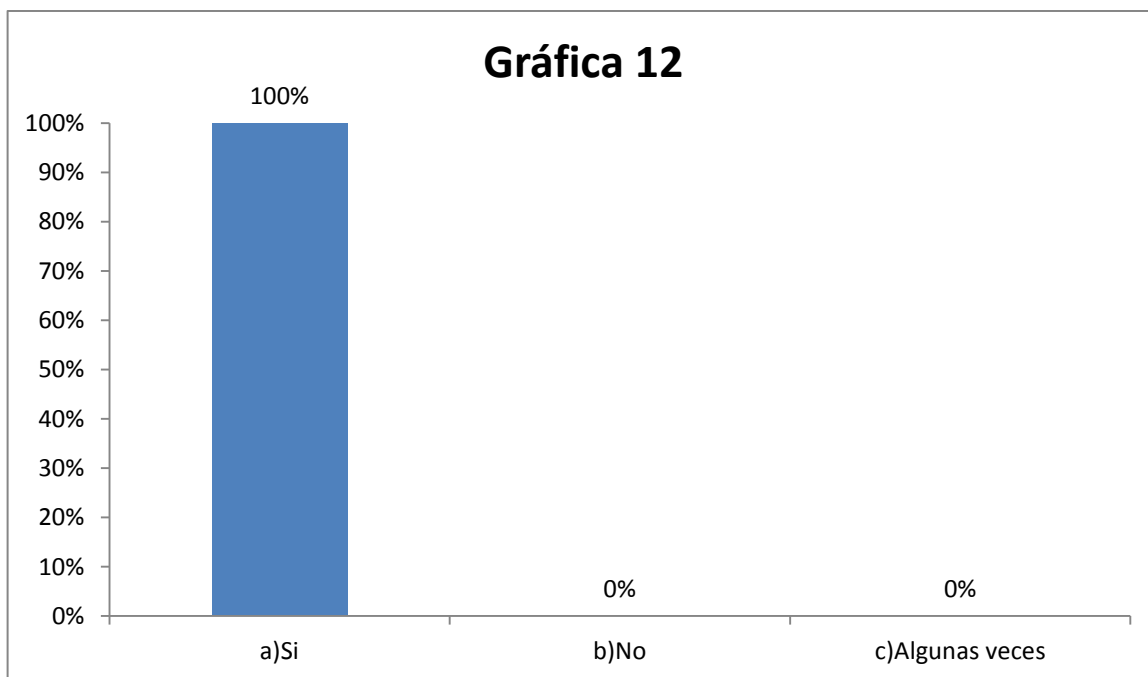
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

Al tomar decisiones de manera difusa puede ser un obstáculo para resolver problemas al ser probable que no exista la capacidad en la resolución de respuestas inmediatas ante los problemas, la autonomía rígida puede generar incomodidades por el resto de la familia y la autonomía clara favorece para que exista un avance en las familias.

12. En su familia ¿Se entiende lo que está permitido por parte de los padres hacia los hijos sin que éstos lo digan?

Concepto	F. Absoluto	A. Relativo
a)Si	3	100%
b)No	0	0%
c)Algunas veces	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

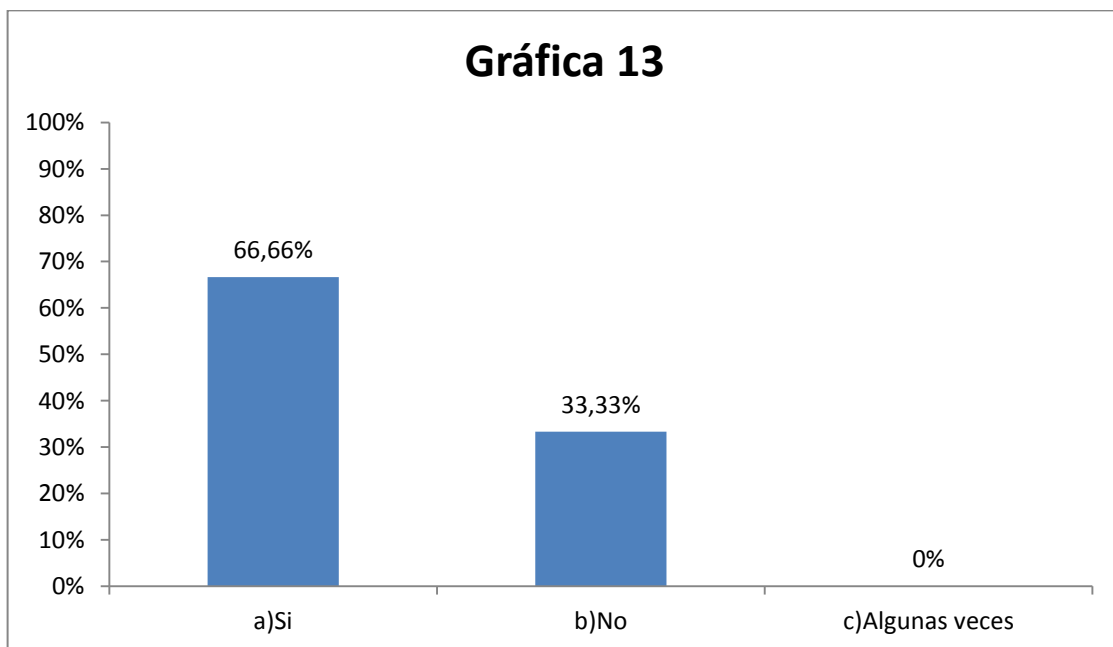
### INTERPRETACIÓN

Los pacientes entrevistados comentan que existen los límites claros sobre lo que se encuentra permitidos por parte de sus padres hacia ellos, siendo estas normas familiares implícitas, es decir no se encuentran establecidas como tal pero son entendidas sin necesidad de mencionarlas desde una relación de padres hacia hijos adultos.

### 13. ¿Se respetan los espacios donde usted duerme?

Concepto	F. Absoluto	A. Relativo
a)Si	2	66.66%
b)No	1	33.33%
c)Algunas veces	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



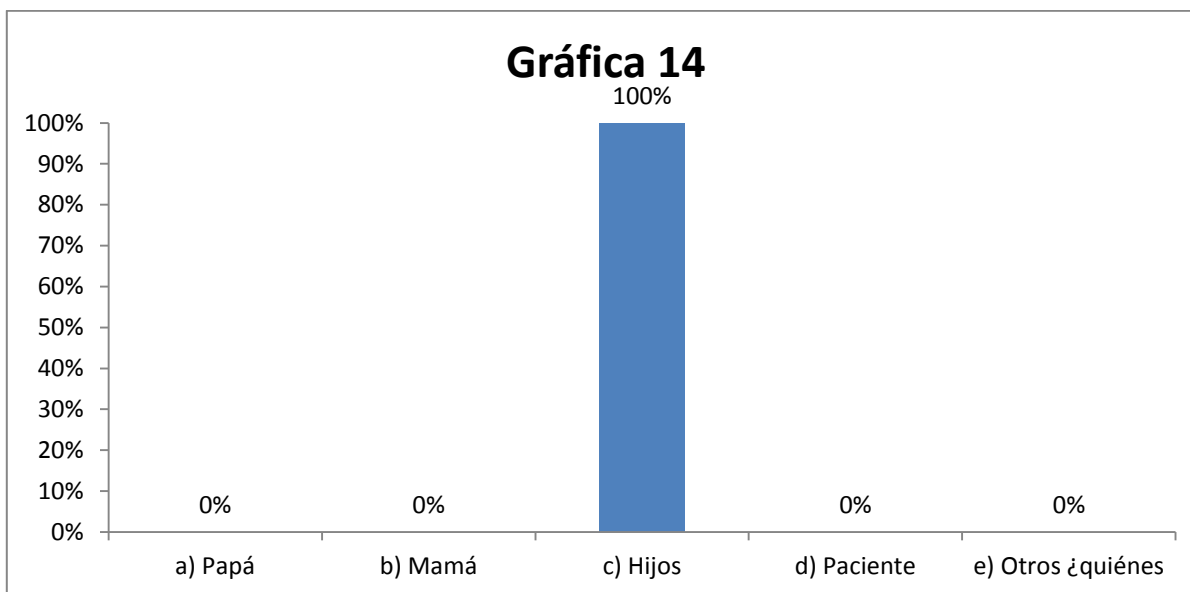
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

La privacidad se brinda con los límites físicos en el hogar, siendo un medio para que los pacientes cuenten con un espacio para su privacidad dentro de sus casas existiendo en el 66% de los entrevistados. En la familia que esto no se realiza podría ser una necesidad que presente el paciente al no existir privacidad.

14. ¿Quién decide lo que se está permitido en su hogar?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Papá	0	0%
b) Mamá	0	0%
c) Hijos	3	100%
d) Paciente	0	0%
e) Otros ¿quiénes	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

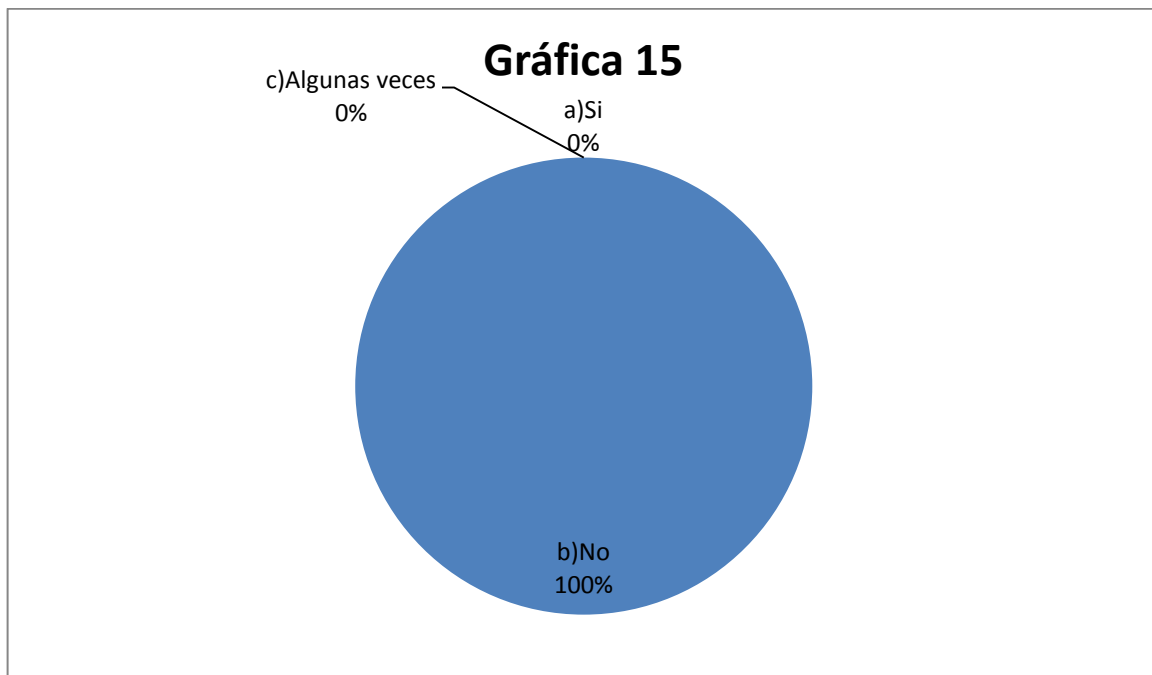
## INTERPRETACIÓN

El rol parental de acuerdo a las funciones y jerarquías sería el más idóneo para que se decidiera lo que se encuentra permitido en los hogares de los entrevistados. Sin embargo, la opinión de los hijos es determinante en la toma de decisiones dentro de estas la familias, en esta investigación todos los pacientes son adultos siendo éste un factor que podría brindar poder al que el holón de hermanos cuente con autoridad estableciendo las normas en sus hogares.



15-¿Se han modificado las normas en su familia a partir de IRC?

Concepto	F. Absoluto	A. Relativo
a)Si	0	0%
b)No	3	100%
c)Algunas veces	0	0%
Total	3	100%



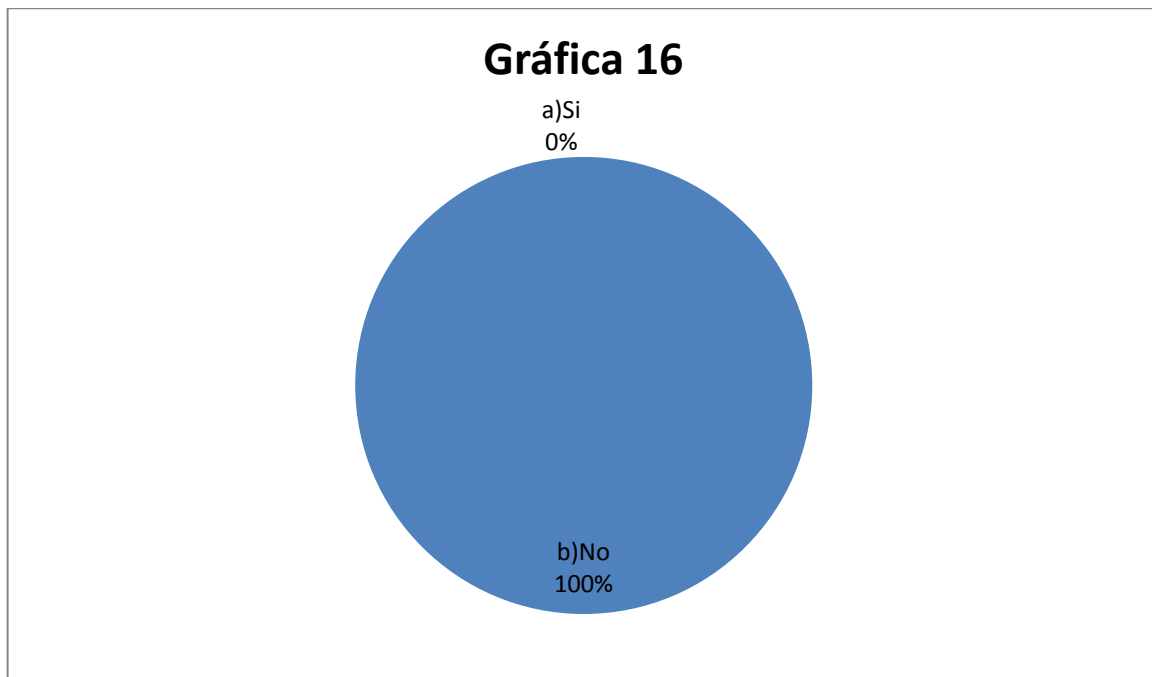
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

Esta gráfica representa que no existen ajustes aparentes en los hábitos y normas dentro de las familias investigadas no fueron modificadas a raíz de la IRC de los pacientes, señalando una baja conciencia sobre la situación que se está viviendo en la familia. A la vez representa el poder en el ejercicio de las normas por parte de los hermanos, siendo el holón más fuerte como se menciona en la gráfica anterior.

16 ¿Usted asiste a algún grupo de apoyo?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	0	0%
b)No	3	100%
Total	3	100%



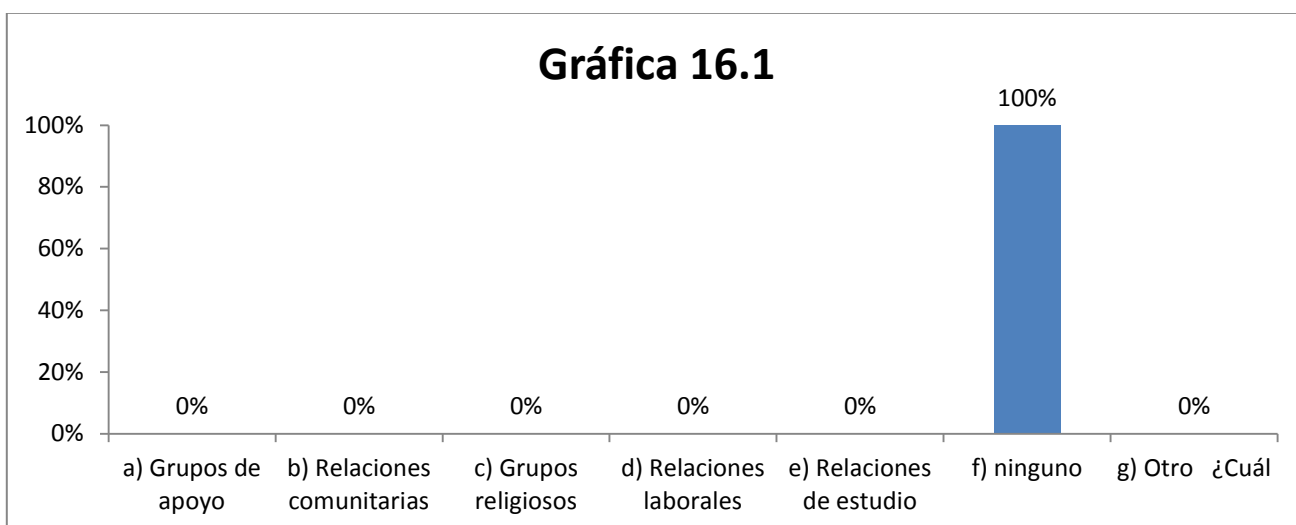
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

La socialización es una de las necesidades del ser humano como lo menciona la pirámide de Abraham Maslow, la cual no se encuentra atendida por parte de los pacientes investigados reduciendo así a las redes de apoyo solo familiares y eliminando las redes de apoyo institucionales. No existen otras redes de apoyo con pacientes con las mismas condiciones por lo cual podría generar identidad con otros pacientes. Se puede deducir que no hay una empatía como paciente desde el apoyo que brinda la familia.

### 16.1-¿Usted es miembro de algún grupo recreativo?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Grupos de apoyo	0	0%
b) Relaciones comunitarias	0	0%
c) Grupos religiosos	0	0%
d) Relaciones laborales	0	0%
e) Relaciones de estudio	0	0%
f) ninguno	3	100%
g) Otro ¿Cuál	0	0%
Total	3	100%



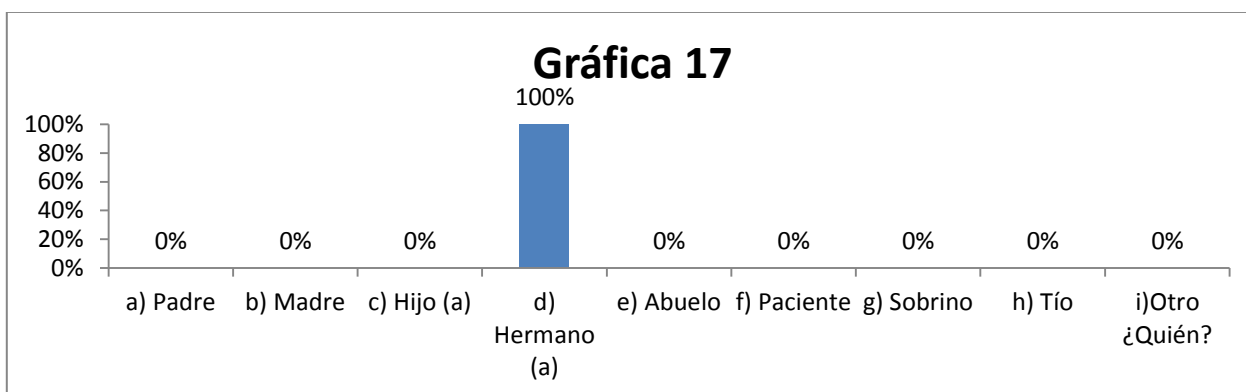
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

La ausencia de pertenecer a algún grupo externo a la familia por parte de los pacientes propicia a que socialmente los encuestados no se involucren en actividades colectivas reduciendo sus redes de apoyo a sólo nivel familiar, por esto no se detecta que haya un pulsor de vida externa por ellos.

17-¿Qué familiar considera usted que entiende más su situación?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	0	0%
d) Hermano (a)	3	100%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Tío	0	0%
i)Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	100%



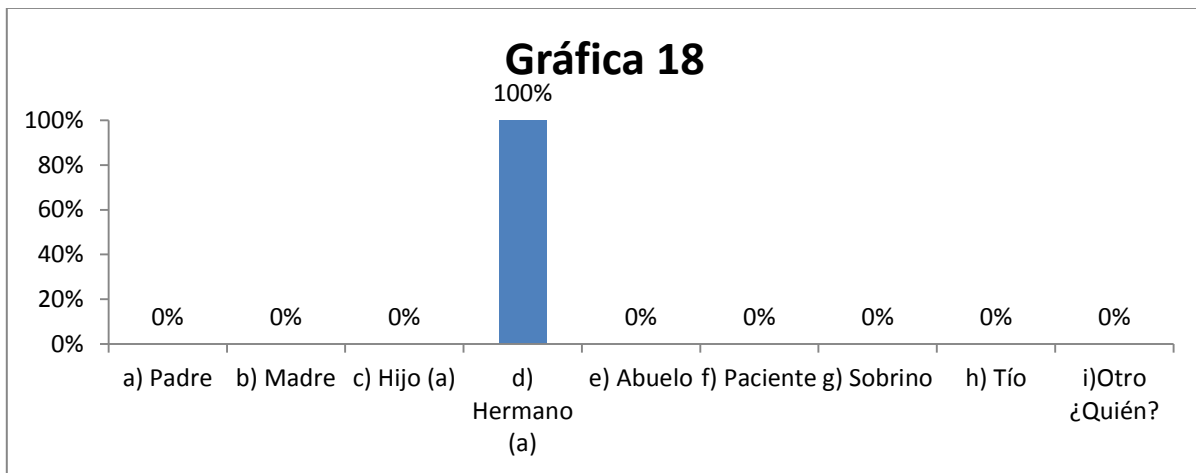
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

Los pacientes identifican que sus hermanos son los miembros de sus familias con mayor empatía que les proporcionan mayor apoyo, siendo del mismo holón de hermanos, ello les permite sentirse identificados, aceptados y tener un sentido de pertenencia. La empatía emocional se ejerce entre el holón de iguales entre los hermanos.

18-Cuando habla con su familia, ¿Quién considera que realmente lo escucha?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	0	0%
d) Hermano (a)	3	100%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Tío	0	0%
i)Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	100%



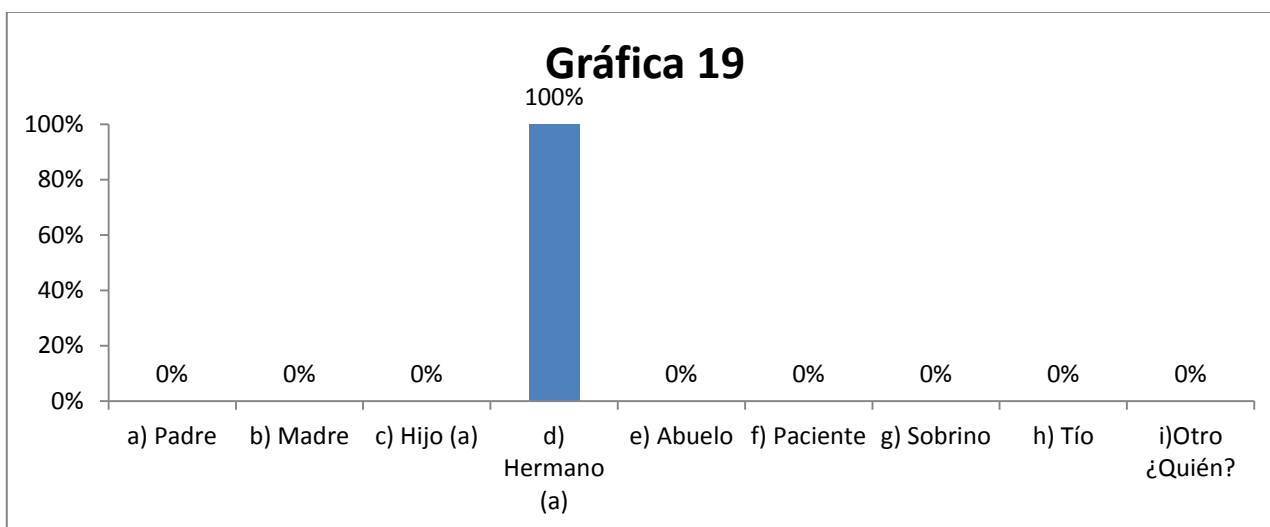
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

La gráfica muestra que existe confianza y una comunicación constante entre los pacientes y sus hermanos, siendo éstos los que le brindan mayor atención y apoyo entre ellos para escuchar a los entrevistados respecto a su enfermedad existiendo alianza entre iguales que se fortalece con la empatía emocional de la gráfica 17.

### 19 ¿Con quién habla de sus problemas?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	0	0%
d) Hermano (a)	3	100%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Tío	0	0%
i) Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	100%



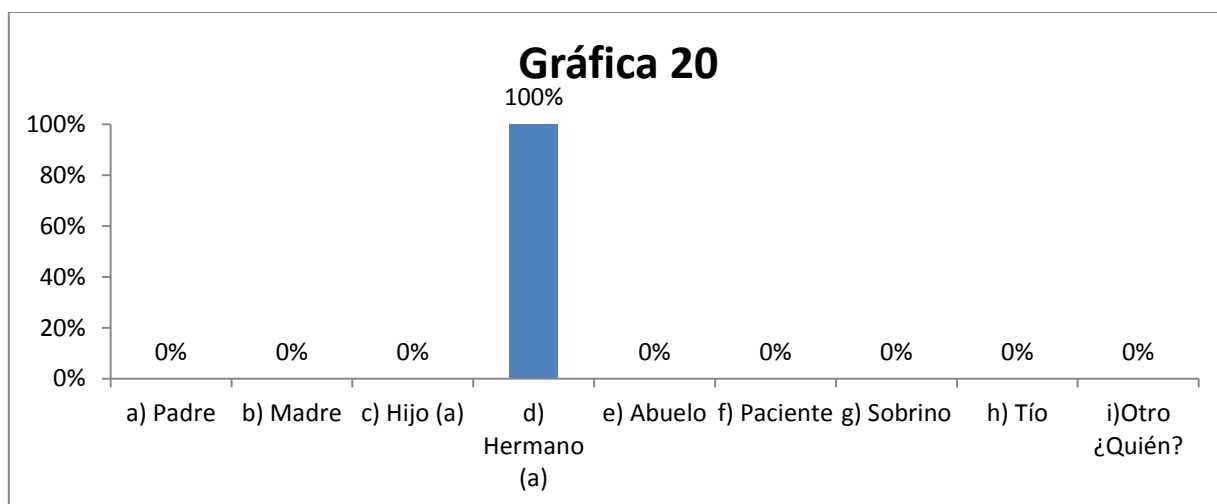
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

Esta comunicación que existe entre iguales les permite apoyo reforzando su proceso y contar el uno al otro, siendo el holón que tiene mayor peso dentro de la dinámica familiar con los hermanos.

20 ¿Usted a quién de su familia escucha con mayor atención?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	0	0%
d) Hermano (a)	3	100%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Tío	0	0%
i)Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

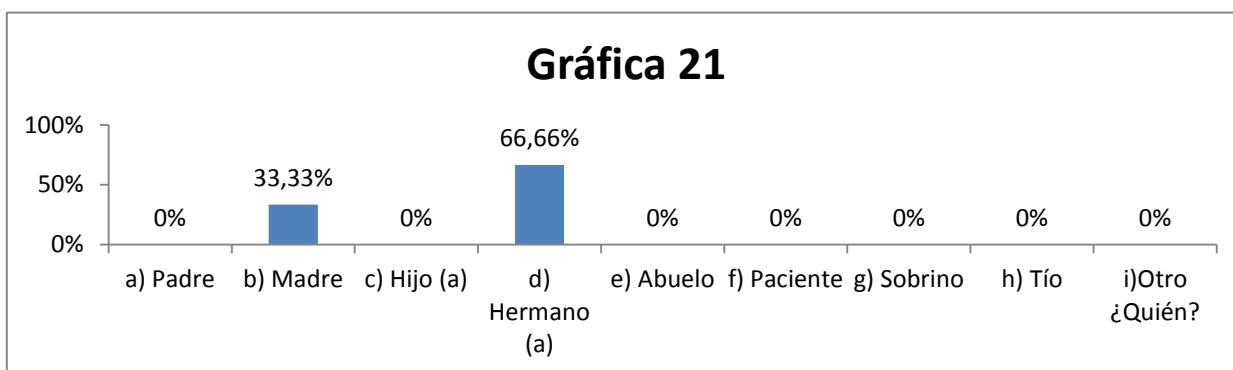
## INTERPRETACIÓN

Estos datos representan que los pacientes escuchan con mayor atención a sus hermanos, siendo probable que durante la toma de sus decisiones ellos influya en el proceso de trasplante, confirmando nuevamente las aliazas entre hermanos e iguales.

## 21 ¿Quién dentro de la familia motiva a los demás?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	1	33.33
c) Hijo (a)	0	0%
d) Hermano (a)	2	66.66%,
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Tío	0	0%
i)Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

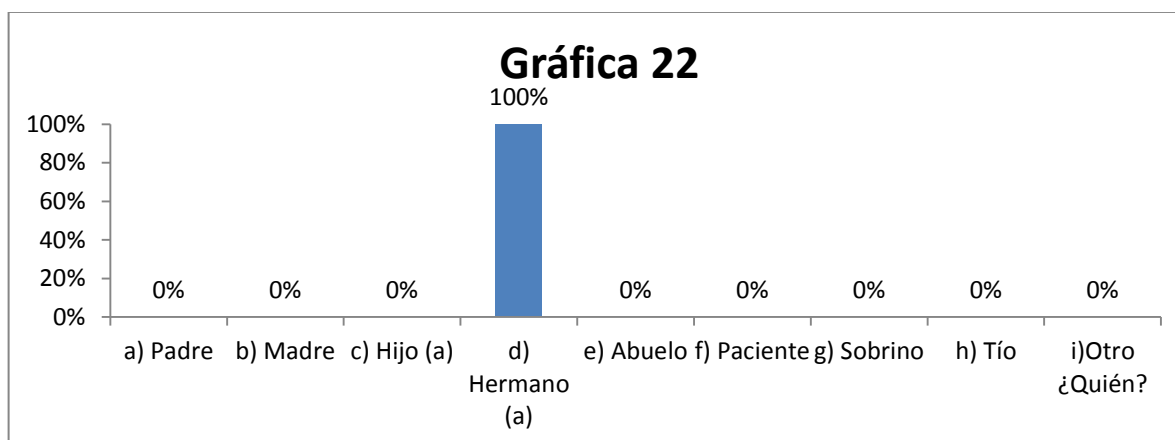
## INTERPRETACIÓN

Los hermanos son los principales motivadores dentro del hogar para el apoyo del proceso de trasplante, se identifica que podría existir una empatía y solidaridad hacia su hermano con IRC. En la familia que la madre es la motivadora principal, se podría convertir en el pulsor interno del paciente durante sus proceso de salud-enfermedad.



## 22 ¿Quién realiza acciones de solidaridad respecto al cuidado del paciente?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	0	0%
d) Hermano (a)	3	100%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Tío	0	0%
i) Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

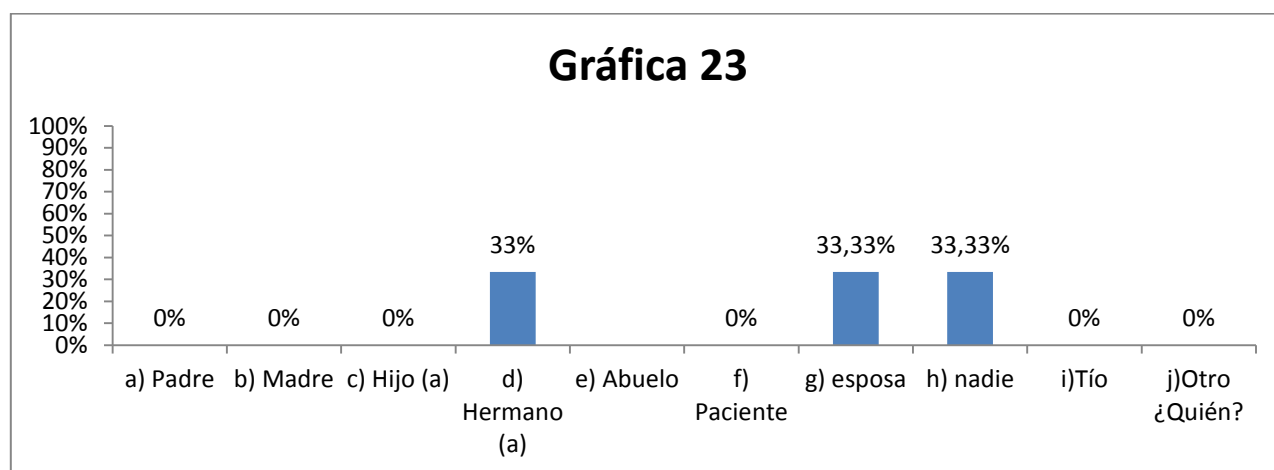
### INTERPRETACIÓN:

En los casos investigados los hermanos son las personas que brindan el apoyo y la solidaridad a los enfermos, lo cual propicia al bienestar emocional de los entrevistados. Identificando así un probable apoyo de redes entre iguales dentro del holón de hermanos.

## 23 ¿Quién lo acompaña en su proceso de IRC?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	0	0%
d) Hermano (a)	2	33.33%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) esposa	1	33.33%
h) nadie	1	33.33%
i) Tío	0	0%
j) Otro ¿Quién?	0	0%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>99.99=100%</b>

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

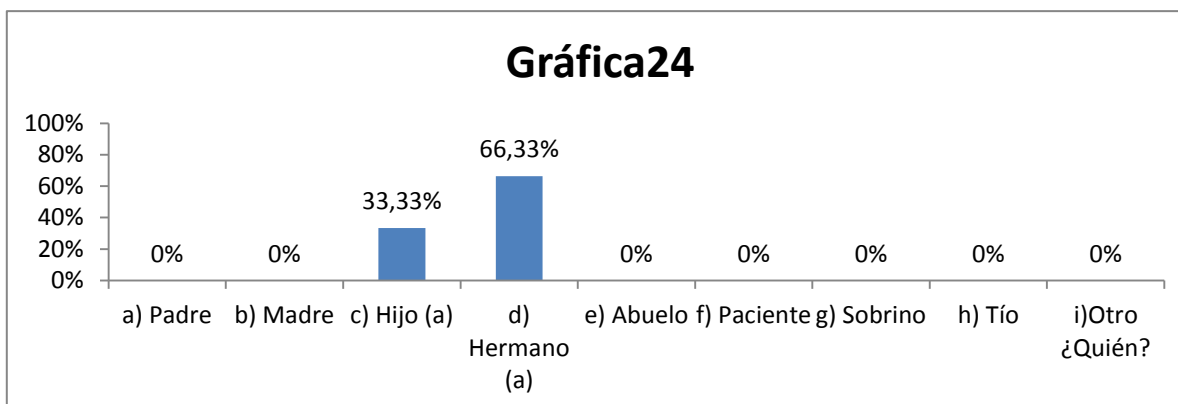
### INTERPRETACIÓN:

De acuerdo a los resultados con una tercera parte de los entrevistados identifican que los hermanos son el principal apoyo para ellos, y con este mismo porcentaje se establece que la esposa de uno de los entrevistados es quien se encuentra al pendiente acompañando al enfermo, sin embargo existe otro paciente que no siente que se encuentre apoyado por algún familiar.

## 24 ¿Quién dice qué está permitido en el hogar?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	1	33.33%
d) Hermano (a)	2	66.33%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Tío	0	0%
i) Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

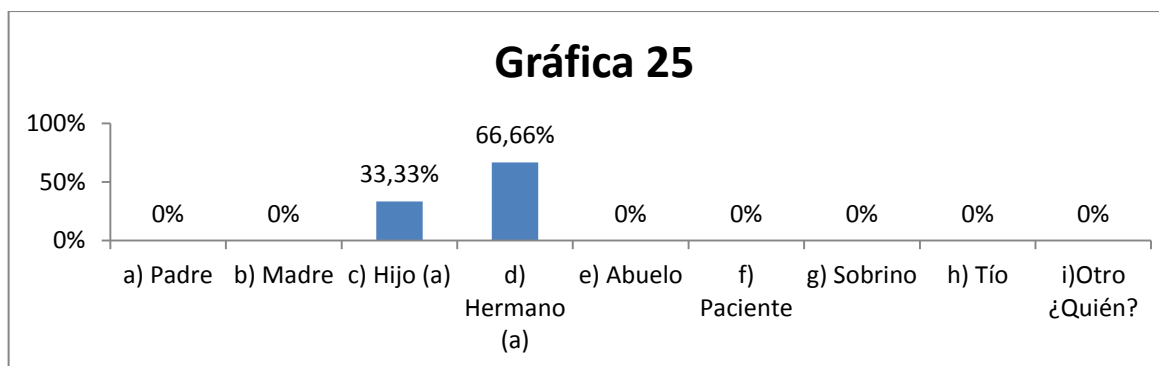
## INTERPRETACIÓN

Al ser los hermanos quienes toman las decisiones es probable que en estas familias los padres no se encuentre ejerciendo los límites y normas de acuerdo al nivel jerárquico dentro de la dinámica familiar al ser los hijos responsables de las mayorías de las acciones dentro de sus hogares.

## 25 ¿Quién dice qué no está permitido en el hogar?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	1	33.33
d) Hermano (a)	2	66.66%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Tío	0	0%
i) Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



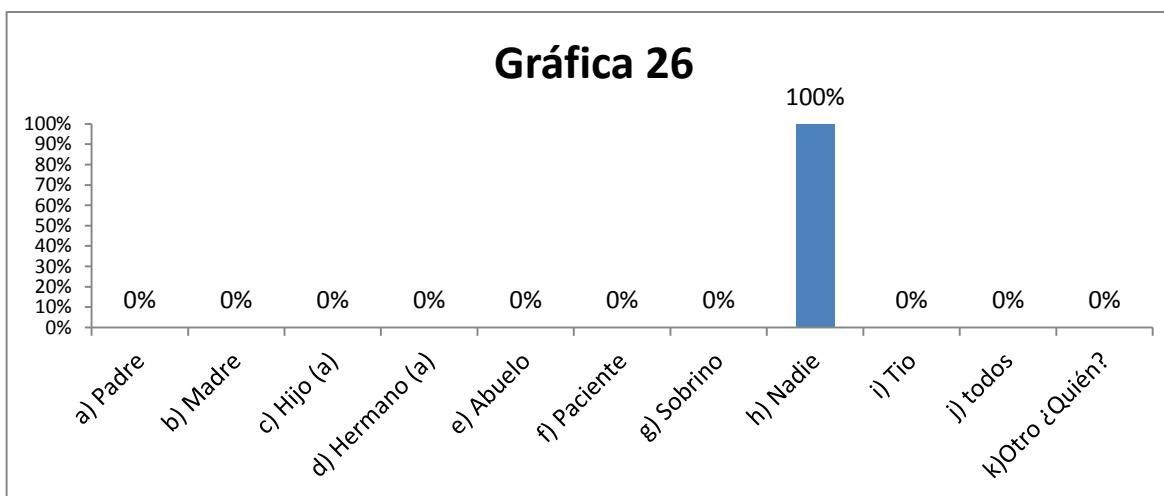
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

Se identifica que los hermanos son la persona que establecen lo que no está permitido, por lo cual es probable que los padres de estas familias no ejerzan autoridad ante las normas. Siendo el rol de los hermanos es subsistema que ejerce mayor fuerza dentro de la dinámica familiar. Rescatando la alteración en el ejercicio y funciones de los roles familiares.

26 ¿Quién es la persona que no respeta las reglas de la familia?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	0	0%
d) Hermano (a)	0	0%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Nadie	3	100%
i) Tio	0	0%
j) todos	0	0%
k) Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	100%



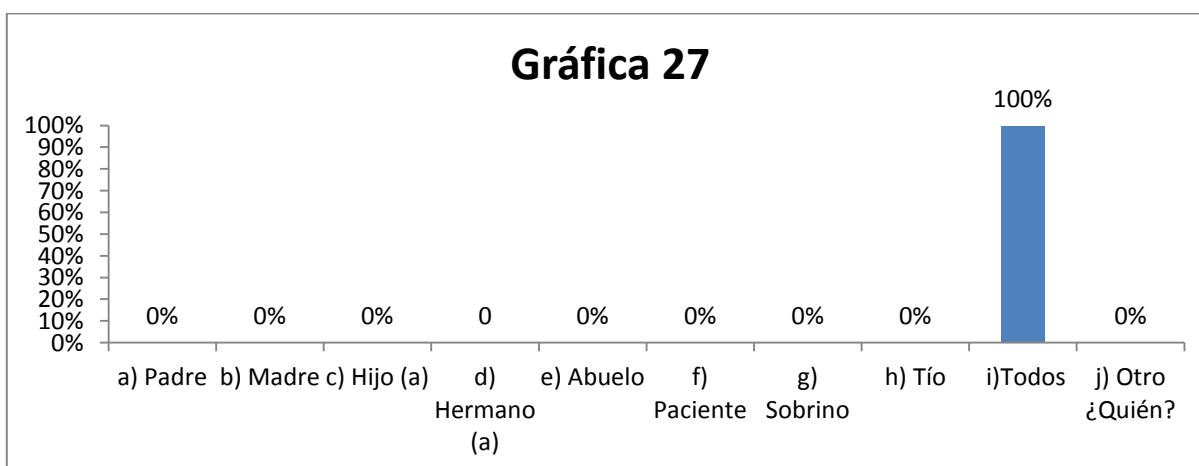
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

Al respetar todos los integrantes de la familia las normas que existen dentro de sus familias podrían existir un acuerdo interno o un control por parte del familiar que ejerce mayor autoridad en la atmósfera familiar.

27 ¿Quién es la persona que respeta las reglas de la familia?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	0	0%
d) Hermano (a)		%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Tío	0	0%
i) Todos	3	100%
j) Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

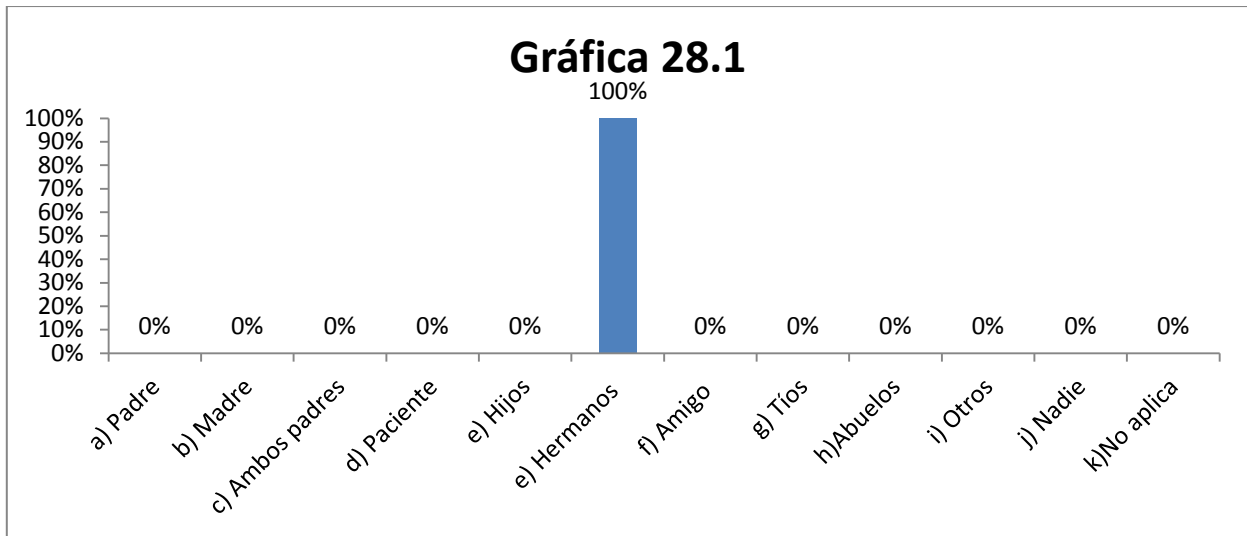
El respeto es uno de los valores que se pueden rescatar de esta gráfica al identificar que todos los integrantes de la familia respetan las reglas internas en la familia, siendo esto una posible ventaja dentro del desarrollo del proceso del trasplante para el paciente.

28.¿Qué persona dentro de la familia se encarga de realizar las siguientes funciones o actividades en su hogar?

28.1–Administra los recursos

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	0	0%
e) Hijos	0	0%
e) Hermanos	3	100%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)No aplica	0	0%
Total	3	100%

NOTA: La gráfica 28.1 y su interpretación se encuentran en la pag. 148.



Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

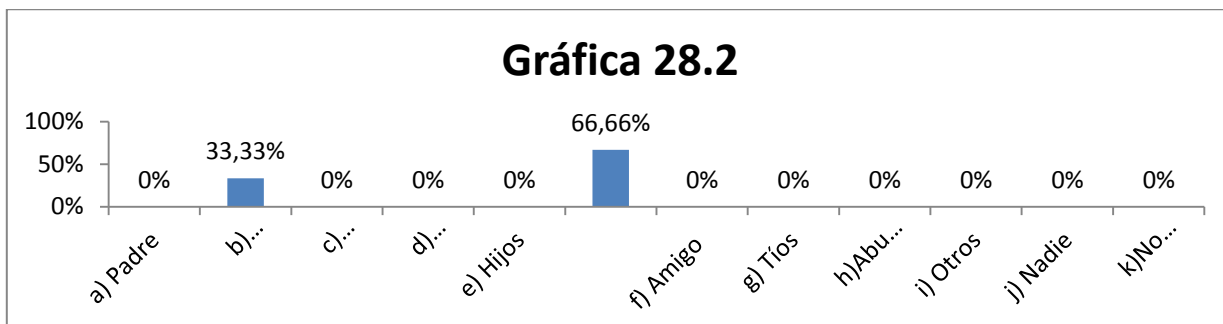
Al ser los hermanos los principales administradores económicos en las familias de los entrevistados, estos también son los encargados de realizar la distribución de los bienes y responsables de su administración. Es importante mencionar que esta actividad de acuerdo a las funciones de roles dentro de la familia correspondería directamente a la madre, por lo cual es probable que existe una alteración por parte del subsistema de los hermanos. Por otra parte, respecto al paciente que se encuentra casado las funciones de la esposa es muy probable que se encuentren anuladas en la toma de decisiones administrativas en la familia.



## 28.2-Prepara los alimentos

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	1	33.33%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	0	0%
e) Hijos	0	0%
e) Hermanos	2	66.66%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)No aplica	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

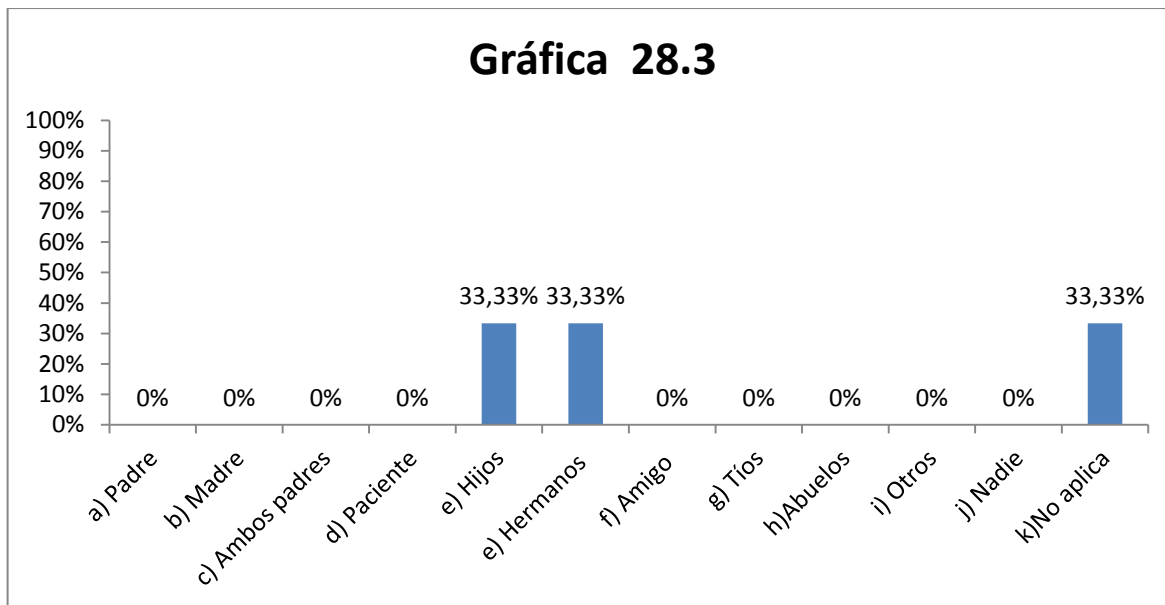
## INTERPRETACIÓN

Una de las actividades del hogar de manera tradicional desde la perspectiva social es la elaboración de alimentos, correspondiente a la madre de familia o esposa, mientras en la gráfica también se puede identificar este cambio de actividades por parte de los hijos, los cuales se encuentran en la adultez de acuerdo a la etapa del desarrollo del ser humano.

### 28.3-Brinda los permisos

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	0	0%
e) Hijos	1	33.33%
e) Hermanos	1	33.33%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)Nadie los otorga	1	33.33%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones. La gráfica 28.3 y su interpretración se encuentran el la pag. 151.



Fuente: Encuesta directa 2013

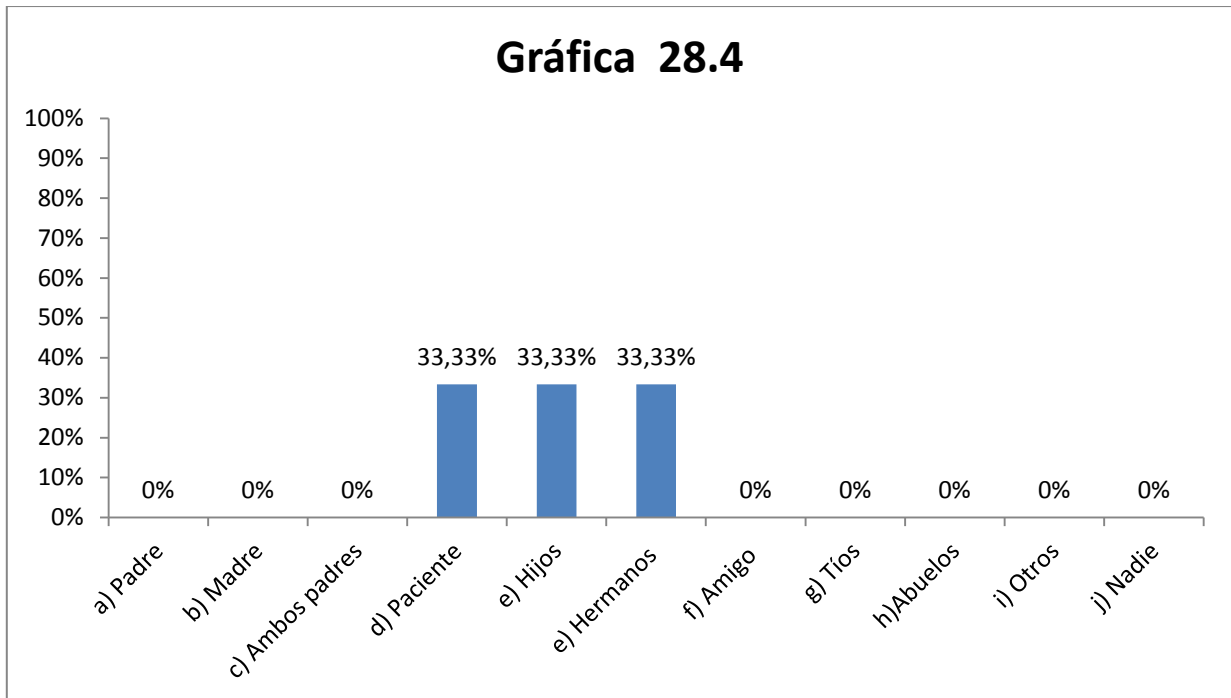
### INTERPRETACIÓN:

Los hijos de las familias de los entrevistados son las personas que identifican los pacientes quienes brindan los permisos reiterando como se menciona en la gráfica 29, la importancia que tiene el rol de hijos dentro de esta dinámica familiar. mientras los roles de las madres, padres y la esposa se encuentran anulados o bien alterados en su autoridad.

## 28.4 -Demuestra afecto

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	1	33.33%
e) Hijos	1	33.33 %
e) Hermanos	1	33.33%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones. La gráfica 28.1 y su interpretración se encuentran el la pag. 148.



Fuente: Encuesta directa 2013

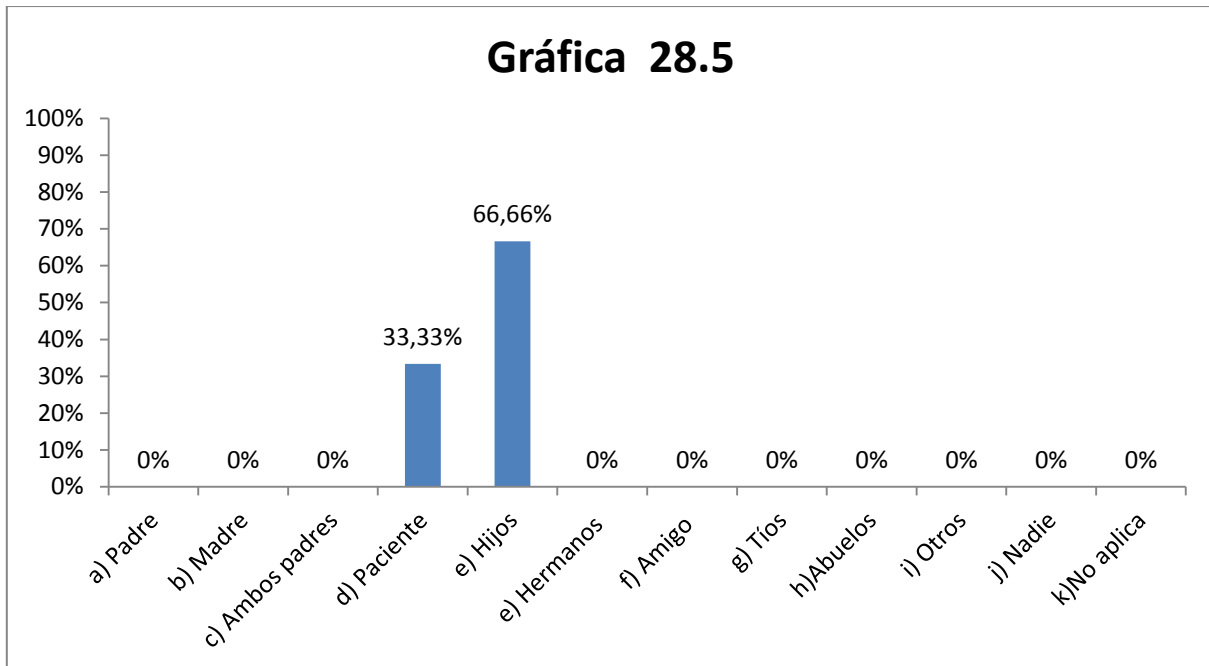
### INTERPRETACIÓN:

Los hermanos son las personas que identifica uno de los pacientes quienes le demuestran afecto, esto podría ser al brindar apoyo a alguien igual a ellos hablando jerárquicamente, mientras con una tercera parte otra persona identifican que sus hijos son los que le proporcionan afecto mientras en otra familia el paciente considera que el es el miembro de la familia que proporciona el afecto dentro de su familia. Por lo cual se puede concluir que las familias se encuentran trabajando de manera diferente de acuerdo a su dinámica familiar, donde el afecto es un aspecto que cubre necesidades emocionales del paciente.

## 28.5-Ejecuta los castigos

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	1	33.33%
e) Hijos	2	66.66 %
e) Hermanos	0	0%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)No aplica	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.La gráfica 28.5 y su interpretación se encuentran el la pag. 155.



Fuente: Encuesta directa 2013

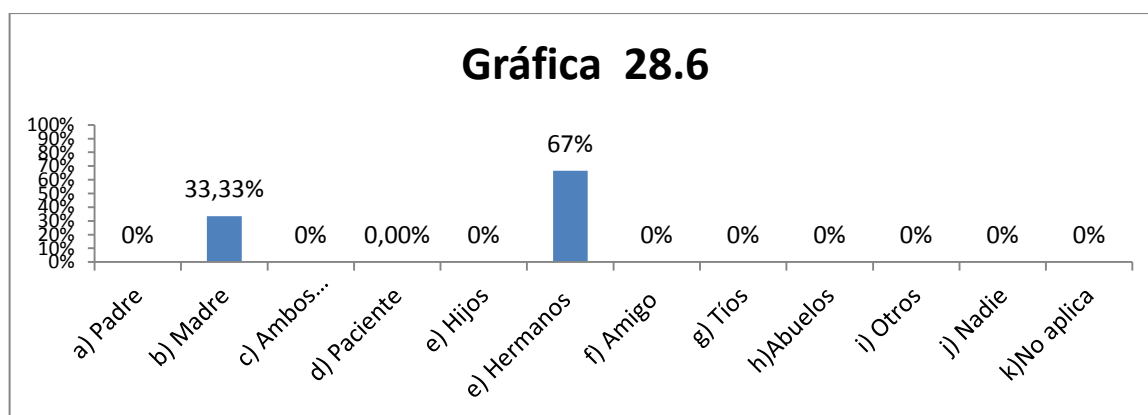
## INTERPRETACIÓN

Los castigos podrían considerarse una de las consecuencias de la aplicación de las normas, lo cual se cuenta a cargo de los hijos dentro de las familias investigados confirmando la importancia desde el holón en la interacción de los miembros de las familias. Respecto a la dinámica familiar, cuando los castigos son ejercidos por los hijos, es probable que éstos se encuentre tomando el rol de padres que no corresponde de acuerdo al nivel jerárquico en sus familias, modificando así los lugares de los padres ante el poder y la autoridad.

## 28.6-Realiza los quehaceres del hogar

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	1	33.33%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	0	0%
e) Hijos	2	66.66 %
e) Hermanos	0	0%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)No aplica	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

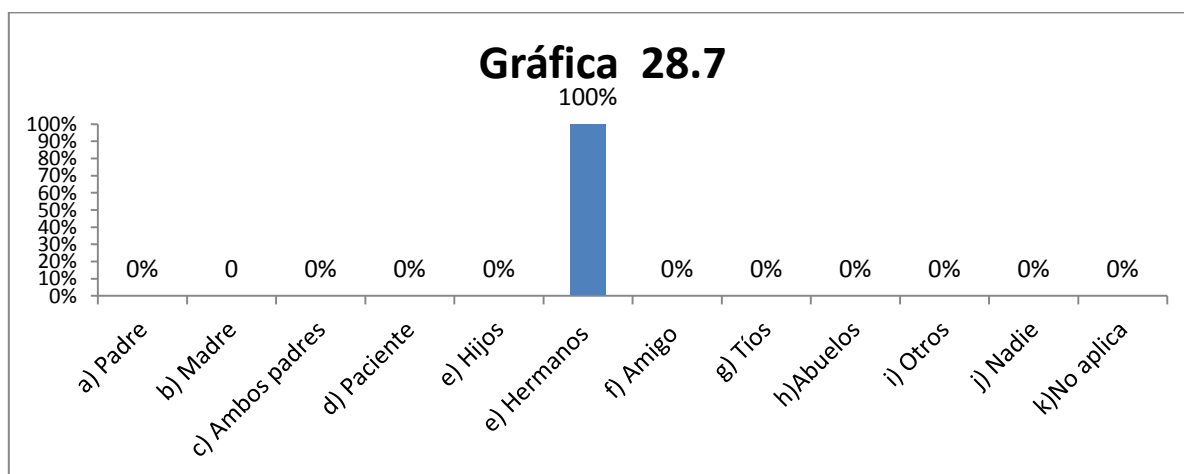
## INTERPRETACIÓN

La realización de los quehaceres se encuentra a cargo de los hijos dentro de las familias de las personas entrevistadas, al ser esta una de las actividades principales del rol materno, esto sólo se encuentra en una de las familias. Al realizar esta actividad los hijos, genera en la dinámica familiar una alteración dentro de las funciones de la madre principalmente, existiendo una probable alteración.



## 28.7- Proporciona la seguridad de infraestructura en la familia

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	0	0%
e) Hijos	0	0%
e) Hermanos	3	100%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)No aplica	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

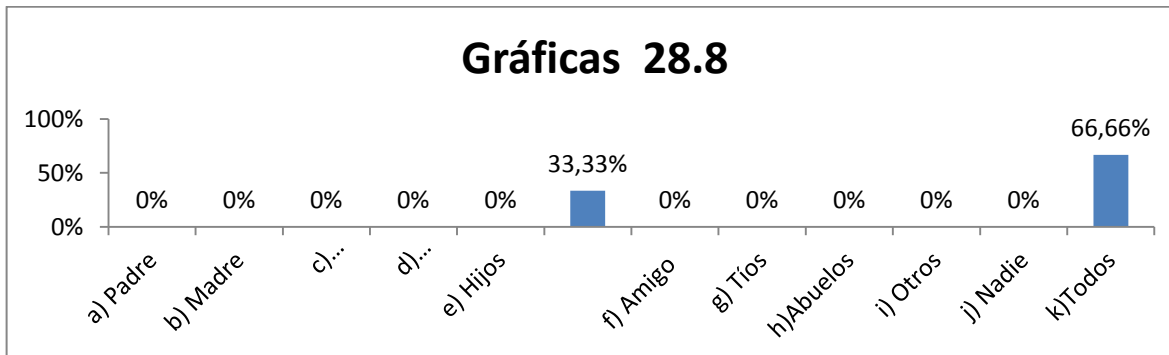
## INTERPRETACIÓN

La seguridad de infraestructura se encuentra a cargo de los hermanos al ser estos los administradores de los ingresos económicos, esto podría ser el resultado de esta responsabilidad atribuida por parte de este subsistema familiar.

## 28.8 Colabora en las actividades de la casa

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	0	0%
e) Hijos	0	0%
e) Hermanos	1	33.33%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)Todos	2	66.66%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



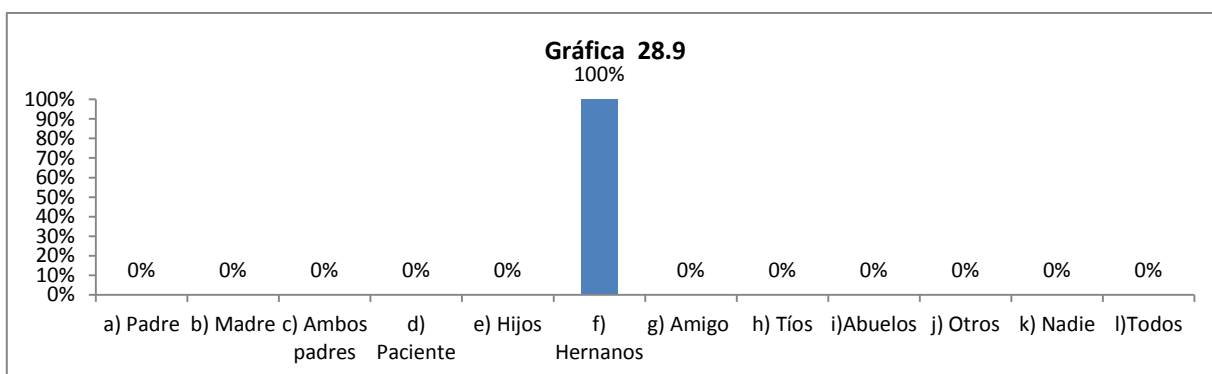
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

Todos es la respuestas que fue seleccionada por parte de los pacientes entrevistados, lo cual podria indicar que existe una division del trabajo de casa de manera interna dentro de las actividades del hogar, siendo probablemente este un indicador de equidad de labores dentro de las familias, o bien una forma de apoyo o acuerdo.

## 28.9- Se preocupa por su bienestar emocional

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	0	0%
e) Hijos	0	0%
e) Hermanos	3	100%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)Todos	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

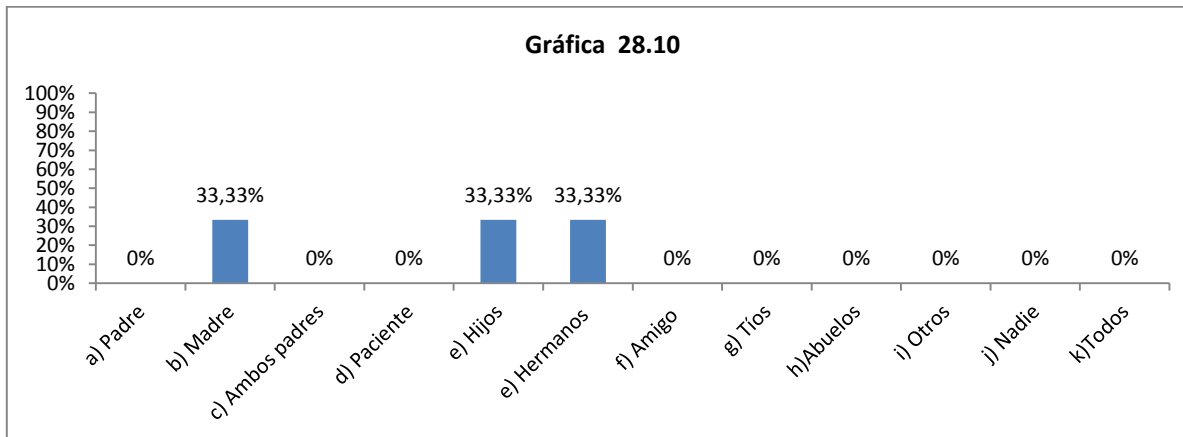
## INTERPRETACIÓN

Los pacientes identifican que sus hermanos son las personas que se encuentran al pendiente de su bienestar emocional, siendo éstos probables personas con las que los pacientes se sientan apoyados y aceptados. Esta información de manera indirecta establece que, tanto la madre como la esposa de uno de los pacientes es probable que se encuentren excluidas por los pacientes.

## 28.10- Proporciona alimentos

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	1	33.33%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	0	0%
e) Hijos	1	33.33%
e) Hermanos	1	33.3%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)Todos	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

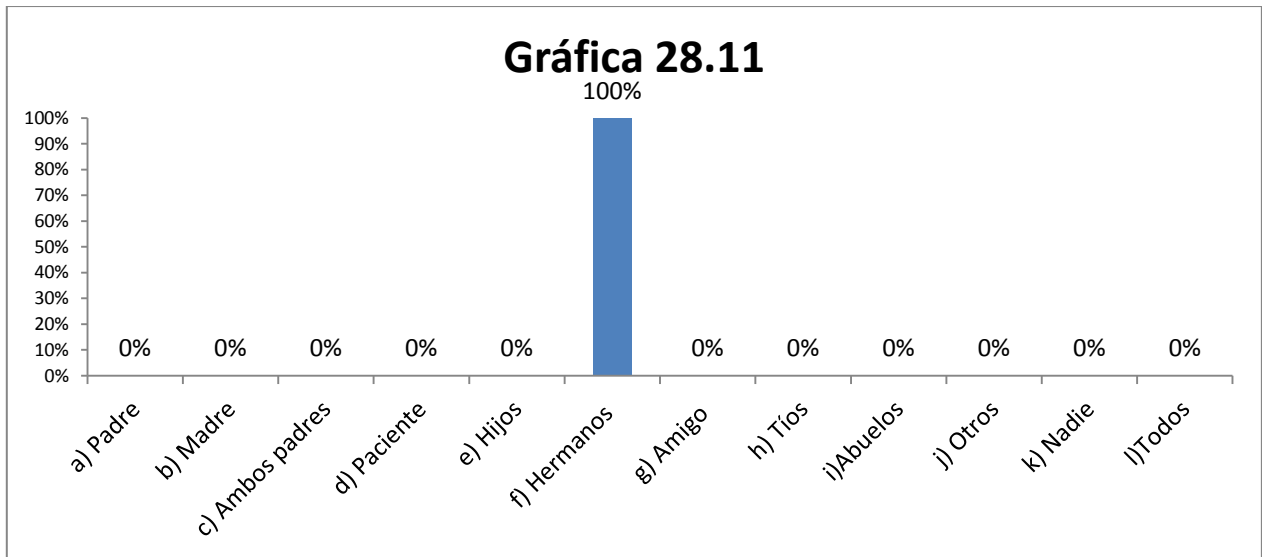
## INTERPRETACIÓN

Respecto a la familia donde la madre es la persona que proporciona los alimentos podría ser una acción del rol tradicional maternal. Sin embargo, en los casos donde los hijos u hermanos de los pacientes cubren esta necesidad se podría identificar un cambio de roles entre los subsistemas de padres e hijos.

28.1- Es responsable de los pagos de servicios básicos

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	0	0%
e) Hijos	0	0%
e) Hermanos	3	100%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)Todos	0	0%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>

NOTA: La gráfica 28.11 y su interpretación se encuentran en la pag. 162.



Fuente: Encuesta directa 2013

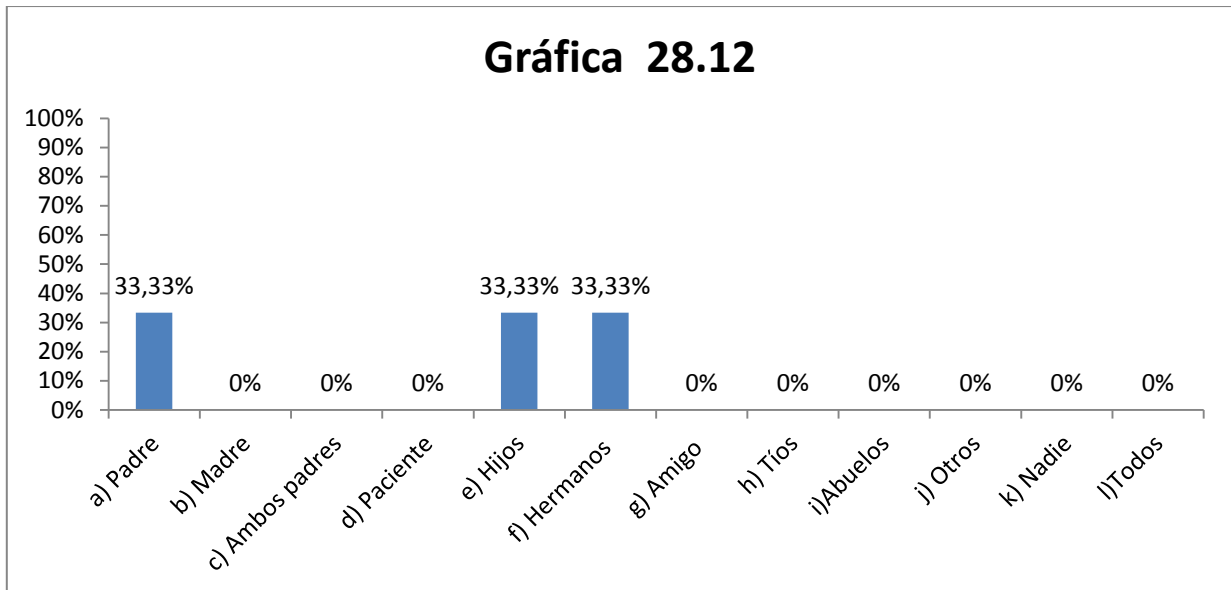
## INTERPRETACIÓN

En esta gráfica se identifica que el rol de los hijos dentro de las familias entrevistadas se encuentran a cargo de cubrir con las necesidades básicas de manera económica, por lo cual esto podría ser un factor que de manera inconsciente consideren que les brinda autoridad dentro de la dinámica familiar y en la toma de decisiones de la misma. Es importante mencionar que dentro de la dinámica familiar, el contar con el poder económico y/o sexual genera derecho, autoridad y disciplina, por lo tanto el rol de hermanos ejercen estas normas en sus hogares existiendo una alteración jerárquica.

28.12- Establece los límites

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	1	33.33%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	0	0%
d) Paciente	0	0%
e) Hijos	1	33.33%
e) Hermanos	1	33.33%
f) Amigo	0	0%
g) Tíos	0	0%
h)Abuelos	0	0%
i) Otros	0	0%
j) Nadie	0	0%
k)Todos	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones. La gráfica 28.12 y su interpretación se encuentran en la pag. 164.



Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

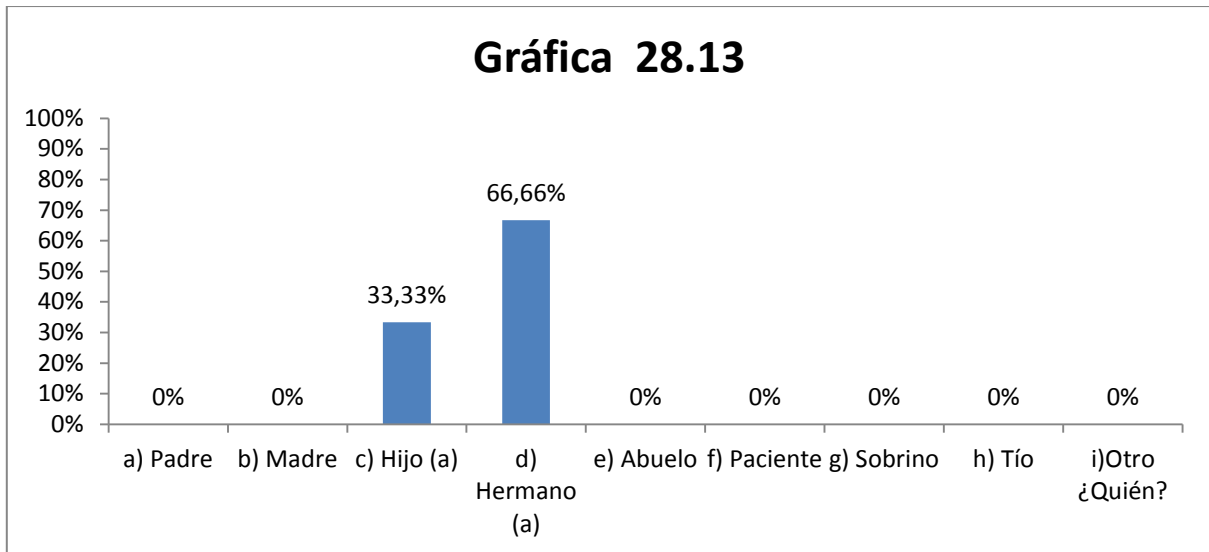
Los límites de acuerdo al orden jerárquico se deben ejercer por los padres como fue seleccionado por uno de los entrevistados mientras que en las familias donde se establecen los límites por parte de los hijos u hermanos es probable que exista una alteración en las funciones de los subsistemas de acuerdo a esta teoría. Por lo cual genera un desequilibrio en la dinámica familiar de sus hogares.



28.13- Aclara los malos entendidos

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Hijo (a)	1	33.33%
d) Hermano (a)	2	66.66%
e) Abuelo	0	0%
f) Paciente	0	0%
g) Sobrino	0	0%
h) Tío	0	0%
i)Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.La gráfica 28.13 y su interpretación se encuentran el la pag. 166.



Fuente: Encuesta directa 2013

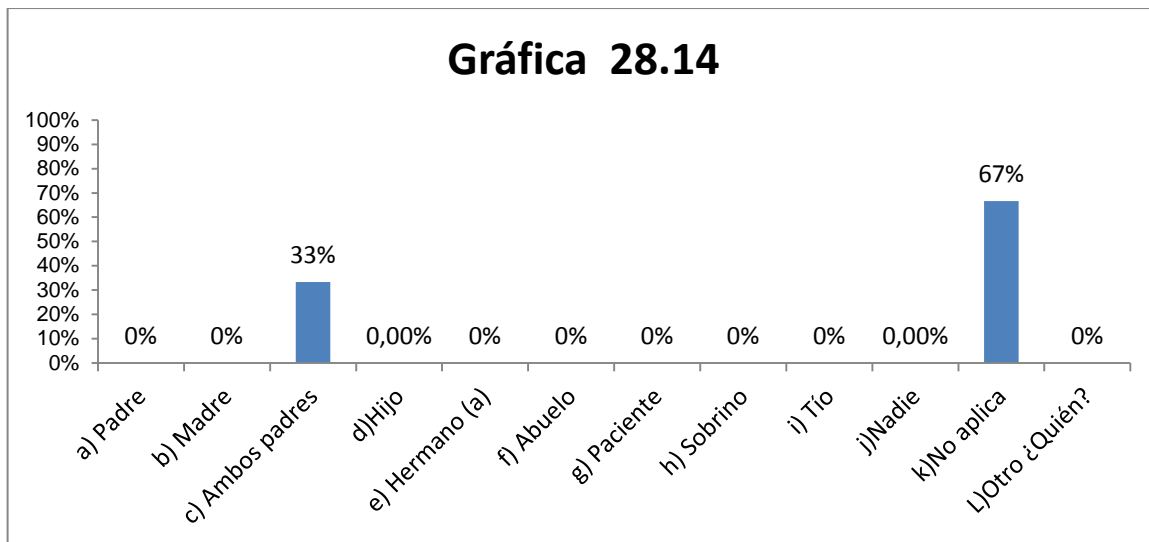
## INTERPRETACIÓN

El aclarar los malos entendidos será uno de los aspectos que podría beneficiar la comunicación dentro del ambiente familiar. Siendo esta actividad realizada por los hermanos de los pacientes, es probablemente otra característica particular de la fuerza con la que este holón se encuentra dentro de las familias de los investigados. Es importante mencionar que para esta actividad de manera inconsciente los padres y la pareja no son considerados como partícipes de la misma, por lo cual existe una exclusión de los hermanos hacia estos integrantes de la familia.

## 28.14- Juega con sus hijos

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	1	33.33%
d)Hijo	0	0%
e) Hermano (a)	0	0%
f) Abuelo	0	0%
g) Paciente	0	0%
h) Sobrino	0	0%
i) Tío	0	0%
j)Nadie	0	0%
k)No aplica	2	66.66%
L)Otro ¿Quién?	0	0%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>99.99=100%</b>

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones. La gráfica 28.14 y su interpretación se encuentran en la pag. 168.



Fuente: Encuesta directa 2013

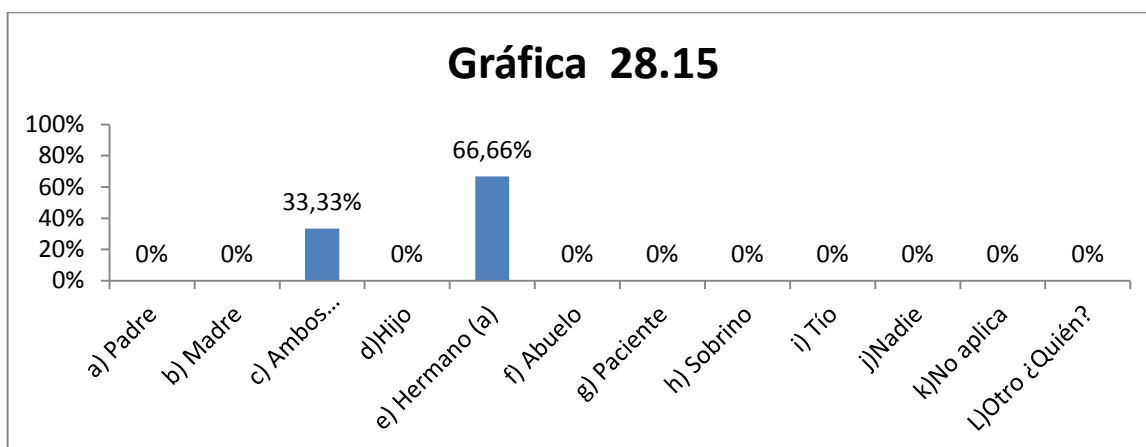
## INTERPRETACIÓN

La respuesta con mayor porcentaje es por que la mayoría de los pacientes entrevistados no son padres, sin embargo, en el caso donde la persona entrevistada ya es progenitor considera que ambos padres juegan con el menor, lo cual podría favorecer una relación con estrecha comunicación.

## 28.15- Establece las recompensas

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	1	33.33%
d)Hijo	0	0%
e) Hermano (a)	2	66.66%
f) Abuelo	0	0%
g) Paciente	0	0%
h) Sobrino	0	0%
i) Tío	0	0%
j)Nadie	0	0%
k)No aplica	0	0%
L)Otro ¿Quién?	0	0%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>99.99=100%</b>

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

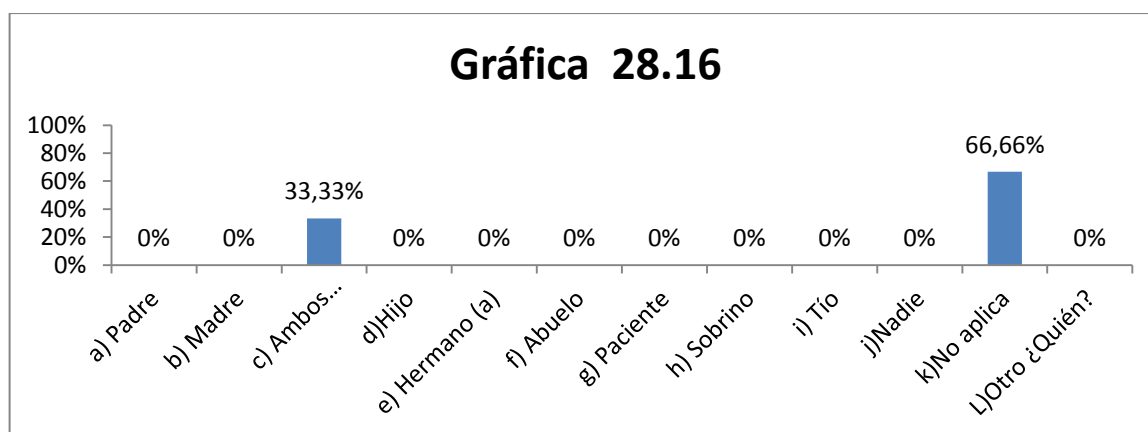
### INTERPRETACIÓN:

El establecer las recompensas dentro de la familia seria una actividad realizada por los padres de acuerdo al orden jerárquico, sin embargo, en la mayoría de las familias de los entrevistados, esto es ejecutado por los hijos es decir los hermanos de los pacientes. Confirmando nuevamente que son familias que presentan una alteracion jerárquica.

## 28.16- Platica con sus hijos

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	1	33.33%
d)Hijo	0	0%
e) Hermano (a)	0	0%
f) Abuelo	0	0%
g) Paciente	0	0%
h) Sobrino	0	0%
i) Tío	0	0%
j)Nadie	0	0%
k)No aplica	2	66.66%
L)Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	99.999=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

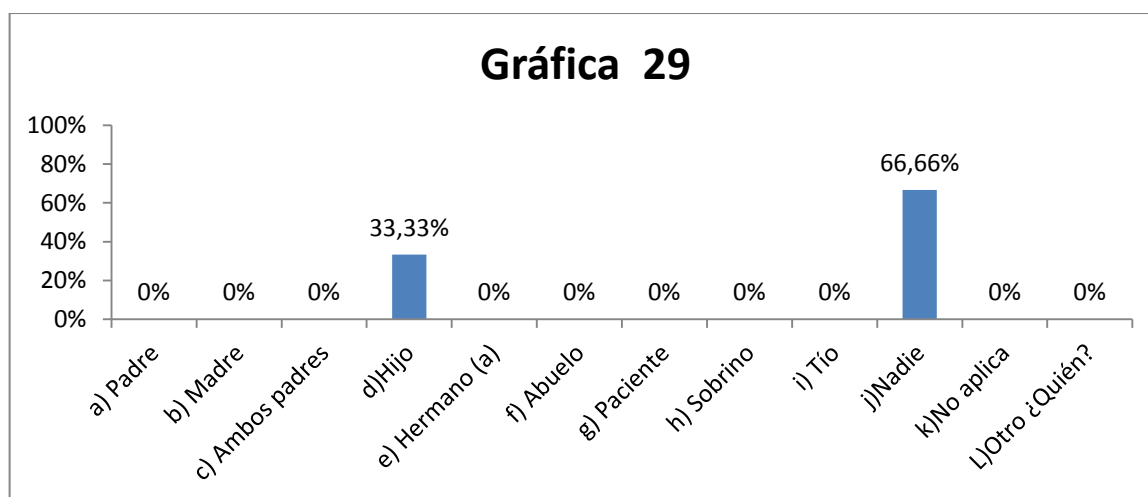
## INTERPRETACIÓN

Al existir una comucación con los hijos de los pacientes, ésto podria ser un pulsor de vida dentro de la familia del paciente. Mientras que la gráfica nos indica que este podría ser un factor favorable para el proceso al que se encuentra el entrevistado.

## 29- Dentro de su familia. ¿Quién asiste a la escuela?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
A )Padre	0	0%
b) Madre	0	0%
c) Ambos padres	0	0%
d)Hijo	1	33.33%
e) Hermano (a)	0	0%
f) Abuelo	0	0%
g) Paciente	0	0%
h) Sobrino	0	0%
i) Tío	0	0%
j)Nadie	2	66.66%
k)No aplica	0	0%
L)Otro ¿Quién?	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

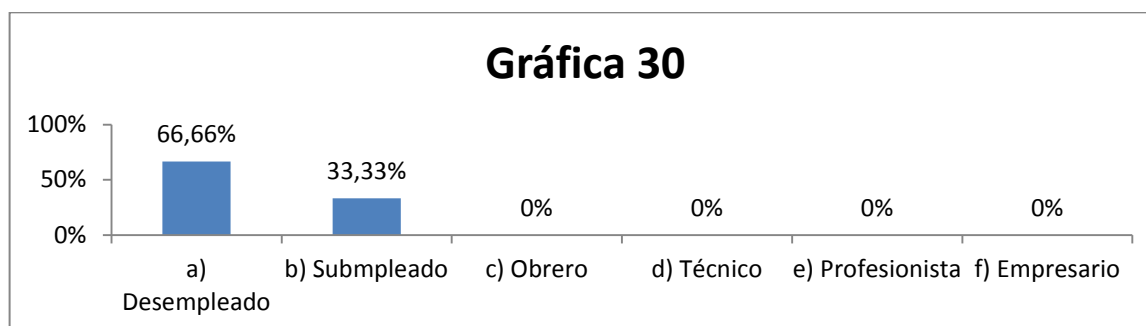
Los hijos son los integrantes de esta familia que se encuentran dentro de un sistema educativo, por lo cual se podría mencionar que ninguno de los pacientes entrevistados se encuentran un proceso de formación académica hasta hoy.

## REPRESENTACIÓN GRÁFICA ASPECTO ECONÓMICO

30- Actualmente, ¿cuál es su ocupación?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Desempleado	2	66.66%
b) Subempleado	1	33.33%.
c) Obrero	0	0%
d) Técnico	0	0%
e) Profesionista	0	0%
f) Empresario	0	0%
Total	3	100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

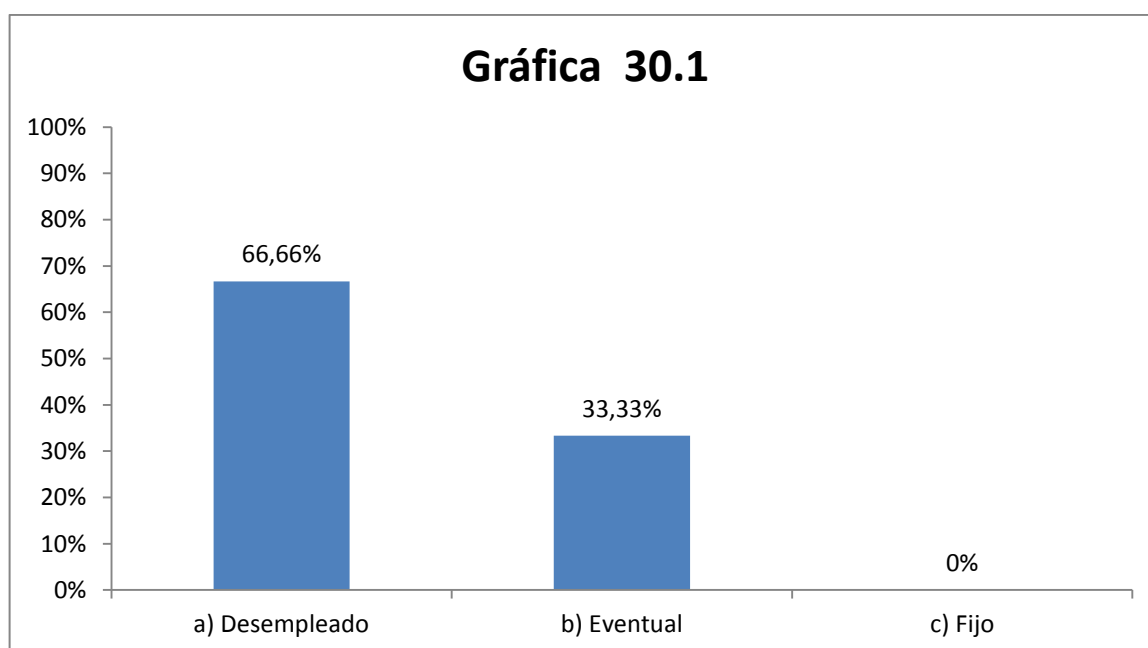
El ser desempleado genera en la persona que no cuente con un ingreso económico y lo vuelve dependiente de sus familiares para cubrir sus necesidades básicas como alimentación, vivienda y salud entre otras. Al ser la Insuficiencia Renal una enfermedad que genera gran desgaste físico, y los tratamientos sustitutivos demandan mucho tiempo, por lo cual la mayoría de las personas que padecen de esta enfermedad no cuentan con la capacidad para ejercer un trabajo formal o con horarios establecidos. La actividad productiva a causa de la enfermedad baja la energía y produce repercusiones físicas, emocionales, familiares y sociales que modifican de manera significativa al paciente.



### 30.1- Tipo de trabajo

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Desempleado	2	66.66%
b) Eventual	1	33.33%
c) Fijo	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente Encuesta directa 2013

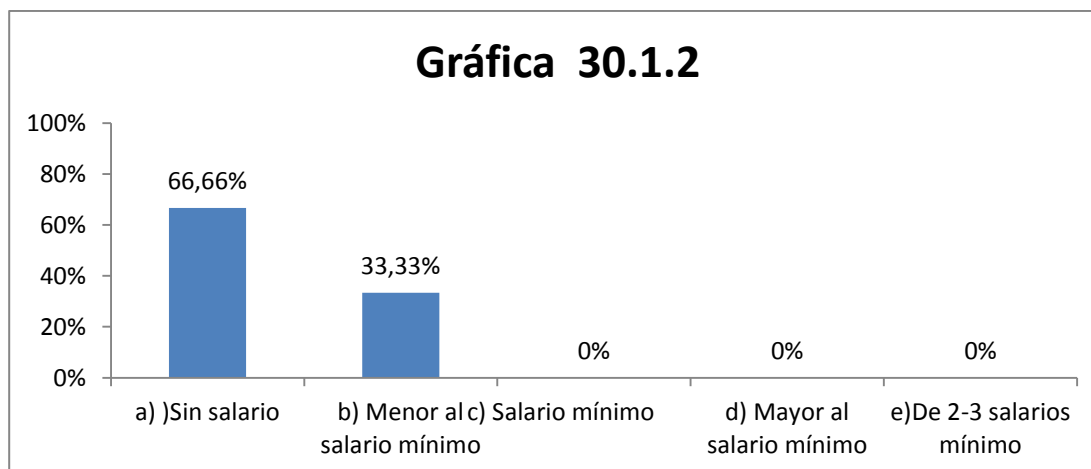
### INTERPRETACIÓN

El trabajo al ser eventual o con interrupciones no le brinda una estabilidad al paciente sobre las prestaciones de seguridad social con las que atiende su enfermedad, pero a la vez en este caso existe una necesidad latente al recibir por parte de las prestaciones de ley en el IMSS el tratamiento sustitutivo. Como se observa la mayoría son desempleados por lo cual no cuentan con IMSS O ISSSTE, existiendo una pérdida de la independencia laboral y por lo tanto una dependencia económica presentando una modificación de su autorrealización como individuos.

### 30.1.2- ¿cuál es su salario?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) )Sin salario	2	66.66%
b) Menor al salario mínimo	1	33.33%
c) Salario mínimo	0	0%
d) Mayor al salario mínimo	0	0%
e)De 2-3 salarios mínimo	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



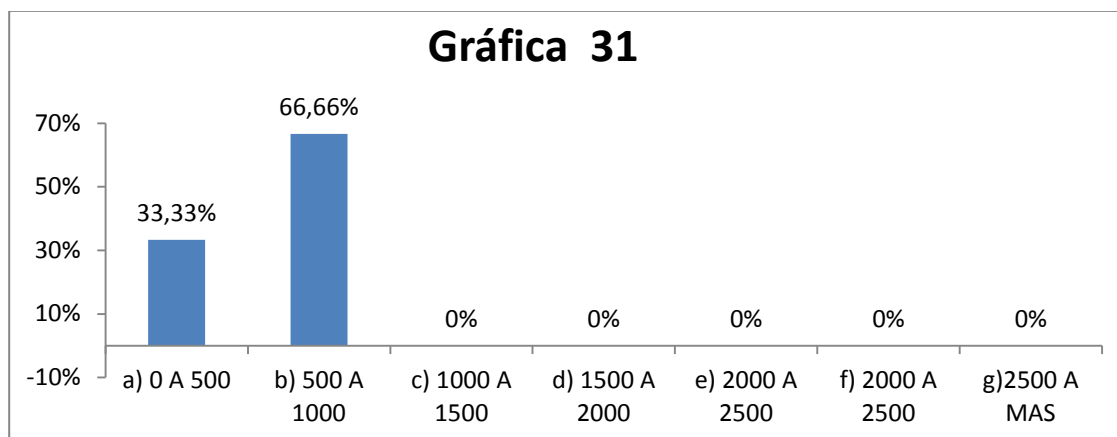
Fuente Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

En el aspecto de salud al no contar con un ingreso económico, es probable que limite a los pacientes para comprar el medicamento, la realización de estudios médicos, la práctica de procesos sustitutos y todo esto podría amenazar la salud de los entrevistados y su proceso de trasplante. Al ser personas económicamente dependientes puede llevar como consecuencia la necesidad de no contar con los recursos para cubrir sus necesidades básicas o bien aspectos como recreación en los pacientes.

### 31 – Alimentación

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) \$ 0 A 500	1	33.33%
b) \$500 A 1000	2	66.66%
c) \$1000 A 1500	0	0%
d) \$1500 A 2000	0	0%
e) \$2000 A 2500	0	0%
f) \$2000 A 2500	0	0%
g) \$2500 A MAS	0	0%
Total	3	99.99=100%



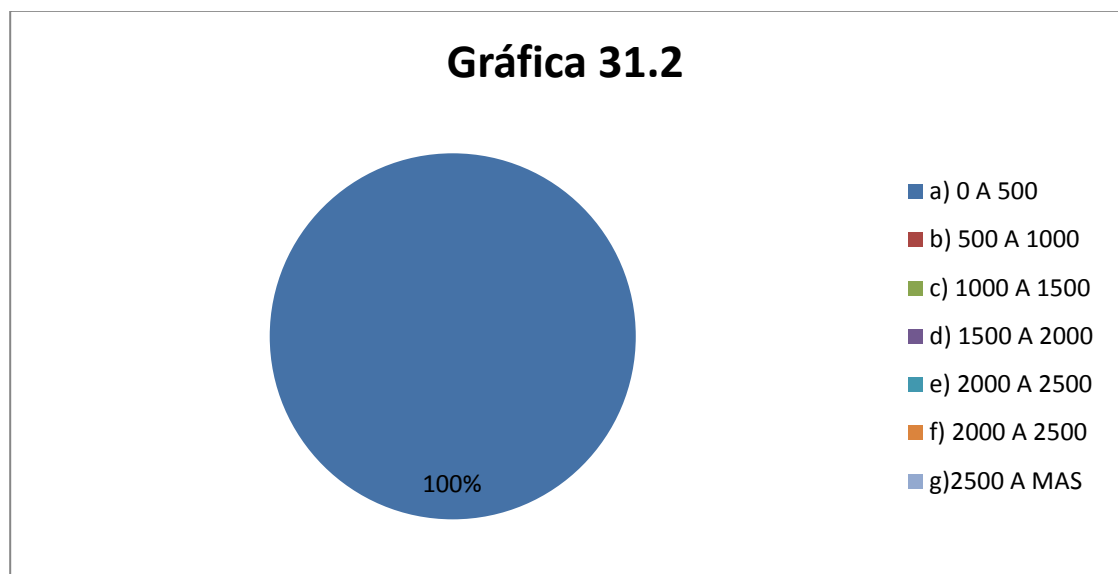
Fuente Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

Los pacientes con IRC necesitan llevar una dieta alimentaria rígida para mantener el estado físico por lo cual es probable que aumente el gasto de alimentación familiar. Si bien los ingresos no son estables en el paciente como se menciona en la gráfica 48, y los egresos familiares son en el rango de \$500 a \$1000 pesos, esto podrá ser un factor que influya en el cumplimiento establecido por el área de nutrición durante la atención de la IRC.

### 31.2-Renta o predial

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)\$0 A 500	3	100%
b) \$500 A 1000	0	0%
c) \$1000 A 1500	0	0%
d) \$1500 A 2000	0	0%
e) \$2000 A 2500	0	0%
f) \$2000 A 2500	0	0%
g) \$2500 A MAS	0	0%
Total	3	100%



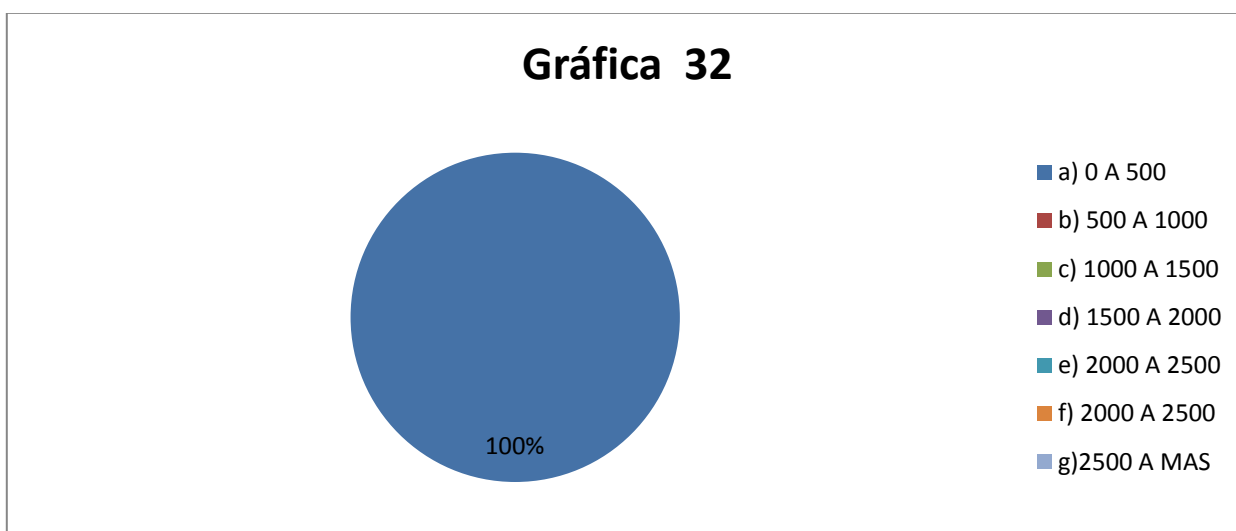
Fuente Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

Las personas entrevistadas no presentan un egreso mayor en la vivienda, pero no cuentan tampoco con una seguridad de la misma ya que dos de las personas se encuentran viviendo con familiares, es decir no cuentan con casa propia y a la otra persona le prestan la casa, por lo cual existe la posibilidad de perder la vivienda en cualquier momento.

## 32 –Agua

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) \$0 A 500	3	100%
b) \$500 A 1000	0	0%
c) \$1000 A 1500	0	0%
d) \$1500 A 2000	0	0%
e) \$2000 A 2500	0	0%
f) \$2000 A 2500	0	0%
g) \$2500 A MAS	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

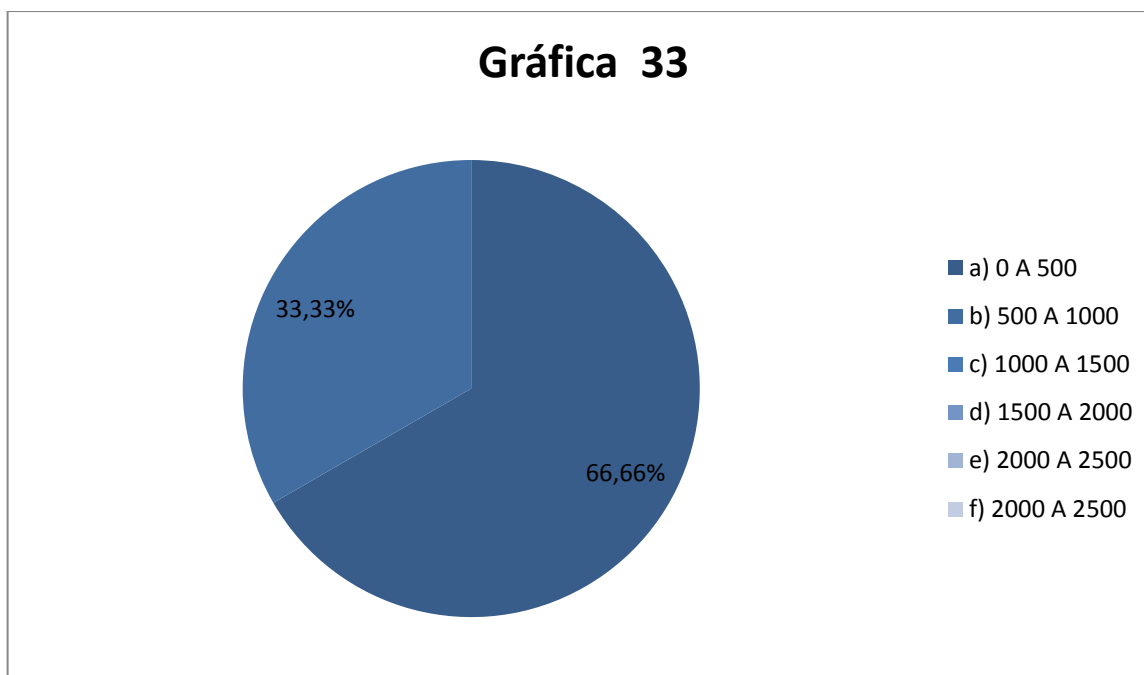
## INTERPRETACIÓN

El agua es uno de los servicios básicos para la vida de todo ser vivo, si el egreso del pago de este servicio corresponde en un 100% al menor de \$500 pesos corresponde al ser todos los entrevistados habitantes de la misma cd. mostrando que éste es un gasto constante y necesario en la mayoría de los hogares.

### 33-Luz

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) \$0 A 500	2	66.66%
b) \$500 A 1000	1	33.33%
c) \$1000 A 1500	0	0%
d) \$1500 A 2000	0	0%
e) \$2000 A 2500	0	0%
f) \$2000 A 2500	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



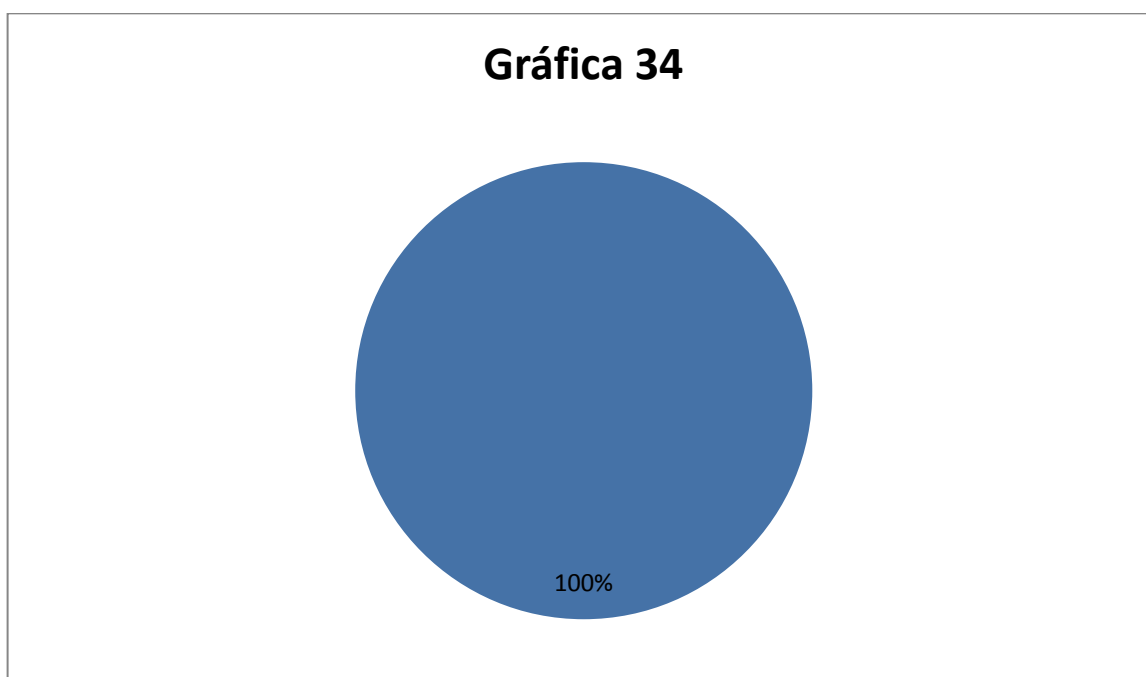
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

Este servicio es indispensable para que se realice el tratamiento de diálisis en los hogares de los pacientes, por lo cual podría ser un obstáculo para la realización de este proceso si no se cuenta con luz eléctrica en el hogar.

### 34- Combustible

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) \$0 A 500	3	100%
b) \$500 A 1000	0	0%
c) \$1000 A 1500	0	0%
d) \$1500 A 2000	0	0%
e) \$2000 A 2500	0	0%
f) \$2000 A 2500	0	0%
Total	3	100%



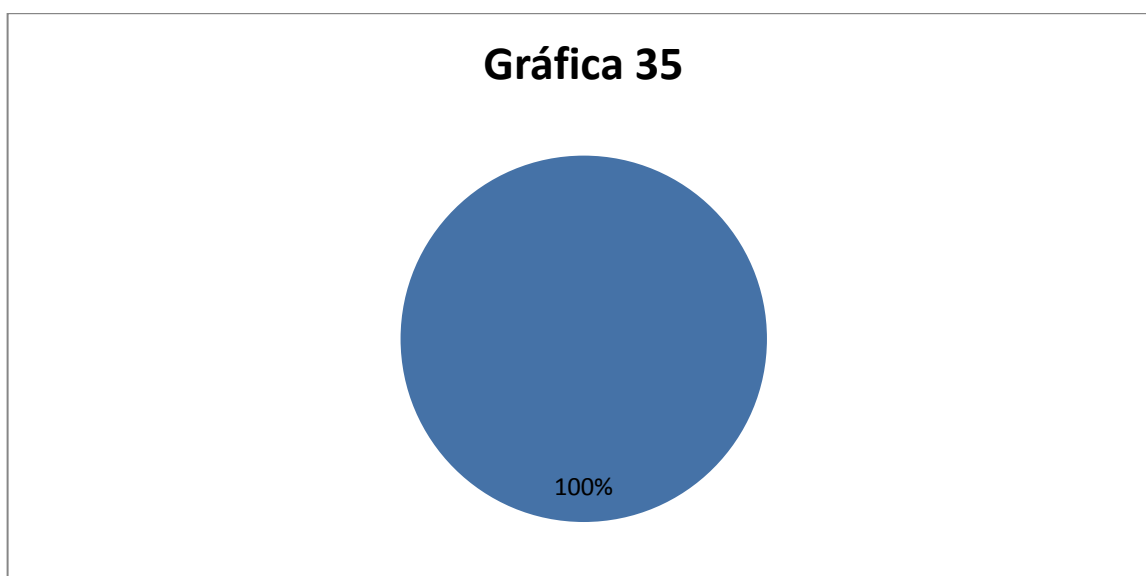
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

Al mencionar con un 100% de los entrevistados un egreso en el combustible, podría indicarnos que todos los paciente cuentan con el apoyo de servicio automovilístico el cual podría ser un factor facilitador para el desarrollo del protocolo de estudio pre-trasplante.

### 35-Transporte

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) \$0 A 500	3	100%
b) \$500 A 1000	0	0%
c) \$1000 A 1500	0	0%
d) \$1500 A 2000	0	0%
e) \$2000 A 2500	0	0%
f) \$2000 A 2500	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

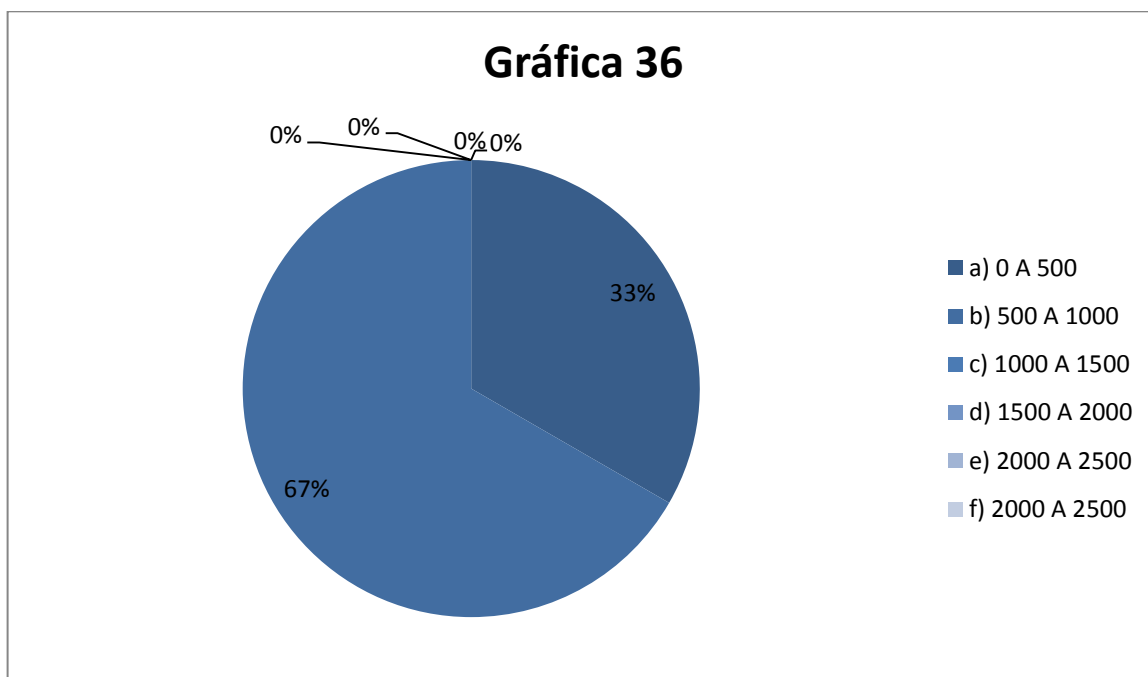
El transporte es una de las necesidades que se cubre de manera privada o pública pero para la asistencia al hospital durante el protocolo de estudio podrá ser fundamental para el paciente, siendo una actividad constante hacia los centros médicos.



### 36- Educación

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) \$0 A 500	1	33.33%
b) \$500 A 1000	2	66.66%
c) \$1000 A 1500	0	0%
d) \$1500 A 2000	0	0%
e) \$2000 A 2500	0	0%
f) \$2000 A 2500	0	0%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>99.99=100%</b>

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

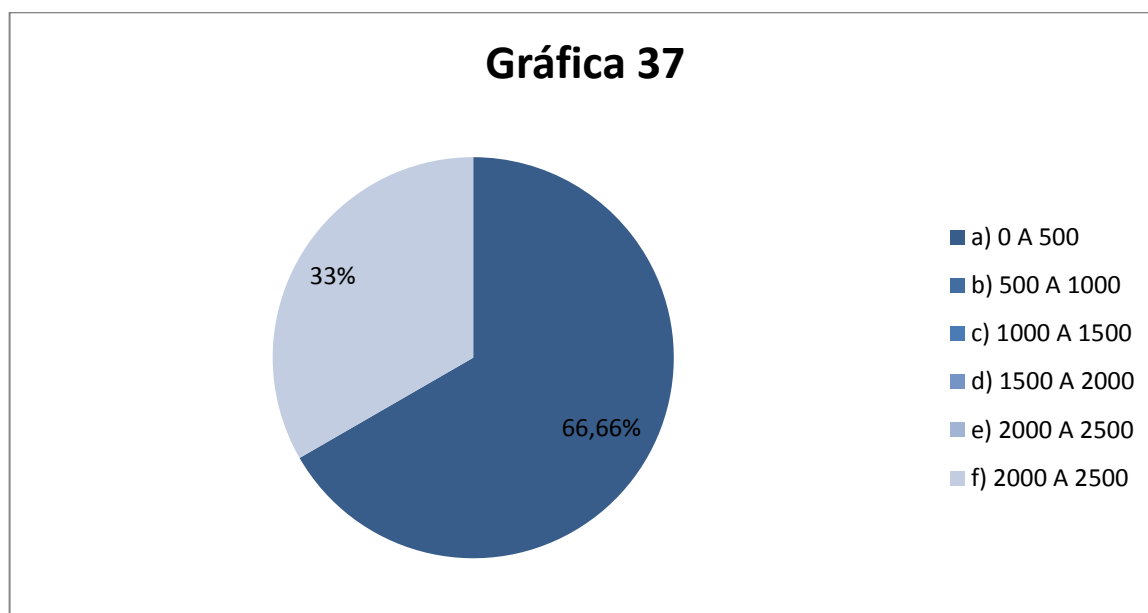
### INTERPRETACIÓN

En el aspecto de educación los pacientes entrevistados comentan que existen los gastos a partir de la familia extensa. Por lo cual es otra necesidad que probablemente se encuentre un egreso constante de las familias.

### 37- Teléfono

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) \$0 A 500	2	66.66%
b) \$500 A 1000	0	0%
c) \$1000 A 1500	0	0%
d) \$1500 A 2000	0	0%
e) \$2000 A 2500	0	0%
f) \$2000 A 2500	1	33,33%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

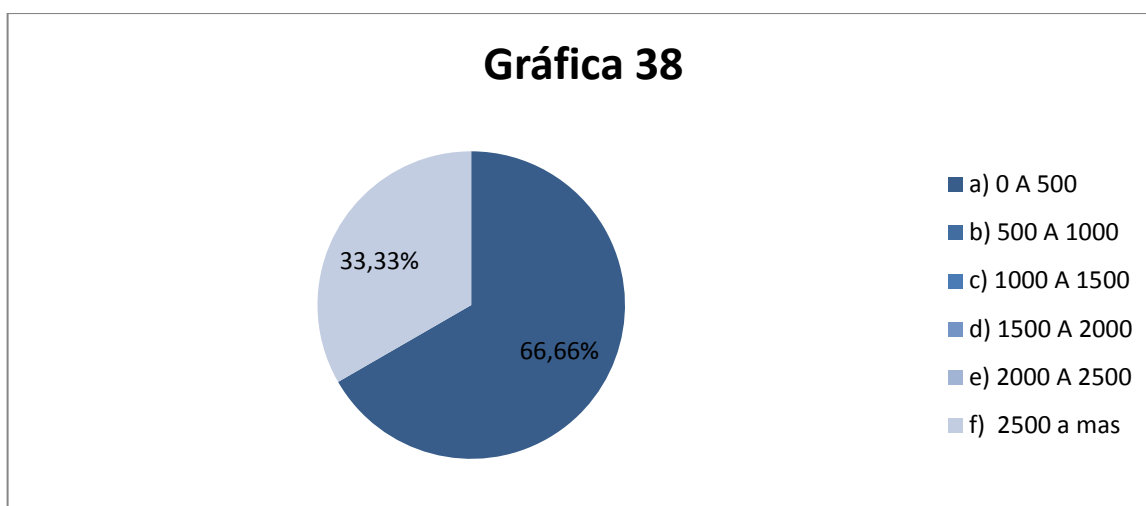
### INTERPRETACIÓN

En una de los casos el egreso economico es un factor elevevado para una constancia de pago mensual, sin embargo, en la mayoría de los casos es menor a \$500 pesos siendo esta cantidad que podría considerarse dentro de un rango más común dentro de las familias de esta localidad.

### 38- Consumos adicionales (medicamentos)

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) \$0 a 500	2	66.66%
b) \$500 A 1000	0	0%
c) \$1000 A 1500	0	0%
d) \$1500 A 2000	0	0%
e) \$2000 A 2500	0	0%
f) \$2500 a mas	1	33.33%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

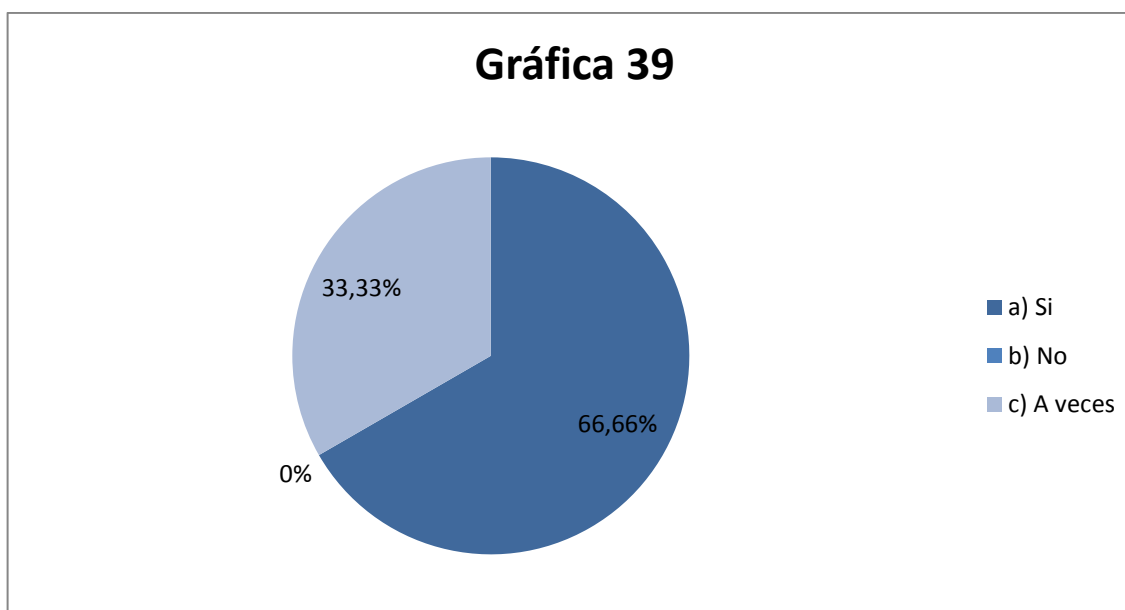
### INTERPRETACIÓN

La variación que existe entre los pacientes de acuerdo al egreso económico sobre el medicamento podría basarse en que el 66% que mencionan menor a \$500 pesos cuentan con seguridad social siendo notable la diferencia de egresos para atender esta necesidad de la persona entrevistada que no cuenta con este beneficio Institucional.

39. ¿Alguna vez se ha quedado sin medicamento por falta de dinero?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Si	2	66.66%
b) No	0	0%
c) A veces	1	33.33%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

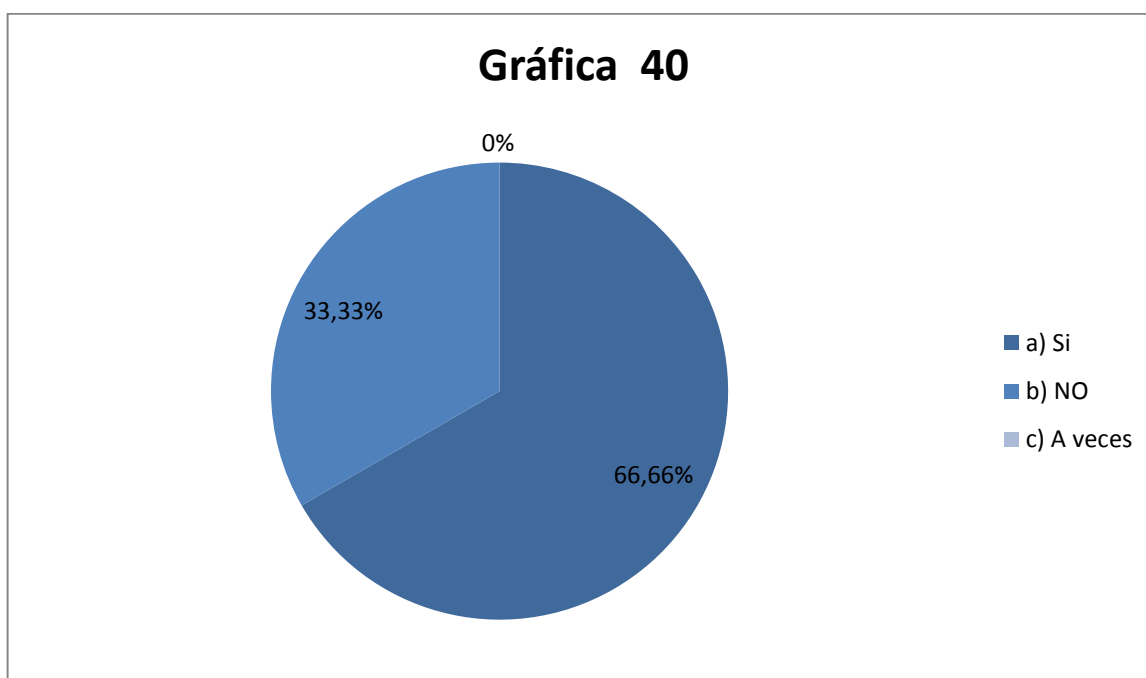
## INTERPRETACIÓN

La ausencia de medicamento en un paciente con IRC puede ser fatal desde la perspectiva clínica al modificar la salud que se tiene en ese momento, ésto podría tener repercusiones incluso para el trasplante, ya que si no se cuenta con las condiciones óptimas necesarias para la intervención quirúrgica ésta no se realizaría. Es importante mencionar que todos los entrevistados se han visto sin medicamento en su tratamiento de control, aunque esto se ha presentando en menor constancia entre ellos.

40.- ¿Alguna vez ha suspendido el tratamiento sustitutivo por falta de recurso?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Si	2	66.66%
b) NO	1	33.33%
c) A veces	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



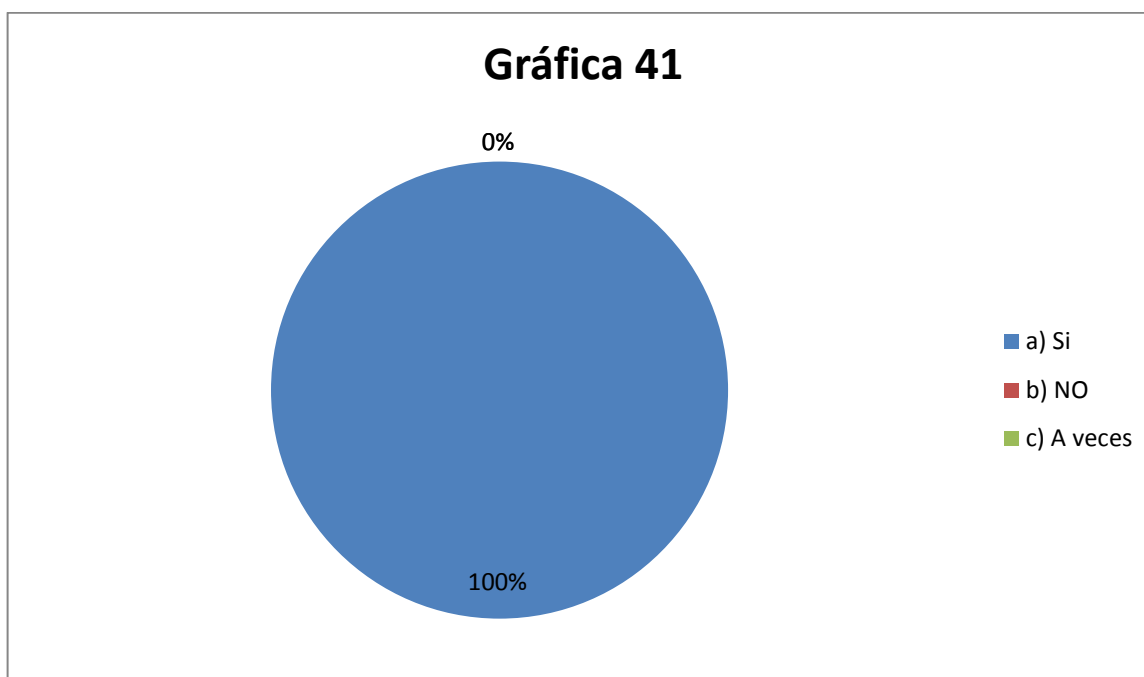
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

La mayoría de los entrevistados ha suspendido las sesiones de hemodiálisis o diálisis por falta de solvencia económica, por lo cual se podría identificar problemas financieros importantes dentro de las familias, afectando con ello directamente a la salud física del paciente.

41- ¿Alguna vez ha dejado de hacerse estudios por falta de recurso económico?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Si	3	100%
b) NO	0	0%
c) A veces	0	0%
Total	3	100%



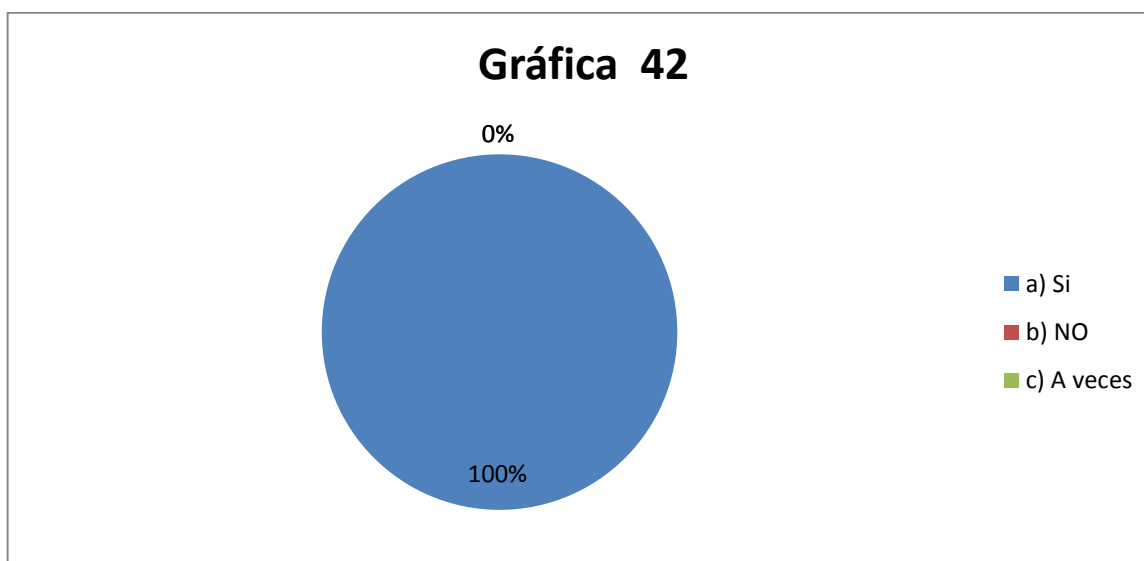
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

El no realizar los estudios clínicos es un factor que podría atrazar el protocolo de estudio, alargando así el tiempo para el trasplante y entrando a un ciclo de dependencia mayor del paciente a los tratamientos sustitutos, siendo éstas otras acciones que generan egresos económicos dentro de la dinámica familiar del paciente. Mientras, por otro lado podrían presentar alteraciones clínicas si no se atiende correctamente los tratamientos médicos.

42- ¿Ha conseguido préstamos para atender su enfermedad?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Si	3	100%
b) NO	0	0%
c) A veces	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

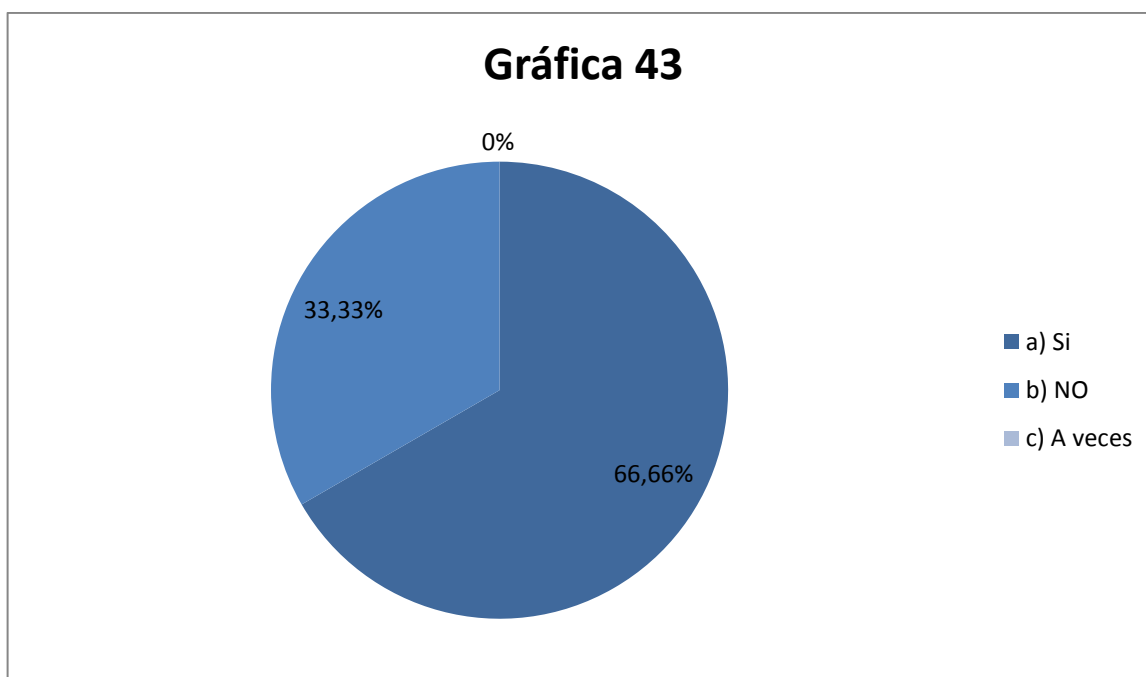
## INTERPRETACIÓN

Todos los entrevistados se han visto en la necesidad de conseguir préstamos económicos para poder continuar atendiendo su salud, lo cual podría indicar un desequilibrio económico familiar significativo y endeudamiento. Siendo estos posibles factores de stress para el paciente y sus familiares si estos estuviesen involucrados.

43- ¿Actualmente se encuentra endeudado?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Si	2	66.66%
b) NO	1	33.33%
c) A veces	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

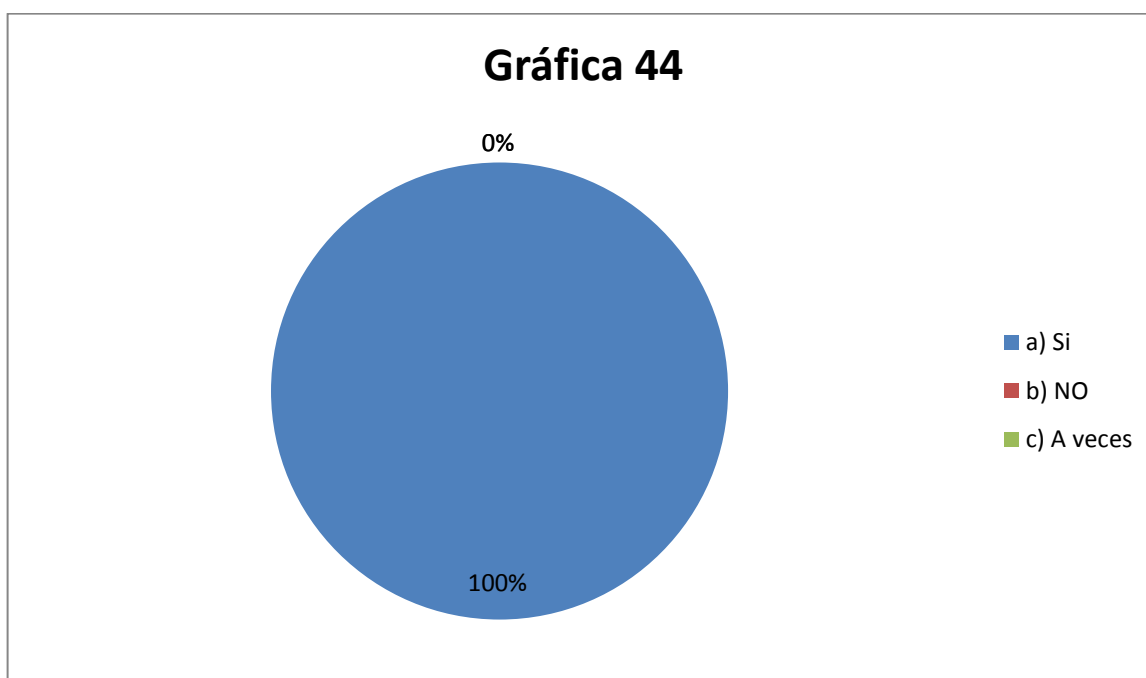
## INTERPRETACIÓN

La mayoría de los pacientes se encuentran endeudados económicamente presentando de mayores egresos en el aspecto de salud, ya que los pacientes con IRC son personas que podrán presentar mayores egresos al tener la necesidad de realizarse tratamientos sustitutivo para mantener el estado físico en el que se encuentran actualmente.



44- ¿Realiza actividades para obtener dinero extra?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Si	3	100%
b) No	0	0%
c) A veces	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

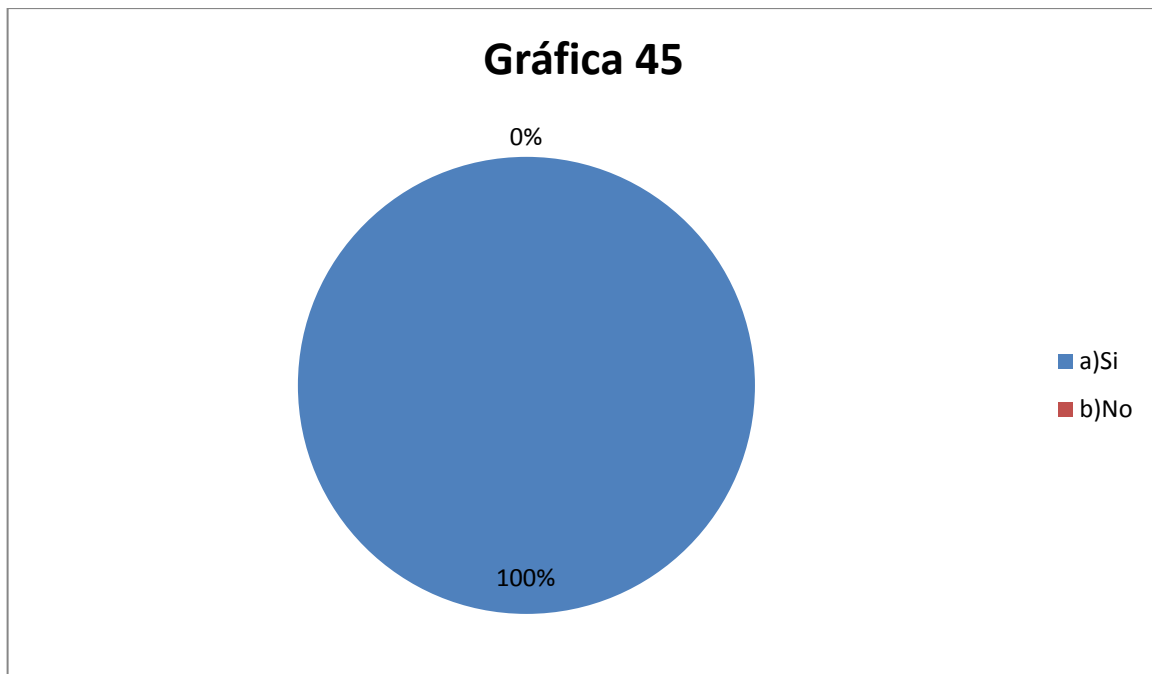
## INTERPRETACIÓN

Todos los pacientes investigados comentan que han realizado actividades extras para obtener ingresos económicos por otras aparte de su trabajo, lo cual podría establecer que existe una necesidad económica amplia para cubrir el proceso de salud-enfermedad que están enfrentando.

## PRESENTACIÓN GRÁFICA ASPECTO DE NECESIDADES BÁSICAS

45- ¿Cuenta con alguna dieta específica?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	3	100%
b)No	0	0%
Total	3	100%



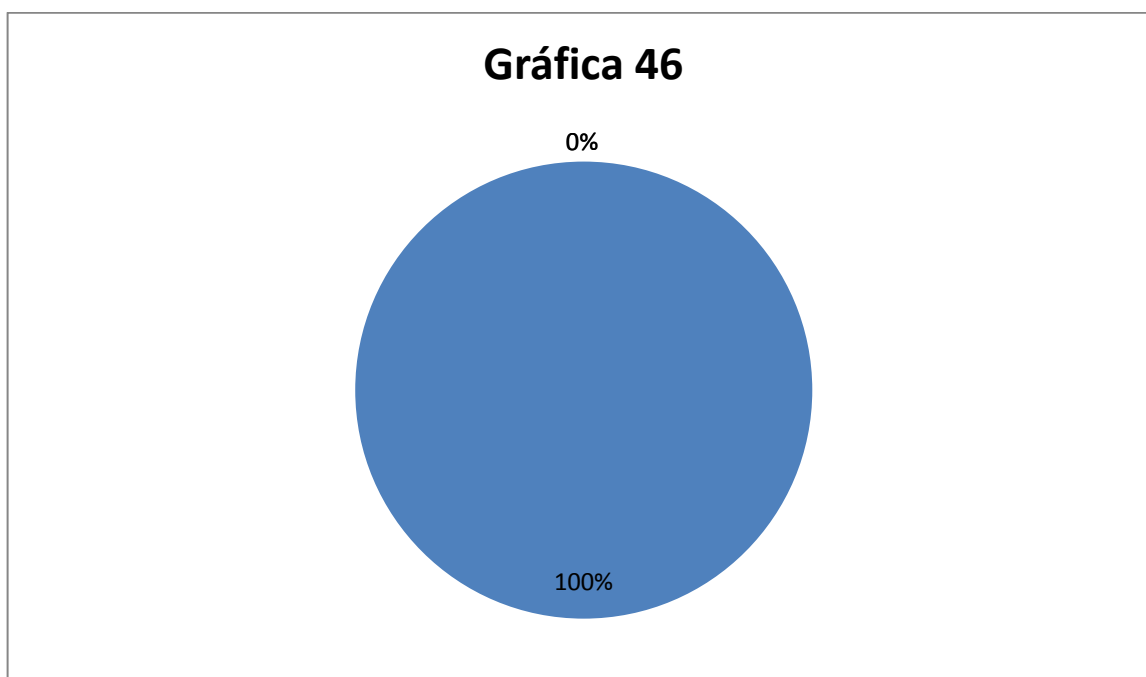
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

La gráfica muestra que los pacientes identifican que existe una dieta específica para el autocuidado cubriendo así el aspecto de la alimentación una de las necesidades básicas de la pirámide del desarrollo humano.

46- ¿Ha presentado problemas de respiración?

Concepto	F. Absoluto	A. Relativo
a) Si	0	0%
b) No	3	100%
c) Algunas veces	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

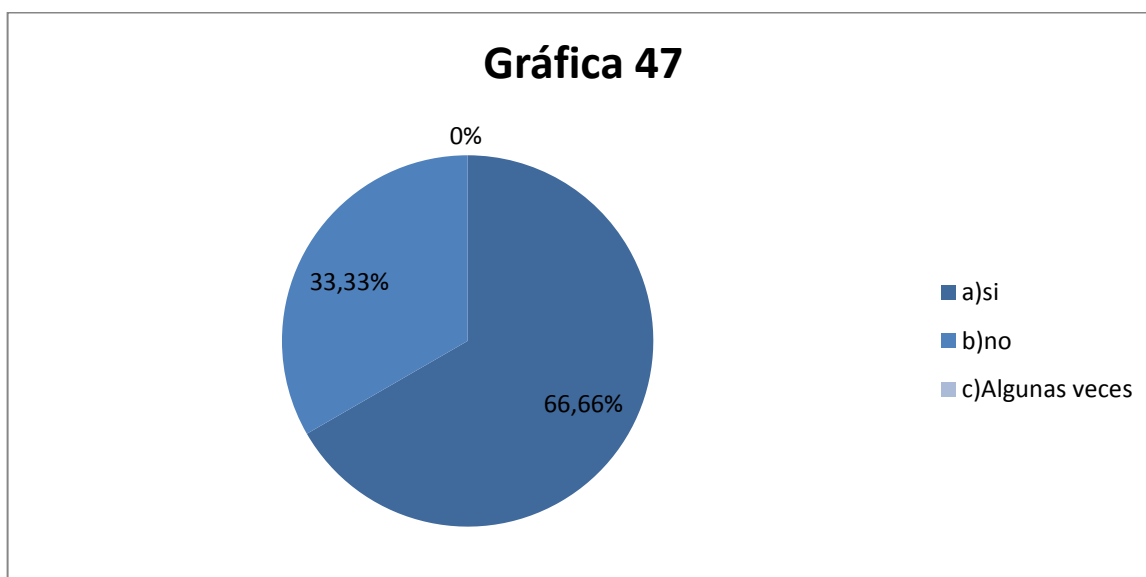
## INTERPRETACIÓN

Las personas con IRC presentan alteraciones fisiológicas y las complicaciones en el sistema respiratorio puede ser uno de ellos, sin embargo, este daño no se ha presentado en los pacientes entrevistados. Lo cual puede depender de diversos aspectos clínicos, siendo uno de ellos el autocuidado que establecen los pacientes para mantener su estado de salud.

47- ¿Ha presentado algún otro problema de salud a raíz de la IRC?

Concepto	F. Absoluto	A. Relativo
a) Si	2	66.66%
b) No	1	33.33%
c) Algunas veces	0	0%
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>99.99=100%</b>

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



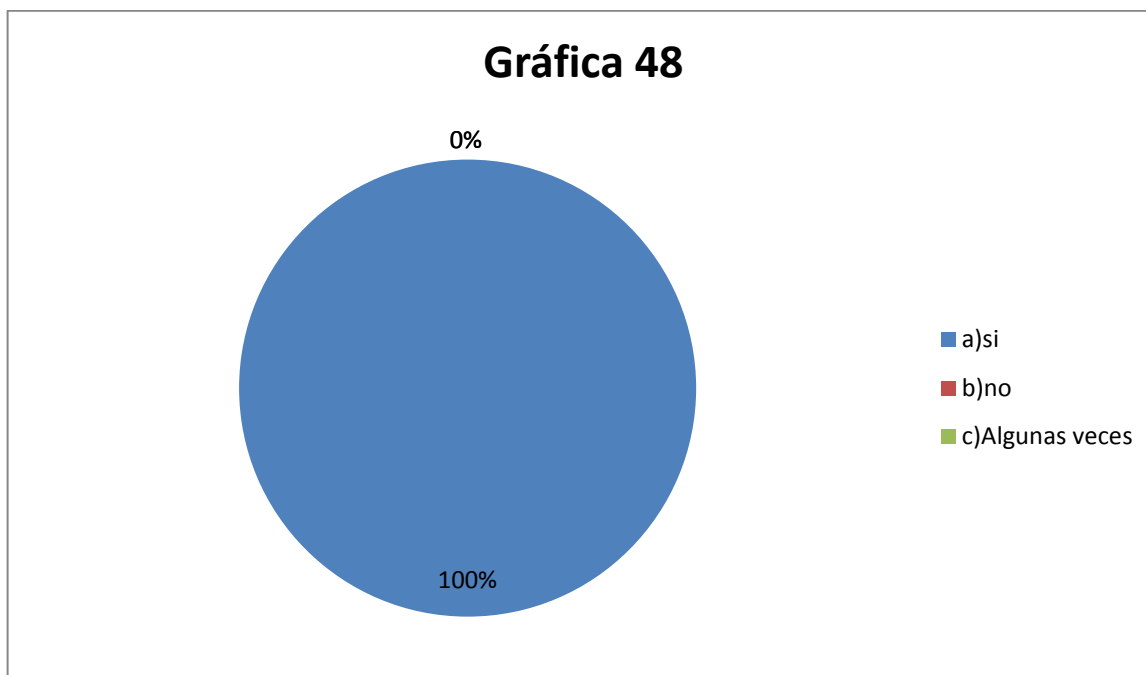
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

Al existir una enfermedad crónica como la IRC, esta podrá generar daños colaterales en otros órganos o sistemas del individuo, como es padecimientos cardiacos complicación su salud física. Esto se puede dar por factores personales como desatender su tratamiento o bien complicaciones clínicas por el desgaste físico siendo avances y consecuencias de la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de las personas investigadas han presentado estas complicaciones.

48- ¿Realiza descanso mayor a 7 horas?

Concepto	F. Absoluto	A. Relativo
a)Si	3	100%
b)No	0	0%
c)Algunas veces	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

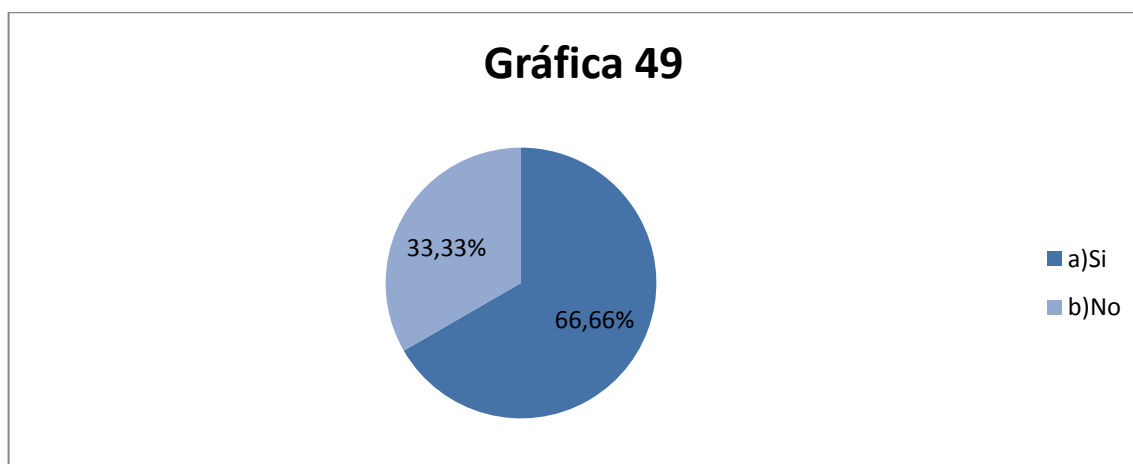
El descanso es una actividad fundamental para toda persona pero en caso de los pacientes entrevistados esto determina el guardar energías para realizar sus actividades cotidianas en el día, esta autoconciencia de cuidado se puede convertir de una necesidad o un hábito siendo una readaptación del paciente hacia sus actividades cotidianas.

## REPRESENTACIÓN GRÁFICA ASPECTO DE PROCESO DE TRASPLANTE

49- ¿Cuenta con IMSS?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	2	66.66%
b)No	1	33.33%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



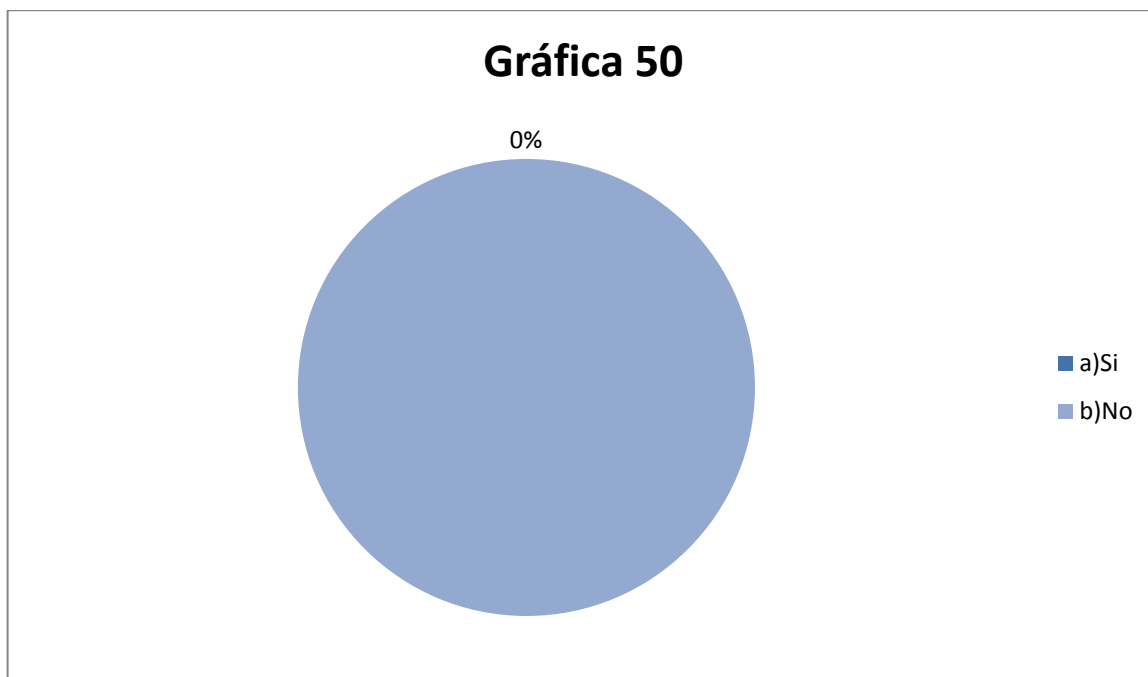
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

El IMSS es una Institución importante dentro de la atención médica de las personas con IRC porque éste les brinda las sesiones de hemodiálisis que necesitan o bien el material para realizarse la diálisis peritoneal beneficiando directamente a la mayoría de los pacientes, por lo cual si no se cuenta con este derecho se tienen que realizar este proceso de manera particular al ser ambos tratamientos sustitutivos costosos afectando directamente la economía de los entrevistados. El costo de manera particular de la hemodiálisis es de \$1,600 pesos por sesión, las cuales se deben realizar tres veces a la semana; mientras de diálisis es \$160 pesos por cambio de líquido cada 6 u 8 horas dependiendo del estado de salud de paciente, más el costo inicial de la colocación del catéter de manera particular podrá ser \$400 pesos.

### 50- ¿Cuenta con ISSSTE?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	3	100%
b)No	0	0%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

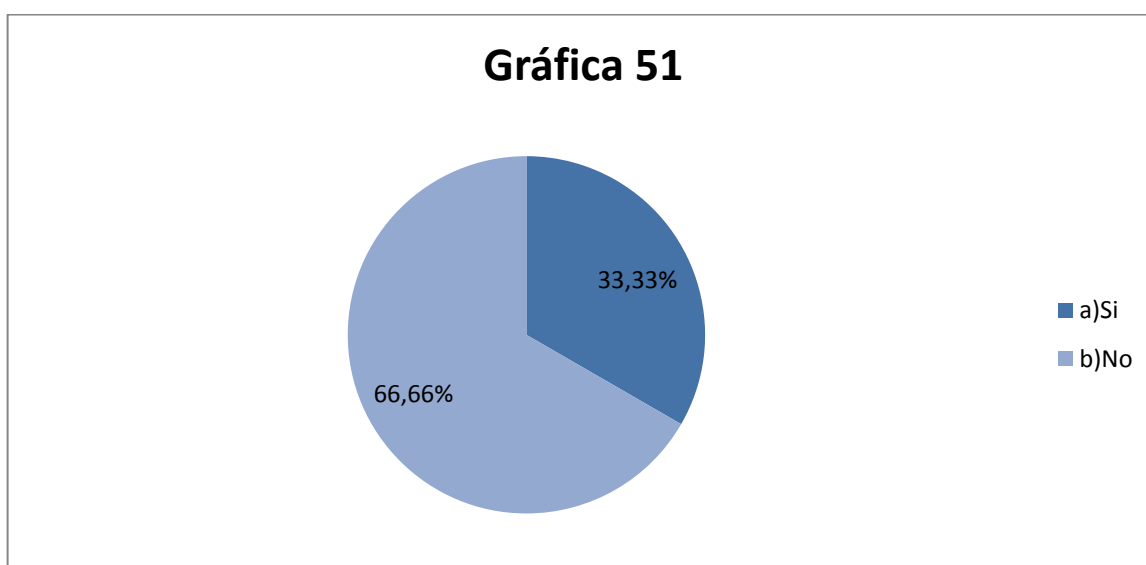
El ISSSTE localizado en la ciudad de Uruapan se cuenta con el servicio de diálisis pero éste no está en servicio de los derechohabientes, limitando a sus derechohabientes de estos tratamientos. Al no ser derechohabientes las personas entrevistadas nos indican que no existe la posibilidad de ingresar a una lista de espera de trasplante de esta Institución que se podrían realizar en otros estados.

## REPRESENTACIÓN GRÁFICA ASPECTO DE PROCESO DE TRASPLANTE

51- ¿Cuenta con seguro popular?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	1	33.33%
b)No	2	66.66%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

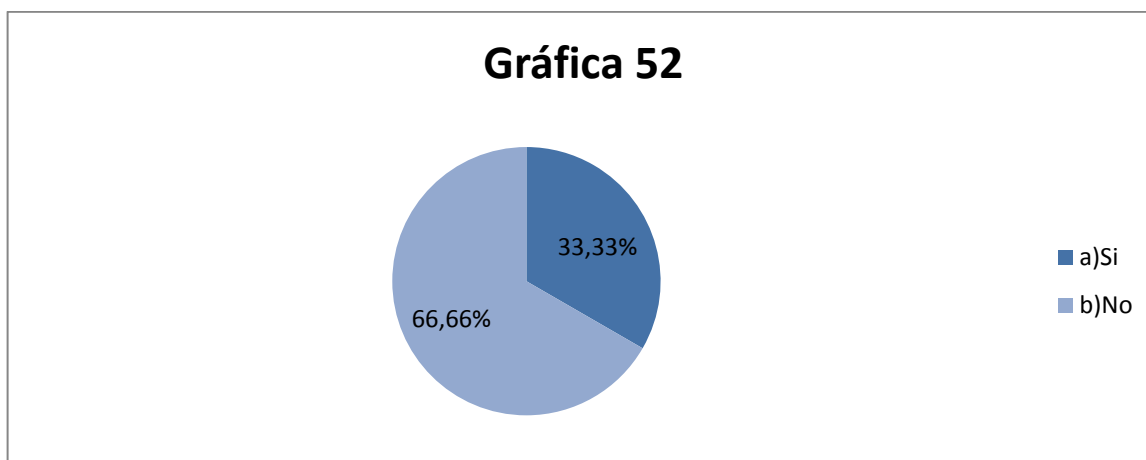
### INTERPRETACIÓN

Los beneficios con los que cuentan los pacientes al ser parte del programa del seguro popular son el que por ley se debe apoyar a las personas menores de edad en los gastos del proceso de trasplante, sin embargo, esta implementación legal no se ha cumplido por aspectos administrativos en la ciudad de Uruapan. Haciendo complicado posiblemente el seguimiento de quien depende de ello como paciente. Es importante mencionar que este programa fue diseñado para personas que no contaban con otra seguridad social pero en los casos investigados se encontraban registrados en ambos servicios.



52- Durante su protocolo de estudio ¿Apoyó su Institución de salud a la que es derechohabiente?

Concepto	F. Absoluto	A. Relativo
a)Si	1	33.33%
b)No	2	66.66%
c)Algunas veces	0	0%
Total	3	99.99=100%



Fuente: Encuesta directa 2013

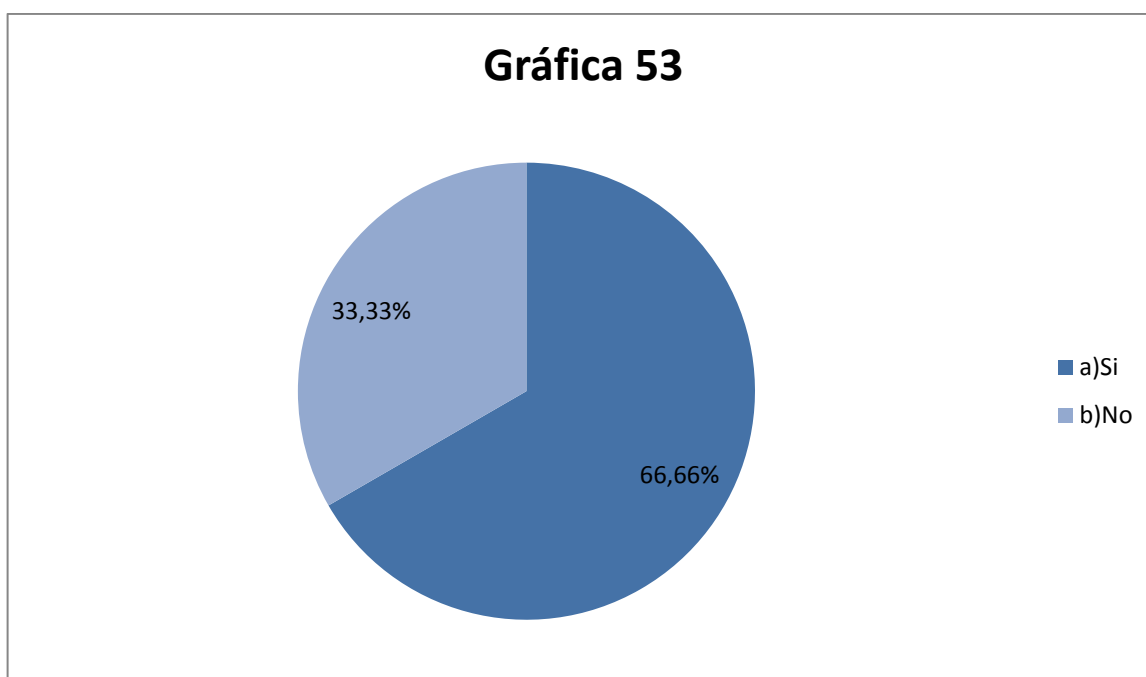
## INTERPRETACIÓN

El apoyo que les pueden brindar las Instituciones de seguridad social durante el trasplante puede ser desde la realización de estudios durante el protocolo de estudio, hasta el brindar el medicamento de inmunosupresores que es necesario después del trasplante, sin embargo, en la mayoría de los casos tanto el IMSS como el ISSSTE no han proporcionado a los pacientes estas facilidades, sólo uno de los casos se ha apoyado con la aplicación de estudios de laboratorio.

53- ¿Ha concluido su protocolo de estudio?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	2	66.66%
b)No	1	33.33%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



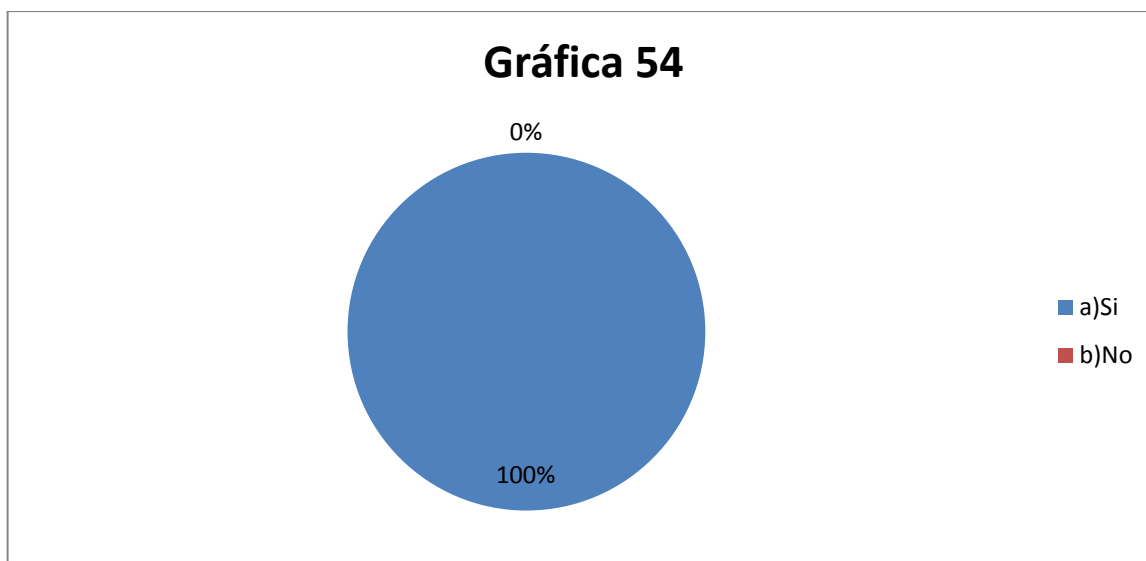
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

El protocolo de estudio pre trasplante concluye con los estudios de histocompatibilidad, los cuales se deben realizar días previos al trasplante y algunos pacientes no se han realizado dichos estudios pero durante la entrevista comenta que han terminado el protocolo al contar con la autorización de todas las especialidades para el trasplante.

#### 54- ¿Cuenta con donador?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	3	100%
b)No	0	0%
Total	3	100%



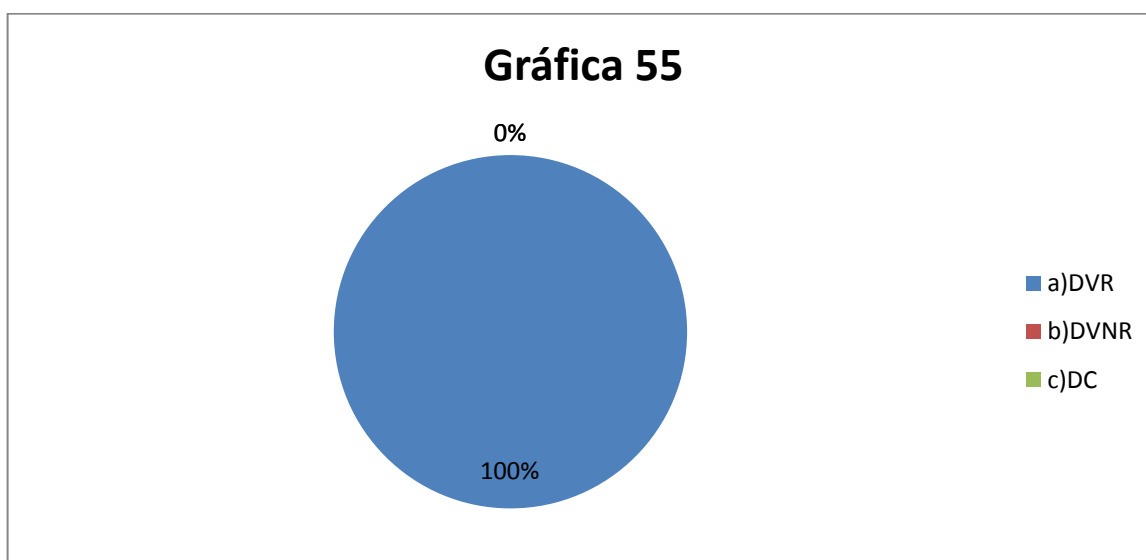
Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

El contar con un donador vivo es algo que podría beneficiar en el proceso de trasplante porque les brindará a los pacientes la posibilidad de pertenecer a la lista de espera con donadores vivos que en la mayoría de los casos es más corta que la lista de espera de pacientes de donador cadavérico. A su vez existiría un gasto mayor dentro de la familia durante el protocolo de estudio para el trasplante al contar con donador es vivo relacionado (DVR).

55- ¿Qué tipo de donador?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) DVR	3	100%
b) DVNR	0	0%
c) DC	0	0%
Total	3	100%



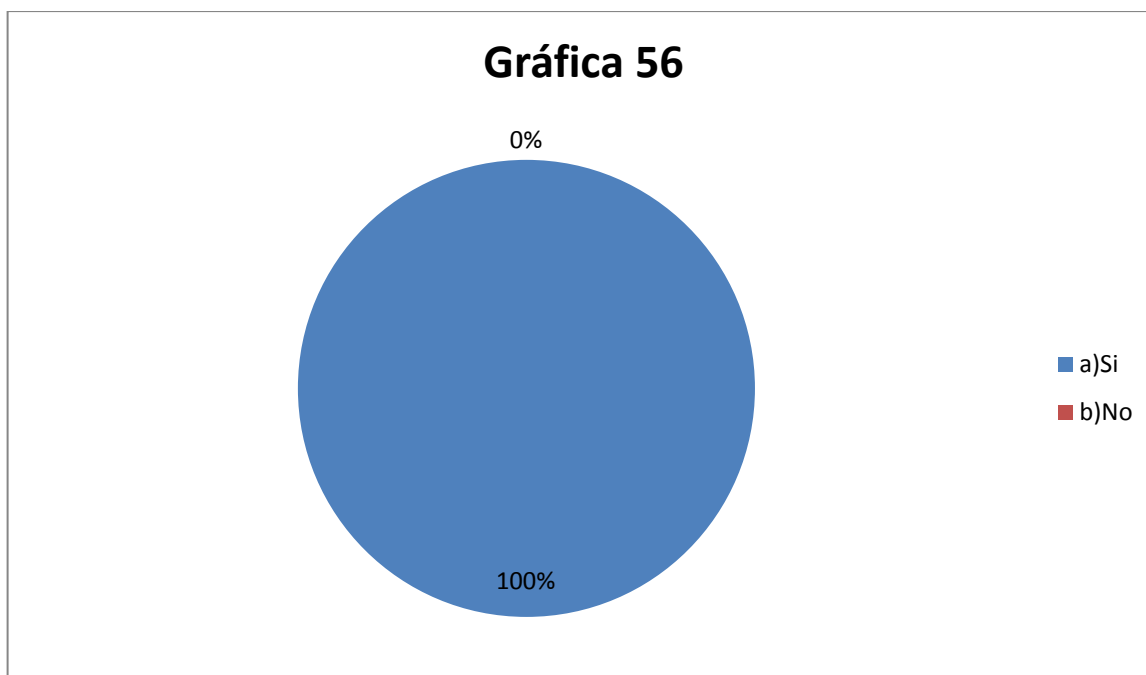
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

Al contar con un donador vivo relacionado podría ser una ventaja al disminuir el tiempo en lista de espera para el trasplante, a su vez como se menciona en la gráfica anterior los gastos de esto proceso podrán ser un factor influyente. Es importante mencionar que al ser un DVR es mayor la probabilidad de compatibilidad que contar con un DVNR.

56- ¿Usted conoce al donador?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	3	100%
b)No	0	0%
Total	3	100%



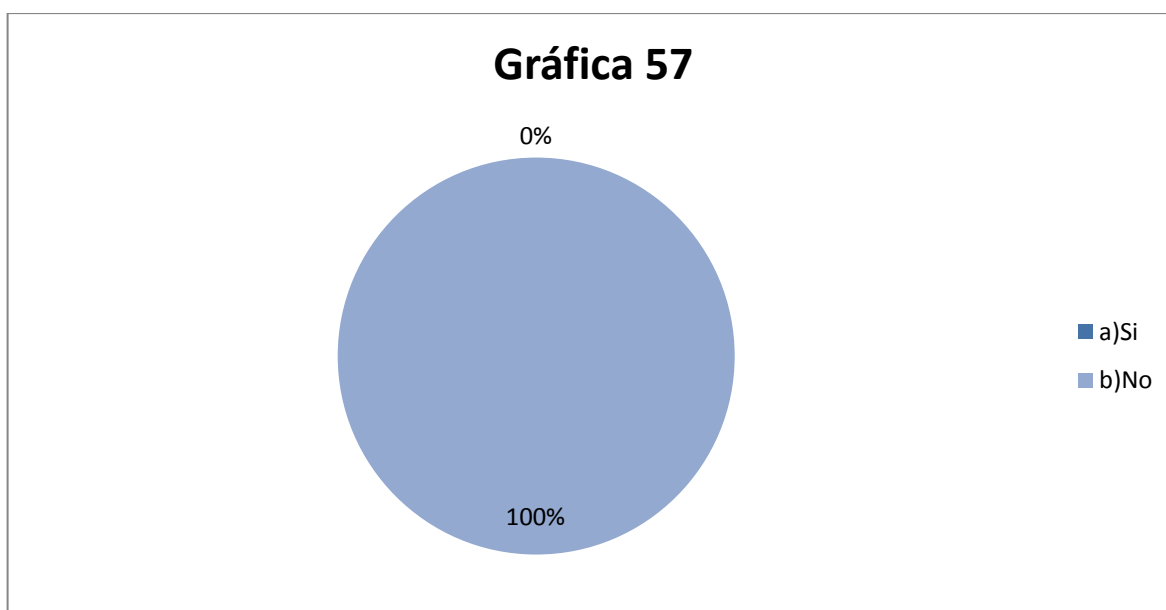
Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

En esta pregunta el 100% de los encuestados comentan que conocen al donador al ser Donador Vivo Relacionado existiendo un vínculo con el paciente, el cual podría ser dentro de los aspectos emocionales y sanguíneos procedente de los diferentes holones familiares.

### 57- ¿Cuenta con el Registro en lista de CENATRA?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	0	0%
b)No	3	100%
Total	3	100%



Fuente: Encuesta directa 2013

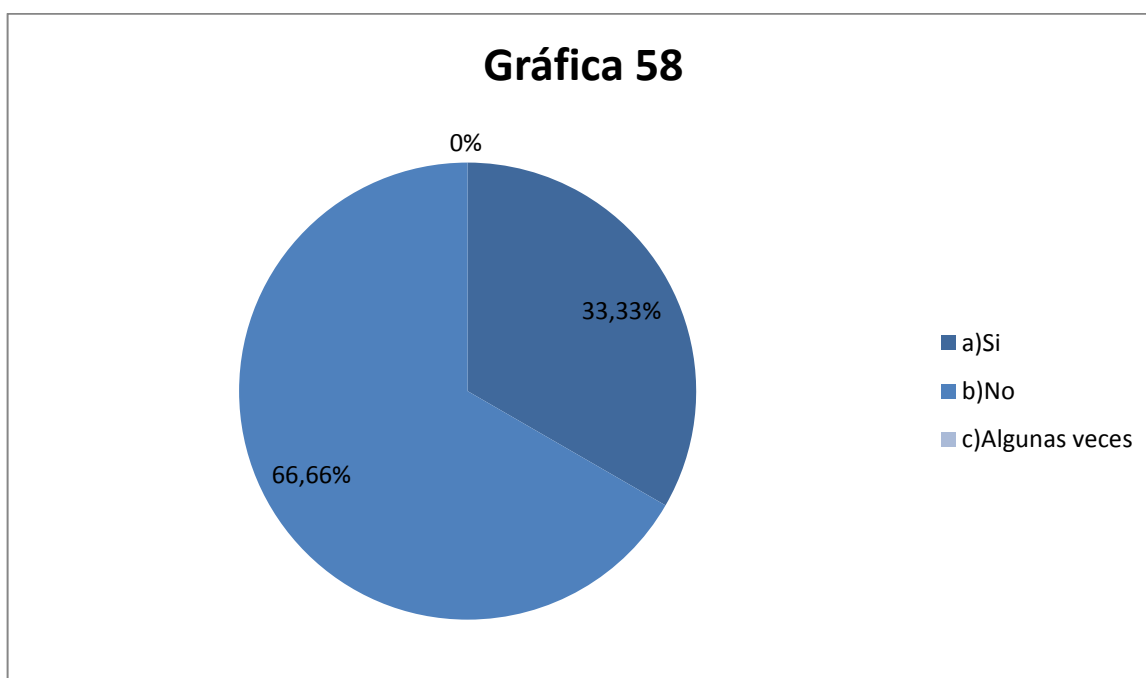
### INTERPRETACIÓN

El registro en el Centro Nacional de Trasplante (CENATRA) es un procedimiento administrativo que lleva el respaldo legal del trasplante a nivel nacional y esto tramite le permite al paciente contar con la seguridad de la legalidad de la intervención quirúrgica. Al no contar con este registro como contestaron los entrevistados se confirma que no se ha concluido el protocolo de estudios como lo mencionaban los pacientes en la gráfica 53.

58- ¿Se realiza diálisis peritoneal?

Concepto	F. Absoluto	A. Relativo
a)Si	1	33.33%
b)No	2	66.66%
c)Algunas veces	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

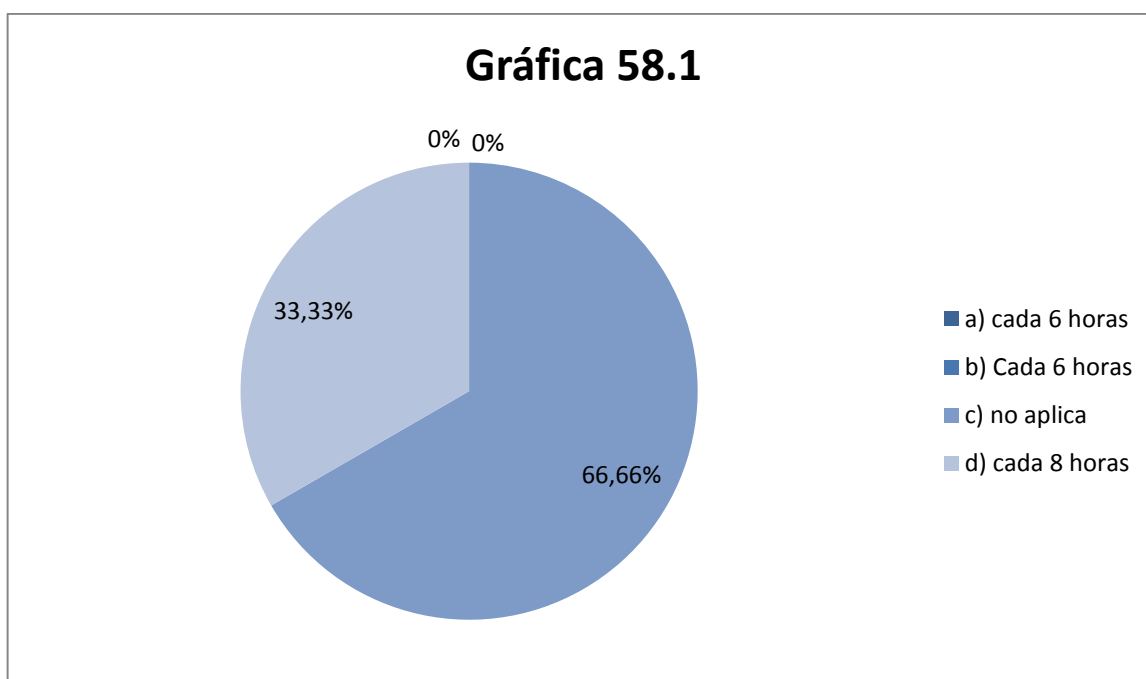
### INTERPRETACIÓN

La diálisis peritoneal es un tratamiento sustitutivo que podría alterar las actividades cotidianas de los pacientes al tener la necesidad de realizar los cambios con frecuencia durante el día y si existe el apoyo de algún familiar este también podría verse modificado su cotidianidad. Siendo este tratamiento una alternativa para el paciente.

### 58.1- ¿Cada cuándo?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a) Cada 6 horas	0	0%
b) Cada 6 horas	0	%
c) No aplica	2	66.66%
d) Cada 8 horas	1	33.33%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

### INTERPRETACIÓN

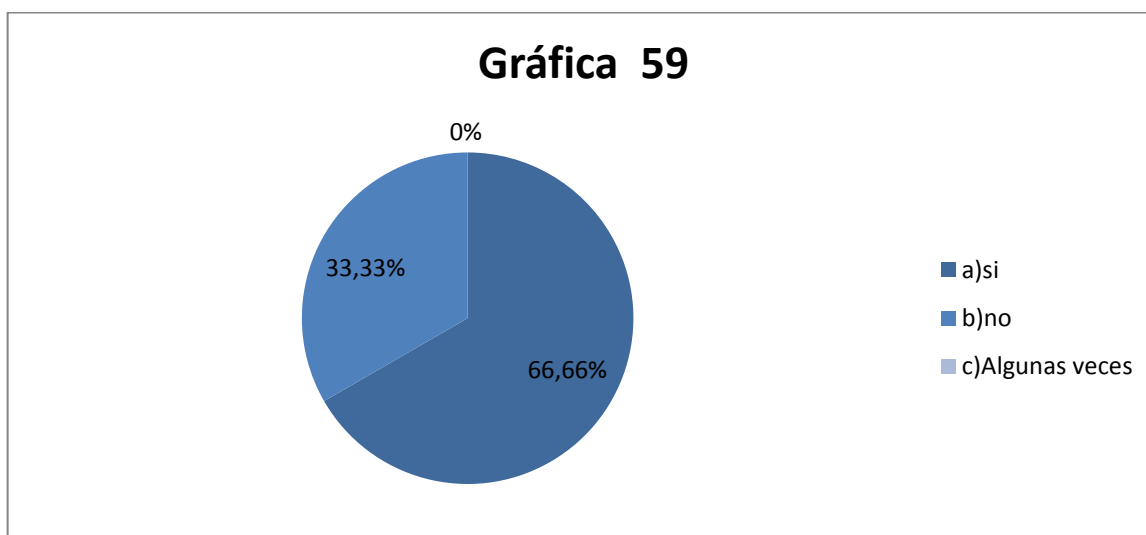
La frecuencia de la realización de diálisis podría disminuir las actividades cotidianas en la vida del paciente al depender de un lugar específico con las condiciones higiénicas adecuadas para la realización de la misma.



### 59- ¿Se realiza hemodiálisis?

Concepto	F. Absoluto	A. Relativo
a)Si	2	66.66%
b)No	1	33.33%
c)Algunas veces	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

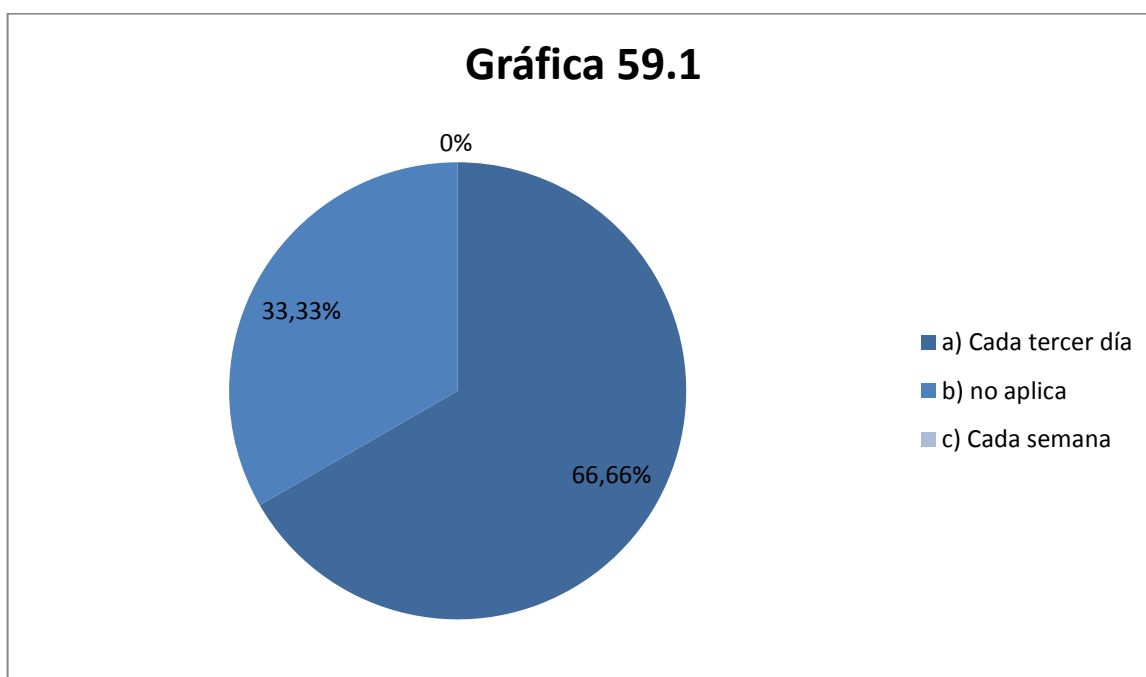
### INTERPRETACIÓN

La hemodiálisis es un tratamiento sustitutivo que es necesario que se realice en un centro médico a diferencia de la diálisis que se puede realizar en el hogar del paciente, y durante este proceso es indispensable el acompañamiento del paciente para su recuperación al término de la sesión. Al ser la mayoría de los pacientes personas que necesitan la hemodiálisis es evidente la necesidad de modificar sus actividades cotidianas por un mínimo de 3 horas que dura la sesión siendo dependientes directos de este procedimiento. Es importante recordar que los tres pacientes son candidatos a trasplante y de ellos uno se realiza diálisis peritoneal y dos hemodiálisis.

### 59.1- ¿Cada cuándo?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Cada tercer día	2	66.66%
b) No aplica	1	33.33%
c) Cada semana	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

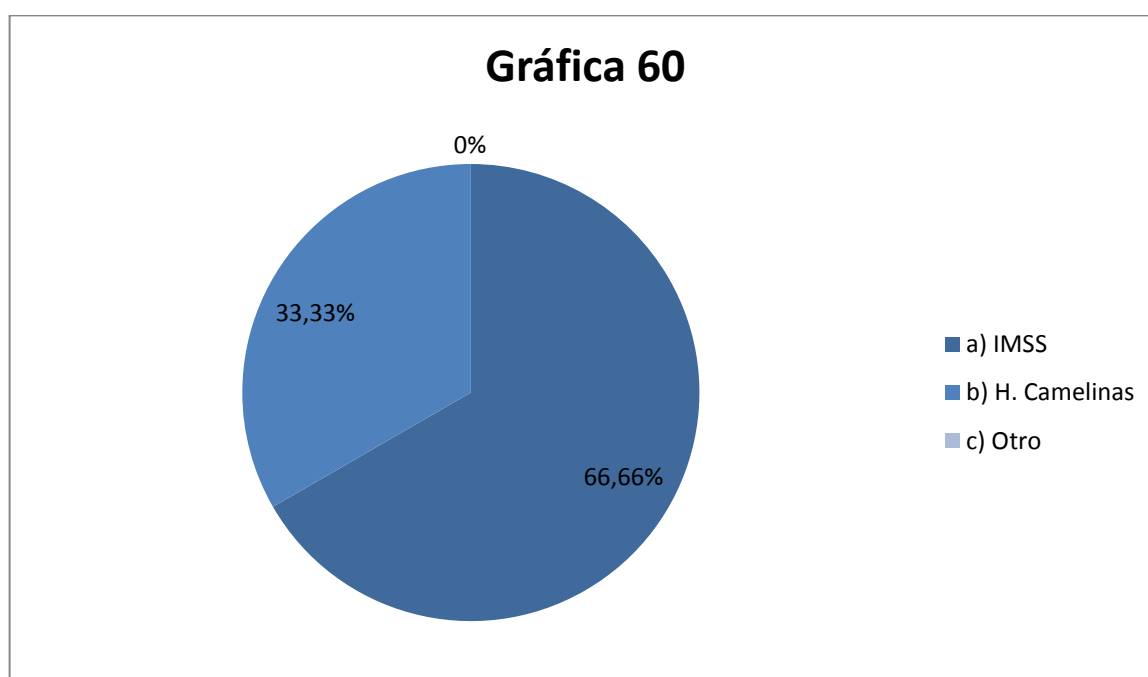
### INTERPRETACIÓN

Las sesiones de hemodiálisis son cada tercer día y es una actividad indispensable para que los pacientes mantengan su salud. La constancia de ésta les permite a los entrevistados continuar con el proceso de trasplante al contar con las condiciones clínicas para esto.

60- ¿En qué hospital de esta ciudad se realiza las sesiones de hemodiálisis?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) IMSS	2	66.66%
b) H. camelinas	1	33.33%
c) Otro	0	0%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

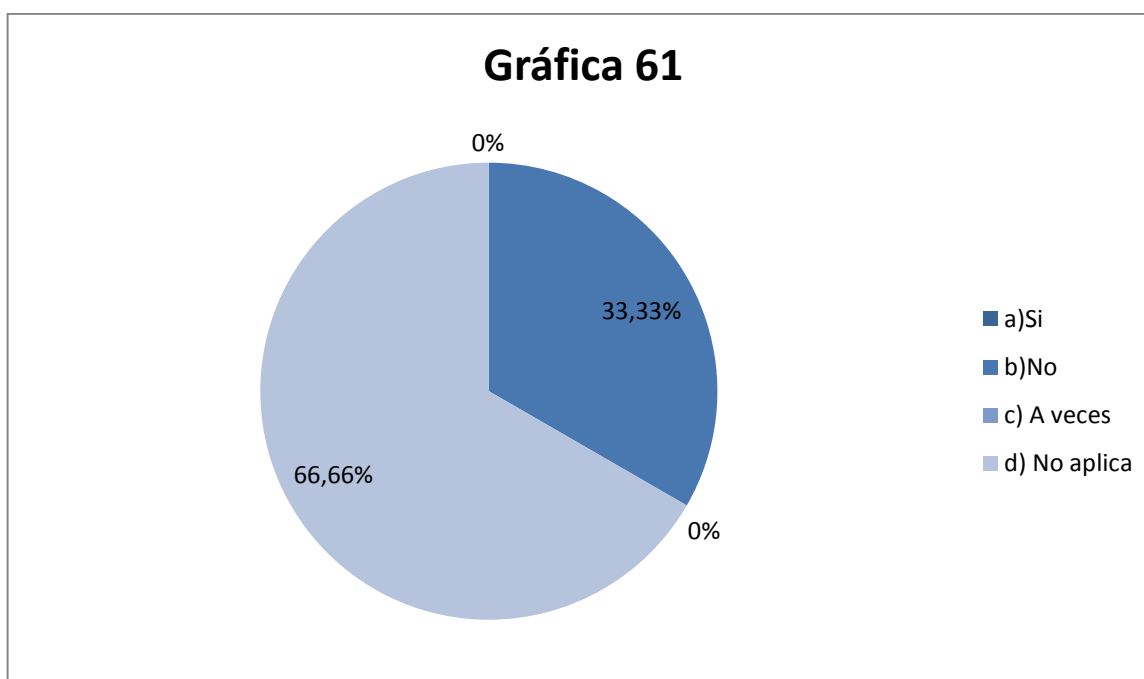
## INTERPRETACIÓN

El IMSS es la Institución donde se realizan el tratamiento sustitutivo la mayoría de los pacientes, es uno de los beneficios que reciben a ser derechohabientes de este hospital. Por lo cual si no contaran con este apoyo se tendría que realizar de forma particular las sesiones tienen un costo superior a \$1, 500 pesos por sesión en Uruapan, Mich.

61- ¿Alguien le apoya para realizar la diálisis?

Concepto	F. Absoluta	F. Relativa
a)Si	0	0%
b)No	1	33.33%
c) A veces	0	%
d) No aplica	2	66.66%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

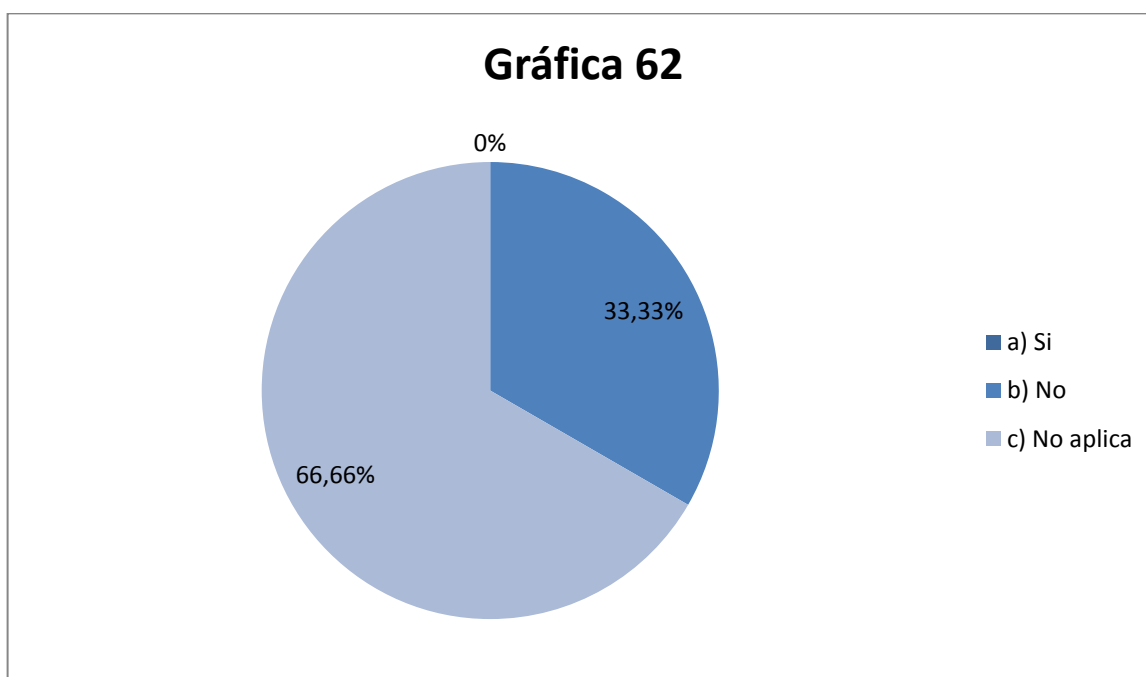
## INTERPRETACIÓN

El realizar el tratamiento de diálisis peritoneal sin apoyo por parte de algún familiar, es probable que el paciente enfrente algún sentimiento de soledad al no contar un apoyo físico ni emocional durante este proceso, siendo en la mayoría de los casos excluido por la familia de manera inconsciente.

62- ¿Se encuentra algún familiar capacitado para apoyar a ser diálisis?

Concepto	F. Relativa	F. Absoluta
a) Si	0	0%
b) No	1	33.33%
c) No aplica	2	66.66%
Total	3	99.99=100%

NOTA: En esta grafica existen matemáticamente números de divisiones periódicas y por lo tanto aproximación de fracciones.



Fuente: Encuesta directa 2013

## INTERPRETACIÓN

En esta grafica nos muestra que probablemente no existe ninguna persona dentro de la familia del paciente que se encuentre involucrada con el tratamiento de la diálisis, siendo esto probablemente una situación desagradable para el entrevistado. Es importante mencionar que este paciente por su perfil profesional cuenta con la capacitación para la realización de este proceso solo.

## ANÁLISIS

**En el aspecto de dinámica familiar:** Respecto a la comunicación el Estilo de comunicación con el que se comunican los pacientes investigados es sin agresiones y llegando a acuerdos, siendo este un aspecto de la comunicación asertiva, existiendo la capacidad de escucha activa dentro del núcleo familiar, sin embargo, la forma en que se comunican al momento de que algún familiar habla con el paciente es poco congruente la comunicación verbal con la comunicación no verbal y que en uno de los casos investigados; es probable que existe incongruencia en esta aspecto de la comunicación al no coincidir lo expresado verbalmente con las emociones manifestadas corporalmente. Respecto a las estrategias de comunicación, el contener al otro dándole seguridad a través de la atención al momento del diálogo es la principal estrategia utilizada cuando el entrevistado comparte las problemáticas a su familia, indicando así la solidaridad. Siendo el humor un aspecto que propicia a crear una atmósfera favorable y una buena cohesión familiar.

En el indicador de las jerarquías, los niveles de autoridad se encuentran alterados al ser el holón de los hermanos el más fuerte en las familias que fueron investigadas, siendo una modificación significativa. En el ciclo de vida familiar ellos se cuentan en expansión, no obstante al ser todos los pacientes entrevistados miembros de familias extensas existe la unión de doble ciclo. En la Dinámica de las relaciones de los subsistemas, fue evidente que el holón de los hermanos cuentan con el poder interno al ser ellos los que realizan funciones que correspondían a los padres, siendo éstos mismo los encargados de disciplina, límites y normas al encontrarse de forma implícita, se demuestra a través de las gráficas que existe una baja conciencia ante las modificaciones que ha generado la IRC y el liderazgo realizándolo de manera autocrática. Respecto a la empatía no existe un apoyo a partir de la familia, ya que para esto es preferencia cuando alguna otra persona se encuentra padeciendo esta enfermedad.

Las alianzas se encuentran ejecutadas entre los pacientes y los hermanos mayores en la mayoría de los casos, mientras los roles son un aspecto alterado llevando a un desequilibrio en los sistemas familiares. Las redes de apoyo podrían ser un factor de apoyo para el paciente durante su proceso de trasplante, en el cual se identifica que sólo existe dentro de sus familias nucleares sin contar con apoyo de redes secundarias, siendo éste un alto factor que disminuye la posibilidad de realizar actividades colectivas y no se detecta un pulsor de vida externo por ellos.

**Aspecto económico:** En este aspecto es importante mencionar que la mayoría de los pacientes se encuentran desempleados por la condición física que presentan al contar con la necesidad de realizar tratamientos sustitutivos y esto complica el desempeño laboral de los mismos. Por lo cual dependen económicamente de los ingresos de la familia, los cuales son cubiertos nuevamente por los hermanos así como su administración, brindándoles mayor fuerza a este subsistema familiar; es importante mencionar que todos los pacientes han presentado dificultades económicas en el proceso de trasplante, lo cual los ha llevado a realizar actividades extras para la obtención de dicho recurso y en ocasiones también se ha llegado a la suspensión del medicamento o de los tratamientos sustitutivos.

**Necesidades básicas:** Respecto las necesidades fisiológicas son fundamentales para el sustento vital del ser humano como ser vivo. La alimentación se ve modificada al ser necesario llevar una dieta específica para los pacientes, el descanso se convierte en un aspecto importante para mantener la condición física con la que cuenta, mientras la respiración fue un aspecto que no ha presentado problemas a pesar de su enfermedad. En cuanto a la actividad sexual, los familiares y los mismos enfermos comentan que es otro aspecto que también se ha disminuido de manera considerable. Las necesidades de seguridad física son de desventaja al considerar que son personas que presentan una enfermedad crónica degenerativa. La seguridad de empleo no existe al ser desempleados la mayoría y de infraestructura es una amenaza latente al vivir en viviendas que no son propias.

Las necesidades de reconocimiento se puede identificar que de manera inconsciente el paciente es excluido por parte de la misma familia.

La autoestima es la valoración de sí mismo, por cada paciente y se puede observar que en su mayoría comentan que se encuentran con alta autoestima, siendo esto un aspecto que representa bienestar personal e identidad propia, generándoles seguimientos en los trámites del IRC que correspondan. En estos casos esto ayuda a que sea más fácil el pasar el proceso de trasplante, detectando que los pacientes se sienten respetados por sus familiares, ésto puede ser un aspecto favorable durante el proceso de trasplante ya que podría darle las herramientas necesarias para la toma de sus decisiones respecto a su enfermedad. Otro aspecto es la creatividad siendo la capacidad de crear, de producir cosas nuevas y valiosas, es la capacidad de un cerebro para llegar a conclusiones nuevas y resolver problemas, al no considerarse personas creativas los pacientes es probable que sea baja su capacidad para llegar a conclusiones nuevas. Todos los entrevistados se consideran personas capaces de resolver problemas podría ser un indicador que demuestra la confianza que tienen en su propia persona y que ésto podría favorecer en la toma de decisiones durante el proceso de trasplante.

**Proceso de trasplante.** El apoyo que les pueden brindar las Instituciones de Seguridad Social durante el trasplante puede ser desde la realización de estudios durante el protocolo de estudio hasta el brindar el medicamento de inmunosupresores que es necesario después del trasplante, sin embargo en la mayoría de los casos tanto el IMSS como el ISSSTE no han proporcionado a los pacientes estas facilidades, sólo uno de los casos se ha apoyado con la aplicación de estudios de laboratorio. El protocolo de estudio pre trasplante concluye con los estudios de histocompatibilidad, los cuales se deben realizar días previos al trasplante y algunos pacientes no se han realizado dichos estudios pero durante la entrevista comentan que han terminado el protocolo al contar con la autorización de todas las especialidades para el trasplante. El contar con un donador vivo es un aspecto que podría beneficiar en el proceso de trasplante porque les brindará a los pacientes la posibilidad de pertenecer a la lista de espera con donadores vivos



que en la mayoría de los casos es más corta que la lista de espera de pacientes de donador cadavérico; a su vez existiría un gasto mayor dentro de la familia durante el protocolo de estudio para el trasplante al contar con donador es vivo relacionado (DVR). El registro en el CENATRA es un procedimiento administrativo que lleva el respaldo legal del trasplante a nivel nacional y este trámite le permite al paciente contar con la seguridad de la legalidad de la intervención quirúrgica. Al no contar con este registro como contestaron los entrevistados se confirma que no se ha concluido el protocolo de estudios como lo mencionaban los paciente.

## **CONCLUSIONES:**

En esta investigación se rescataron diversos aspectos de estudio que son factores que intervienen en el proceso de trasplante de los pacientes que se encuentran llevándolo en el Hospital General de Uruapan. Uno de estos aspectos fue las necesidades económicas o situación económica que presentan durante el proceso de salud-enfermedad. En el cual se detectó que la mayoría de los pacientes se encuentran desempleados, a raíz de sus IRC convirtiéndolos en dependientes económicos de sus familias y familiares. Esto conlleva una serie de modificaciones tanto en el aspecto personal como familiar, de las personas investigadas.

### **Objetivo general.**

“Determinar las necesidades económicas y familiares de los pacientes en proceso de trasplante renal para identificar sus repercusiones en el desarrollo del proceso.”

Siendo necesario primeramente dividir las variables de la investigación, las cuales serían: necesidades económicas, situación familiar y proceso de trasplante renal.

#### **a) Respecto al aspecto económico:**

- ✓ La falta de dinero el paciente se ha visto en la necesidad de realizar actividades extras para obtener el recurso.
- ✓ Solicitar préstamos económicos
- ✓ Suspensión del medicamento a falta de recuso económico.
- ✓ Dejar de realizarse el proceso sustitutivo.
- ✓ No se realizan los estudios médicos pre trasplante.
- ✓ Desempleo a causa de la IRC.
- ✓ Dependencia al sub-trabajo por la necesidad del servicio médico.
- ✓ Dependencia económica hacia sus familiares.
- ✓ No generan ingresos monetarios para las familias.
- ✓ Los hermanos son los principales proveedores y administradores.
- ✓ Se encuentran endeudados.
- ✓ Egresos familiares mayores al ser un donador vivo relacionado.

Los gastos del proceso de trasplante son variados al ser diferente con cada paciente, debido que no se realiza el mismo tratamiento sustitutivo (frecuencia), cada uno de ellos no cuentan con los mismos accesos para los servicios de un hospital y además el tiempo que se llevan en esta etapa es variado. Lo único que son similares son los estudios de laboratorios pre trasplante los cuales tienen un costo 30 mil pesos en promedio. (siempre y cuando estén en tiempo y sin complicación medica alguna). Durante la intervención quirúrgica se podrá gastar un mínimo de 25 mil pesos en el Hospital General de Uruapan, mientras en un hospital privado de Morelia se lleva más de 200 mil pesos.

**b) Situación familiar:**

- ✓ Comunicación asertiva (aparente).
- ✓ Capacidad de escucha en las familias.
- ✓ Incongruencia en la comunicación verbal y no verbal.
- ✓ El contener al otro es la estrategia de comunicación utilizada.
- ✓ Cohesión familiar entre los hermanos.
- ✓ Alteración de roles de los hermanos y padres.
- ✓ Alteración de jerarquías de los hermanos y padres.
- ✓ Autoridad autocrática por uno de los hermanos del paciente.
- ✓ Alianzas entre hermanos en toma de decisiones.
- ✓ Exclusión del enfermo en participación en apoyo económico en casa.
- ✓ Solidaridad aparente para el enfermo en atención médica (cuidador primario).
- ✓ Ausencia de empatía hacia el paciente por que no comparten la misma situación.
- ✓ Ausencia de redes de apoyos institucionales y sociales (recreación y médica).

- ✓ Ausencia de pulsor de vida externo al existir baja socialización.
- ✓ Modificación de hábitos alimenticios en paciente para mantener salud.
- ✓ Toma de decisiones rígidas del hermano líder.
- ✓ Disminución de actividad sexual del paciente.
- ✓ Inseguridad del paciente sobre su salud.
- ✓ Necesidad del paciente de ser reconocido por sus familiares.
- ✓ Amenaza latente de pérdida de la vivienda del paciente.
- ✓ Amenaza latente de pérdida de servicio de salud del paciente.
- ✓ Pacientes respetados por parte de sus familiares.
- ✓ Alta autoestima de los pacientes para atención médica.
- ✓ Los pacientes consideran que cuentan con la capacidad para solucionar sus problemas.
- ✓ Los límites se encuentran dispersos entre los integrantes de la familia.

**c) Proceso de trasplante:**

- ✓ Los pacientes investigados cuenta con seguridad social.
- ✓ Todos los pacientes cuentan con su registro en seguro popular.
- ✓ No se brinda apoyo por parte del IMSS O ISSSTE a los pacientes derechohabientes en los estudios pre-trasplante.
- ✓ Todos los pacientes se encuentran sin concluir su protocolo de estudio (estudios de histocompatibilidad).
- ✓ Todos los pacientes cuentan con donador vivo relacionado, por lo cual es probable que los gastos del trasplante sean solventados por la misma familia. (doble gasto)
- ✓ Todos los pacientes conocen al donador desde años anteriores.
- ✓ Todos los pacientes faltan de registro ante CENATRA para ser trasplantados.
- ✓ Existe un desconocimiento del orden para el trasplante por parte de los pacientes.
- ✓ Todos los pacientes presentan un grado mayor al tercer nivel de IRC
- ✓ Todos los pacientes utilizan tratamiento sustitutivo diálisis o hemodiálisis.

- ✓ Dos pacientes comentan que no existe un apoyo por parte de alguno de sus familiares cuando se realiza el tratamiento sustitutivo.

**Objetivos específicos:**

***Identificar necesidades económicas de pacientes en proceso de trasplante renal.***

- ✓ La falta de dinero del paciente ha ocasionado la necesidad de realizar actividades extras para obtener recursos. (rifas o préstamos)
- ✓ Solicitar préstamos económicos por los familiares y pacientes hacia otras personas como familia extensa.
- ✓ Suspensión del medicamento para control de la IRC del paciente a falta de recurso económico.
- ✓ Suspensión del proceso sustitutivo de diálisis o hemodiálisis por falta de recurso económico para las sesiones o material.
- ✓ Suspensión de realizar estudios médicos pre trasplante, genera gastos extras dentro de la familia.
- ✓ Desempleo de los pacientes a causa de la IRC.
- ✓ Dependencia al sub-empleo por la necesidad del servicio médico del paciente.
- ✓ Dependencia económica del paciente hacia sus familiares.
- ✓ Los pacientes no generan ingresos económicos para sus familias.
- ✓ Los hermanos son los principales proveedores y administradores del recurso económico en las familias de los pacientes.
- ✓ Se encuentran endeudados a causa del egreso mayor por la atención médica del paciente.
- ✓ Egresos familiares mayores al ser un donador vivo relacionado al absorber todos los gastos la misma familia.
- ✓ Exclusión del enfermo en el aspecto de ingresos económicos.

***Determinar las necesidades familiares de los pacientes en proceso de trasplante renal.***

- ✓ Reorganización familiar, para asignar la atención al paciente Necesidad de mayor ingreso económico.
- ✓ Capacitación para dar una atención de cuidado adecuado pre, durante y post trasplante.
- ✓ Toma de decisiones para ser donador vivo.
- ✓ Modificaciones en la familia del donador vivo. Y modificaciones en la infraestructura en el lugar para los cuidados post trasplantes.

***Rescatar las repercusiones en el proceso de trasplante renal por las necesidades económicas y familiares del paciente.***

<b>Necesidades económicas durante el proceso de trasplante</b>	<b>Repercusiones económicas del paciente</b>	<b>Necesidades familiares durante el proceso de trasplante</b>	<b>Repercusiones familiares del paciente</b>
Necesidad de cubrir los estudios de gabinete.	Egresos por gastos de estudios médicos.	No hay cumplimiento de roles en la familia.	Reajustes y desequilibrio de roles.
Necesidad de cubrir los medicamentos para mantener el estado de salud del paciente.	Egresos por medicamentos.	Falta de atención de obligaciones y derechos de todos los integrantes de la familia de acuerdo a su orden jerárquico.	Alteración de jerarquías.

Necesidad de realizar sesiones de diálisis o hemodiálisis.	Egresos a causa de tratamiento sustitutivo.	Un lugar higiénico para el paciente donde se realice la diálisis y mantener su salud.	Realizar todos cambios de hábitos de higiene.
		Atención del paciente de un cuidador primario.	Modificaciones en la cotidianidad familiar.

***Describir la situación que viven los pacientes en proceso de trasplante para establecer sus características generales.***

- ✓ El holón de hermanos de las familias investigadas, es el que cuenta con mayor fuerza, liderazgo, solvencia y se comunican a través de la escucha constante con los pacientes.
- ✓ Límites difusos en la familia hacia el paciente para la toma de decisiones.
- ✓ Las normas en estas familias se encuentran implícitas, como es en los quehaceres del hogar.
- ✓ Se excluye inconscientemente al paciente por parte de la familia, al no vivir la misma situación.
- ✓ Existe aparente comunicación asertiva en las familias de los entrevistados.
- ✓ Los familiares del paciente identifican que existe capacidad hacia su familiar enfermo.
- ✓ Incongruencia en la comunicación verbal y no verbal por parte de los hermanos de los pacientes.
- ✓ Los hermanos de los pacientes entrevistados utilizan la técnica de contener al otro al momento de dialogar con el enfermo.
- ✓ Se da la cohesión familiar.
- ✓ Hay alteración de roles entre los padres e hijos

- ✓ Se alteran el nivel jerárquico por parte del holón de hermanos.
- ✓ Prevalece la autoridad autocrática por parte de un hermano del paciente.
- ✓ Se dan alianzas entre hermanos para la toma de decisiones.
- ✓ Existe una exclusión del enfermo en el aspecto de ingresos económicos al no presentar un apoyo económico por su condición laboral a causa de su enfermedad.
- ✓ Solidaridad aparente para el enfermo al no experimentar la misma situación de salud.
- ✓ Hay ausencia de empatía hacia el paciente para el acompañamiento médico.
- ✓ Existe ausencia de redes de apoyo institucionales y sociales (recreación y médicas) en las que el paciente se vea beneficiado.
- ✓ Existe baja socialización, es probable que no cuente el paciente con un pulsor de vida externo.
- ✓ Modificación de hábitos alimenticios del paciente para mantener la salud.
- ✓ La Toma de decisiones rígidas en las familias investigadas se da por parte de uno de los hermanos con autoridad del paciente.
- ✓ El paciente presenta disminución de actividad sexual a causa de la IRC.
- ✓ El paciente presenta inseguridad respecto a su estado de salud.
- ✓ Necesidad de reconocimiento del paciente.
- ✓ Amenaza latente de pérdida de la vivienda donde habita el paciente.
- ✓ Amenaza latente de pérdida de servicio de salud del paciente, al depender del trabajo para las sesiones de hemodiálisis.
- ✓ Los pacientes se sienten respetados por parte de sus familiares.
- ✓ Los pacientes cuentan con alta autoestima.
- ✓ Los pacientes se consideran capaces de resolver problemas.
- ✓ Los límites se encuentran dispersos entre los familiares de los pacientes



**Referir las repercusiones económicas y familiares que viven los pacientes en el desarrollo del proceso de trasplante renal.**

<b>Necesidades económicas durante el proceso de trasplante.</b>	<b>Repercusiones económicas durante el proceso de trasplante.</b>	<b>Necesidades familiares durante el proceso de trasplante.</b>	<b>Repercusiones familiares durante el proceso de trasplante.</b>
Pagar estudios para pre trasplante, hospitalización, material quirúrgico, medicamento, banco de sangre, enfermería y gasto del donador.	Gastos pre y durante la operación.	Decidir quién podría ser el donador vivo relacionado.	Crisis emocional por decisión de la elección del donador.
Pagar medicamento, acondicionar un cuarto con condiciones higiénicas adecuada.	Gastos post trasplante.	Alguien quien acompañe al paciente en las citas médicas y el hospital.	Alteración de la cotidianidad.
Pago de tratamiento sustitutivo, y medicamento.	Falta de apoyo de instituciones médicas.	Alguien quien acompañe al donador en post trasplante.	El Donador necesita cuidado post operatorio y ausencia en el trabajo

En relación a la comprobación de la hipótesis de la investigación, se determina que se confirma que la situación económica y familiar del paciente en trasplante renal como a continuación se presenta el soporte objetivo de la investigación realizada.

### **Situación económica:**

- ✓ La falta de dinero el paciente se ha visto en la necesidad de realizar actividades extras para obtener recurso. (préstamos o rifas)
- ✓ Solicitar préstamos económicos (con familia extensa)
- ✓ Suspensión del medicamento para control de IRC a falta de recurso económico de los pacientes.
- ✓ Suspensión del proceso sustitutivo por falta de material por ausencia de dinero.
- ✓ Suspensión de realizar estudios médicos pre trasplante por falta de recurso económico.
- ✓ Desempleo a causa de la IRC por la condición de salud.
- ✓ Dependencia al sub-trabajo por la necesidad del servicio médico (sesiones de hemodiálisis)
- ✓ Dependencia económica hacia sus familias por parte de los pacientes.
- ✓ Los pacientes no generan ingresos monetarias para las familias.
- ✓ Los hermanos son los principales proveedores y administradores del recurso económico.
- ✓ Se encuentran endeudados los pacientes y sus familiares.
- ✓ Egresos familiares mayores al ser un donador vivo relacionado, y el donador ser miembro de la misma familia que absorbe los gastos médicos.

### **Situación familiar:**

- ✓ Comunicación asertiva (aparente) entre los familiares del paciente.
- ✓ Capacidad de escucha en las familias hacia el paciente.
- ✓ Incongruencia en la comunicación verbal y no verbal de los hermanos hacia los pacientes.
- ✓ El contener al otro es la estrategia de comunicación utilizada hacia el paciente.
- ✓ Cohesión familiar entre los hermanos.

- ✓ Alteración de roles entre los padres e hijos.
- ✓ Alteración de jerarquías del holón de los hermanos.
- ✓ Autoridad autocrática por parte de hermano.
- ✓ Alianzas entre hermanos para la toma de decisiones.
- ✓ Exclusión del enfermo en los ingresos económicos
- ✓ Solidaridad aparente para el enfermo al no pasar la misma situación.
- ✓ Ausencia de empatía hacia el paciente por parte los familiares.
- ✓ Ausencia de redes de apoyo institucionales y sociales (recreación y médicas)
- ✓ Ausencia de pulsor de vida externo por baja socialización.
- ✓ Modificación de hábitos alimenticios del paciente para conservar la condición de salud.
- ✓ Toma de decisiones rígidas hacia hermano líder.
- ✓ Disminución de actividad sexual por parte del paciente.
- ✓ Inseguridad sobre su salud por parte del paciente.
- ✓ Necesidad de reconocimiento del paciente.
- ✓ Amenaza latente de pérdida de la vivienda donde habita la familia.
- ✓ Amenaza latente de pérdida de servicio de salud por el trabajo al depender de las sesiones de hemodiálisis.
- ✓ Los pacientes se sienten respetados por parte de sus familiares.
- ✓ Alta autoestima por parte de los pacientes.
- ✓ Los pacientes consideran que cuentan con la capacidad para resolución de problemas.
- ✓ Los límites se encuentran dispersos en la familia.
- ✓ Capacidad de escucha en las familias hacia el paciente.
- ✓ El contener al otro es la estrategia de comunicación utilizada hacia el paciente.
- ✓ Cohesión familiar entre los hermanos.
- ✓ Autoridad autocrática por uno de los hermanos del paciente.
- ✓ Alianzas entre hermanos en toma de decisiones.
- ✓ Exclusión del enfermo en participación en apoyo económico en cas

- ✓ Solidaridad aparente para el enfermo en atención médica (cuidador)
- ✓ Ausencia de empatía hacia el paciente por que no comparten la misma situación.
- ✓ Ausencia de redes de apoyo institucionales y sociales (recreación y médicas)
- ✓ Ausencia de pulsor de vida externo al existir baja socialización.
- ✓ Modificación de hábitos alimenticios en el paciente para mantener su salud.
- ✓ Toma de decisiones rígidas del hermano líder.
- ✓ Disminución de actividad sexual del paciente.
- ✓ Inseguridad sobre su salud del paciente.
- ✓ Necesidad de reconocimiento del paciente.
- ✓ Amenaza latente de pérdida del hogar de la familia de los pacientes.
- ✓ Amenaza latente de pérdida de servicio de salud de la paciente.
- ✓ Pacientes respetados por parte de sus familiares.
- ✓ Alta autoestima de los pacientes para atención médica.
- ✓ Capacidad para resolución de problemas de los pacientes.
- ✓ Los límites se encuentran dispersos entre los integrantes de la familia.

#### **Proceso de trasplante.**

- ✓ Mayoría de los pacientes cuentan con seguridad social.
- ✓ Registro en seguro popular todos los pacientes.
- ✓ No se brinda apoyo por parte del IMSS O ISSSTE a los pacientes derechohabientes.
- ✓ Sin concluir protocolo de estudio (estudios de histocompatibilidad) todos los pacientes.
- ✓ Cuentan con donador vivo relacionado (doble gasto) todos los pacientes.
- ✓ Todos los pacientes conocen al donador desde años anteriores.
- ✓ Todos los pacientes faltan de registro ante CENATRA para ser trasplantados.
- ✓ Existe un desconocimiento del orden para el trasplante por parte de los pacientes

- ✓ Presentan un grado de IRC mayor al 3 todos los pacientes.
- ✓ Tratamiento sustitutivo diálisis y hemodiálisis utilizado por todos los pacientes.
- ✓ Sin apoyo en casa para hemodiálisis por parte de un paciente.

## **PROPUESTA**

### **Denominación del proyecto:**

**Creación de redes de apoyo familiares para el paciente en protocolo de estudio del servicio de trasplante, mediante el modelo de intervención en Trabajo social familiar de María de la Paz Donoso Díaz y Paulina Saldias Guerra.**

### **Slogan: “superándolo juntos”**

Al concluir con la investigación que se ha presentado anteriormente, se define que sí influye la dinámica familiar para el desarrollo del paciente durante su proceso de trasplante, y que ésta se ve modificada a raíz de que la familia identifica que un integrante presenta IRCT. Otro factor importante es el aspecto económico al ser éste un determinante para mantener la salud del paciente, sin embargo, esta propuesta de trabajo sólo será enfocada al aspecto de las redes de apoyo en lo familiar.

A partir de la identificación de dicha situación es importante elaborar un proyecto de trabajo que permita propiciar a la mejora del proceso salud-enfermedad que presenta la persona y que modifica la cotidianidad de la familia.

### **Descripción del proyecto.**

Este proyecto busca establecer redes de apoyo familiares. La forma en que se trabajará será al establecer sesiones de atención dentro de los hogares de los pacientes en las cuales, se podrá generar la atención con el modelo ya mencionado.

**Justificación:**

Es necesaria la participación de un profesionalista con la formación académica, habilidades y conocimientos, para establecer a través de la intervención familiar con todos los parientes que interactúan en el mismo hogar del paciente y con quienes puedan establecer su red de apoyo familiar, para que así la familia cuente con las herramientas necesarias para enfrentar el proceso salud-enfermedad que se está viviendo.

Rescatando que la dinámica familiar cambia a través de este proceso de trasplante, retomando así los siguientes aspectos identificados en la investigación. Respecto a la comunicación; el estilo de comunicación entre los pacientes investigados es sin agresiones y llegando a acuerdos, siendo éste un aspecto de la comunicación asertiva, existiendo la capacidad de escucha activa dentro del núcleo familiar, sin embargo, la forma en que se comunican al momento de que algún familiar habla con el paciente es poco congruente la comunicación verbal con la comunicación no verbal y que en uno de los casos investigados es probable que existe incongruencia en este aspecto de la comunicación al no coincidir lo expresado verbalmente con las emociones manifestadas corporalmente. Respecto las estrategias de comunicación, el contener al otro dándole seguridad a través de la atención al momento del diálogo es la principal estrategia utilizada cuando el entrevistado comparte las problemáticas a su familia, indicando así la solidaridad. Un aspecto importante que resultó de la investigación realizada fue el humor como una estrategia favorable entre los miembros.

En el indicador de las jerarquías, los niveles de autoridad se encuentran alterados al ser el holón de los hermanos el más fuerte en las familias que fueron investigadas, siendo una modificación significativa. En el ciclo de vida familiar ellos se cuentan en expansión, sin embargo al ser todos los pacientes entrevistados miembros de familias extensas existe la unión de dobles etapas. En la Dinámica de las relaciones de los subsistemas, fue evidente que el holón de los hermanos cuenta con el poder interno al ser ellos los que realizan funciones que correspondían a los padres, siendo estos mismos los encargados de la disciplina, límites y normas al encontrarse de

forma implícita, se demuestra a través de las gráficas que existe una baja conciencia ante las modificaciones que ha generado la IRC y el liderazgo realizándolo de manera autocrática. Respecto a la empatía, no existe un apoyo a partir de la familia, ya que para esto es preferente cuando alguna otra persona se encuentra padeciendo esta enfermedad.

Las alianzas se encuentran ejecutadas entre los pacientes y los hermanos mayores en la mayoría de los casos, mientras los roles son un aspecto alterado llevando a un desequilibrio en estos sistemas familiares. Las redes de apoyo podrían ser un factor importante para el paciente durante su proceso de trasplante, en el cual se identifica que sólo existe dentro de sus familias nucleares sin contar con mayor apoyo de familia extensa, siendo éste un alto factor que disminuye la posibilidad de realizar actividades colectivas y no se detecta un pulsor de vida externo por ellos.

Siendo necesario establecer las condiciones propicias para las redes de apoyo familiares de los pacientes, por lo que se retoma el modelo de intervención de Trabajo Social con familias de María de la Paz Donoso Díaz y Paulina Saldias Guerra

**Objetivo General:** Establecer redes de apoyo familiares con el paciente en protocolo de estudio del servicio de trasplante y donación de órganos para intervenir mediante el modelo de trabajo social familiar.

**Objetivos específicos.**

- Generar la participación de los pacientes que se encuentran en proceso de trasplante con la finalidad de crear sus redes de apoyo familiares.
- Realizar sesiones de intervención de trabajo social en familias de los pacientes en proceso de trasplante, para propiciar el apoyo durante este proceso de salud-enfermedad de la IRCT.



- Sensibilizar a los pacientes y a sus familiares para que identifiquen los beneficios que les ofrecerá la intervención familiar, para que asistan a las sesiones de la misma.

**Metas:**

- Que el 70 % de los pacientes que se encuentran en proceso de trasplante cuenten con una red de apoyo familiar.
- Lograr que un 70% de los asistentes cuenten con sesiones de intervención familiar semanalmente.
- Lograr que un 70% de los familiares de los pacientes asistan a las sesiones de intervención familiar del proyecto.

**Límites:**

a) *Espacio*: los hogares de los pacientes.

b) *Tiempo*: durante los dos primeros meses de atención a los pacientes en el servicio de trasplante y donación de órganos, durante el protocolo de estudio pre-trasplante.

*Nota*: el tiempo mínimo y máximo del protocolo puede ser de 3 meses a 1 año máximo considerando para la propuesta el tiempo mínimo.

**Beneficiados del proyecto:**

a) directos: Los pacientes en proceso de trasplante, las familias de los pacientes en este proceso.

b) indirectos: el Hospital General de Uruapan como Institución al brindar un apoyo más completo para sus pacientes. Así como a los doctores tratantes al trabajar con pacientes con mayor apoyo de sus familias y los familiares de los pacientes al conocer sobre el proceso de trasplante. Y de manera profesional al Trabajador Social que implemente el modelo en su praxis de especialidad.

## Organización

Funciones	Actividades
Gestión	Obtener el recurso de papelería y económico para la intervención solicitado al H.G.U.
Planeación	Elaborar calendarización. Elaborar cartas descriptivas de las visitas domiciliarias Elementos del informe a presentar.
Coordinación	Establecer acuerdos de apoyo entre los familiares y los pacientes.
Educación	Orientar e informar sobre el proceso de trasplante.
Sistematización	Realizar el registro adecuado en los expedientes sociales de los pacientes.

### Técnicas e instrumentos.

*De los cuales se utilizarán las siguientes técnicas:*

Las visitas domiciliarias son una actividad que permite al Trabajador Social obtener información a través de la observación en el hogar del paciente. Durante el acuerdo se establece la redacción de un contrato si éste es por escrito y el diagnóstico social se realizará a través de esta misma técnica.

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

Se aplicará esta técnica mediante la información que se brindará e imágenes que se mostrarán en la realidad sobre un trasplante de órganos al momento de aclarar las dudas los especialistas.

Expositiva: Presentación oral del instructor ante el grupo de un tema, ejemplificado, mostrando e ilustrando; el grupo participa activamente, formulando y contestando preguntas. En la conferencias se establecerá la presentación del ponente.

Lluvia de ideas: Consiste en la aportación de ideas, opiniones o conocimientos, acerca de un tema específico o caso concreto, por los miembros de un grupo para obtener conclusiones.

*Y los instrumentos serán:* Se podrá utilizar el Ecomapa, es una representación gráfica de las redes de apoyo de la persona, así como Genograma, conocido como árbol genealógico.

**Recursos:**

Materiales	Humanos	Técnicos
Material de papelería (tarjetas de registro, hojas, lapiceros, trípticos, formatos e instrumentos de control) Hogares de los pacientes	Trabajador Social del servicio de trasplante y donación de órganos Hospital General de Uruapan	Rotafolios Sillas Cámara fotográfica Grabadora.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES POR SESIÓN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR DURANTE  
VISITAS DOMICILIARIAS**

**Departamento de Trasplante del H. General “Dr. Pedro Daniel Martínez” de Uruapan, Mich.**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>Horario</b>
Control de asistencia de familiares	5 min.
Presentación del ponente	5 min.
Desarrollo del tema	60 min.
Dinámica de cierre (establecida por cada sesión y preguntas)	10 min.
Asuntos generales	10 min.

## PRESUPUESTO.

Nombre de la Institución: Hospital General de Uruapan “Dr. Pedro Daniel Martínez”

Nombre del proyecto: Implementación de red de apoyo familiar para el paciente del servicio de trasplante a través del modelo de intervención en Trabajo Social familiar de María de la Paz Donoso Díaz y Paulina Saldías Guerra.

Recursos	Concepto	Cantidad	Costo unitario	Costo total	Ahorro por gestión
	*Trabajador Social.	1	\$200.00	\$200.00	\$200.00
	*Hojas de registro	6	\$1.00	\$6.00	\$6.00
	*Hojas de evaluación	10	\$1.00	\$10.00	\$10.00
	*Lapiceros	10	\$1.00	\$10.00	\$10.00
	*Marcadores	5	\$5.00	\$50.00	\$50.00
	*Rotafolios	5	\$7.00	\$35.00	\$35.00
	*Transporte	12	\$6.00	\$72.00	
	* sillas	7	\$80.00	\$560.00	\$560.00
<b>TOTALES</b>				<b>\$943.00</b>	<b>\$871.00</b>
<b>COSTO NETO</b>					<b>\$72.00</b>

## Supervisión.

La supervisión es un proceso donde se pretenden establecer las técnicas necesarias para conocer el impacto del proyecto ejecutado, es decir se identifica si se han cumplido las metas de esta intervención. Dentro de la etapa de programación, la supervisión se le concibe como un proceso racional, que partiendo del diagnóstico establecido permite formular, implementar y ejecutar instrumentos de evaluación. La supervisión se realizará en tres tiempos: inicial, intermedia en la cuarta sesión y final en la sexta sesión. El instrumento de supervisión será un cuestionario el cual está formado por 5 preguntas de opción múltiple relacionadas al beneficio para el paciente en torno a la readaptación de las redes familiares.

### INSTRUMENTO DE SUPERVISIÓN HOSPITAL GENERAL DE URUAPAN

Objetivo: evaluar el desempeño del Trabajador Social durante la implementación de las sesiones de intervención familiar

1.- ¿Cómo considera la exposición del Trabajador Social durante estas sesiones?

- a) Buena                                      b) Regular                                      c) Mala

2.- ¿Considera que el Trabajador social cuenta con el conocimiento necesario para realizar la intervención?

- a) Superior al suficiente                                      b) suficiente                                      c) insuficiente

3.- ¿Considera que estas sesiones te han apoyado para la mejora en las relaciones entre tu familia?

- a) Si                                      b) no

¿Por qué?

4.- ¿Ha existido puntualidad por parte del Trabajador social?

- a) Si                                      b) No                                      c) A veces

5.- ¿Te gustaría continuar asistiendo a las charlas?

- a) Si                                      b) No

¿Por qué?

## Evaluación

La evaluación se realizará en tres tiempos: inicial en la primera sesión, intermedia en la cuarta sesión y la evaluación final se llevará a cabo en la última sesión de intervención familiar, buscando así conocer la opinión de los participantes. El instrumento que se utilizará para esta evaluación será un cuestionario que está formado por 6 preguntas, de las cuales dos de ellas son preguntas de opción múltiple, posteriormente se presentan dos preguntas mixtas y por último dos preguntas abiertas para recaudar así información cualitativa. A continuación se presenta el instrumento.

### INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN FINAL

#### HOSPITAL GENERAL DE URUAPAN

**Objetivo:** evaluar la importancia de las sesiones de intervención familiar

1.- ¿Consideras importante estas sesiones?

a) Mucho

b) Poco

c) Regular

2.- ¿De qué manera participaste?

a) Aportando ideas

b) asistiendo a las sesiones

c) ambas

3.- ¿Consideras que estas sesiones te han apoyado en algo?

a) Si

b) no

¿En qué?

4.- ¿Cuáles son las sesiones que más te ayudaron de este proyecto?

5- ¿Cuáles son las sesiones que menos te ayudaron de este proyecto?

6.- ¿Te gustaría continuar asistiendo a charlas?

a) Si

b) No

¿Por qué?

**Cronograma de actividades de implementación de redes de apoyo familiar a través del modelo de intervención familiar**

ACTIVIDAD	Septiembre		Octubre	
	P	R	P	R
PRESENTACION DEL PROYECTO A LAS FAMILIAS	1-5			
1 SESIÓN Tema: DIAGNÓSTICO FAMILIAR	17			
2.Sesión Tema: Acuerdo	24			
3.Sesión Tema: Intervención Familiar	23			
4.Sesión Tema: Intervención Familiar y organizaciones de apoyo económico	30			
5.Sesión Tema: Evaluación Familiar			7	
6.Sesión Tema: Cierre familiar			12	



## CARTA DESCRIPTIVA DE DIAGNÓSTICO FAMILIAR

### Implementación de redes de apoyo familiares a través de la intervención de Trabajo social Familiar

No. actividad	Fecha	Tema	Objetivo	No.	Horario Inicio Término	Lugar	Técnica a implementar	Materiales monetarios	Recursos Técnicos	Ponente
1 Sesión	17 /08/13	Presentación del proyecto	Presentar a las familias y los pacientes el proyecto para lograr acuerdos .	5	11:00 a.m. 12: 30 p.m.	Hogares de los pacientes	Lluvia de idea por parte de los pacientes durante la sesión	5Hoja transporte	20	Trabajador Social
2 sesión	24/08/13	Diagnóstico familiar	Conocer las problemáticas sentidas y no sentidas de la familia, sus recursos y habilidades tanto en la dimensión directa como en la indirecta	5	11:00 a.m. 12:30p.m.	Hogares de los pacientes	Entrevista, observación Genograma, ecomapa,	5Hoja de registro trasporte	20	Trabajador social

<b>3 sesión</b>	16 /09/13	Acuerdo familiar entre trabajo social y la familia.	manifestar las intenciones de cambio por la familia al acudir a un proceso de intervención familiar y llegar a un acuerdo por escrito u oral	6	11 :00 a.m. 12: 30 p.m.	Hogares de los pacientes	Redacción de un contrato, si este es por escrito	5 Hoja de registro transporte	20	Trabajador social
<b>4 sesión</b>	23 y 30 /09/13	Intervención familiar	Modificar en la familia pautas disfuncionales de relaciones, tanto en su dimensión interna como externa	5	11 :00 a.m. 12: 30 p.m.	Hogares de los pacientes	Consulta Social. Visita Domiciliaria. Registro de las intervenciones	5 Hojas registro transporte	20	Trabajador social
<b>5 sesión</b>	7 /10/13	Evaluación familiar	Conocer en qué medida la intervención realizada contribuyó a mejorar una situación difícil.	5	11 :00 a.m. 12: 30 p.m.	Hogares de los pacientes	Ecomapa. Entrevistas en el domicilio Observación.	5 Hojas registro pasajes	20 recursos	Trabajador social

<b>6 sesi ón</b>	12/07/ 13	Cierre familiar	Que el grupo de pacientes evalúe el proyecto consulte sus dudas al médico	5	11 :00 a.m. 12: 30 p.m.	Hoga- res de los pacien- tes	Lluvia de ideas	5 Hojas registro	Trabaja dor social
--------------------------	--------------	--------------------	---	---	----------------------------------	--	--------------------	------------------	--------------------------

## BIBLIOGRAFÍA

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

Ander-Egg, Ezequiel, Diccionario del Trabajo Social. Editorial: El Ateneo,Mexico.1984.

Ander-egg, Ezequiel. Introducción a las técnicas de investigación social. HUMANITAS. México. 1983.111.

Andrés, Enrique. Fisiopatología de la insuficiencia Renal Crónica. Barcelona. 2004,8.

Argueta, Víctor, Estudio de insuficiencia Renal Crónica y Atención Mediante Tratamiento de Sustitución. México. Secretaría de salud coordinación UNAM, 16.

Arteaga, Carlos. Manual de supervisión .ENTS, UNAM.1995,37.

Bannock,Graham. Diccionario de Economía. Editorial: Trillas. Mexico.1998135.

Caballero, Cynthia, Descripción de los servicios del programa de diálisis, se que lleva a cabo en la Clínica Hospital ISSTE Delegación Uruapan, Michoacan.2007.

Calderón, Geovana, Perfil Socioeconómico de los pacientes en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria del H.G.U. 2009

Castellanos, Marie. Manual de Trabajo Social. Ediciones,Científicas. Mexicanas A.C.V. 1999,107.

Eroles Carlos, Familia y Trabajo Social: Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina. 2001.

Fairchild, Henry. Diccionario de sociología. Fondo de cultura económico.México.1949.

Galeana de la O., Silvia. "Promoción social: Una opción metodológica", Plaza y Valdez .México, DF. 1999.33

García, Rodolfo, Funciones del estado en el desarrollo económico y social, Universidad Autónoma de Zacatecas, 1998. 57.

Gonzales, Luis .La participación de la familia en al atención al enfermo IRC.2004.7

Guirado, Luis. Trasplantis. Nosvartis. Guía del paciente Trasplantado Renal.2007,15.

Hernández Pedro, Antología de investigación sociomedica, UNAM 1992.184.

KISNERMAN, Natalio. Teoría y Práctica del Trabajo Social. T Edición. Editorial Hvmanitas. Buenos Aires.

Martínez, Zulma. Repercusiones socioeconómicas en los pacientes que practican la hemodiálisis en H. Camelinas. 2009.231.

Paredes, Graciela. Tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica, Donación y Trasplante de Organos. IMSS.2002.154.

Razo, Beatriz, investigación Social UNAM México 2003, 46

Sánchez, Manuel. Manual de Trabajo Social. UNAM, Plaza y Valdez S.A.DE C.V.2004, 426.

SOAL, Lourdes, La experiencia de donador. CONACULTA 2003. 264.

Venado, Moreno, José. Insuficiencia Renal Crónica. México. Unam,2003,3 Y 4.

#### REVISTAS:

Norma que establece las disposiciones para autorizar el protocolo de estudio, atención médica y exención del cobro de los gastos generados al donador vivo o cadavérico de órganos y tejidos no derechohabientes. IMSS .2003.

Terán Trillo Margarita: “Perfil profesional del Trabajador Social en el área de salud” revista de trabajo social n, 37 ENTS.UNAM. MEXICO. 1989.

#### PAGINAS WEB:

<http://ciencia.glosario.net/biotecnologia/enfermedad-10086.html> PG. 14

[http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante\\_presentacion.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_presentacion.html)

(consultada 8 noviembre 2013)

([http://donacion.organos.ua.es/submenu3/inf\\_sanitaria/p-renal/trasplante-renal.asp](http://donacion.organos.ua.es/submenu3/inf_sanitaria/p-renal/trasplante-renal.asp)

(consultada: miercoles 26 de septiembre,2012).

[http://mexico.renalinfo.com/treatment/end\\_stage\\_kidney\\_failure/](http://mexico.renalinfo.com/treatment/end_stage_kidney_failure/) (consultada: miercoles 26 de septiembre,2012).

[http://www.kidneyurology.org/ES/Patient\\_Resources/PaR\\_Lib\\_Glomerular.htm](http://www.kidneyurology.org/ES/Patient_Resources/PaR_Lib_Glomerular.htm)

(consultada: jueves 27 de septiembre,2012).

<http://nefrologiadigital.revistanefrologia.com/modules.php?name=libro&op=viewCap&idpublicacion=1&idedition=13&idcapitulo=53> (consultada: jueves 27 de septiembre,2012).

[http://escuela.med.puc.cl/publ/anatomiapatologica/05Genital\\_masc/5nefritis.html](http://escuela.med.puc.cl/publ/anatomiapatologica/05Genital_masc/5nefritis.html)

(consultada: viernes 28 de septiembre,2012).

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2005/nn052l.pdf>(consultada: sabado 29 de septiembre,2012).

<http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/mpm/documentos/NEFROLOGIA/GMD/DISFUNCION%20DEL%20INJERTO%20RENAL.pdf> (consultada: sabado 29 de septiembre,2012).

[http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area\\_medica/nefro/uropatia\\_obstructiva.pdf](http://www.hospitalgeneral.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/nefro/uropatia_obstructiva.pdf) (consultada: jueves 30 de agosto,2012).

[www.ts.ucr.ac.cr](http://www.ts.ucr.ac.cr). Modelo De Intervención Para El Trabajo Social Familiar (30 octubre 2013)

<http://www.salud.gob.mx/>(consultada el dia 26 de Septiembre 2013)

<http://www.enfermedad-renal.com/La-enfermedad-renal-poliquistica.html> consultada 27 enero 2013

# **ANEXOS**

## OPERACIONALIZACIÓN DE LA HIPÓTESIS

*Hipótesis:* “Las necesidades económicas y familiares que vive el paciente, afectan su proceso de trasplante renal”

1- Variable: “Las necesidades económicas y familiares que vive el paciente”

*Definición teórica:*

*Necesidad:* “Estado carencial objetivo, provocado por una deprivación en relación con lo que es necesario o simplemente útil para el desarrollo de un individuo.”<sup>61</sup>

*Necesidad:* “Falta de cosas que son indispensables para la conservación de la vida.”<sup>62</sup>

*Necesidad:* “Es la expresión de la que un ser vivo requiere para su conservación y desarrollo”.<sup>63</sup>

*Familia:* “Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”<sup>64</sup>

“La familia es un grupo primario donde sus integrantes e interrelacionan por vínculos afectivos y de participación que favorece a su vez su crecimiento armónico, desarrollo y maduración”.<sup>65</sup>

“La familia es un conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos, interdisciplinarios y recíprocos, emergentes de la unión sexual y procreación”.<sup>66</sup>

*Económico:* “Hacen referente a la necesidad de disponer de un bien que sirva para producir, conservar o mejorar las condiciones de vida, estas necesidades están ligadas al nivel productivo de la vida humana”.<sup>67</sup>

*Económico:* “Conjunto de las relaciones de producción, a su vez, corresponde a un grado de desarrollo de las fuerzas de producción y compone las bases del régimen social.”<sup>68</sup>

<sup>61</sup> Ander-Egg, Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social. Editorial Lumen, República Argentina.1995.198.

<sup>62</sup> Ander-Egg, Ezequiel, Diccionario del Trabajo Social. Editorial: El Ateneo,Mexico.1984.245.

<sup>63</sup> <http://books.google.com.mx/books> (consultada 17 octubre 2012)

<sup>64</sup> www. <http://www.who.int/topics/es/> (consultada 17 octubre 2012.)

<sup>65</sup> Eroles, Carlos,Familia y Trabajo Social, Editorial Espacio.Buenos Aires, Argentina.2001.

<sup>66</sup> ibídem pag.138.

<sup>67</sup> Bannock,Graham. Diccionario de Economía.Editoral Trillas. Mexico.1998135.

<sup>68</sup> Ander-Egg, Ezequiel, Diccionario de Trabajo Social. Editorial Lumen, Republica Argentina.1995.102.



Económico: “Un bien material que satisfacen necesidades y mejoran las condiciones de vida del paciente”.<sup>69</sup>

*Definición operacional:* Las circunstancias y realidades familiares y de bienes materiales que satisfagan las condiciones de vida del paciente.

2- Variable: “Afectan su proceso de trasplante renal”

*Definición teórica:*

Paciente: “Persona recibida en un hospital o institución similar por lo general para ser objeto de tratamiento y cuidados médicos temporales”.<sup>70</sup>

Paciente: “A la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica”.<sup>71</sup>

Paciente: “Persona que tiene un padecimiento físico y necesita de un tratamiento médico.”<sup>72</sup>

II-En el proceso de trasplante renal

Proceso:

“Conjunto de fases sucesivas de un fenómeno o de una técnica conducente determinando resultados, acción que se desarrolla a través de una serie de etapas, operaciones y funciones que guardan relación mutua y tiene un carácter continuo.”<sup>73</sup>

“Proceso: Se denomina proceso al conjunto de acciones o actividades sistematizadas que se realizan o tienen lugar con un fin.”<sup>74</sup>

“Proceso: es conjunto de acciones a realizar continuamente para llegar a un fin específico.”<sup>75</sup>

“Trasplante: Aplicación a una parte de tejidos tomados de otra parte del mismo cuerpo de otro. Es la operación quirúrgica con la que se inserta en el organismo receptor un tejido obtenido del donador.”<sup>76</sup>

<sup>69</sup> <http://www.ecobachillerato.com/diccionario.htm> (Consultado 8 octubre 2012)

<sup>70</sup> Fairchild, Henry Pratt. Diccionario de sociología. Fondo de cultura económico. México. 1949. 198.

<sup>71</sup> <http://www.casadellibro.com/libro-diccionario-rae>. (Consultado 8 octubre 2012)

<sup>72</sup> Guirado, Luis. Trasplantes. Nosvartis. Guía del paciente Trasplantado Renal. 2007.

<sup>73</sup> Ibídem

<sup>74</sup> Ibídem

<sup>75</sup> [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf) (Consultado 8 octubre 2012)

<sup>76</sup> <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/trasplantes.pdf> (Consultado 8 octubre 2012)

“Trasplante: puede ser descrito como una operación en la cual se realiza una alteración en el organismo de un individuo mediante la instalación o injerto de una porción de organismo de otro individuo”.<sup>77</sup>

Trasplante: “Es el injerto de un órgano o tejido de una persona (receptor) a otra (donador).”<sup>78</sup>

Riñón: “Órgano glandular doble situado a cada lado de la región lumbar, detrás del peritoneo.”<sup>79</sup>

“Los riñones son órganos glandulares, a los que incumbe la importante función de producir la orina, situados a ambos lados de la columna vertebral.”<sup>80</sup>

Riñón: “Órgano glandular, situado a cada lado de la región lumbar; capaz de producir la orina.”<sup>81</sup>

*Definición operacional:* Es el conjunto de acciones a realizar para llegar al injerto de un órgano glandular capaz de producir orina de una persona (donador) a otra (receptor).

<sup>77</sup> <http://www.cenatra.salud.gob.mx/> (consultada 8 octubre 2012)

<sup>78</sup> <http://www.transplant-observatory.org/SiteCollectionDocuments/amrlegethvensp.pdf>

<sup>79</sup> Ibídem

<sup>80</sup> Ibídem

<sup>81</sup> Ibídem

INDICADORES	ÍNDICE	SUJETOS	INTRUMENTOS	PREGUNTAS
Elementos de dinámica familiar del paciente	<p>Comunicación Familiar</p> <p>Estilo de comunicación</p> <p>Como comunicamos</p> <p>Escucha activa</p> <p>Empatía</p> <p>Nudos de comunicación</p>	Pacientes en protocolo de trasplante renal en el H.G.U	Cuestionario	<p>¿Considera que comunica adecuadamente sus Ideas con su familia?</p> <p>a)Si b)NO</p> <p>¿Qué estilo de comunicación se practica en su hogar?</p> <p>a)asertiva b)agresiva c)inexpresiva</p> <p>¿Identifica el sentimiento por el tono de voz si su familiar?</p> <p>a)Si b)NO</p> <p>¿Es congruente la expresión corporal con la expresión verbal al comunicarse con su familia?</p> <p>a)Si b)NO</p> <p>¿Existe congruencia entre la expresión corporal de su Familia y la expresión verbal con usted?</p> <p>a)Si b)NO</p> <p>¿Con cuál miembro de su familia considera que tiene más empatía</p> <p>a)Esposa (o) b)Hijo (a) ¿Cuál? c)Padre d)Madre e)Hermano (a) ¿Cuál?</p> <p>¿Cuando habla con su familia?</p> <p>A)lo escuchan activamente</p>

	Estrategias de comunicación.			<p>b)lo ignoran  c)los descalifican  d)lo mal interpretan  ¿Cuando habla de problemas con su familia?  a)Escuchar activamente  b)Ponerse en el lugar del otro (empatía):  c)Contener al otro dándole seguridad:  d)El humor  e)Expresar expectativas mutuas</p>
	Jerarquía Niveles de autoridad familiar			<p>¿Considera que los padres tienen autoridad hacia los hijos?  a) si b) No ¿porque?  Por parte de los padres, ¿qué tipo de autoridad se ejerce en la familia?  a)Autoritaria  b) Indiferente/negligente  c) Indulgente/permisiva  d) Recíproca con autoridad.  ¿Considera que los hijos tienen autoridad hacia los padres?  a)si b) No  Tipo y etapa de la familia  a)Nuclear  b)Extensa  c)Monoparental  d)Reconstruida  e)Matrimonio  f)Expansión  g)Hijo adolescentes  h)Nido vacío  j)Reencuentro  ¿Quién considera que tiene una Personalidad pasiva?  a)Padre</p>

	<p>Dinámica de las relaciones de los subsistemas.</p> <p>Disciplina</p> <p>Límite</p> <p>Autonomía</p> <p>Normas</p>			<p>d)Madre</p> <p>c)Hermano (a) ¿Cuál?</p> <p>d)Otro ¿Quién?</p> <p>¿Quién considera que tiene una Personalidad Agresiva?</p> <p>a)Padre</p> <p>d)Madre</p> <p>c)Hermano (a) ¿Cuál?</p> <p>d)Otro ¿Quién?</p> <p>¿Quién considera que tiene una personalidad activa?</p> <p>a)Padre</p> <p>d)Madre</p> <p>c)Hermano (a) ¿Cuál?</p> <p>d)Otro ¿Quién?</p> <p>Los límites en mi familia son:</p> <p>a)Permisivo</p> <p>b)Dependencia</p> <p>c).emocional</p> <p>d)Derecho</p> <p>La autonomía se ejerce de una manera</p> <p>a)Difusa</p> <p>b)Rígida</p> <p>c)Clara</p> <p>¿Se encuentran especificados los límites por parte de los padres hacia los hijos?</p> <p>a) Sí ¿Cómo? b) No ¿Por qué?</p> <p>Se distinguen los límites entre los hermanos</p> <p>a) Sí ¿Cómo? b) No ¿Por qué?</p> <p>¿Quién establece las normas en mi hogar?</p> <p>a) Papá</p> <p>b) Mamá</p> <p>c) Hijos</p> <p>d) Otros</p>
--	--	--	--	---

	<p>Alianza</p> <p>Coaliciones</p>			<p>¿Se respetan las normas existentes dentro de la familia?</p> <p>a) Si</p> <p>b) No ¿Quiénes?</p> <p>¿De qué manera se encuentran las normas en mi familia?</p> <p>a) Implícitas</p> <p>b) Explícitas</p> <p>¿Se han modificado las normas en su familia a Partir de IRC ?</p> <p>a) Si</p> <p>b) No</p> <p>¿Considera que existen alianzas entre los miembros de su familia?</p> <p>a) Si</p> <p>b) No</p> <p>¿Qué tipo de alianza es?</p> <p>a) Triangulación</p> <p>b) Desviación de ataque</p> <p>c) Desviación de apoyo</p> <p>¿Qué tipo de coalición se realiza en su familia?</p> <p>a) Subsistema aglutinado</p> <p>b) Subsistema desligada a desacoplada</p> <p>c) Unidad de familia aglutinada</p> <p>d) Unidad de familia desacoplada</p> <p>¿Cuál es la Patología de alianza ejercida?</p> <p>a) Desviación del conflicto</p> <p>b) Coaliciones intergeneracionales</p> <p>c) Patología de triángulos ( D. atacadora o D. asistidora )</p> <p>d) Coalición Progenitor Hijo</p> <p>Funciones y actividades en el hogar</p>
--	-----------------------------------	--	--	---

	Redes de apoyo			Colocar de acuerdo a la persona que realice la actividad o función en la familia a)Padre b)Madre c) Hijos d) Otros E) Nadie ¿Existe apoyo económico hacia la familia? a)No a)Si ¿Quién ? 1)Familia extensa 2)amigos 3)vecinos 4)sectores públicos 5)Sectores privados Asiste algún grupo como: a)Grupos recreativos b)Relaciones comunitarias c)Grupos religiosos d) Relaciones laborales e) Relaciones de estudio f) Ninguno ¿Quién realiza acciones de solidaridad para el cuidado del enfermo? a)Padre B)Madre c)Hijos d)familia extensa e)Otros ¿Quién dentro de la familia es El motivador en los demás? a)Padre d)Madre c)Hermano (a) ¿Cuál? d)Otro ¿Quién? ¿Quién influye entre los miembros de la Familia?
	Liderazgo familiar			

				<p>a)Padre d)Madre c)Hermano (a) ¿Cuál? d)Otro ¿Quién? ¿Quién es seguidor dentro de la Familia? a)Padre d)Madre c) Hermano (a) ¿Cuál? d)Otro ¿Quién?</p> <p>¿El líder de la familia es? a)Autocrático b)Carismático c)Democrático ¿Cómo se establece la organización de la casa de la familia?</p>
Ingresos familiares que cubren las necesidades del paciente	Ingreso familiar			<p>¿Cómo se obtiene el ingreso familiar? ¿Quién aporta económicamente para cubrir los gastos del hogar? ¿Cuándo se recibe el aporte económico en la familia? ¿En qué se distribuye el dinero en el hogar? ¿Dónde se obtiene el ingreso? ¿Para qué se utiliza dentro de la familia? ¿Cuál es su tipo de empleo? a)Desempleado b)Subempleado c)Obrero d)Técnico</p>



				<p>e)Profesionista</p> <p>f) Empresario</p> <p>¿Cuál es su salario?</p> <p>a)Menor salario mínimo</p> <p>b)Salario mínimo</p> <p>c) Mayor salario mínimo</p> <p>d) 2-3 salarios mínimos</p> <p>e) 4- 5 salarios mínimos</p> <p>¿Cuál es tu contrato?</p> <p>a)Desempleado</p> <p>b)Eventual</p> <p>c) Fijo</p> <p>ingreso:</p> <p>a)Jefe de familia</p> <p>b)Jefa fe familia</p> <p>c)Hijos</p> <p>Egreso familiar</p> <p>Promedio mensual</p> <p>\$alimentación</p> <p>\$renta o predio</p> <p>\$agua</p> <p>\$luz</p> <p>\$transporte</p> <p>\$educación</p> <p>\$teléfono</p> <p>\$adicionales</p> <p>\$medicamentos</p> <p>total \$</p>
<p>Necesidades básicas que presenta el paciente.</p>	<p><u>N. FISIOLÓGICAS</u></p>			<p>¿Cuenta con alguna dieta específica?</p> <p>a)Si</p> <p>b)No</p> <p>¿Cuenta con problemas de respiración?</p> <p>a)Si</p>

	<p><u>N. DE SEGURIDAD</u></p> <p><u>N.</u></p> <p><u>RECONOCIMIENTO</u></p> <p><u>N.DE</u></p> <p><u>AUTORREALIZACIÔ</u></p>			<p>b)No</p> <p>¿Realiza descanso mayor a 7 horas?</p> <p>a)Si</p> <p>b)No</p> <p>¿Ha disminuido su actividad sexual a raíz de la IRC?</p> <p>a)Si b)No</p> <p>¿Existe algún personal que le brinde apoyo moral?</p> <p>a)Si ¿Quién?</p> <p>b)No</p> <p>¿Considera que cuenta con el apoyo de su familia nuclear?</p> <p>a)Si ¿Quién?</p> <p>b)No</p> <p>¿Considera que cuenta con el apoyo de su familia extensa?</p> <p>a)Si b)No</p> <p>¿Se siente seguro con su salud?</p> <p>a)Si b)No</p> <p>¿Se ha sentido excluido en su familia?</p> <p>a)Si b)No</p> <p>Considera que su autoestima es</p> <p>a)Alta</p> <p>b)Regular</p> <p>c)Baja</p> <p>¿Considera que cuenta con amigos?</p> <p>a)Si b)No</p> <p>¿Se considera realizado en la actualidad?</p> <p>a)Si b)No</p> <p>¿Su familia le expresa acciones de afecto?</p> <p>a)Si b)No</p> <p>¿Se siente respetado por su familia?</p> <p>a)Si b)No</p> <p>¿Se considera una persona creativa?</p> <p>a)Si b)No</p>
--	--	--	--	--

				<p>¿Se considera una persona espontánea? a)Si b)No</p> <p>¿Se considera capaz de resolver problemas?</p>
Seguridad social	<p>Institución a la que es beneficiado</p> <p>Acciones a realizar antes del injerto renal</p> <p>Familiar responsable</p>	<p>Pacientes en protocolo de trasplante renal en el H.G.U</p>	Cuestionario	<p>¿Cuenta con IMSS? a)Si b)No</p> <p>¿Cuenta con ISSSTE? a)Si b)No</p> <p>¿Cuenta con seguro popular? a)Si b)No</p> <p>¿Su Institución de salud le ha brindado apoyo durante el protocolo de estudio? a)Si b)No</p> <p>¿Ha concluido el protocolo de estudio? a)Si b)No</p> <p>familiar responsable: escolaridad: ocupación: edad: domicilio: teléfono: parentesco: posible donador: nombre: edad: parentesco: ocupación: estado físico: observaciones:</p>
Situación del donador	Donador vivo relacionado			<p>¿Cuenta con donador? a)Si b)No</p> <p>¿Qué tipo de donar es? a)DVR b)DVNR</p>

	<p>Donador vivo no relacionado</p> <p>Donador cadavérico</p>		<p>C)DC</p> <p>¿Qué relación tiene con él?</p> <p>¿Qué edad tiene el donador?</p> <p>¿Cuenta con el Registro en lista de espera de CENATRA?</p> <p>a)Si b)No</p> <p>¿ En qué lugar se encuentra en lista de espera del Servicio del H.G.U?</p> <p>¿ Le han comentado una fecha posible de trasplante?</p> <p>¿Cuál es la Posible causa de IRC?</p> <p>¿Cuál es el Grado de IRC?</p>
	<p>Tratamiento sustitutivo</p>	<p>Diálisis peritoneal</p> <p>Hemodiálisis</p> <p>Capacitación por parte de familiares</p>	<p>¿Se realiza diálisis peritoneal?</p> <p>a)Si ¿Cada cuándo? b)No</p> <p>¿Se realiza hemodiálisis?</p> <p>a)Si ¿Cada cuándo? b)No</p> <p>¿En qué hospital?</p> <p>¿Alguien le apoya para realizar la diálisis?</p> <p>a)Si b)No</p> <p>¿Algún familiar se encuentra capacitado para apoyar en la diálisis?</p> <p>a)Si ¿Quién ? b)No</p>

Definición operacional: Las circunstancias y realidades familiares y de bienes materiales que satisfagan las condiciones de la vida del paciente en proceso de trasplante. Es un conjunto de acciones a realizar para llegar al injerto de un órgano glandular capaz de producir orina de una persona (donador) a otra (receptor).

Necesidades económicas y familiares del paciente: Las circunstancias y realidades familiares y de bienes materiales que satisfagan las condiciones de la vida del paciente en proceso de trasplante.

El proceso de trasplante renal: Es un conjunto de acciones a realizar para llegar al injerto de un órgano glandular capaz de producir orina de una persona (donador) a otra (receptor).



# Universidad Don Vasco

## Escuela de Trabajo Social

Objetivo: Identificar si la situación económica y familiar de los pacientes en proceso de trasplante influye durante este proceso.

NOTA: La información proporcionada será totalmente confidencial.

Indicaciones: Escuche correctamente cada una de las preguntas solicitadas y refiera la que sea acorde a su respuesta.

Fecha \_\_\_\_\_ Horario Inicio \_\_\_\_\_ Horario final \_\_\_\_\_ N. cuestionario \_\_\_\_\_

### I - DATOS GENERALES:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

ORIGINARIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ TIPO DE FAMILIA: \_\_\_\_\_

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL FAMILIAR RESPONSABLE:

FAMILIAR RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

## II - ESTRUCTURA FAMILIAR

Nombre	Edad	Originario	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Estado físico
1-						
2-						
3-						
4-						
5-						

## III - DINÁMICA FAMILIAR

1. ¿Considera que comunica adecuadamente sus ideas con su familia?  
a) Siempre b) A veces c) Nunca
2. ¿Cómo es la comunicación en su hogar?  
a) Sin agresiones y llegan a acuerdos (asertiva)  
b) Tonos altos, no llegan a acuerdos y surgen problemas del pasado. (Agresiva)  
c) Cuando se platica no se reconocen las emociones (inexpresiva)
3. Cuando su familiar se encuentra enojado ¿Identifica este sentimiento en su tono?  
a) Siempre b) La mayoría de las veces  
c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca
4. Cuando un familiar habla con usted, ¿Coincide lo que le dice con lo que hace?  
a) Siempre b) La mayoría de las veces  
c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca
5. Cuando habla de problemas con su familia, ellos.....  
a) Lo escuchan con atención.  
b) Se ponen en su lugar (empatía)  
c) Lo escuchan y le apoyan.  
d) Bromen al hablarle.  
e) Comparten sus ideas y expectativas

6. ¿Sus padres se encuentran vivos?

a) Si B) No

7. ¿Qué tan frecuente habla con sus padres?

a) Siempre b) La mayoría de las veces

c) Algunas veces d) Casi nunca e) Nunca

8. Cuando habla con sus padres con respecto a su IRC, ellos...

a) Conocen lo que usted quiere

b) No lo escuchan

c) Ellos y usted llegan a acuerdos juntos

d) Permiten que usted tome las decisiones.

9-¿Cómo percibe la relación con sus padres?

a) Cálida b) Indiferente c) Fría

10. Las decisiones familiares se ejercen de manera....

a) Permisiva para que usted tome sus decisiones

b) Dependiente al ejercer autoridad sola una persona en el hogar.

c) Solidarias al buscan el bien de todos.

d) Democráticas al tomarlas entre todos.

11. Las decisiones (autonomía) se ejercen de una manera que...

a) No se tienen claras (Difusa)

b) No son flexibles (Rígidos)

c) Se encuentran definidos (Claros)

12. En su familia ¿Se entiende lo que está permitido por parte de los padres hacia los hijo sin que éstos lo digan?

a) Si B) No c) Algunas veces

13. ¿Se respetan los espacios donde usted duerme?

a) Si B) No c) Algunas veces

¿Cuál?

14. ¿Quién decide lo que está permitido en su hogar?

a) Papá b) Mamá

c) Hijos d) Paciente e) Otros ¿quiénes?

15-¿se han modificado las normas en su familia a partir de IRC?

a) No b) Si c) a veces

¿Cómo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En el apoyo de su padecimiento, ¿Quiénes se encuentran involucrados?

a)

b)

c)

d)

16-¿Usted es miembro de algún grupo recreativo?

a) Si B) No c) A veces

16.1 ¿Cuál?

a) Grupos de apoyo

b) Relaciones comunitarias

c) Grupos religiosos

d) Relaciones laborales

e) Relaciones de estudio

f) Otro





**FUNCIONES Y ACTIVIDADES EN EL HOGAR** ¿Qué persona dentro de la familia se encarga de realizar las siguientes funciones o actividades en su hogar? a) Padre b) Madre b) Ambos padres c) Paciente d) Hijos e) Hermanos f) Amigos g) Tíos h) Abuelos i) Otros j) Nadie k) No aplica

28 -Administra los recursos ( )	29-Prepara los alimentos ( )	30-Brinda los permisos ( )	31-Demuestra Afecto ( )	32-Ejecuta los castigos ( )	33-Realiza los quehaceres del hogar ( )	34Proporciona Seguridad la familia ( )	36-Colabora en las actividades de la casa pasivamente( )	37- Se Preocupa por el bienestar emocional ( )	38-Proporciona Alimentos ( )	39-Responsable de los pagos servicios básicos( )
40 Aclara los limites ( )	41 Aclara los malos entendidos ( )	42 Brinda apoyo emocional ( )	43 Juega con los hijos ( )	44 Revisa las condiciones de vivienda	45 Platica con los hijos ( )	46 Asiste a la escuela. ( )				

#### IV- ASPECTO ECONÓMICO

48.OCUPACION	
DESEMPLEADO	
SUBMPLEADO	
OBRAERO	
TECNICO	
PROFESIONISTA	
EMPRESARIO	

48.1 TIPO DE TRABAJO	
DESEMPLEADO	
EVENTUAL(cn/p-sn/p)	
FIJO	

49.INGRESO FAMILIAR	PROM. MENSUAL
JEFE DE FAMILIA	\$
ESPOSO (A)	\$
HIJO (A)	\$

48.1.2 ¿cuál es su salario?	
SIN SALARIO	
SALARIO MINIMO + SALARIO MINIMO	
2-3 SALARIOS MINIMO	

50.EGRESO FAMILIAR	PROM . MENSUAL
ALIMENTACION	\$
RENTA O PREDIO	\$
AGUA	\$
LUZ	\$
COMBUSTIBLE	\$
TRANSPORTE	\$
EDUCACIÓN	\$
TELÉFONO	\$
CONSUMOS ADICIONALES (MEDICAMENTOS )	\$
TOTAL	\$

48. Actualmente, ¿cuál es su ocupación?

49. ¿Quiénes son las personas que brindan un ingreso?

50. ¿Alguna vez se ha quedado sin medicamento por falta de dinero? A) si b) No c) A veces

51. ¿Alguna vez ha suspendido el tratamiento sustitutivo por falta de recurso? A) si b) No c) A veces

52. ¿Alguno vez ha dejado de hacerse estudios por falta de recurso? A) si b) No c) A veces

53. ¿Ha conseguido préstamos? A) si b) No c) A veces ¿Con quién? \_\_\_\_\_

54. ¿Actualmente se encuentra endeudado? A) si b) No c) Ocasionalmente

55. ¿Realiza actividades para obtener dinero extra? A) si b) No c) A veces ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

## V - NECESIDADES BÁSICAS

56. ¿Cuenta con alguna dieta específica?

a)Si b)No

57. ¿Ha presentado problemas de respiración?

a)Si b)No c) A veces

58. ¿Ha presentado algún otro problema de salud a raíz de la IRC ?

a)Si b)No c) A veces ¿Cuál ?\_\_\_\_\_

59. ¿Realiza descanso mayor a 7 horas?

a)Si b)No c) A veces

60. ¿Ha disminuido su actividad sexual a raíz de la IRC?

a)Siempre b)Casi siempre

c)algunas veces d)Casi nunca e)Nunca

61. ¿Considera que cuenta con el apoyo de su familia nuclear durante su proceso de IRC ?

a)Siempre b)Casi siempre

c)algunas veces d)Casi nunca e)Nunca

62. ¿Considera que cuenta con el apoyo de su familia extensa durante su proceso de IRC?

a)Siempre b)Casi siempre

c)algunas veces d)Casi nunca e)Nunca

63. ¿Se siente seguro con su salud?

a)Siempre b)Casi siempre

c)algunas veces d)Casi nunca e)Nunca

64. ¿Se ha sentido excluido en su familia durante su proceso de IRC?

a)Siempre b)Casi siempre

c)algunas veces d)Casi nunca e)Nunca

65. Considera que su autoestima es

a)Alta b)Regular c)Baja

66. ¿Considera que cuenta con amigos?

a)Si b)No

67. ¿Se considera una persona realizada en la actualidad?

a)Si b)No c) A veces

67.1 Si contestó no en la pregunta anterior ¿Qué le hace falta para sentirse realizado?

68 ¿Se siente respetado por su familia?

a)Si b)No c) A veces

69. ¿Se considera una persona creativa?

a)Si b)No c) A veces

70. ¿Se considera una persona espontanea? a)Si b)No c) A veces

71. ¿Se considera capaz de resolver problemas? a)Si b)No c) A veces

## **VI - PROCESO DE TRASPLANTE**

72. ¿Cuenta con IMSS? a)Si b)No

73. ¿Cuenta ISSSTE? a)Si b)No

74. ¿Cuenta con seguro popular?

a)Si b)No

75. Durante su protocolo de estudio ¿Apoyó su Institución de salud de la que es derechohabiente?

a)Si b)No c) A veces ¿De qué tipo ?

76. ¿Ha concluido su protocolo de estudio?

a)Si b)No

77. ¿Cuenta con donador?

a)Si b)no

78. ¿Qué tipo de donador?

a)DVR b)DVNR C)DC

78.1 ¿Usted conoce al donador?

a) Si B) no

78.2 ¿Qué relación tiene con él? \_\_\_\_\_

78.3 ¿Cuánto tiempo tiene de conocerlo?

\_\_\_\_\_

78.4 ¿Que opina la familia del donador sobre esto? \_\_\_\_\_

78.5 ¿Qué edad tiene el donador?

\_\_\_\_\_

79. ¿Cuenta con el Registro en lista de espera de CENATRA?

a) Si b) No

80. ¿En qué lugar se encuentra en lista de espera del Servicio del H.G.U.?

\_\_\_\_\_

81. ¿Le han comentado una fecha Posible de trasplante? \_\_\_\_\_

82. ¿Cuál es su posible causa de IRC? \_\_\_\_\_

83. ¿Cuál es el Grado de IRC que presenta? \_\_\_\_\_

84. ¿Se realiza diálisis peritoneal?

a) Si b) No c) A veces

¿Cada cuándo?

- a) Cada 4 horas
- b) Cada 6 horas
- c) Cada 8 horas
- d) Cada 12 horas
- e) Otra cual

85. ¿Se realiza hemodiálisis?

a) Si b) No c) a veces

¿Cada cuándo?

- a) Cada tercer día
- b) Cada semana
- c) Otra cual

86. ¿En qué hospital de esta ciudad se realiza las sesiones de hemodiálisis?

a) IMSS

b) H. camelinas

b) No

87. ¿Alguien le apoya para realizar la diálisis? a)Si b) no c) A veces d) N/A

88. ¿Se encuentra algún familiar capacitado para apoyar a ser diálisis?

a)Si ¿Quién ?

b)No

c) N/A

