



**UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO**  
"EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO"

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL

AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE DE INCORPORACIÓN 8852-25

**"LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN MÉXICO: UNA  
PROPUESTA DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDA AL PERSONAL  
SANITARIO DEL HOSPITAL GENERAL ACAPULCO"**

**T E S I S A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

**EUGENIA LIBERTAD HERNÁNDEZ MEDINA**

DIRECTOR DE TESIS

**MTRA. ANGELINA ROMERO HERRERA**



**ACAPULCO, GUERRERO**

**2019.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## **Dedicatoria**

A mi bella y amada familia (mami, papi, teye y cada uno de nuestros pequeños) son mi fortaleza y mi vida. Soy lo que soy gracias a ustedes. Los amo.

## **Agradecimientos**

A mi mami, papi y hermana. Ustedes han sido los más grandes maestros en mi vida, gracias por todas sus enseñanzas, por todo su amor, por nunca dejarme sola y por mostrarme lo afortunada que soy por tenerlos, los amo. A mi Enanito, Peluchito, Fideo, Carlitos, Cane, Blacky y Lucky gracias por enseñarme a amar sin importar la especie, ustedes me han hecho más sensible y sin esa característica no sería el gran ser humano que hoy soy, los amaré por siempre. A mis maestros: Rocío, Migue, Fernando, Marisela, Lina, Rosa Elía, Gabi, Carlos, Esael. Gracias por mostrarme que el enseñar es amar y el amar es compartir, gracias por no ser egoístas y siempre llenarnos de conocimientos, experiencias y momentos que me hicieron amar mi profesión, sin duda ustedes tienen un papel fundamental en mi formación. A mi maestra Angelina, no sé ni por dónde comenzar; agradezco sus enseñanzas en el aula, sus consejos, su pasión, su entusiasmo y la alegría con la que siempre se muestra, gracias por no tirar la toalla conmigo y los cientos de proyectos de titulación previos a éste. Gracias por ser mi compañera en este camino, la quiero muchísimo. A la Universidad Nacional Autónoma de México, gracias a ti y a la beca que me facilitaste pude estudiar y concluir mi licenciatura, estaré agradecida por siempre y te honraré siendo una profesionista de la que te sientas orgullosa. A la Universidad Americana de Acapulco, gracias por haberme cobijado en tus aulas y tus pasillos. Gracias por ser mi alma mater, soy orgullo UAA. A mis amigos: Fabi, Maye's, Beto gracias por recordarme siempre que la titulación es importante, gracias por hacérmelo ver de una forma amorosa, gracias por su paciencia, sus enseñanzas y su amistad. Los quiero. A Gina: gracias por haberme acompañado cuando más hundida me encontraba. A la vida: gracias por lo que fue, por lo que es y por lo que viene. Te amo y te honro.

## Contenido

<b>Resumen</b> .....	8
<b>Introducción</b> .....	11
<b>Capítulo 1. La donación de órganos y tejidos</b> .....	13
1.1 Definición de órgano.....	13
1.1.1 Clasificación de los órganos.....	13
1.2 Antecedentes históricos de la donación de órganos.....	15
1.2.1 Antecedentes históricos de la donación y trasplante de órganos en México.....	18
1.3 Centro Nacional de Trasplantes.....	20
1.3.1 Dirección General del CENATRA.....	21
1.3.2 Dirección del Registro Nacional de Trasplantes.....	21
1.3.4 Atribuciones del Centro Nacional de Trasplantes.....	22
1.4 Marco jurídico en el proceso de donación y trasplante de órganos en México.....	25
<b>Capítulo 2. La donación de órganos y el sistema de salud en México</b> .....	27
2.1 La donación de órganos en México.....	27
2.1.2 Principios de la donación.....	28
2.1.3 Tipos de donación.....	28
2.1.4 Tipos de donadores de órganos y tejidos.....	30
2.1.5 Criterios generales de donadores de órganos.....	33
2.2 Estructura del Sistema de Salud en México.....	35
2.2.1 Clasificación de los niveles de atención en salud.....	37
2.3 Estructura y composición del Hospital General Acapulco.....	40
2.4 Estadísticas del proceso de donación y trasplantes en México.....	42
<b>Capítulo 3. Factores personales en la población en general que influyen en la donación de órganos</b> .....	44
3.1 Factores Sociales.....	45
3.1.2 Sexo.....	45
3.1.3 Edad.....	45
3.1.4 Educación/Nivel cultural.....	46
3.1.5 Tipología familiar.....	46
3.1.6 Raza.....	46
3.2 Factores psicológicos.....	47
3.2.1 Duelo.....	47
3.2.2 Muerte.....	52
3.2.3 Religión.....	52
3.2.4 Cuerpo.....	54
3.2.5 Autoestima.....	54
3.2.6 Locus de control.....	55

3.2.7 Psicopatología.....	55
3.2.8 Altruismo.....	56
3.2.9 Estabilidad emocional.....	56
3.2.10 Capacidad intelectual.....	56
3.3 Mitos y realidad en la donación y trasplante de órganos y tejidos.....	56

**Capítulo 4. Factores que justifican la no donación de órganos y que están relacionados con la institución y el personal de salud.....59**

4.1 Factores que justifican la No donación de órganos.....	59
4.1.1 Información errónea.....	60
4.1.2 Temor a la muerte.....	60
4.1.3 Ausencia de información o de planteamientos.....	60
4.1.4 Desconfianza en los médicos.....	60
4.1.5 Insatisfacción con el actual sistema de sanidad pública.....	61
4.1.5.1 El estrés laboral.....	62
4.1.5.2 La importancia de una adecuada comunicación humana en los servicios de salud.....	64

**Capítulo 5. Propuesta de taller de sensibilización al personal sanitario del Hospital General Acapulco para favorecer el proceso de procuración, donación y trasplante de órganos.....67**

Justificación.....	67
Metodología.....	69
Sesión 1 Integración y cohesión grupal.....	71
Sesión 2 Proceso de duelo.....	85
Sesión 3 ¿Cómo dar malas noticias en medicina?.....	92
Sesión 4 ¿Qué es la donación de órganos?.....	101
Conclusiones.....	109
Referencias.....	113
Anexos.....	117



*No pienses en la donación de órganos como ofrecer una parte de ti para que un desconocido pueda vivir, es en realidad un desconocido quien ofrece todo su cuerpo para que una parte de ti pueda seguir viviendo.*

Anónimo



## Resumen

La epidemia de obesidad que enfrenta México y el incremento de enfermedades crónico-degenerativas han potencializado la demanda de trasplantes, lamentablemente la respuesta de las instituciones de salud no ha avanzado en la misma proporción. De acuerdo al reporte anual 2018 de donación y trasplantes del Centro Nacional de Trasplantes, en la actualidad existen más de 21 mil personas en lista de espera, para quienes el trasplante de órganos resulta ser el único tratamiento posible para recuperar la salud, e inclusive, en la mayoría de los casos, evitar la muerte.

La realización de trasplantes de órganos es un tratamiento médico que requiere de una importante inversión en aspectos institucionales, culturales, sociales y humanos, para así lograr obtener los recursos que se requieren para mejorar las condiciones de vida de las personas que se encuentran en riesgo de perder la vida.

La solicitud de donación de órganos supone una tarea nada fácil para los profesionales sanitarios, quienes en muchos de los casos, tienen que acometer la difícil labor de solicitarlo a los familiares del fallecido. Los primeros momentos tras la muerte de un ser querido, son caracterizados por un fuerte impacto emocional para los familiares, en este sentido, el conocimiento de los factores psicológicos y el manejo de los mismos, así como las habilidades personales que necesita poseer el personal de salud; son fundamentales para poder reducir el número de negativas familiares ante la donación.

En el presente trabajo se propone un taller de sensibilización dirigido al personal sanitario del Hospital General Acapulco, que les permita adquirir conocimientos, técnicas y herramientas que

favorezcan una atención de calidad brindada con calidez a las y los usuarios atendidos en nuestra institución; y, de esta forma poder incrementar las procuraciones orgánicas en nuestro hospital.

Palabras clave: Donación de órganos, duelo, comunicación, malas noticias, sensibilización.

## Summary

The obesity epidemic that Mexico faces and the increase in chronic degenerative diseases have potentiated the demand for transplants; unfortunately the response of health institutions has not advanced in the same proportion. According to the 2018 annual report on donation and transplants from the National Transplant Center, there are currently more than 21,000 people on the waiting list, for whom organ transplantation is the only possible treatment for regaining health, and even in most cases, avoid death.

The realization of organ transplants is a medical treatment that requires an important investment in institutional, cultural, social and human aspects, in order to obtain the resources that are required to improve the living conditions of people who are at risk of lose your life

. The request for organ donation is not an easy task for health professionals, who in many cases have to undertake the difficult task of requesting it from relatives of the deceased. The first moments after the death of a loved one, are characterized by a strong emotional impact for family members, in this sense, knowledge of psychological factors and their management, as well as the personal skills needed by the staff of Health; they are fundamental to reduce the number of family refusals before the donation.

In the present work we propose a sensitization workshop aimed at the health personnel of the Acapulco General Hospital, which allows them to acquire knowledge, techniques and tools that favor quality care provided with warmth to the users served at our institution; and, in this way, we can increase the organic procurements in our hospital.

Key words: Organ donation, communication, bad news, sensitization.

## **Introducción**

El objeto de estudio de este trabajo es el incremento de donaciones de órganos y tejidos realizados en el Hospital General Acapulco, para que a través de los mismos puedan ser beneficiadas algunas personas de las miles que se encuentran en lista de espera.

Se propone un taller de sensibilización que aborda temáticas relacionadas con el estrés laboral, el duelo, cómo dar malas noticias en medicina y el proceso de procuración del posible donante.

El presente trabajo se encuentra estructurado de la siguiente manera:

En el primer capítulo se aborda la definición de órgano, se realiza un recorrido histórico tanto a nivel internacional como nacional del tratamiento médico de donación de órganos, revisando los antecedentes de mayor relevancia en nuestro país y el marco jurídico existente en los procesos de procuración de órganos y tejidos.

En el segundo capítulo se presentan los principios y criterios que existen en nuestro país para la donación de órganos y tejidos. Así mismo, se describe la estructura del Sistema de Salud en México así como la composición del Hospital General Acapulco. Este capítulo concluye con las estadísticas más recientes del proceso de donación y trasplantes en México.

En el tercer capítulo se revisan los factores individuales de la población en general que influyen en la donación de órganos, haciendo especial énfasis en las variables sociales y psicológicas.

En el cuarto capítulo se presentan los factores que justifican la no donación de órganos en la población en general y que se encuentran relacionados con el sistema de salud y el personal adscrito al mismo.

Finalmente se expone la propuesta para el taller de sensibilización dirigida al personal sanitario del Hospital General Acapulco, la cual contiene: objetivos, la descripción detallada de las sesiones y sus actividades, así como la presentación del material necesario para su desarrollo. En este último apartado también se incluyen las conclusiones, los alcances, limitaciones y sugerencias para la elaboración del taller, así como las referencias y anexos.

## Capítulo 1. La donación de órganos y tejidos.

### *1.1 Definición de órgano*

A lo largo de la evolución humana, nuestras células fueron desarrollando un proceso de diferenciación que las llevó a adquirir propiedades particulares caracterizadas por su alta especificidad, esto hizo que fuera necesario que las células de la misma naturaleza y que comparten funciones semejantes se agruparan originando tejidos, los cuales pueden ser una gran variedad de tipos. Por su parte, distintos tipos de tejidos integrados para llevar a cabo una determinada función pueden unirse formando una estructura más compleja como son los órganos que se integran entre sí para dar origen a los aparatos y sistemas.(Andrade, 2019)

- Órgano. (Del latín *órganum*, “herramienta”) en biología y anatomía, es una agrupación de diversos tejidos que forman una unidad estructural encargada del cumplimiento de una función determinada en el seno de un organismo pluricelular (Neira, 1860)
- Órgano. Parte diferenciada del cuerpo que participa en la realización de una función (Ballesteros, Herrera, & Bono, 2002)
- De acuerdo al artículo 334 de la Ley General de Salud, el órgano es aquella entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de los mismos trabajos fisiológicos.

#### **1.1.1 Clasificación de los órganos**

De acuerdo con su forma, los órganos pueden ser de dos grandes tipos:

**Órganos macizos.** Son los órganos que presentan dos partes bien diferenciadas en su constitución anatómica/histológica: el estroma (el armazón intersticial) y el parénquima (tejido

noble del órgano). Son estructuras sólidas, las cuales están formadas por tejido especializado llamado parénquima y el tejido que le permite tener su forma, el cual es conocido como estroma. A este tipo de órganos pertenecen el hígado, el bazo, los riñones, los ovarios, entre otros. (Andrade, 2019)

**Órganos huecos.** Son los órganos que presentan morfología de saco hueco y que va a estar tapizada por una serie de capas estructurales o tunicas. Estos órganos son aquellos que están formados por una pared que rodea a una cavidad, el principal ejemplo lo constituyen los sistemas de absorción y excreción como el aparato digestivo y el sistema urinario, en donde el alimento y la sangre respectivamente, pasan por una serie de estructuras con el fin de extraer nutrientes o sustancias necesarias semejando a un filtro, dando origen al final del proceso a un producto de desecho que puede ser acumulado hasta el momento de su eliminación. (Andrade, 2019)

En conjunto, los aparatos y sistemas constituyen a los seres vivos, cada uno se especializó en un aspecto necesario para la supervivencia al punto que su falla acarrea consecuencias importantes para la salud que pueden llegar incluso a la muerte en el caso de los llamados órganos vitales. Es posible que un determinado órgano se lesione y se pueda seguir viviendo sin él, como ocurre con estructuras como el colon y el estómago, en los cuales a pesar de realizarles cirugías dónde se extraen algunas de sus partes, posterior a esos procedimientos el paciente puede recuperarse logrando inclusive una vida prácticamente normal. (Andrade, 2019)

Existen órganos, como lo son los riñones y los pulmones, donde es posible vivir con uno solo; así mismo, hay otros órganos que aunque se encuentren ausentes por completo (incluso desde el momento del nacimiento) como los son los órganos de los sentidos (vista, olfato, gusto y oído) la vida puede continuar. Otros órganos son necesarios para la vida pero su ausencia o la falla en su

función puede ser manejado con tratamiento o con procedimientos, tal es el caso de la glándula tiroides, las suprarrenales, el páncreas y los riñones. Y existe otro grupo de órganos, los cuales son imprescindibles para la vida, los cuales se denominan órganos vitales. Estos incluyen al cerebro, corazón, páncreas, hígado; en este último grupo, la única esperanza para prologar la vida de la persona afectada, es, indispensablemente, el trasplante de órganos. (Andrade, 2019)

### ***1.2 Antecedentes históricos de la donación de órganos***

Un primitivo concepto de trasplante aparece en muchas culturas antiguas a través de formas irreales e imaginarias de héroes, reyes y dioses, ideadas con el fin de resaltar las virtudes de estos seres. Probablemente el más antiguo y famoso ejemplo lo constituya Ganesha, Dios hindú de la sabiduría y vencedor de todos los obstáculos: un Dios surgido de un niño Kumar, a quien el rey Shiva trasplantó una cabeza de elefante, este acto explicaba su sabiduría y fortaleza. Otro ejemplo lo compone “el milagro de San Cosme y San Damián” donde se muestra el momento en que estos dos médicos de la época romana sustituyen la pierna enferma de Justiniano, por la pierna sana de un esclavo; sin duda, se trata del primer aloinjerto de la historia, ocurrido sólo en el imaginario de las personas. (Palafox D, Corona, & Oropeza, 2019). Con el paso del tiempo y el avance en la experimentación médica, los trasplantes dejaron de encontrarse únicamente en el imaginario de las personas para volverse una realidad. A continuación se presentan los principales acontecimientos históricos en el proceso de donación y trasplante de órganos.

- 1597 Gaspar de Tagliacocci publica un tratado quirúrgico que recoge la técnica del autotrasplante nasal que aún se realiza en la actualidad.(Coruña, 2019)
- 1900-1915 Se realizan los primeros trasplantes en animales (perro, trasplante de riñón).
- 1906 El Dr. Alexis Carrel perfecciona las técnicas de sutura vascular descritas por los doctores Jaboulay, Murphy y Payr.



- 1906 El Dr. Mathie Jobulay publica el primer trasplante realizado en un ser humano.
- 1910 El Dr. Unger profesor de cirugía en Berlín comunicó haber realizado más de 100 trasplantes de riñón de perros foxterrier a perros bóxer.
- 1912 El Dr. Carrell recibe el premio Nobel de Medicina y Fisiología por su trabajo de trasplantes experimentales de riñones, tiroides, paratiroides, corazón y ovario.
- 1933 Se tiene noticia del primer trasplante de riñón humano realizado por el Dr. Voronoy, lamentablemente la incompatibilidad entre donador y receptor ocasionó el fallecimiento de la receptora a las 48 horas.
- 1952 En el Hospital Necker de París tuvo lugar el primer trasplante de riñón entre emparentados (madre donadora e hijo receptor), lamentablemente a los 22 días del trasplante y debido al desconocimiento de los tratamientos para solucionar el rechazo el receptor falleció.
- 1954 En la ciudad de Bostón, Massachussets, utilizando la técnica de Kuss, los doctores Murray, Merrill y Harrison realizaron el primer trasplante renal con éxito entre gemelos monocigóticos.
- 1959 El Dr. Calne demostró que la 6- mercaptopurina prolongaba la supervivencia de los riñones trasplantados a perros y en ese mismo año la empleó por primera vez en un trasplante renal humano.
- 1960 Se utiliza en Boston, París y Londres el fármaco descrito por el Dr. Calne ocasionando que los trasplantes renales comenzaran a mejorar, especialmente cuando se combinaba la mercaptopurina y la irradiación corporal.
- 1960 El Dr. Goodwin del Departamento de Cirugía de la Universidad de California solucionó por primera vez un episodio de rechazo de riñón administrando alta dosis de glucocorticoides.

- 1963 El Dr. Starzly su equipo recomiendan el empleo sistemático de azatioprina y glucocorticoides desde el momento del trasplante.
- 1963 En la Universidad de Misissipi se lleva a cabo el primer intento de trasplante pulmonar, el paciente sobrevivió 18 días.
- 1965 En España, Barcelona se realizó el primer trasplante de órganos con éxito entre humanos por parte del equipo de Gil-Vernet. Fue un trasplante renal obtenido de un cadáver.
- 1967 En la Universidad de Colorado tiene lugar el primer trasplante con supervivencia prolongada.
- 1967 Con la mejoría de los resultados, el proceso de trasplante deja de ser un tratamiento experimental para pasar a ser una alternativa terapéutica.
- 1967 En la Ciudad del Cabo tiene lugar el primer trasplante cardiaco. El éxito del trasplante tiene una gran repercusión científica y mediática y, aunque la supervivencia del paciente fue de 18 días, este trasplante supuso el despegue definitivo de los programas de trasplante.
- 1980 Cooper, de la Universidad de Toronto, gracias a los avances técnicos alcanzados y a la posterior introducción de la ciclosporina inició un programa de trasplantes pulmonares, tanto uni como bipulmonares con mejores resultados.
- 1980 La utilización de terapéuticas inmunosupresoras combinadas y el progreso en las técnicas quirúrgicas, fueron produciendo una mejora progresiva de los resultados y de la supervivencia de los pacientes trasplantados hasta la situación actual.
- 1983 En el Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona) los Doctores Margarit y Jaurrieta realizaron el primer trasplante de Hígado.

- 1984 En el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona se realiza el primer trasplante de corazón con éxito, a cargo del equipo dirigido por Josep María Caralps y Josep Oriol Bonín. El paciente del Hospital de Sant Pau sobrevivió nueve meses y falleció aparentemente como consecuencia de una crisis de rechazo.
- 1990 En el Hospital Gregorio Marañón, el Dr. Arca realiza el primer trasplante pulmonar en España.(Coruña, 2019)

### **1.2.1 Antecedentes históricos de la donación y trasplante de órganos en México**

En México también existieron momentos que quedaron asentados en la historia por ser episodios claves en el proceso de donación y trasplantes de órganos. A continuación, con base en información recuperada del Programa de Acción de Trasplantes 2001-2006 se presenta una línea de tiempo de los principales hechos históricos en materia de donación y trasplantes en nuestro país.

- 1963 Los doctores Manuel Quijano, Regino Ronces, Federico Ortiz Quezada y Francisco Gómez Mont, realizaron el primer trasplante renal de donador vivo en el Centro Médico Nacional, del IMSS. (Secretaría de Salud, 2001)
- 1973 Las autoridades mexicanas regulan la práctica de los trasplantes en el Título Décimo del Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos.
- 1979 El Dr. Ricardo Sosa en el Instituto Nacional de la Nutrición llevó a cabo el primer trasplante de médula ósea.
- 1984 Se crea el Registro Nacional de Trasplantes como organismo responsable de: vigilar el apego a la normalidad, la expedición de licencias sanitarias para el funcionamiento de bancos de órganos, tejidos y células, la autorización para el internamiento o salida de órganos, tejidos y células del país, contabilizar las disposiciones hechas y los trasplantes

realizados, además de llevar el registro de los pacientes en espera de trasplante de órganos cadavéricos.

- 1984 Se establece en la Ley General de Salud, en el Título Decimocuarto, las disposiciones para el Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos, Células y Cadáveres de Seres Humanos.
- 1987 Los doctores Héctor Díliz y Héctor Orozco efectuaron el primer trasplante de hígado en México, en el Instituto Nacional de Nutrición.
- 1987 Se realizan los primeros trasplantes de páncreas en México a cargo de los doctores Díliz y Váldez.
- 1987 El Dr. Arturo Dib Kuri realizó el primer trasplante de páncreas-riñón.
- 1988 En las instalaciones del Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS se lleva a cabo con éxito el primer trasplante de corazón que fue realizado por el Dr. Rubén Argüero Sánchez.
- 1988 El grupo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias encabezados por el Dr. Jaime Villalba y el Dr. Patricio Santillán llevaron a cabo el primer trasplante exitoso de pulmón, que fue también el primero en Latinoamérica.
- 1989 Se realizan los primeros trasplantes de médula ósea y de tejido nervioso en el Centro Médico de la Raza del IMSS.
- 1999 por Acuerdo Presidencial y con los propósitos de desarrollar un Sistema Nacional de Trasplantes y de fomentar una nueva cultura en materia de donación altruista de órganos y tejidos, se creó el Consejo Nacional de Trasplantes como órganos intersecretarial del Sector Público Federal.

- El 26 de mayo del 2001 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la reforma a la Ley General de Salud, en su Título XIV, referente a la “Donación, Trasplante y Pérdida de la Vida”, creándose así el Centro Nacional de Trasplantes que en el año 2005 pone a disposición el “Diplomado para la Formación de Coordinadores de Donación de Órganos y Tejidos con Fines de Trasplante”, avalado por la Universidad Nacional Autónoma de México y que posteriormente estaría dirigido principalmente a Médicos que pudieran fungir con este papel. (Secretaría de Salud, 2001)

### ***1.3 Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA)***

El Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), tiene como misión la emisión e implementación de políticas públicas en instituciones del sector salud, que organizadas en un Sistema Nacional de Trasplantes, incrementen el acceso a esta terapéutica para la población mexicana, procurando la oportunidad, legalidad y seguridad de los procesos de disposición de órganos, tejidos y células. El Centro Nacional de Trasplantes, es el organismo de la Secretaría de Salud, responsable de la rectoría del Sistema Nacional de Trasplantes en el país. Tiene como principal tarea organizar y fomentar los programas de donación y trasplante en las instituciones de salud. Para ello se apoya en los Consejos y Centros Estatales de Trasplante de las entidades federativas. (Centro Nacional de Trasplantes, 2019)

El CENATRA se encuentra integrado por personal de carrera profesional en el área de la Salud así como en la Administración Pública Federal, su experiencia es reforzada constantemente a través de la capacitación y su participación activa en todas las tareas de la institución. El Centro Nacional de Trasplantes se encuentra organizado de la siguiente manera:



Gráfica 1. Organigrama del Centro Nacional de Trasplantes. Recuperado de [www.cenatra.salud.gob.mx](http://www.cenatra.salud.gob.mx) el 08 de enero del 2018.

### **1.3.1 Dirección General del CENATRA**

Su objetivo principal es determinar las políticas nacionales en materia de donación y trasplante de órganos, tejidos y células para la conformación del Sistema Nacional de Trasplantes, la operación del Registro Nacional de Trasplantes, el cumplimiento de las normas jurídicas y establecer los lineamientos generales para la conducción del Programa Acción: Trasplantes. (Secretaría de Salud, 2001)

### **1.3.2 Dirección del Registro Nacional de Trasplantes**

La dirección del registro nacional de trasplantes es la responsable de administrar el Sistema Informático que concentra los datos de la actividad que en materia de donación y trasplantes desarrollan los hospitales en todo el país. Actualiza, permanentemente las estadísticas nacionales

con base en el flujo de información emitido por los profesionales de la salud en los hospitales que cuentan con licencia sanitaria para realizar actividades de donación, trasplantes y/o banco de tejidos. Por otro lado, realiza el análisis de la información para estructurar propuestas y estrategias de mejora en el Sistema Nacional de Trasplantes. Así mismo, se encarga de brindar asesoría y apoyo en los procesos de donación y trasplantes mediante acuerdos con diferentes instituciones de transporte, jurídicas entre otras. Para poder lograrlo, cuenta con un módulo integrado por personal experto y que funciona las 24 horas del día. (Secretaría de Salud, 2001)

### **1.3.3 Atribuciones del Centro Nacional de Trasplantes**

De acuerdo al artículo 41 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (2006), el Centro Nacional de Trasplantes tendrá las siguientes atribuciones:

- Ejercer el control y vigilancia sanitarios de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos, de las actividades relacionadas con éstos y de los establecimientos en que se realicen dichos actos;
- Expedir y revocar, en su caso, las autorizaciones sanitarias relativas a los órganos, tejidos y células; al trasplante de éstos y para los establecimientos y bancos de la materia;
- Ejercer el control y vigilancia sanitarios de cadáveres de seres humanos y de los establecimientos que los utilicen o manejen con fines de enseñanza o investigación, así como expedir y revocar, en su caso, las autorizaciones en la materia;
- Recibir los avisos de los responsables sanitarios y de los comités internos de trasplantes, así como llevar su control y seguimiento;
- Elaborar y expedir las normas oficiales mexicanas en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres así como para la donación y trasplante de éstos y para los establecimientos en que se realicen los actos relativos;

- Operar y mantener actualizado el Registro Nacional de Trasplantes;
- Fomentar y promover la cultura de la donación, en coordinación con el Consejo Nacional de Trasplantes;
- Fungir, por conducto de su titular, como secretario técnico del Consejo Nacional de Trasplantes;
- Vigilar y autorizar las investigaciones en las que en su desarrollo se utilicen órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, con excepción de la sangre, así como de injertos y trasplantes que se pretendan realizar con fines de investigación, previa opinión de las unidades administrativas competentes;
- Hacer constar el mérito y altruismo de los donadores y sus familias, mediante la expedición de los testimonios correspondientes;
- Imponer sanciones y aplicar medidas de seguridad en la esfera de su competencia, así como remitir a las autoridades fiscales correspondientes, en su caso, las resoluciones que impongan sanciones económicas para que se hagan efectivas a través del procedimiento administrativo de ejecución, y
- Diseñar e impartir cursos de capacitación al personal de salud que participe en donaciones y trasplantes de órganos y tejidos.
- Promover el diseño, instrumentación y operación del sistema nacional de trasplantes, así como de los subsistemas que lo integren;
- Proponer las políticas, estrategias y acciones para la elaboración y aplicación del Programa;



- Sugerir a las autoridades competentes la realización de actividades educativas, de investigación y de difusión para el fomento de la cultura de la donación de órganos, tejidos y células;
- Establecer mecanismos para la sistematización y difusión entre los sectores involucrados, de la normatividad y de la información científica, técnica y sanitaria en materia de trasplantes;
- Proponer a las autoridades competentes mecanismos de coordinación entre las autoridades Federales y el Gobierno de las Entidades Federativas, con el objeto de que estas adopten las medidas necesarias para apoyar las acciones en materia de trasplantes;
- Coadyuvar en la coordinación de un sistema de información y evaluación del Programa en el ámbito nacional, estatal y municipal;
- Proponer la forma y los términos en que se llevará a cabo la aplicación de recursos que obtenga el Patronato por cualquier título legal, en función de las actividades programadas;
- Proponer la constitución de los Consejos Estatales de Trasplantes (COETRAS).

El artículo 41 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (2006), también menciona que el Centro Nacional de Trasplantes, a su vez tendrá a cargo el Registro Nacional de Trasplantes, correspondiéndole recopilar la siguiente información y mantenerla al día:

- ***Datos de los receptores, donadores y fechas de trasplante:*** con estos datos lo que se busca es poder hacer estudios de cómo está avanzando la cultura de la donación, así como poder evaluar qué tan eficientes están siendo los trasplantes dentro de nuestro sistema, para con ello poder prever soluciones y mejorar los resultados.
- ***Establecimientos autorizados:*** este es un dato básico para poder tener un control y vigilancia adecuados con respecto de estas técnicas.

- ***Profesionales que intervengan en estas disciplinas:*** con ello se puede saber el número de personas que están involucradas dentro de este tipo de técnicas, para con ello poder evaluar cuáles son las zonas de concentración de estas técnicas, así como la capacitación necesaria. También bajo esta lista se puede brindar cierto control y vigilancia sobre estos profesionales.
- ***Listas de espera:*** con ello se puede evaluar cuál es la necesidad existente de órganos y tejidos en el país, así como los tipos de órganos y tejidos que tienen más demanda.
- ***Casos de muerte cerebral:*** con ello se pueden evaluar cuantos son los pacientes potenciales que no llegan a ser donadores, por lo que se pueden estudiar las razones para su negación y reducir éstas por medio de las campañas de promoción.

#### ***1.4 Marco jurídico en el proceso de donación y trasplante de órganos en México***

Con la finalidad de garantizar la protección, seguridad, confianza y bienestar a la población durante el proceso de donación y trasplante de órganos, en nuestro país existe un marco jurídico que supervisa y rige todos los procesos de procuración, donación y trasplante de órganos, el cual se encuentra constituido de la siguiente manera:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Diario Oficial de la Federación, 05-II-1917 y sus reformas).
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Diario Oficial de la Federación, 29-XII-1976 y sus reformas).
- Ley General de Salud (Diario Oficial de la Federación, 07-II 1984 y sus reformas).
- Reglamento interior de la Secretaría de Salud (Diario Oficial de la Federación, 19-I.2004 y sus reformas).

- Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Diario Oficial de la Federación, 13-IV-2004 y sus reformas).
- Acuerdo que establece la Integración y Funciones del Consejo Interno del Centro Nacional de Trasplantes de la Secretaría de Salud (Diario Oficial de la Federación, 28-V-2009).
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes (Diario Oficial de la Federación, 26-III-2014).
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Artículo 44 (Diario Oficial de la Federación, 10 de enero de 2011 y sus reformas).
- Las demás disposiciones jurídicas aplicables.

Nuestro país cuenta con un amplio marco jurídico así como instituciones especializadas que fueron creadas con el fin de garantizar la protección, seguridad, confianza y bienestar a la población durante el proceso de donación y trasplante de órganos; lamentablemente en muchas ocasiones esta información resulta desconocida tanto para la población en general como para el mismo personal de salud.

Por tal motivo, resulta imperativo hacer del conocimiento de los trabajadores del sector salud todo el soporte legal y administrativo que existe detrás de cualquier proceso médico que se realiza en la institución, y, de esta manera, poder incrementar la confianza y certeza en ellos mismos como en la población a la que atienden.

## Capítulo 2. La donación de órganos y el sistema de salud en México

### 2.1 La Donación de órganos en México

De acuerdo al artículo 321 de la Ley General de Salud (2007), la donación de órganos es el acto por el cual una persona en pleno uso de sus facultades mentales da su consentimiento tácito o expreso para que en vida o después de su muerte, uno o más de sus órganos sean trasplantados a quien los necesite por enfermedad. Este acto debe ser consciente, voluntario, informado y altruista, es decir, esperando que el donador no busque una compensación a cambio.

En la donación de órganos, tejidos y células participa un grupo formado por médicos, enfermeras, paramédicos, psicólogos, tanatólogos y trabajadoras sociales, que con sus conocimientos y capacidades buscan fomentar la donación para poder incrementar el número de trasplantes que se requieren en el país. Claro está que este proceso no sería posible sin la aprobación de las personas que deciden donar sus órganos, tejidos y células a alguien más: los disponentes y los donadores.

#### 2.1.2. Principios de la donación

De acuerdo al artículo 314 de la Ley General de Salud (2007), un disponente es 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. Es aquella persona que decide donar o no, sus órganos o los de alguna otra persona. Existen dos tipos de disponentes:

**Disponentes originarios.** Es toda persona que goza del derecho de donar sus órganos, tejidos, productos, células y/o cadáver. Puede ser considerado como el “potencial donante”, es decir, la persona que tiene la facultad de decidir sobre el destino de su propio cuerpo.

***Disponentes secundarios*** .Son aquellas personas que pueden otorgar su consentimiento o anuencia para la disposición de órganos y tejidos de un cuerpo, ajeno al suyo. En orden de preferencia son: cónyuge, concubinario o concubina, ascendientes, descendientes, parientes colaterales en segundo grado, representantes legales de menores, autoridad sanitaria y representantes de la ley.

***Donador.*** La ley General de Salud en su artículo 314 define al donador o donante, como aquella persona que tácita o expresamente consiente la disposición de su cuerpo o componentes para su utilización en trasplantes.

### **2.1.3 Tipos de donación**

***Donación expresa.*** De acuerdo al artículo 322 de la Ley General de Salud (2007), 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 este tipo de donación podrá señalarse que ésta se hace a favor de determinadas personas o instituciones, el donante podrá expresar 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.

Así mismo, en el artículo 323 de la Ley General de Salud (2007) se establece que se requerirá el consentimiento expreso: para la donación de órganos y tejidos en vida y para la donación de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas.

***Donación tácita.*** El artículo 324 de la Ley General de Salud (2007) establece que la donación tácita es cuando un posible donador o donante no haya manifestado en un documento la negativa

para que después de su muerte, sus órganos sean utilizados para trasplante. 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 consentimiento tácito debe ser comprendido como el silencio que guarda una persona con respecto de la donación de su cadáver y sus componentes. De ninguna manera, deberá entenderse como un acto autoritario por parte del Estado, ya que en todo momento, la persona conserva su derecho de negarse a tal donación. Al basarnos en el principio de solidaridad humana, valor tan deseado por toda sociedad, se entiende que toda persona que fallece tenía el deseo de brindar su apoyo al resto de la comunidad, beneficiándola con un regalo de vida, por eso la Ley entiende que todos estamos deseosos de brindar ayuda, por lo que al no oponernos fehacientemente, se entiende que la intención es de generosidad y altruismo. (Secretaría de Salud, 2001)

El artículo 324 de la Ley General de Salud (2007) establece que el escrito por el que la persona exprese no ser donador, podrá ser privado o publicado, y deberá estar firmado por éste, o bien, la negativa expresa podrá constar en alguno de los documentos públicos que para este propósito determina la Secretaría de Salud en coordinación con otras autoridades competentes.

De acuerdo al artículo 325 de la Ley General de Salud (2007), el consentimiento tácito sólo será aplicado en cadáveres de personas en las que se haya confirmado la pérdida de la vida. Al aplicar esto la Ley, se está asegurando que de ninguna forma una persona corra el riesgo de que se dispongan de sus órganos, tejidos o células, mientras sigue con vida, sin su consentimiento informado. De la misma manera, se hace énfasis en que la donación tácita sólo podrá ser llevada

a cabo en los casos en que la finalidad única sean los trasplantes, ya que de esta forma se cumple con el principio de beneficencia, y se consideran ciertos componentes orgánicos de cierta persona, para salvarle la vida a una o varias personas, sin que esto implique un deterioro hacia el donador.

#### **2.1.4 Tipos de donadores de órganos y tejidos**

De acuerdo al artículo 333 de la Ley General de Salud (2007), una persona deja de ser disponente y se convierte en donador cuando se manifiesta la voluntad de que se utilicen sus órganos, tejidos o células, de manera expresa o tácita, en beneficio de otra persona por medio de las técnicas de trasplante. Existen dos tipos de donadores:

***Donador vivo:*** Es aquella persona que en vida decide donar un órgano par o un segmento de un órgano único, y que no pone en peligro su vida. De esta forma, puede donar los tejidos: sangre, médula ósea, hueso, amnios y sangre de cordón umbilical; y de órganos sólidos como un riñón o un segmento de órganos como el hígado, el páncreas y el pulmón. Esto último únicamente será permitido cuando comparten afinidad consanguínea o afinidad civil.

Las personas responsables de la procuración de órganos a través de este tipo de donadores tienen la obligación de informar de antemano los riesgos y beneficios sobre este procedimiento mediante una valoración integral del posible donador, en donde se asegure que la donación no causará algún daño en su bienestar biopsicosocial. El consentimiento de un donador vivo debe ser bajo una reflexión libre, informada y legalmente adecuada.

De acuerdo al artículo 333 de la Ley General de Salud 2007, para realizar trasplantes entre vivos, se deberán cumplir los siguientes requisitos respecto del 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 de forma adecuada y suficientemente segura;
- Tener compatibilidad aceptable con el receptor;
- 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;
- Haber otorgado su consentimiento en forma expresa.
- Los trasplantes se realizarán de preferencia, entre personas que tengan parentesco por consanguinidad, civil o de afinidad. 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: obtener resolución favorable del Comité de Trasplantes de la institución hospitalaria donde se vaya a realizar el trasplante, previa evaluación médica, clínica y psicológica; el interesado en donar deberá otorgar su consentimiento expreso ante Notario Público, 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; así mismo, deberá haber cumplido todos los requisitos legales y procedimientos establecidos por la Secretaría, para comprobar que no se está lucrando con esta práctica.

En México el 85% de los trasplantes se llevan a cabo a partir de donador vivo relacionado, es decir, significan gran parte del número de donadores total, lo que ayuda a trasplantes como el de riñón. Sin embargo, por las limitantes que presenta la donación en vida, es de suma importancia incentivar la donación cadavérica (Secretaría de Salud, 2015)



***Donador cadavérico.*** De acuerdo al artículo 334 de la Ley General de Salud (2007) legalmente se considera donante de órganos y/o tejidos a toda persona fallecida, que en vida no haya dejado constancia expresa de su oposición para que después de su muerte se realice la extracción de órganos y tejidos, previo consentimiento de los familiares cercanos.

Los órganos que pueden ser procurados son: riñones, hígado, corazón, pulmones, páncreas e intestino. Los tejidos: córneas, huesos y segmentos osteotendinosos, válvulas cardíacas, segmentos vasculares y piel.

El donador cadavérico puede ser:

***Donante con muerte cerebral:*** Presenta destrucción encefálica y por medio de equipos especializados los médicos logran mantener sus órganos funcionando. La muerte cerebral es definida como el cese irreversible de todas las funciones del tronco y hemisferios cerebrales; la interrupción de dichas funciones conlleva a una pérdida absoluta de la capacidad respiratoria pero que puede recuperarse artificialmente, preservándose el automatismo cardíaco. (Secretaría de Salud, 2001)

***Donante a corazón parado:*** son aquellos pacientes que fallecen en paro cardiorrespiratorio irreversible, con un tiempo de isquemia caliente, es decir, el tiempo transcurrido desde la hora de la muerte al enfriamiento del órgano lo suficientemente reducido lo que permite la extracción de órganos aptos para trasplante. (Secretaría de Salud, 2001)

***Donante fallecido en parada cardiorrespiratoria:*** tanto a nivel intra como extra hospitalario, estos pacientes son el grupo más numeroso y podrán ser valorados como donantes de tejidos únicamente.

## 2.1.5 Criterios Generales de donadores de órganos

Tabla 1. *Criterios generales de donadores de órganos.*

<b>Criterios generales de donadores de órganos</b>	<b>Criterios generales del donador de tejidos</b>	<b>Por disposición legal, se aplican restricciones con respecto del consentimiento como posibles donantes a:</b>
Certificación de pérdida de la vida	Sin antecedentes de enfermedad significativa que afecte a los tejidos por considerar.	Menores de edad
Sin antecedentes significativos de enfermedad que afecte al órgano a donar	Sin enfermedades transmisibles o sepsis.	Incapaces o personas impedidas a expresar su voluntad
No antecedentes de malignidad extra craneal	Causa conocida de muerte.	Mujeres embarazadas
No proceso séptico descontrolado		
Estabilidad hemodinámica relativa		
Compatibilidad al grupo sanguíneo		
Causa conocida de muerte		

Elaboración propia a partir de información recuperada del Programa de Acción de Trasplantes 2001-2006

## 2.1.6 Proceso que sigue la donación de órganos y tejidos

- I. El paciente se encuentra dentro de la unidad hospitalaria.
- II. Se establece el diagnóstico clínico de la muerte cerebral.
- III. Se realizan estudios confirmatorios de muerte cerebral.
- IV. Se certifica la pérdida de la vida
- V. Se hace referencia al Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA), al Registro Nacional de Trasplantes (RNT) o al Consejo Estatal de Trasplantes (COETRA), según sea el caso.
- VI. El probable donador es evaluado y manejado por el coordinador hospitalario en trasplantes.

- VII. Se ofrece a la familia la opción de donación, en casos de aceptación.
- VIII. Se avisa al CENATRA, o en su caso al COETRA, para la asignación de órganos y tejidos y se inicia el contacto con grupos procuradores.
- IX. Se procede a la realización del llenado de documentos oficiales, establecidos por el CENATRA. Si la causa de la muerte involucra un hecho violento, se informará al Ministerio Público para que sean anexados los documentos de donación a la Averiguación Previa.
- X. Una vez concluido el trámite, en ambos casos, se realiza la procuración de órganos y tejidos, en hospitales autorizados, los cuales son enviados a destinos ya establecidos por el CENATRA.
- XI. Por último, terminada la procuración, el cadáver se pone a disposición de la familia o bien al C. Agente del Ministerio Público, según sea el caso.

El proceso de donación de tejidos consiste en:

- I. El probable donante se encuentra en parada cardiorrespiratoria estableciéndose la causa de muerte.
- II. Se aborda a la familia sobre la posibilidad de donación, por parte del Coordinador Hospitalario en Trasplantes.
- III. En caso de aceptación de la donación se procede al llenado de los documentos oficiales establecidos por el CENATRA.
- IV. En caso de que la causa de muerte se encuentre relacionada por un hecho violento se dará aviso al Ministerio Público, de no ser así se procederá a la toma de los tejidos y la toma de muestras de sangre para descartar enfermedades infectocontagiosas.

- V. Una vez concluido, el cadáver se pondrá a disposición de la familia o bien del C. Agente del Ministerio Público. (Secretaría de Salud, 2001)

## ***2.2 Estructura del Sistema de Salud en México***

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, es la norma fundamental o carta magna, establecida para regir jurídicamente al país, la cual fija los límites y define las relaciones entre los poderes de la federación: poder legislativo, ejecutivo y judicial, entre los tres órdenes diferenciados del gobierno: el federal, estatal y municipal, y entre todos aquellos y los ciudadanos. Así mismo, fija las bases para el gobierno y para la organización de las instituciones en que el poder se asienta y establece, en tanto que pacto social supremo de la sociedad mexicana, los derechos y los deberes del pueblo mexicano. De acuerdo al Artículo 4º de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos “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”.

El sistema de Salud de México está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende a las instituciones de seguridad social Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR) y otros, que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía, y a las Instituciones que protegen o prestan servicios a la población sin seguridad social, dentro de las que se incluyen el Seguro Popular de Salud (SPS), la Secretaría de Salud

(SSA), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O). El Sector privado presta servicios a la población con capacidad de pago. El financiamiento de las Instituciones de seguridad social proviene de tres fuentes: contribuciones gubernamentales, contribuciones del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR es el mismo gobierno) y contribuciones de los empleados. Estas instituciones prestan sus servicios en sus propias instalaciones y con su propio personal. Tanto la SSA como los SESA se financian con recursos de gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña contribución que pagan los usuarios al recibir la atención (cuotas de recuperación). La población de responsabilidad de la SSA y de los SESA se atiende en las instalaciones de estas instituciones, que cuentan con su propio personal. El SPS se financia con recursos del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares, y compra servicios de salud para sus afiliados a la SSA y a los SESA (y en algunas ocasiones a proveedores privados). Finalmente, el sector privado se financia con los pagos que hacen los usuarios al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados, y ofrece servicios en consultorios, clínicas y hospitales privados. (Dantés, Serma, Becerril, Knaul, Arreola, & Frenk, 2011)

El sistema mexicano de salud ofrece beneficios en salud muy diferentes dependiendo de la población de que se trate. En el país hay tres distintos grupos de beneficiarios de las instituciones de salud:

- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias.
- Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias.
- La población con capacidad de pago.

Los trabajadores del sector formal de la economía, activos y jubilados, y sus familias son los beneficiarios de las instituciones de seguridad social como el IMSS, e ISSSTE quienes cuentan con sus propias unidades, médicos y enfermeras; por su parte, los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud de la población con seguridad social en clínicas y hospitales de PEMEX y las Fuerzas Armadas, y con médicos y enfermeras propios. (Dantés, Serma, Becerril, Knaul, Arreola, & Frenk, 2011)

El segundo grupo de usuarios incluye a los autoempleados, los trabajadores del sector informal de la economía, los desempleados y las personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, así como sus familiares y dependientes. Se trata de la población no asalariada, que debe distinguirse de la población que trabaja en el sector informal de la economía, que es solo una parte de aquel universo. En la primavera de 2003, el congreso aprobó una reforma a la Ley General de Salud que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el SPS. Este seguro entró en operación el 1° de enero de 2004 y cubrirá en un lapso de siete años a los mexicanos que habían quedado excluidos de la seguridad social convencional. Finalmente, está la población que hace uso de los servicios del sector privado, a través de planes privados de seguro o pagos de bolsillo. (Dantés, Serma, Becerril, Knaul, Arreola, & Frenk, 2011)

### **2.2.1 Clasificación de los niveles de atención en Salud**

Los niveles de atención en salud, son un conjunto de establecimientos con niveles de complejidad diferentes para resolver con eficacia y eficiencia necesidades de salud de diferente magnitud y severidad en la población. Es una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población, dichas necesidades a satisfacer no

pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011)

Se distinguen tres niveles de atención.

**El primer nivel:** es el más cercano a la población, es el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación.

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud, y está constituido por Unidades de Medicina Familiar (IMSS) Centros de Salud (SSA) y Clínicas Familiares (ISSSTE), en donde se proporcionan los servicios de salud básicos. Son el principal escenario de la salud preventiva y es el nivel en donde se atiende y resuelve el 80% de los padecimientos. En estos centros de atención se implementan las medidas preventivas de salud pública, y se detectan las enfermedades que son frecuentes y extendidas como los cánceres de mama y cérvico uterino o de próstata, así como las enfermedades que se manifiestan en amplios grupos humanos, como diabetes, obesidad e hipertensión. Desde el primer nivel se remite, a quien así lo requiera, al segundo o tercer nivel de atención. (Burr, Piñó, Quiroz, & Martín-Lunas, 2011)

**En el segundo nivel de atención:** se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud en la población. (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011)

En este nivel se atiende a los pacientes remitidos por los servicios del primer nivel de atención que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. Se aplican los

métodos de diagnósticos: exámenes clínicos, estudios radiográficos, análisis de laboratorio, interconsultas con especialistas como cardiólogos, neurólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, entre otros, de acuerdo con la necesidad de los pacientes. Cuando la enfermedad presenta manifestaciones físicas y se hacen evidentes los signos y síntomas se debe realizar el tratamiento oportuno para limitar el daño y recuperar la salud. Para ellos se recurre, de ser necesario, a la internación, al tratamiento quirúrgico o clínico específico. (Burr, Piñó, Quiroz, & Martín-Lunas, 2011)

***El tercer nivel de atención:*** se reserva para atender problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. (Julio, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011) El tercer nivel de atención, es la red de hospitales de alta especialidad con avanzada tecnología. Aquí es donde se tratan enfermedades de baja prevalencia, de alto riesgo y las enfermedades más complejas. En ellos se atiende a los pacientes que remiten los hospitales de segundo nivel. Son los Centros Médicos Nacionales (CMN), Unidades Médicas de Alta Especialidad (UMAES), los Institutos Nacionales de Salud, que se concentran en su mayoría en la Ciudad de México, y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, de los cuales existen actualmente seis en distintas regiones del país. (Burr, Piñó, Quiroz, & Martín-Lunas, 2011).



### 2.3 Estructura y composición del Hospital General Acapulco

El Hospital General Acapulco es un Hospital de Segundo Nivel perteneciente a la Secretaría de Salud, se encuentra ubicado en la Carretera Federal México-Acapulco, lote 1 y 2 Col. Sección los Órganos en el municipio de Acapulco de Juárez del estado de Guerrero.

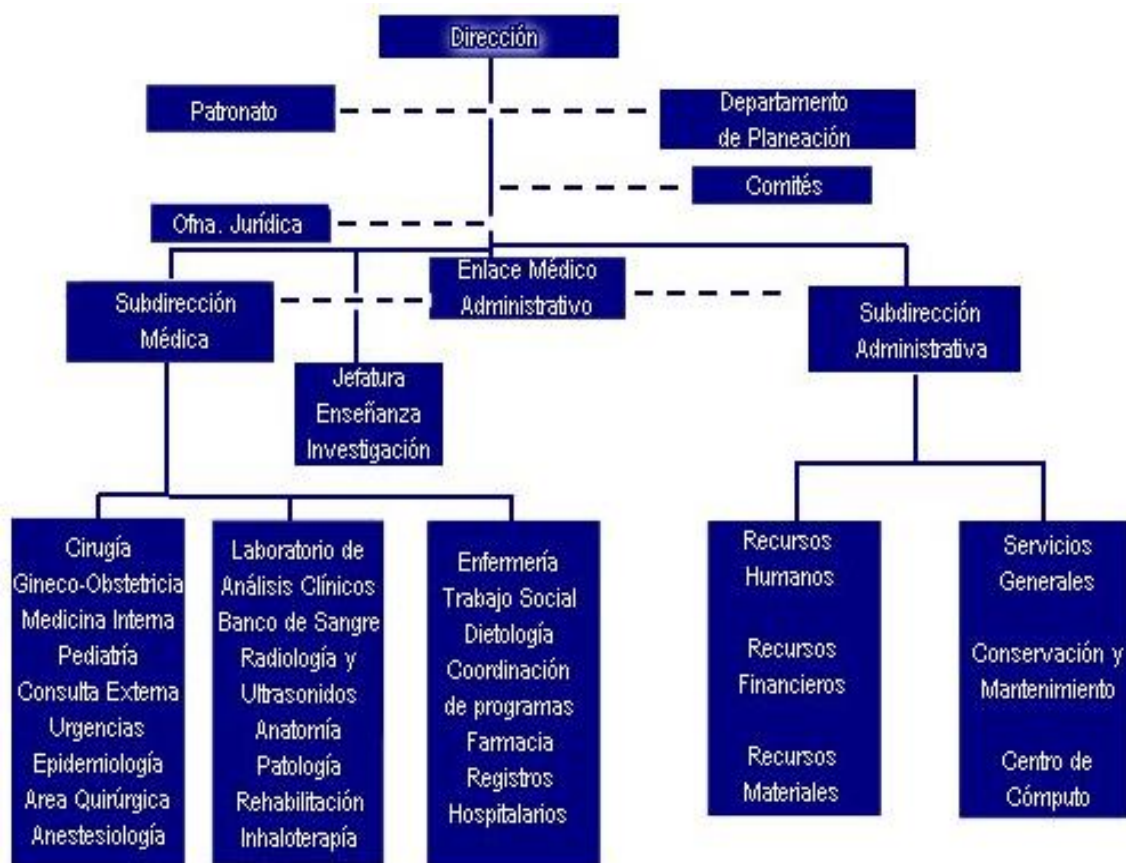


Gráfico 2. Organigrama del Hospital General Acapulco. Recuperado del departamento de Gestión de Calidad

La estructura orgánica del Hospital General Acapulco está compuesta por la Dirección General del Hospital, Patronato, el Departamento de Planeación, Comités, Departamento de Asuntos Jurídicos, Enlace Médico Administrativo, la Jefatura de Enseñanza e Investigación, la Subdirección Médica que es la encargada de todos los servicios del área médica de este hospital, los cuales son: Cirugía, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Consulta Externa, Urgencias, Epidemiología, Área Quirúrgica, Anestesiología, Laboratorio de Análisis Clínicos,

Banco de Sangre, Radiología y Ultrasonidos, Anatomía, Patología, Rehabilitación, Inhaloterapia, Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Coordinación de programas, Farmacia, Registros Hospitalarios. La Subdirección Administrativa compuesta por: Recursos Humanos, Recursos Financieros, Recursos Materiales, Servicios Generales, Conservación y Mantenimiento y el Centro de Cómputo.

De acuerdo al Censo efectuado por el Departamento de Planeación a finales del 2018<sup>1</sup>, las 10 principales causas de atención médica realizadas en el Hospital General Acapulco incluyen:

1. Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontaneo.
2. Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias.
3. Parto único espontáneo.
4. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.
5. Colelitiasis y colescistitis.
6. Aborto (Solo morbilidad)
7. Enfermedades del apéndice.
8. Leiomioma uterino
9. Hernia de la cavidad abdominal.
10. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

---

<sup>1</sup>Esta información se obtuvo del citado departamento, con estos datos se nutre el sistema informático de salud a nivel federal.

## 2.4 Estadísticas del proceso de donación y trasplantes en México

De acuerdo al reporte anual 2018 de Donación y Trasplantes en México publicado por el Centro Nacional de Trasplantes, en la actualidad existen 21,893 receptores en lista de espera para poder recibir un trasplante. El mayor porcentaje lo ocupan los receptores de riñón, con más de 15072 personas en lista de espera.

Tabla 2. Comparación de receptores en lista de espera

Órgano	Pacientes 2008	Pacientes 2018
<b>Riñón</b>	5540	15072
<b>Córnea</b>	5378	6445
<b>Hígado</b>	338	325
<b>Corazón</b>	60	34
<b>Riñón-Riñón</b>		8
<b>Pulmón</b>		3
<b>Hígado-Riñón</b>		2

Elaboración propia a partir de información recuperada del informe anual 2018 CENATRA

Si tomamos como ejemplo la lista de pacientes en espera de riñón, podemos darnos cuenta que en la actualidad, ésta lista es más del doble de la que se presentó en el 2008. Lo que indica que la necesidad de trasplantes en nuestro país va en aumento considerable, lamentablemente los trasplantes concretados no lo hacen de la misma forma.

**TRASPLANTE RENAL HISTÓRICO POR AÑO Y POR TIPO DE DONANTE**

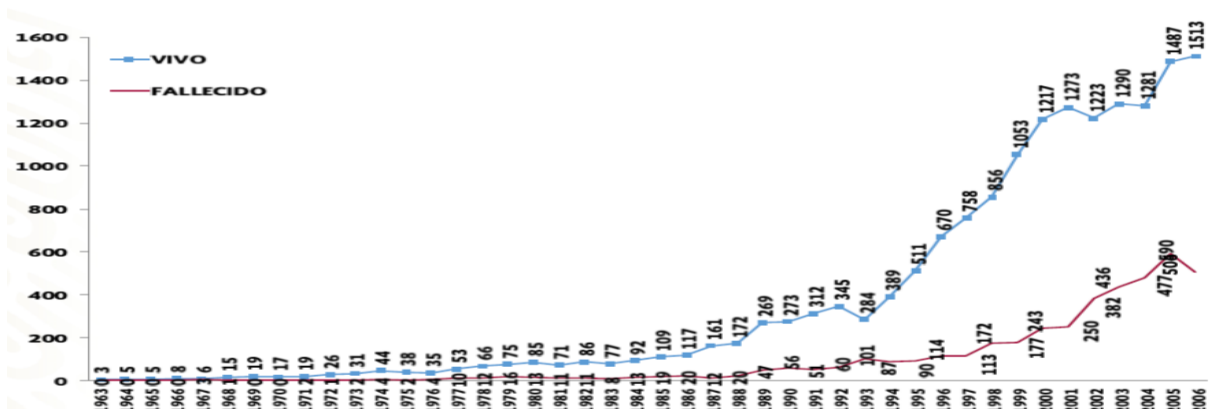


Gráfico 3. Trasplante renal histórico por año y por tipo de donante. Recuperado del informe anual 2018 CENATRA

El mayor número de donaciones de riñón concretadas lo encontramos de donadores vivos, provenientes de familiares y/o amigos cercanos de los pacientes con necesidad de trasplante; lo cual es considerado como un acto de amor y altruismo, sin embargo, por las posibles consecuencias médicas que a la larga tiene este proceso para el donador, lo ideal y necesario es que el mayor porcentaje de trasplante se realice a través de donadores cadavéricos. De ahí la importancia de poder contar con un Sistema de Salud informado y sensibilizado en la materia, capaz de poder proporcionar una atención humana de calidad y con calidez con sus usuarios, favoreciendo de esta manera los procesos de procuración, donación y trasplante de órganos y tejidos.

### **Capítulo 3. Factores personales que influyen en la donación de órganos**

Tanto en los países europeos y americanos, como en México, dentro de las razones por la que muchas personas no aceptan la donación de órganos se encuentran invariablemente aspectos culturales. En múltiples casos, los medios de comunicación influyen al otorgar información sesgada o errónea acerca del proceso de donación y trasplante, lo que impide que se desarrolle una adecuada cultura referente a la donación de órganos y tejidos.

El conocer las causas que están generando circunstancias o problemas en la realización de tratamientos médicos, es indispensable para proporcionar las acciones que cubran los aspectos biopsicosociales que todo tratamiento debe contener. El principal objetivo es la recuperación de la salud del paciente y así lograr la tranquilidad de su familia. (Ripoll, 1997)

La realización de trasplantes de órganos es un tratamiento médico que requiere de una importante inversión en aspectos institucionales, culturales, sociales y humanos, para así lograr obtener los recursos que se requieren para mejorar las condiciones de vida de las personas que se encuentran en riesgo de perder la vida.

En Latinoamérica y especialmente en México, se ha desarrollado una serie de estrategias que permiten el logro del objetivo en forma irregular e incluso precaria; razón por la cual es importante conocer qué factores determinan en México la donación o no-donación de órganos para trasplantes. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1995)

La literatura menciona variables sociales y psicológicas que dificultan el proceso de la donación de órganos, las cuales pueden ser clasificadas de la siguiente manera:

1. Variables sociales. Incluyen: sexo, edad, nivel cultural, nivel económico, raza y tipología familiar.
2. Variables psicológicas. Incluyen: muerte, religión, cuerpo, autoestima, locus de control, psicopatología, motivo de logro, altruismo, estabilidad emocional y capacidad intelectual.

### ***3.1 Factores Sociales***

Los múltiples factores sociales presentes en todo proceso social, existen constantemente generando una dinámica propia para cada fenómeno. En el caso de la donación de órganos, se entrelazan los diferentes factores que señalan el efecto de un fenómeno en una sociedad. Estos son: sexo, edad, nivel cultural, nivel económico, raza y tipología familiar. (Rodríguez, 2002)

#### **3.1.2 Sexo**

La mayoría de los autores, coinciden en señalar, que la conducta de ser donante o el tener una actitud favorable hacia la donación, no está influida por el sexo de la persona. No obstante y a pesar de que la diferencia porcentual entre los dos sexos es mínima, la balanza se inclina ligeramente a favor del sexo femenino.(Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

#### **3.1.3 Edad**

La evidencia literaria muestra que los jóvenes, en comparación con las personas mayores, tienen una visión más positiva del trasplante y de la donación de órganos. Concretamente, en un estudio realizado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en 1988, se comprueba que suelen ser las personas jóvenes, entre 16 y 30 años, las que poseen la tarjeta de donante

(63.4%). El porcentaje más bajo se halla en las personas mayores de 50 años (7.3%) y menores de 16 años (1.51%).(Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

### **3.1.3 Educación/ Nivel Cultural**

La educación es uno de los factores que se consideran como determinantes para la donación de órganos; de acuerdo a un estudio realizado en la Universidad de Cambridge donde según los resultados de la investigación realizada en el hospital Addenbroke's, se detectó que el mayor número de las personas que manifestaban una actitud positiva hacia la donación de órganos tenían una educación media superior.(Rodriguez, 2002)

Los sujetos con un alto estatus educacional tienen actitudes más favorables hacia la Ciencia y la Medicina y en concreto, actitudes más positivas hacia el trasplante y la donación de órganos. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

### **3.1.4 Tipología Familiar**

El rechazo a donar los órganos es superior en las familias más desunidas y con menor grado de cohesión entre sus miembros. Igualmente, la decisión de donar los órganos de un familiar, se hace más difícil en las familias numerosas; ya que en éstas se dan unas pautas de relación y unas líneas de autoridad mucho más complejas.(Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

### **3.1.5 Raza**

La mayoría de los estudios comparativos que se han realizado entre la población blanca y negra proceden de Estados Unidos y en líneas generales, concluyen que la población negra se halla en una situación más desfavorable en lo referente a la donación (actitudes, conductas, nivel de conocimientos, etc.) (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

### ***3.2 Factores psicológicos***

La solicitud de donación de órganos supone una tarea nada fácil para los profesionales sanitarios en general y para el personal de las Unidades de Cuidados Intensivos, en particular, quienes, en muchos casos, tienen que acometer la difícil tarea de solicitarlo a los familiares del ser querido fallecido. Estos primeros momentos tras la muerte de la persona, caracterizados por el fuerte impacto emocional que supone, son clave para conseguir que la familia acceda a la donación, habida cuenta de la urgencia que todo el proceso de la donación y el trasplante conlleva. En este sentido, el conocimiento de los factores psicológicos en el proceso de solicitud de órganos y el manejo de los mismos (cómo manejar los estados emocionales y la comunicación ante la muerte de un familiar, etc.) son fundamentales para poder reducir el número de negativas familiares ante la donación. Es así que el papel de los psicólogos en este ámbito se revela como una parte fundamental en el proceso de la donación y el trasplante de órganos.

#### **3.2.1 Duelo**

El origen etimológico del término duelo proviene del vocablo latín “duellum” que está formado por “duo” (dos) y “bellum” (guerra, combate), por lo que su significado era “guerra/combate entre dos” y quedó como “enfrentamiento entre dos”, siendo su significado literal. En el latín “Dolos” significa dolor que es la respuesta natural por pérdida de alguien o de algo. (Valdéz, 2018)

Otra manera de poder comprender el duelo es visualizarlo como todos aquellos procesos psicológicos que se desencadenan a partir de la pérdida de un ser querido. Es un proceso largo, doloroso, por lo general desorganizado y produce un desequilibrio en la homeostasis del sistema



comportamental de apego, desestabiliza los mecanismos que regulan la relación entre el individuo y su figura de apego. (Bowly, 1993)

Mientras que la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL, 2008) define al duelo en su reciente guía para familiares en duelo, como “el proceso de adaptación que permite restablecer el equilibrio personal y familiar roto por la muerte de un ser querido, caracterizado por la aparición de pensamientos, emociones y comportamientos causados por esa pérdida”.

### **Características del duelo**

El Centro Educativo Para Altas Capacidades (CEPAC) explica la manifestación del duelo como un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el duelo.

A continuación se describen las características del duelo de acuerdo a las fases en el que se presenta y las manifestaciones que experimentan las personas con duelo (CEPAC, 2008)

Se encuentran cuatro fases secuenciales durante la expresión de duelo:

1. Experimentar pena y dolor.
2. Sentir miedo, ira, culpabilidad y resentimiento.
3. Experimentar apatía, tristeza y desinterés.
4. Reparición de la esperanza y reconducción de la vida.

Las manifestaciones del duelo pueden presentarse como:

- a) Sentimientos: tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad. Autorreproche
- b) Sensaciones físicas: estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo, boca seca, entre otros.
- c) Cogniciones o pensamientos: incredulidad, confusión, preocupación, presencia del fallecido, alucinaciones visuales y auditivas.
- d) Comportamientos o Conductas: sueño con el fallecido, trastornos del apetito por defecto o por exceso, conductas no meditadas dañinas para la persona, retirada social, suspiros, hiperactividad/hipoactividad y llorar, frecuentar los mismos lugares del fallecido.

### **Etapas del duelo**

Las cinco etapas del duelo, descritas por la Psiquiatra Elisabeth Kübler Ross (1969) (negación, ira, negociación, depresión y ansiedad) son una forma de explicación para poder aprender a aceptar la pérdida de un ser querido, son una clase de instrumento que nos permite enmarcar e identificar el proceso que se está sintiendo ante una pérdida. Este proceso no es lineal ni significa que todas las personas tengan que atravesarlo de la misma forma o con un orden prescrito (Ross & Kessler, 2016). A continuación se describen las etapas desde el punto de vista de una persona que se encuentra realizando el duelo por la pérdida de un ser querido.

- a) **Negación.** Para una persona que ha perdido a un ser querido, esta etapa se manifiesta más simbólicamente que de forma literal. Esto no significa que el doliente no sepa que la persona querida ha muerto, sino que al regresar a casa no puede creer que su familiar no vaya a entrar por la puerta en cualquier momento o que regrese de un viaje de negocios. Al principio de esta etapa, puede ser que las personas dolientes se muestren paralizadas o

refugiadas en la insensibilidad. Esta primera etapa nos ayuda a sobrevivir la pérdida, en ella, el mundo se torna absurdo y opresivo, la vida no tiene sentido, nos sentimos conmocionados y negamos los hechos. Nos hacemos las siguientes preguntas: ¿Cómo podemos seguir adelante? ¿podemos seguir adelante? ¿por qué deberíamos seguir adelante? La negación y la conmoción nos ayudan a afrontar la situación y poder sobrevivir, nos ayuda a dosificar el dolor de la pérdida. Es el mecanismo de protección de nuestra psique para poder dejar entrar únicamente lo que somos capaces de soportar, porque de lo contrario, dejar entrar de golpe todos los sentimientos asociados a la pérdida sería algo emocionalmente abrumador.

- b) ***Ira.*** La ira no tiene por qué ser lógica ni válida y se manifiesta de muchas formas: contra el ser querido por habernos dejado o no haberse cuidado, contra nosotros mismos por no haber hecho suficiente para evitarlo, contra los médicos por su incapacidad para salvar a alguien tan importante para nosotros, contra Dios por haberse llevado al ser amado etc. Al principio, el hecho de haber sobrevivido a la pérdida nos resulta sorprendente. Luego afloran más sentimientos y la ira suele ser la primera de una avalancha de sentimientos como son la tristeza, el pánico, el dolor y la soledad, los cuales se presentan con más intensidad que nunca. La ira es una etapa necesaria del proceso curativo y mientras dure el duelo, la ira estará presente muchas veces de múltiples formas.
- c) ***Negociación.*** Antes de una pérdida, parece que haríamos cualquier cosa con tal de que no se lleven a la persona que queremos; después de una pérdida, la negociación puede adoptar la forma de una tregua temporal, el objetivo es hacer cualquier cosa con tal de no sentir el dolor de la pérdida. La negociación puede permitir a la psique pasar de un estado de pérdida a otro. Puede ser una estación intermedia que procura a nuestra mente el tiempo que necesita para adaptarse a la vida sin el ser amado. De alguna manera, la

negociación nos permite creer que podemos restaurar el orden en el caos que nos rodea ya que durante esta etapa, la mente modifica los acontecimientos pasados mientras explora todo lo que se podría haber hecho y no se hizo.

d) **Depresión.** Durante esta etapa la sensación de vacío y una intensa tristeza se hacen presentes, el duelo entra en nuestra vida a un nivel más profundo, mucho más de lo que nos hubiéramos imaginado, ya que es aquí cuando nuestra atención se dirige al presente y nos damos cuenta de la pérdida de nuestro ser amado. Cuando nos encontramos en esta etapa sentimos que va a durar para siempre, pero es importante comprender que esta depresión no es sinónimo de enfermedad mental, sino una respuesta adecuada ante una gran pérdida. Como el duelo es un proceso de curación, la depresión es uno de los muchos pasos necesarios que hay que superar para conseguirla.

e) **Aceptación.** Esta etapa suele confundirse con la noción de que nos sentimos bien o estamos de acuerdo con lo que ha sucedido. Pero en realidad, esta etapa se refiere a aceptar la realidad de que nuestro ser querido se ha ido físicamente y reconocer que dicha realidad es la realidad permanente. No nos gusta esta realidad, nunca nos gustará ni estaremos de acuerdo con ella, pero al final, la aceptamos, aprendemos a vivir con ella, con la ausencia del ser amado. La aceptación no consiste en que te guste una situación, sino más bien, en ser consciente de todo lo que se ha perdido y en aprender a vivir con dicha pérdida; es un proceso que experimentamos, no una etapa final.(Ross & Kessler, 2016)

La gente comúnmente tiene la idea que las etapas del duelo tienen una duración de semanas o meses, suelen olvidar que son reacciones a sentimientos que pueden durar minutos u horas mientras fluctuamos de uno a otro. No es que entremos ni salgamos de cada etapa concreta de

una forma lineal, se puede atravesar una, después otra y retornar a la primera. (Ross & Kessler, 2016)

### **3.2.2 Muerte**

Dentro de esta variable, se encuentran tres factores principales que justifican la no donación de órganos. El primero es el miedo ante la posibilidad de una muerte tan sólo aparente, el segundo es el temor de ser declarado muerto prematuramente con el único propósito de extraer los órganos y el tercero el no aceptar la propia mortalidad. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

En íntima conexión con el tema de la donación y trasplante de órganos aparece el término muerte cerebral, la cual se define como la situación en que el cerebro está extensa e irreversiblemente dañado, no puede mantener la homeostasia externa e interna, no siendo posible su recuperación. El principal problema radica en que algunos sectores de la sociedad ni aceptan ni comprenden dicho concepto.

### **3.2.3 Religión**

La religión ha estado siempre presente en la vida del ser humano, ya sea porque tiene fe en Dios o en otra divinidad o creencia que le identifique, pues la religión le hace sentirse parte de un grupo cultural que comparte sus creencias, ritos y costumbres; además tienen una manera común de ver al mundo y sus fenómenos.

Este es un aspecto de vital importancia y que resulta indispensable considerar y tomar en cuenta durante el proceso de donación de órganos. La gente de nuestro país es muy devota y se encuentra marcada por creencias religiosas, aspecto que no se puede dejar de lado, ya que, indudablemente debido al desconocimiento de lo que la religión indica referente al tema de la

donación, estas creencias equivocadas pueden influir a que no exista una cultura de donación de órganos y tejidos.

De un estudio realizado por Simmons y cols. en 1974 a una población entre 80 sujetos donantes y 100 sujetos no donantes se puede deducir que los donantes son menos religiosos, menos tradicionales, tienden a ver la religión y la moral como congruentes con la Ciencia, presentan poco interés por materias religiosas y no pertenecen a una religión formal. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

### **Catolicismo**

Durante el XVII Congreso Internacional de Trasplantes, efectuado en Roma, Italia, el Papa Juan Pablo II, dio un mensaje refiriéndose a favor de la donación de órganos y tejidos, que a continuación se menciona textualmente:

A todos ustedes les expreso mi gratitud por su amable invitación para tomar parte en esta reunión, y aprecio mucho la relevante consideración que le están dando a la enseñanza moral de la Iglesia. Respetuosa de la ciencia y, sobre todo, cuidadosa de la ley de Dios, la Iglesia no tiene otro objetivo que el bienestar integral del ser humano; los trasplantes son un gran paso en el servicio de la ciencia para el hombre, y no poca gente debe hoy sus vidas a un trasplante de órganos; de manera creciente, la técnica de los trasplantes ha probado ser un medio válido para alcanzar el objetivo primordial de la medicina al servicio de la vida humana; es por eso que en la Carta Encíclica “Evangelium Vitae”, sugerí que una manera de nutrir a una genuina cultura de la vida, es la donación de órganos realizada de una manera éticamente aceptable, con la misión de ofrecer una

oportunidad de salud, inclusive de la vida misma, a los enfermos, los cuales algunos no tienen otra esperanza.(Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., 2019)

### **3.2.4 Cuerpo**

Los no donantes o los que tienen una actitud desfavorable o negativa hacia la donación, temen en mayor medida que los donantes la desfiguración del cuerpo; de ahí la preferencia por un cuerpo intacto e íntegro después de la muerte. Esta creencia parece estar profundamente arraigada en el inconsciente tener poco contenido racional; ya que las técnicas para la extracción de órganos, son relativamente simples e inequívocas. Parece poco probable que la gente piense en un error en los procedimientos quirúrgicos que dé lugar a alteraciones en el cuerpo; más bien se trata de una creencia que involucra aspectos religiosos, místicos o supersticiosos.(Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

Existen investigaciones que señalan que cuando a la familia del donante se le realiza una explicación sobre la no desfiguración del cuerpo como consecuencia de la donación de órganos, se halla un aumento significativo de una actitud positiva ante la donación. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

### **3.2.5 Autoestima**

La donación de órganos, en función de la autoestima alta o baja poseída por el sujeto, puede proporcionar la posibilidad de mantenerla o mejorarla. Así por ejemplo, los sujetos con alta autoestima, no están preocupados por mejorarla, saben que si mueren súbitamente, han tenido una autoimagen positiva. Sin embargo, para los sujetos con baja autoestima, la muerte sería la última oportunidad para mejorarla a través de un acto altruista en ese momento. Ello dependería de la actitud hacia la muerte; si es negativa, es difícil que consideren la donación de órganos, pero

si es positiva o no del todo negativa, sería una oportunidad para mejorar su autoestima firmando una tarjeta de donante. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

### **3.2.6 Locus de control**

Se refiere a la tendencia humana consistente en asignar a los acontecimientos una causa de origen personal, basada en la habilidad y conocimientos poseídos por las personas (locus de control interno), o no personal, basada en factores tales como el “azar” o el “destino” (locus de control externo. Cleveland (1975), compara un grupo de 30 personas que donaron su cuerpo a la ciencia médica después de su muerte, con otro grupo de 30 personas que se negaron. Concluye que los donantes puntúan más alto en la determinación interna de la conducta que los no donantes, quienes recurren más a factores externos; tales como la “suerte” o el “destino” para explicar su conducta. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

### **3.2.7 Psicopatología**

La incidencia que sobre la donación ejerce la psicopatología mostrada por los familiares de donantes potenciales ingresados en UCI, es realmente importante. Los signos propios de la esfera depresiva, aparecen significativamente incrementados en los familiares que no están dispuestos a donar sus órganos ni los de sus allegados. Así mismo, no se puede pasar por alto que algunas familias cuando no son informadas de la muerte de un allegado y se les solicita la donación de órganos, reaccionan con “histeria colectiva” esta situación es difícil de controlar y cuando aparece, la comunicación verbal es prácticamente imposible (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)



### **3.2.8 Altruismo**

El acto de donar un órgano se integra dentro de una visión altruista de la vida. En este sentido, está demostrado que los donantes de órganos (con tarjeta) en comparación con los no donantes (sin tarjeta), muestran más conductas altruistas: reúnen dinero para ofrecer a la caridad (38% versus 29%) han sido miembros de grupos de caridad (68% versus 48%) y han donado sangre (49% versus 30%) (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

### **3.2.9 Estabilidad emocional**

Los sujetos con mayor estabilidad emocional, presentan actitudes más positivas hacia las donaciones y trasplantes de órganos, que los sujetos con menor estabilidad emocional.(Gabel & Lindskoug, 1989)

### **3.2.10 Capacidad intelectual**

Los sujetos con una capacidad intelectual alta, presentan actitudes más positivas hacia las donaciones y trasplantes de órganos, que los sujetos con una baja capacidad intelectual. (Gabel & Lindskoug, 1989)

## ***3.3 Mitos y realidades en la donación y trasplante de órganos y tejidos***

Dentro de la desconfianza y desconocimiento que existe en la población acerca del proceso de procuración, donación y trasplante de órganos y tejidos, existen creencias equivocadas que además de alterar la realidad de lo que conlleva el proceso de donación, infunden miedo y suspicacia. A continuación se presenta una lista de los principales mitos que existen en nuestro país relacionado con el proceso de donación y trasplante de órganos y tejido.

***1.- Mito: el cuerpo del donador que ha fallecido se entrega seccionado o mutilado.***

Realidad: el cuerpo tiene un manejo digno y se entrega en óptimas condiciones, como después de una cirugía, se extrae el órgano y se sutura.

***2.- Mito: el tráfico de órganos existe.***

Realidad: es un mito social, en México no existe ningún caso documentado de tráfico de órganos. Las condiciones para donar órganos no lo permiten por la naturaleza del proceso mismo: infraestructura necesaria, equipo especializado, tiempo de vida útil de los órganos, protocolos de compatibilidad, vigilancia y legalidad.

***3.- Mito: los órganos donados como el corazón o el tejido corneal tendrán sentimientos o visiones del donador fallecido.***

Realidad: esto no es verdad, las películas y el amarillismo han contribuido a esta falsa creencia, pues los órganos donados solo aportan salud al paciente trasplantado.

***4.- Mito: Portar mi tarjeta de donador voluntario me pone en riesgo, me obliga a ser donante y no podre revertir mi decisión.***

Realidad: la tarjeta de donador voluntario no tiene valor legal en México, siempre la familia tendrá en su poder la decisión (consentimiento) de sí o no donar los órganos y tejidos de su familiar fallecido. Por ello, lo más importante es que se comunique a la familia la decisión de convertirse en donador de órganos luego de su fallecimiento.

***5.- Mito: a quien porta su tarjeta de donador voluntario, lo dejan morir en el hospital para tomar sus órganos.***

Realidad: los médicos que atienden al accidentado nada tiene que ver con los encargados de la donación y el trasplante. Son equipos médicos distintos. La misión del personal médico es salvar la vida empleando todos los recursos disponibles.

## **Capítulo 4. Factores que justifican la no donación de órganos y que están relacionados con la institución y el personal de salud.**

Así como se ha demostrado que existen características individuales y sociales en las personas que deciden ser donadores de órganos y tejidos, también se han encontrado factores que están directamente relacionados con la negativa individual o familiar ante el proceso de donación. Algunos de estos factores tienen un tinte individual pero muchos otros también se encuentran directamente relacionados con el trato y atención que brinda la institución de salud y el personal que labora en esta, los cuales pueden beneficiar la solicitud que realiza el coordinador hospitalario de donación de órganos, o, en lo contrario, obstaculizar por completo dicho proceso.

### **4.1 Factores que justifican la no donación de órganos**

Para poder adquirir esta información, se recurrió a diferentes trabajos que utilizan muestras de diversa procedencia: sujetos que no desearían donar sus órganos, sujetos que no quieren firmar una tarjeta de donante, creencias que tienen los sujetos de por qué la gente no se hace donante, sujetos que no desearían donar los órganos de un familiar y familias que rechazaron la extracción de órganos de sus allegados. Todos estos estudios se han realizado en diferentes medios sociales y culturales, comprobándose que las creencias o razones en las que se basa un individuo para no donar, se integran en uno de los apartados siguientes: información errónea, desconfianza en los médicos, temor a la muerte, respetar o desconocer los deseos de los familiares, ausencia de información o de planteamientos y otras razones. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

#### **4.1.1 Información errónea**

Temor de un posible comercio y tráfico de órganos, creer que la extracción de los órganos desfiguraría al cadáver, creen en la existencia de desigualdades y desequilibrios en el reparto y distribución de los órganos donados, creer que los órganos no serán útiles para trasplante, ser demasiado viejo y pensar que los órganos no serán útiles, temor al sufrimiento del donante, creer que se le ofertaría al receptor una mala calidad de vida, creer que el trasplante será un fracaso y creer que si se firma una tarjeta de donante uno no podrá retractarse. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014).

#### **4.1.2 Temor a la muerte**

Incomprensión del concepto de muerte cerebral, barreras psicológicas que impiden enfrentarse con la muerte, respeto y miedo que causan los muertos (“Hay que dejar a los muertos en paz”) y ser demasiado joven y no haberse planteado nunca la muerte.(Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

#### **4.1.3 Ausencia de información o de planteamientos**

Ausencia de información sobre la donación de órganos (necesidad, tarjeta de donante, etc.) y no haberse planteado ni pensado en ningún momento la donación de órganos. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014).

#### **4.1.4 Desconfianza en los médicos**

Temor de recibir un tratamiento médico inadecuado tanto en cantidad como en calidad, temor de que los médicos realicen una precipitada extracción de los órganos, temor de que los médicos declaren la muerte prematuramente, desconfianza en los médicos sobre todo lo relativo a la

donación de órganos, temor de que los médicos extraigan los órganos solo para experimentos de laboratorio e investigación, creer que los médicos y la sanidad son los responsables de la muerte del familiar y rechazo de que los médicos soliciten los órganos justo cuando la muerte acaba de ocurrir. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

#### **4.1.5 Insatisfacción con el actual sistema de sanidad pública**

El hecho de donar o dar significa estar convencido de lo que se hace y “agradecido” para quien lo hace; no se puede dispensar una deficitaria sanidad pública y después pedir un bien social. El trato inadecuado a los familiares de presuntos donantes, la masificación de las salas de espera, la falta de información sobre el curso clínico de los pacientes, etc. son obstáculos que dificultan la donación. Fulton y Simmons (1977) y Harris y Jasper (1991) hallaron que aumentaba el porcentaje de donaciones cuando las familias eran atendidas correctamente por el personal sanitario. (Gregorio, Roldal, Cabezas, & Roldan, 2014)

Uno de los principales factores que influyen en la inadecuada atención del personal de salud respecto a sus pacientes y familiares es el estrés laboral. El estrés y las enfermedades psicosomáticas son hoy en día más frecuentes y afectan la salud de los individuos, así como su rendimiento profesional. El personal médico y paramédico que labora en las instituciones de salud no escapa a esta condición, lo que repercute en la calidad de los servicios que ofrece.

##### **4.1.5.1 El estrés laboral.**

El estrés lo podemos definir como la respuesta adaptable no específica del organismo a cualquier cambio, demanda, presión, desafío o amenaza. Cuando el estrés tiene su causa en el ámbito de trabajo entonces hablamos de estrés laboral. Este tipo de estrés se define como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no

igualan las capacidades, los recursos o necesidades del trabajador. Cuando el estrés laboral se acumula y se mantiene en el tiempo hablamos de estrés crónico, cuando este se torna excesivo y supera la tolerancia del organismo puede generar una serie de situaciones que pueden ocasionar un impacto muy importante produciendo desgaste en la salud, actuación profesionalmente pobre, repercusión en la seguridad del paciente, repercusiones en la vida familiar y social. (Calabrese, 2006)

En el personal de salud, especialmente en el área médica se han encontrado una serie de factores estresantes de riesgos que se encuentran clasificados en factores personales, profesionales, institucionales y ambientales.

### ***Factores estresantes personales***

1. El prototipo de personalidad tipo “A” que se caracteriza por puntualidad en el trabajo, realizar varias tareas al mismo tiempo, amplia dedicación laboral, ambición, responsabilidad competitiva, precisión, entre otras características.
2. Los desajustes de las expectativas altruistas, profesionales y sociales del personal de salud que surgen con el paso del tiempo y la falta de concreción de sus metas.
3. El papel protagónico en su ámbito de trabajo con una valoración de la personalidad “sobre calificada” que muchas veces se sienten “dioses blancos” resistentes a la fatiga, invulnerables, sin limitaciones, con grandes expectativas y con fuerte compromiso laboral, no apreciando los efectos adversos de una vida estresante. (Calabrese, 2006).

### ***Factores estresantes profesionales.***

1. Desarrollar una profesión humanitaria, de servicio, en contacto con el sufrimiento y el dolor.
2. El perfil del tipo del trabajo que se caracteriza por intensa carga física y psíquica, con exposición a agentes físicos, químicos, biológicos, alta responsabilidad en cuanto a la seguridad del paciente, vigilancia sostenida, pacientes en estado críticos, donde se deben tomar decisiones de emergencia con enfrentamiento con la muerte.
3. La modalidad laboral. Calendarios laborales inapropiados con días extensos de trabajo caracterizados por exceso de horas de trabajo tanto diurnas como nocturnas, consecutivas horas extras e inadecuado descanso, generando fatiga, privación del sueño y alteraciones de ritmo circadiano, así como falta de control de su tiempo e interferencia con la vida familiar.
4. El fantasma de las demandas civiles y penales que se presentan cada vez con mayor frecuencia o a estar cursando la vivencia de un proceso de juicio civil y/o penal.  
(Calabrese, 2006)

### ***Factores institucionales.***

1. De manera muy fuerte una estructura jerárquica rígida de la organización.
2. Una difícil comunicación con autoridades y mandos medios en la organización.
3. Falta de una adecuada estructura y organización de los servicios
4. Difícil relación con los jefes de servicio
5. Nuevos modelos de administración y gestión en salud donde el personal de salud está inmerso en una cultura laboral de “Alta presión” con presiones de alta productividad,



competitividad, criterios de calidad, predominio de criterios de optimización de recursos económicos.

6. Inseguridad laboral.
7. Inadecuados ingresos económicos
8. Falta de políticas favorables a la vida familiar del trabajador.

### ***Factores ambientales***

1. Una infraestructura laboral inadecuada.
2. Protecciones de seguridad inadecuadas.
3. A un hábitat laboral intenso, en el que se desarrolla en general un clima intenso, rutinario, competitivo, hostil por momentos, predominando las inadecuadas relaciones interpersonales tanto entre médicos, enfermería y el resto del personal. (Calabrese, 2006)

#### **4.1.5.2 La importancia de una adecuada comunicación humana en los servicios de salud**

Es importante señalar el papel tan valioso que cumple una adecuada comunicación entre el médico y paciente. La comunicación no sólo debe servir para obtener información que el médico necesita en el cumplimiento de sus funciones, debe emplearse también para que el paciente y sus familiares se sientan escuchados, para poder comprender enteramente el significado de su enfermedad y para que se sienta coparticipe de su atención. Corresponde al médico identificar desde su práctica diaria, sus propias dificultades y reflexivamente transformarlas para poder incidir positivamente en el cuidado de la salud de sus pacientes. (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria, & Hernández-Hernández, 2006).

La importancia de construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente es innegable para cualquier disciplina médica, dos de las principales funciones clínicas que debe cumplir todo médico ante su paciente son el diagnóstico y el tratamiento, para cumplirlas de manera satisfactoria, el médico debe incursionar no sólo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, lo cual le obliga a internarse en aspectos de elevado contenido afectivo para el paciente por lo que requiere tener un espíritu humanista, gran apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos tanto al paciente como al familiar y al equipo de salud. (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria, & Hernández-Hernández, 2006).

Uno de los aspectos de mayor interés para el enfermo y su familia es que el médico demuestre estar interesado por él, que utilice palabras comprensibles, que proporcione información sobre el tratamiento, que transmita tranquilidad, que aconseje al paciente pero que le permita ser él quien decida, que tenga libertad para comentar sus puntos de vista y que el médico considere su opinión acerca del tratamiento.

En cuanto a la satisfacción o insatisfacción percibida por los pacientes y sus familiares, diversos autores encontraron que si el médico practica una buena comunicación, existe un elevado nivel de satisfacción de los usuarios con su forma de entrevistar y su forma de proporcionar información con la consiguiente insatisfacción del paciente por la mala interacción con su médico. Existen evidencias de que los médicos reportan menor cantidad de entrevistas frustrantes después de un programa de entrenamiento en habilidades de comunicación. (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria, & Hernández-Hernández, 2006).

La relación entre insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica se ha vinculado con dificultades en la comunicación médico-paciente. En México esta situación se evidencia por las demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Infante (1998) ha documentado los aspectos relevantes de la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica y encontró que entre los motivos de queja los problemas específicos de comunicación estuvieron presentes en un porcentaje elevado. Se identificó un substrato de mala relación médico-paciente en la que la comunicación fue un aspecto fundamental. (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria, & Hernández-Hernández, 2006).

Baile (2000) señala que existe la necesidad de mejorar las capacidades comunicativas del médico y aunque ejemplifica la situación con la habilidad de los médicos para otorgar malas noticias, señala que aproximadamente el 90% de ellos no ha tenido un entrenamiento formal para tal función. Por ejemplo, los programas educativos de pre y posgrado no enseñan la manera de dar malas noticias al paciente; por lo que los médicos lo aprenden hasta que tienen la oportunidad de observar la forma en la cual otros colegas manejan tales situaciones durante su práctica profesional. (Hernández-Torres, Fernández-Ortega, Irigoyen-Coria, & Hernández-Hernández, 2006)

Por tal motivo, resulta indispensable que el personal médico, de enfermería y trabajo social quienes son los que en todo momento mantienen relación directa con los pacientes y sus familiares, se encuentren debidamente capacitados en la forma correcta de comunicarse con éstos; lo cual mejoraría la actual percepción de insatisfacción que mantienen los usuarios del sistema de salud.

## **Capítulo 5. Propuesta de taller de sensibilización al personal sanitario del Hospital General Acapulco para favorecer el proceso de procuración, donación y trasplante de órganos**

### **Justificación**

De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) a principios de los años 30 la población mexicana moría principalmente a causa de enfermedades transmisibles como parásitos e infecciones en el aparato digestivo o respiratorio. Entre 1960 y el 2000 el número de muertes por enfermedades transmisibles disminuyó, pero aumentaron las ocasionadas por el cáncer, los accidentes y las derivadas de la violencia. A partir del 2005 y hasta la actualidad, las principales causas de muerte de los mexicanos han sido enfermedades del corazón, diabetes mellitus y los tumores malignos.

La epidemia de obesidad que enfrenta México y el incremento de enfermedades crónico-degenerativas han potencializado la demanda de trasplantes, lamentablemente la respuesta de las instituciones de salud no ha avanzado en la misma proporción. De acuerdo al reporte anual 2018 de donación y trasplantes del Centro Nacional de Trasplantes, en la actualidad existen más de 21 mil personas en lista de espera, para quienes el trasplante de órganos resulta ser el único tratamiento posible para recuperar la salud, e inclusive, en la mayoría de los casos, evitar la muerte. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4º establece que es obligación de la Ley definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud, así mismo instituye la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general para garantizar el derecho que tiene toda persona de la protección de la salud.

Nuestro país requiere una sociedad en la que el derecho a la protección de la salud se traduzca en hechos a favor de una vida saludable y de calidad. La posibilidad de trasplantar un órgano, ya sea de donador vivo o cadavérico, ha sido un parteaguas ante la expectativa de proporcionar una esperanza de vida mayor a una persona que lo necesita. Los avances científicos y tecnológicos, brindan los medios para hacer realidad la posibilidad de una mayor y mejor calidad de vida de los pacientes que enfrentan una enfermedad crónico-degenerativa. La creciente necesidad de trasplantes obliga a revisar, optimizar e instrumentar acciones de mejora en la organización del subsistema nacional, para fortalecer e incrementar la donación de órganos y tejidos, en beneficio de la atención de los mexicanos que requieren de un trasplante, en un marco de total transparencia y certeza jurídica.(Secretaría de Salud, 2015)

De acuerdo al análisis de los resultados a nivel nacional respecto de las acciones de donación y trasplantes publicados en el informe anual 2018 de CENATRA se refleja que la mayor actividad se realiza en cinco estados de la República Mexicana, mientras que el resto de los estados muestran todavía una baja actividad, y, debido a la cero productividad de Guerrero, nuestro estado ni siquiera se encuentra presente en dicha estadística.

Por tal motivo, resulta indispensable establecer estrategias y acciones que permitan incrementar el número de donaciones, prioritariamente de origen cadavérico que permitan realizar trasplantes efectivos, capaces de garantizar la recuperación de la salud de los pacientes y su reincorporación a la vida social y productiva.

## Objetivo general

Sensibilizar a los participantes en la importancia de brindar un trato digno, de calidad y con calidez a los usuarios y usuarias atendidos en el Hospital General Acapulco, proporcionando al personal sanitario conocimientos, técnicas y herramientas que les permitan mejorar la atención brindada; y, de esta forma poder incrementar las procuraciones orgánicas en nuestra Institución.

## Dirigido a

A médicos, enfermeras y trabajadoras sociales adscritas al Hospital General Acapulco.

## Temario

<b>Sesión 1.</b> <b>Integración y cohesión grupal</b>	<b>Sesión 2.</b> <b>Proceso de Duelo</b>
Violencia y acoso laboral	Muerte y pérdidas
La importancia y ventajas del trabajo en equipo	Etapas del duelo
Signos y síntomas del estrés laboral	Sentimientos, sensaciones, cogniciones y comportamientos que suelen presentarse durante el proceso de duelo
Técnicas de relajación	El respeto ante las manifestaciones del dolor
<b>Sesión 3.</b> <b>¿Cómo dar “malas noticias”?</b>	<b>Sesión 4.</b> <b>¿Qué es la donación de órganos?</b>
La comunicación humana	Tipos de donación
Escucha activa	Religión y donación de órganos
Protocolo de seis etapas de Buckman	Mitos y realidades de la donación de órganos
	Procuración médica del potencial donador
	Proceso de donación de órganos

## Tiempo

El taller tiene una duración de 18 horas, repartidas en una sesión inicial de 6 horas y 3 sesiones de 4 horas cada una.

## **Materiales**

-Salón con buena iluminación, aire acondicionado y sillas suficientes para los asistentes. Hojas blancas, plumones, papel bond, cinta canela, material impreso, pintarrón, plumones para pintarrón, lap top, proyector/cañón, borrador para pintarrón, bocinas, música, paliacates.

## **Sesiones del taller**

Antes de iniciar la primera sesión se les pedirá a los participantes que contesten un cuestionario de pre evaluación, esto con el fin de identificar cuáles son sus conocimientos y opiniones previos a la intervención. Al finalizar la última sesión, se repetirá este proceso (Ver anexo 1).

**Sesión 1.** “Integración y cohesión grupal”

**Sesión 2.** “Proceso de Duelo”

**Sesión 3.** “¿Cómo dar malas noticias?”

**Sesión 4.** “¿Qué es la donación de órganos”

## SESIÓN 1. “INTEGRACIÓN Y COHESIÓN GRUPAL”

### OBJETIVOS:

Esta primera sesión tiene como objetivos establecer el encuadre correspondiente a la forma de trabajo que se llevará a cabo durante las sesiones, estableciendo normas y expectativas del proceso. Así mismo, se **favorecerá la integración y cohesión grupal** para fomentar una mejor relación laboral entre el personal sanitario. Y, por último, se brindará **información referente al estrés laboral y las técnicas para manejarlo**, esto, con el objetivo de que los participantes identifiquen los signos y síntomas del mismo y cuenten con las herramientas necesarias para solucionarlo.





<b>SESIÓN 1</b>	
<b>ENCUADRE</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>1</b>

**OBJETIVOS:**

-Brindar a los participantes la estructura, la duración y los objetivos que tiene este proceso.

-Establecer las normas y acuerdos que se llevaran a cabo durante las sesiones.

**RECURSOS:** Salón, sillas, papel bond, plumones, diapositivas, laptop, proyector/Cañón

**DURACIÓN:** 10 minutos

**DESARROLLO:**

-La persona facilitadora se presentará ante el grupo proporcionando su nombre y agradeciendo la presencia de todos los participantes. Así mismo, con apoyo de material audiovisual presentará la estructura general del proceso psicoeducativo que se llevará a cabo, proporcionando la duración y los objetivos del mismo.

-Posteriormente, abrirá un espacio de intercambio de acuerdos con los participantes, donde se establecerán las normas y/o reglas que estarán presentes durante todo el proceso, es importante que los acuerdos establecidos sean elaborados entre todos los participantes y plasmados de manera escrita por la facilitadora. Estos acuerdos, estarán manifestados en una hoja de papel bond que estará presente durante todo el proceso en un área visible del salón.

<b>SESIÓN 1</b>	
<b>PRESENTACIÓN</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>2</b>

**OBJETIVOS:**

-Conocer el nombre y las expectativas de los participantes.

-Liberar la tensión y/o nerviosismo inicial.

-Brindar un ambiente de confianza en el grupo.

-Propiciar que los participantes se conozcan entre sí.

**RECURSOS:** Salón, globos, laptop, proyector/cañón, bocinas, música para bailar.

**DURACIÓN:** 40 minutos.

**DESARROLLO:**

-La persona facilitadora proporcionará un globo y un plumón a cada participante, *dándoles la indicación que lo inflen y escriban en él el número que se les indique* (ejemplo: 1-1,2-2,3-3).

-Una vez que todos los participantes hayan realizado la indicación anterior, la facilitadora pondrá música que estimule el baile y *les pedirá a los participantes que se pongan de pie y bailen al mismo tiempo que avientan los globos al aire, evitando que estos toquen el suelo.*

-Una vez que la persona facilitadora observe que los participantes se encuentran más desinhibidos detendrá la música y *pedirá que todos tomen el globo más cercano a ellos y ya que cada participante tenga un globo en sus manos busquen a la persona que tenga el globo con el mismo número que tienen ellos;* de esta manera el grupo quedará dividido en parejas.

-Posteriormente, se les *dará la indicación que durante unos minutos (en parejas) compartan la siguiente información: nombre, edad, actividad favorita y expectativas del taller.*

-Una vez transcurrido el tiempo otorgado, los participantes ocuparan sus sillas (las cuales deberán estar acomodadas en media luna) y cada pareja pasará al frente a presentar ante el grupo a su compañero.

-Al concluir la presentación del grupo, la persona facilitadora realizará un resumen de las expectativas que tienen los participantes del proceso, recalcando la importancia del cumplimiento de los acuerdos establecidos y de la participación activa del grupo y de ella misma, para poder cumplir con dichos objetivos.

<b>SESIÓN 1</b>	
<b>EL ESTRÉS LABORAL</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>3</b>

**OBJETIVOS:**

- Capacitar a los participantes acerca de los signos, síntomas y consecuencias del estrés laboral.
- Lograr que los participantes identifiquen si presentan estrés laboral.
- Brindar a los participantes estrategias para mejorar su regulación emocional.

**RECURSOS:** salón, sillas, diapositivas, laptop, proyector/cañón.

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**DESARROLLO:**

- La persona facilitadora colocándose en el centro del grupo, introducirá el tema a través de una lluvia de ideas propiciando que los participantes compartan la información que tienen (o se imaginan) acerca del tema que se va a abordar.
- Posteriormente, con apoyo de material audiovisual realizará una ponencia donde abordará el tema de estrés laboral haciendo especial énfasis en los signos, síntomas y consecuencias del mismo. Concluirá la intervención compartiendo las opciones de tratamiento.

<b>SESIÓN 1</b>	
<b>VIOLENCIA Y ACOSO ENTRE COMPAÑEROS COMO POTENCIALIZADOR DEL ESTRÉS LABORAL</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>4</b>

**OBJETIVOS:**

-Brindar a los participantes información referente a la violencia y acoso laboral. Procurando hacer énfasis en las consecuencias que tienen en la aparición del estrés laboral.

**RECURSOS:** salón, sillas, diapositivas, laptop, proyector/cañón

**DURACIÓN:** 30 minutos

**DESARROLLO:**

-La persona facilitadora colocándose en medio del grupo, introducirá el tema a través de una lluvia de ideas propiciando que los participantes compartan la información que tienen (o se imaginan) acerca del tema que se va a abordar.

-Posteriormente, con apoyo de material audiovisual realizará una ponencia donde abordara la violencia y acoso laboral, haciendo énfasis en los tipos y consecuencias físicas, emocionales y psicológicas de la misma.

<b>SESIÓN 1</b>	
<b>Y YO, ¿HE SIDO VÍCTIMA, VICTIMARIO O AMBOS?</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>5</b>

**OBJETIVOS:**

-Lograr que los participantes identifiquen y reconozcan la violencia y/o acoso laboral que han sufrido o ejercido.

-Sensibilizar a los participantes en la forma que se puede lastimar a otro ser humano cuando ejercemos violencia y/o acoso laboral.

-Lograr que los participantes modifiquen la forma de relacionarse con sus compañeros. Propiciando un ambiente de respeto y armonía laboral.

**RECURSOS:** salón, papel bond, plumones, participantes, cinta canela.

**DURACIÓN:** 60 minutos.

**DESARROLLO:**

-Una vez concluida la ponencia, la persona facilitadora utilizando un tono de voz suave y claro propiciará un ambiente de reflexión en el grupo. *Les pedirá a los participantes que traten de hacer consciente esos momentos en los que ellos han sido “víctimas” de violencia y/o acoso por parte de sus compañeros. “Te voy a pedir de favor, que pienses en un momento en el que hayas vivido una situación desagradable en tu área laboral, puede ser un momento en el que uno de tus compañeros hizo una “broma” o comentario que te hirió, tal vez lo hizo frente a otros compañeros... ¿eso, cómo te hizo sentir?, o bien, puede ser un momento en el que te sentiste acorralada (o) por tu jefe, o incluso viviste alguna agresión física por algún compañero. Toma el*

*recuerdo que tú prefieras y una vez que lo tengas te voy a pedir de favor que como si fueras una persona ajena a ti y tuvieras la oportunidad de observarte en ese momento, hagas una descripción de ti. ¿Cómo te veías? ¿Qué emociones estaban presentes? ¿De qué forma afectaban esos actos dolorosos la persona que eras en esos momentos? Esas acciones realizadas por otros, ¿dejaron alguna consecuencia permanente en ti?”*

-Una vez que los participantes tengan consciente la información requerida, la persona facilitadora les proporcionará a cada uno una hoja de papel bond y marcadores. Posteriormente, les solicitará que, tomando en cuenta la reflexión del ejercicio anterior, plasmen en ese papel bond una figura humana que represente a esa persona que recibió violencia y/o acoso laboral. Al terminar su dibujo, de manera individual, cada participante pegará su figura en la pared, donde podrá ser observada por el resto de sus compañeros.

-Cuando todos los participantes hayan colocado su figura en la pared, la persona facilitadora dará la indicación de que los participantes de forma respetuosa, realicen un recorrido a través de todas las figuras de sus compañeros. Así mismo, les solicitará que observen con dedicación esas figuras que representan a uno de sus compañeros, que observen cómo se ve y cómo se siente una persona que es víctima de violencia. Mientras los participantes realizan el recorrido, la persona facilitadora comenzará a realizar otra reflexión. Les solicitará a los participantes que de forma muy honesta y a nivel personal, reflexionen lo siguiente: *¿en alguna ocasión yo he ejercido la violencia? ¿De qué forma lo he hecho? ¿Por qué lo hice? Ahora que observo la forma en la que se ve y se siente una persona que ha sido agredida... ¿Yo he ocasionado eso en alguien más?*

-Para finalizar la actividad, la persona facilitadora les solicitará a los participantes que tomen un asiento formando un círculo entre todos. Una vez que el grupo esté en sus lugares, abrirá un

espacio de intercambio de experiencias, donde los participantes tendrán la oportunidad de compartir de qué se dieron cuenta y cómo se sintieron en el ejercicio. Finalizará con la reflexión de que todas las personas en algún momento de la vida hemos sido “víctimas” y/o “victimarios” y que de igual forma hemos sido lastimados o hemos lastimado a otras personas, así mismo, recalcará la importancia de reconocer dichas acciones; en primera, para trabajar a nivel personal con las posibles consecuencias que dichos actos pudieron haber dejado en mí, y, en segunda, para romper con el círculo de violencia en nuestra sociedad.

Para concluir esta actividad y dar introducción al siguiente tema, es importante que la persona facilitadora haga especial mención de que la violencia entre compañeros además de generar todas las consecuencias que durante este ejercicio se hicieron presentes, también origina un clima de tensión y malestar entre los compañeros; lo cual es uno de los principales factores de la aparición del estrés laboral.



<b>SESIÓN 1</b>	
<b>SI TRABAJAMOS JUNTOS, LO LOGRAREMOS</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>6</b>

**OBJETIVOS:**

- Propiciar la cohesión e integración grupal.
- Mejorar la comunicación y relación entre los participantes.
- Favorecer el trabajo en equipo.

**RECURSOS:** salón, sillas, cinta canela.

**DURACIÓN:** 60 minutos.

**DESARROLLO:**

-La persona facilitadora pondrá en medio del salón dos torres de sillas (acomodando una sobre otra) con una altura aproximada de 1 metro y medio. Dichas torres, estarán separadas entre ellas en una distancia aproximada de 2 metros. Una vez colocadas, unirá las dos torres con cinta canela, formando una especie de “muro” entre ellas.

-Colocará a todos los participantes de un solo lado de dichas torres y/o “muro” y les proporcionará las siguientes indicaciones: “Vamos a imaginar que estamos en un camino donde nos hemos encontrado con un obstáculo, y la única forma de continuar es atravesando este muro. El objetivo de este ejercicio es que todos ustedes de forma segura logren cruzar al otro lado, la única forma de superar este obstáculo es cruzar por arriba del muro. Así que “manos a la obra” platiquen entre ustedes, revisen estrategias y trabajen juntos para poder cumplir el objetivo”.

-Una vez que todos los participantes se encuentren del otro lado, la persona facilitadora realizará una felicitación por haberlo logrado, y hará especial énfasis en el trabajo en equipo que acaban de realizar. Así mismo, dará un espacio para que los participantes compartan sus experiencias.

(Es importante que durante la ejecución del ejercicio, la persona facilitadora esté observando las estrategias que implementa el grupo, así como estar pendiente de los miembros que colaboran más o aquellos que se mantienen distantes para que al momento de la retroalimentación, todas esas observaciones se puedan abordar de forma general para enriquecer la experiencia)

<b>SESIÓN 1</b>	
<b>TÉCNICA DE RELAJACIÓN</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>7</b>

**OBJETIVOS:**

-Brindar a los participantes un momento de relajación y regulación emocional.

-Ejemplificar una de las técnicas de auto-regulación emocional.

**RECURSOS:** salón, sillas, laptop, bocinas, música de relajación.

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**DESARROLLO:**

-La persona facilitadora dará de indicación a los participantes que se realizará una técnica de relajación, por lo que les solicita tomen una postura cómoda, puede ser sentados en las sillas, o, si alguien lo prefiere, recostados en el suelo.

-Una vez que los participantes se encuentren en sus posiciones, la persona facilitadora pondrá música relajante y comenzará a dar las instrucciones de la técnica de relajación, por ejemplo:  
*“Estás confortablemente reclinado, con los ojos cerrados, todas las partes de tu cuerpo están cómodamente apoyadas en la silla o el suelo de forma que no hay ninguna necesidad de tensar ningún músculo. Déjate llevar lo máximo que puedas por el sentimiento de relajación. Ahora, focaliza la atención en tu mano derecha y deja que desaparezca de ella cualquier tensión...concéntrate en los músculos de tu mano derecha, puedes verlos..., ve dejándolos sueltos, más y más sueltos. Deja que estos músculos se vuelvan muy, muy pesados, muy, muy calmados, muy, muy tranquilos... déjate llevar... continúa concentrándote en esos sentimientos y*

*deja que estos músculos se suelten más y más... cuando estás relajado tus músculos están muy sueltos, muy largos, muy calmados... déjalos que se suelten más.*” La persona facilitadora avanza relajando todos los grupos musculares en el mismo orden que se haría en una relajación progresiva, cada vez que termina de relajar uno, vuelve a mencionar los anteriores. Se añaden frases autógenas (por ejemplo, *deja que tus músculos se vuelvan más y más pesados, cálidos, relajados*). Al concluir la relajación por todos los grupos musculares, la persona facilitadora da indicación sobre la respiración, ejemplo: *“Deja que tu respiración lleve su propio ritmo monótono, tranquilo. Déjate llevar... déjate llevar por el estado profundo de relajación. Todas las partes de tu cuerpo están muy relajadas, muy cálidas y muy pesadas. No hagas nada, solo déjate llevar deja que tu respiración lleve su propio ritmo monótono, tranquilo. Déjate llevar... déjate llevar por el estado profundo de relajación”*. Después de permitirles a los participantes unos minutos de relajación profunda, la facilitadora da la indicación de concluir la actividad, ejemplo: *“Una vez que has alcanzado este estado de profunda tranquilidad, te pido que a tu ritmo y a tu propio tiempo, conforme tú lo vayas sintiendo, vayas regresando a este espacio de una forma tranquila, serena y en paz... y cuando tú así lo sientas, vas abriendo poco a poco los ojos”*.

<b>SESIÓN 1</b>	
<b>CIERRE DE LA PRIMERA SESIÓN</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>8</b>

**OBJETIVOS:**

-Brindar un espacio de intercambio de las experiencias vividas durante la primera sesión.

**RECURSOS:** salón, sillas

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**DESARROLLO:**

-Al concluir el ejercicio anterior, la persona facilitadora invitara a los participantes a sentarse formando un círculo.

-Una vez que los participantes tomen sus lugares, pedirá a quien lo desee, que comparta su experiencia de esta primera sesión, esto con la intención de retroalimentar el proceso.

-Al finalizar la retroalimentación, la persona facilitadora concluirá con las actividades correspondientes a la primera sesión. Agradecerá la presencia y el trabajo que cada uno de los participantes realizó y los invitará a continuar asistiendo a las próximas sesiones.

## SESIÓN 2. “PROCESO DE DUELO”

### OBJETIVOS:

Esta segunda sesión tiene como objetivo principal que los participantes **conozcan el proceso de duelo** que vive una persona ante una pérdida. Así mismo, que sean capaces de **identificar, comprender y respetar los sentimientos, sensaciones, cogniciones y comportamientos** que suelen presentarse durante este proceso.



<b>SESIÓN 2</b>	
<b>BIENVENIDA</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>1</b>

**OBJETIVOS:**

- Recordar los acuerdos establecidos en la sesión 1.
- Conocer el estado de ánimo y la disposición con la que cuentan los participantes en esta sesión.
- Brindar a los participantes los objetivos y temas que se abordaran en esta sesión.

**RECURSOS:** salón, sillas, participantes.

**DURACIÓN:** 15 minutos.

**DESARROLLO:**

- La persona facilitadora dará la bienvenida al grupo a esta segunda sesión, agradecerá la presencia de los participantes y abrirá un breve espacio para compartir las expectativas del día.
- Posteriormente, realizará un recordatorio de los acuerdos establecidos en la sesión uno y remarcará la importancia de respetarlos para un adecuado y armónico desarrollo de la sesión.
- Para finalizar la introducción, dará a conocer al grupo el tema y los objetivos que se trabajaran durante esta sesión.

<b>SESIÓN 2</b>	
<b>EL PROCESO DE DUELO</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>2</b>

**OBJETIVOS:**

- Capacitar a los participantes acerca de los conceptos de muerte, pérdidas y etapas del duelo.
- Lograr que los participantes identifiquen las sensaciones, cogniciones, emociones y comportamientos más frecuentes durante el proceso de duelo.
- Sensibilizar a los participantes acerca de la importancia de respetar las manifestaciones de dolor ante una pérdida.

**RECURSOS:** salón, sillas, diapositivas, laptop, proyector/cañón.

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**DESARROLLO:**

- La persona facilitadora colocándose en medio del grupo, introducirá el tema a través de una lluvia de ideas propiciando que los participantes compartan la información que tienen (o se imaginan) acerca del tema que se va a abordar.
- Posteriormente, con apoyo de material audiovisual realizará una ponencia donde abordará el tema de proceso de duelo.



<b>SESIÓN 2</b>	
<b>¿CÓMO SE VIVE UNA PÉRDIDA?</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>3</b>

**OBJETIVOS:**

- Sensibilizar a los pacientes ante las manifestaciones de dolor de una pérdida.
- Reconocer mediante sus propias experiencias el proceso de duelo.
- Fomentar un ambiente de compañerismo e integración grupal.

**RECURSOS:** salón, sillas, hojas blancas, plumas, papel bond, plumones.

**DURACIÓN:** 90 minutos.

**DESARROLLO:**

-Para realizar esta actividad, es muy importante que la persona facilitadora haga mención especial de la importancia de respetar los acuerdos grupales, especialmente los de confidencialidad y respeto. Así mismo, deberá realizar una introducción donde fortalezca la confianza y el buen trabajo que como grupo y compañeros han realizado.

-Antes de brindar las indicaciones de la actividad, la persona facilitadora proporcionará a cada participante una hoja de papel y pluma. Asegurándose que cada uno tenga el material correspondiente.

-Posteriormente, solicitará al grupo que cierren los ojos y proporcionará las siguientes indicaciones: *“Como lo mencionamos al principio de la sesión, el día de hoy trabajaremos con el tema de pérdidas y el proceso individual que se tiene ante ellas. Por tal motivo, de la forma más*

*respetuosa y sensible, te pido que pienses en alguna experiencia de pérdida que durante tu ciclo de vida hayas tenido. Puede ser el fallecimiento de un ser amado, una separación amorosa, un sueño no cumplido... tú decide la experiencia que quieras. Tráela a tu mente ¿qué fue lo que pasó? ¿Hace cuánto tiempo sucedió? ¿Cómo te sentiste ante eso? ¿De qué forma reaccionaste? ¿Estuviste solo o acompañado durante ese proceso? Cuando ya tengas esta información, te voy a pedir de favor que la escribas en la hoja de papel que tienes frente a ti. Es importante que menciones los sentimientos y comportamientos que tuviste durante ese proceso”*

-Una vez que los participantes hayan escrito su experiencia, la persona facilitadora solicitará que uno por uno (y, si así lo desean) la compartan con el resto de sus compañeros. Es importante señalar que si un participante no desea compartir su experiencia, se respetará su decisión.

-Cuando el participante esté relatando su experiencia, la persona facilitadora deberá prestar cuidadosa atención e ir registrando en forma de lista en una hoja de papel bond las sensaciones, cogniciones, comportamientos y emociones que estuvieron presentes en la historia de cada participante (Si alguna de las situaciones se repiten con algún otro compañero, no es necesario volver a escribirlas, se puede ir contabilizando las veces que eso suceda). También es importante que la persona facilitadora señale si durante el duelo los participantes estuvieron solos o acompañados y el impacto que esto tuvo en su proceso.

Una vez que todos los participantes hayan compartido su experiencia se realizará una reflexión grupal de las diferentes manifestaciones que se viven durante un proceso de duelo, resaltando la importancia de ser sensibles y respetuosos ante la manifestación de dolor que cada uno de nosotros puede tener. Así mismo, se puntualizará en la importancia de recibir un acompañamiento sensible y humano ante este proceso.

<b>SESIÓN 2</b>	
<b>¿QUÉ TIPOS DE PÉRDIDAS SE PRESENTAN EN NUESTRA INSTITUCIÓN?</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>4</b>

**OBJETIVOS:**

-Sensibilizar a los participantes ante las diferentes pérdidas que se presentan en el ambiente hospitalario.

-Propiciar que los participantes pongan en práctica los conocimientos adquiridos sobre pérdidas y proceso de duelo.

**RECURSOS:** salón, sillas, hojas blancas, plumas.

**DURACIÓN:** 60 minutos.

**DESARROLLO:**

-Para realizar esta actividad, la persona facilitadora formará equipos de 4 integrantes cada uno.

-Posteriormente, dará la indicación de que cada equipo deberá realizar un caso clínico de forma escrita donde se ejemplifique algún tipo de pérdida en el ambiente hospitalario. Es importante que la persona facilitadora haga especial énfasis en que los participantes deben incluir todos los aspectos que se presentan durante el proceso de duelo (sensaciones, cogniciones, emociones, etc.)

-Al finalizar la actividad, la persona facilitadora guardará los trabajos realizados por los participantes y dará la información que los mismos serán utilizados en la siguiente sesión.

<b>SESIÓN 2</b>	
<b>CIERRE DE LA SEGUNDA SESIÓN</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>5</b>

**OBJETIVOS:**

-Brindar un espacio de intercambio de las experiencias vividas durante la segunda sesión.

**RECURSOS:** salón, sillas.

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**DESARROLLO:**

-Al concluir el ejercicio anterior, la persona facilitadora invitara a los participantes a sentarse formando un círculo.

-Una vez que los participantes tomen sus lugares pedirá que, quien lo desee, comparta su experiencia de esta segunda sesión, esto con la intención de retroalimentar el proceso.

-Al finalizar la retroalimentación, la persona facilitadora concluirá con las actividades correspondientes a esta sesión. Agradecerá la presencia y el trabajo que cada uno de los participantes realizó y los invitará a continuar asistiendo a las próximas sesiones.

### SESIÓN 3. ¿CÓMO DAR MALAS NOTICIAS EN MEDICINA?

#### OBJETIVOS:

En esta sesión, los profesionales de la salud **aprenderán y desarrollarán técnicas y habilidades comunicativas que les permitirán brindar una atención más sensible, de mayor calidad y con calidez** hacia las y los usuarios atendidos en el Hospital General Acapulco. Esta tercera sesión tiene como objetivo que los participantes conozcan la importancia que tiene una adecuada comunicación humana y el impacto que genera al momento de dar una mala noticia.



<b>SESIÓN 3</b>	
<b>BIENVENIDA</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>1</b>

**OBJETIVOS:**

- Recordar los acuerdos establecidos en la sesión 1.
- Conocer el estado de ánimo y la disposición con la que se encuentran los participantes en esta sesión.
- Brindar a los participantes los objetivos y temas que se abordarán en esta sesión.

**RECURSOS:** salón, sillas, participantes.

**DURACIÓN:** 15 minutos.

**DESARROLLO:**

- La persona facilitadora dará la bienvenida al grupo a esta tercera sesión, agradecerá la presencia de los participantes y abrirá un breve espacio para compartir las expectativas del día.
- Posteriormente, realizará un recordatorio de los acuerdos establecidos en la sesión uno y remarcará la importancia de respetarlos para un adecuado y armónico desarrollo de la sesión.
- Para finalizar la introducción, dará a conocer al grupo el tema y los objetivos que se trabajaran durante esta sesión.

<b>SESIÓN 3</b>	
<b>LA COMUNICACIÓN HUMANA</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>2</b>

**OBJETIVOS:**

-Brindar a los participantes información referente a la teoría de la comunicación y los niveles de la misma (denotativo y metacomunicativo).

**RECURSOS:** salón, sillas, diapositivas, laptop, proyector/cañón.

**DURACIÓN:** 45 minutos.

**DESARROLLO:**

-La persona facilitadora colocándose en medio del grupo, introducirá el tema a través de una lluvia de ideas propiciando que los participantes compartan la información que tienen (o se imaginan) acerca del tema que se va a abordar.

-Posteriormente, con apoyo de material audiovisual realizará una ponencia donde abordará la teoría de la comunicación humana y sus niveles de interacción.

<b>SESIÓN 3</b>	
<b>PROPORCIONANDO UNA MALA NOTICIA SIN EMPATÍA</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>3</b>

**OBJETIVOS:**

-Sensibilizar a los participantes sobre el impacto emocional que puede generar en las personas recibir una mala noticia con una inadecuada comunicación humana.

-Lograr que los participantes identifiquen de manera individual, las áreas de oportunidad que quisieran mejorar como profesionales de la salud.

**RECURSOS:** salón, paliacate, sillas, casos clínicos realizados en la actividad 4 de la segunda sesión.

**DURACIÓN:** 60 minutos.

**DESARROLLO:**

-Antes de iniciar esta actividad, es importante que la persona facilitadora tenga en su poder los casos clínicos que los participantes realizaron en la cuarta actividad de la segunda sesión.

-Posteriormente, dividirá al grupo en equipos (de cuatro participantes cada uno) y establecerá un rol a cada participante: la primera persona será la trabajadora social, la segunda persona será el médico, la tercera la enfermera y la cuarta persona será el paciente.

-Una vez que ya estén establecidos los roles de cada integrante, asignará a cada equipo un caso clínico de los que ellos mismos elaboraron y les pedirá que los representen. Pero, la persona que fungirá como paciente tendrá la boca cubierta con cinta canela y las manos amarradas con un



paliacate. De tal forma que mientras reciba la mala noticia por parte del personal sanitario, ésta no podrá interactuar con ellos de forma verbal.

-La actividad será realizada por rondas, pasando al frente un equipo a la vez mientras que el resto de los compañeros observan.

-Al concluir la participación de todos los equipos, la persona facilitadora solicitará que tomen asiento formando un círculo y fomentará un análisis grupal. Es importante que los participantes compartan cómo se sintieron durante esta experiencia. ¿Qué sintió el personal de salud al dar una noticia de tal magnitud a una persona que se encontraba en condiciones inadecuadas para recibirla? ¿Qué sintieron los pacientes al estar atados de manos e incapacitados para poder hablar durante todo el proceso? ¿Influye la forma en que se nos comunica una noticia en la manera que la asimilamos?...

-Al finalizar la reflexión grupal, la persona facilitadora recalcará la importancia que tiene la comunicación humana en cualquier interacción entre personas, pero, sobre todo, en aquellos momentos donde se vive una situación de pérdidas y dolor.

-Posteriormente, con apoyo de material audiovisual realizará una ponencia donde abordará la teoría de la comunicación humana y sus niveles de interacción.

<b>SESIÓN 3</b>	
<b>PROTOCOLO DE BUCKMAN PARA DAR MALAS NOTICIAS EN MEDICINA</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>4</b>

**OBJETIVOS:**

-Dar a conocer a los participantes el protocolo de Buckman para dar malas noticias en medicina.

-Proporcionar a las participantes técnicas y herramientas que les permitan mejorar la atención brindada a las y los usuarios atendidos en el Hospital General Acapulco.

**RECURSOS:** salón, sillas, diapositivas, laptop, proyector/cañón.

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**DESARROLLO:**

-La persona facilitadora colocándose en medio del grupo, introducirá el tema retomando la importancia de estar capacitados para poder brindar un acompañamiento adecuado a los pacientes.

-Posteriormente, con apoyo de material audiovisual realizará una ponencia donde abordará el protocolo de Buckman formulado para dar malas noticias en el ambiente hospitalario.

<b>SESIÓN 3</b>	
<b>RECIBIENDO UNA MALA NOTICIA DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD EMPATICO Y SENSIBLE</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>5</b>

**OBJETIVOS:**

-Fomentar la práctica de los participantes de las técnicas y estrategias sugeridas en el protocolo de Buckman.

-Mejorar la atención que brindan los profesionales de la salud.

**RECURSOS:** salón, sillas, casos clínicos realizados en la actividad 4 de la segunda sesión.

**DURACIÓN:** 60 minutos.

**DESARROLLO:**

-Antes de iniciar esta actividad, es importante que la persona facilitadora tenga en su poder los casos clínicos que los participantes realizaron en la cuarta actividad de la segunda sesión.

-Al igual que en la segunda actividad de esta sesión, la persona facilitadora, dividirá al grupo en equipos (de cuatro participantes cada uno) y establecerá un rol a cada participante: la primera persona será la trabajadora social, la segunda persona será el médico, la tercera la enfermera y la cuarta persona será el paciente.

-Una vez que ya estén establecidos los roles de cada integrante, asignará a cada equipo un caso clínico (diferente al trabajado en la actividad anterior) y les pedirá que los representen. Pero, en esta ocasión todos los integrantes tendrán que poner en práctica los conocimientos adquiridos tanto de comunicación humana como del protocolo de Buckman. La actividad será realizada por

rondas, pasando al frente un equipo a la vez mientras que el resto de los compañeros observan y toman notas del trabajo realizado por sus compañeros.

-Al concluir todos los equipos su participación, la persona facilitadora solicitará que tomen asiento formando un círculo y fomentará un análisis grupal. Es importante que los participantes compartan cómo se sintieron durante esta experiencia. ¿Hubo algún cambio en su sentir respecto a la actividad anterior? ¿Fue mejor, fue peor? ¿Qué sintió el paciente al notar que el personal de salud procuraba su bienestar? ¿Estos conocimientos pueden mejorar y facilitar mi práctica profesional?

-Al finalizar la reflexión grupal, la persona facilitadora recalcará la importancia que tiene la comunicación humana en cualquier interacción entre personas, pero, sobre todo, en aquellos momentos cuando se vive una situación de pérdidas y dolor.

<b>SESIÓN 3</b>	
<b>CIERRE DE LA TERCERA SESIÓN</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>6</b>

**OBJETIVOS:**

-Brindar un espacio de intercambio de las experiencias vividas durante la tercera y penúltima sesión.

**RECURSOS:** salón, sillas.

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**DESARROLLO:**

-Al concluir el ejercicio anterior, la persona facilitadora invitará a los participantes a sentarse formando un círculo.

-Una vez que los participantes tomen sus lugares, pedirá que, quien lo desee comparta su experiencia de esta tercera sesión, esto con la intención de retroalimentar el proceso.

-Al finalizar la retroalimentación, la persona facilitadora concluirá con las actividades correspondientes a esta penúltima sesión. Agradecerá la presencia y el trabajo que cada uno de los participantes realizó y los invitará a concluir el proceso de forma satisfactoria asistiendo a la última sesión.

## SESIÓN 4. ¿QUÉ ES LA DONACIÓN DE ÓRGANOS?

### OBJETIVOS:

Capacitar a los participantes en el **proceso de procuración, donación y trasplante de órganos y tejidos**; a fin de identificar **cuáles son las funciones que le corresponde a cada profesional de la salud durante este proceso**. Así mismo, se brindará el cierre correspondiente a todo el proceso vivido durante estas cuatro sesiones.



<b>SESIÓN 4</b>	
<b>BIENVENIDA</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>1</b>

**OBJETIVOS:**

- Agradecer a los participantes su compromiso y participación durante todo el proceso.
- Conocer el estado de ánimo y la disposición con la que se encuentran los participantes en esta última sesión.

**RECURSOS:** salón, sillas, participantes.

**DURACIÓN:** 15 minutos.

**DESARROLLO:**

- La persona facilitadora dará la bienvenida al grupo a esta última sesión, agradecerá la presencia, disposición, compromiso y permanencia de los participantes durante todo este proceso psicoeducativo. Posteriormente, abrirá un breve espacio para compartir las expectativas del día.
- Para finalizar la introducción, dará a conocer al grupo el tema y los objetivos que se trabajaran durante esta última sesión.

<b>SESIÓN 4</b>	
<b>LA DONACIÓN DE ÓRGANOS</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>2</b>

**OBJETIVOS:**

-Capacitar a los participantes en el tema de donación de órganos brindando información referente a: tipos de donación, religión y donación de órganos, mitos y realidades de la donación de órganos, procuración médica del potencial donador y proceso de donación de órganos.

-Romper con los estigmas y la desinformación referente al proceso de donación de órganos.

-Fomentar la cultura de la donación en el Hospital General Acapulco.

-Favorecer los procesos de donación y trasplante de órganos en el Hospital General Acapulco.

-Indicar cuál es el papel que cumple cada profesional de la salud durante el proceso de donación de órganos.

**RECURSOS:** salón, sillas, diapositivas, laptop, proyector/cañón.

**DURACIÓN:** 120 minutos.

**DESARROLLO:**

-La persona facilitadora colocándose en medio del grupo, introducirá el tema a través de una lluvia de ideas propiciando que los participantes compartan la información que tienen (o se imaginan) acerca del tema que se va a abordar.



-Posteriormente, con apoyo de material audiovisual realizará una ponencia donde abordará los temas de:

-Tipos de donación

-Religión y donación de órganos

-Mitos y realidades de la donación de órganos

-Procuración médica del potencial donador

-Proceso de donación de órganos

<b>SESIÓN 4</b>	
<b>VEAMOS QUÉ TANTO APRENDÍ</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>3</b>

**OBJETIVOS:**

-Reforzar el aprendizaje adquirido.

-Evaluar el aprendizaje adquirido por parte de los participantes.

**RECURSOS:** salón, sillas, papel bond, cinta canela, tarjetas con oraciones (verdaderas y falsas) del tema visto en la actividad 3.

**DURACIÓN:** 60 minutos.

**DESARROLLO:**

-Antes de iniciar esta actividad es importante que la persona facilitadora tenga en su poder diversas tarjetas que tendrán plasmadas oraciones referentes al tema de donación y trasplante, algunas de estas oraciones contendrán información cierta y otra falsa.

- En una pared del salón, la persona facilitadora pegará una hoja de papel bond que tendrá como título la palabra “VERDADERO” y al lado de ésta, pegará otra hoja de papel bond que tendrá como título la palabra “FALSO”.

-Posteriormente, dará la instrucción que cada participante tome una de las tarjetas, lea su contenido al resto de sus compañeros y que de forma individual la coloque en la sección que considere (VERDADERO o FALSO), una vez que el participante haya colocado la tarjeta, la persona facilitadora preguntará al grupo si está de acuerdo con su compañero, y, si éste se hubiera

equivocado, pedirá que lo retroalimenten de los motivos por los cuáles su respuesta fue incorrecta.

-Esta dinámica concluirá hasta que todas las tarjetas se hayan colocado en su sección correspondiente (se sugiere que al menos sea una tarjeta por cada participante).

-Al finalizar la actividad, la persona facilitadora dará una breve conclusión donde recalcará que es de vital importancia para un adecuado proceso de donación, que el personal de salud tenga conocimiento del rol que desempeña y cuáles son los límites de sus funciones durante este proceso.

<b>SESIÓN 4</b>	
<b>CIERRE DEL PROCESO</b>	
<b>ACTIVIDAD</b>	<b>6</b>

**OBJETIVOS:**

- Brindar un espacio de intercambio de las experiencias vividas durante todo el proceso.
- Recopilar las opiniones de los participantes del proceso vivido.
- Concluir con las actividades.

**RECURSOS:** salón, sillas, pintarrón, plumones.

**DURACIÓN:** 30 minutos.

**DESARROLLO:**

- La persona facilitadora dará la indicación a los participantes, que cada uno de ellos elabore un verso, cuyo contenido tenga que ver con la temática trabajada durante todo el proceso, puede ser de los temas abordados o de cómo llegaron al iniciar el taller y cómo se van al finalizar.
- La persona facilitadora será la responsable de ir escribiendo en el pizarrón los versos que el grupo vaya aportando.
- Se les pide a los participantes que uno a uno vayan diciendo en voz alta el verso que elaboró y la persona facilitadora lo irá reflejando en el pizarrón. Se va integrando cada verso a los anteriores hasta conformar un todo. Al final la persona facilitadora leerá el poema íntegro.
- La persona facilitadora propiciará un momento de reflexión grupal, tomando como ejemplo el poema elaborado por el grupo, resaltando los grandes resultados que los participantes tienen

cuando trabajan en equipo. De igual forma, agradecerá a cada uno de ellos por sus aportes y compromisos durante todo el proceso e invitará a llevarse los aprendizajes adquiridos a su práctica profesional cotidiana para poder mejorar la atención brindada en la Institución.

## Conclusiones

En relación con la investigación que se realizó para este trabajo se puede concluir que el avance tecnológico y médico ha permitido que en nuestro país desde los años 60's la donación de órganos y tejidos sea una realidad. Sin embargo, a pesar de tener una estructura sistematizada y legalmente constituida, la procuración y donación de órganos no se está realizando con la misma velocidad con la que se incrementa la necesidad y demanda de miles de pacientes que se encuentran en lista de espera con la esperanza de poder recibir un trasplante y de esta manera mejorar su salud y calidad de vida, e inclusive, en muchos de los casos poder evitar la muerte por enfermedad.

En la investigación realizada en este trabajo se encontró que la literatura menciona variables sociales, psicológicas y factores directamente relacionados con el personal de salud que dificultan el proceso de la donación de órganos, y, que indiscutiblemente deben ser atendidas para poder propiciar el incremento de las donaciones. Tal como lo mencionan Gregorio, Roldal, Cabezas y Roldan (2014) el hecho de donar o dar significa estar convencido de lo que se hace y “agradecido” para quien lo hace, no se puede dispensar una deficitaria sanidad pública y después pedir un bien social. Por tal motivo, la propuesta de este trabajo de investigación contempla disminuir la insatisfacción que se mantiene con el actual sistema de salud y el personal que labora en él. Como lo menciona Calebrese (2006) uno de los principales factores que influyen en la inadecuada atención del personal de salud respecto a sus pacientes y familiares es el estrés laboral, por esta razón las técnicas propuestas en la sesión uno están encaminadas en atender esta situación.

La solicitud de donación de órganos supone una tarea nada fácil para los profesionales sanitarios, quienes en muchos de los casos, tienen que acometer la difícil labor de solicitarlo a los familiares del ser querido fallecido. Como lo mencionan Ross y Kessler (2016) los primeros momentos tras la muerte de un ser querido, son caracterizados por un fuerte impacto emocional para los familiares, en este sentido, el conocimiento de los factores psicológicos y el manejo de los mismos (cómo manejar los estados emocionales y la comunicación ante la muerte de un familiar) así como las habilidades personales que necesita poseer el personal de salud; son fundamentales para poder reducir el número de negativas familiares ante la donación; es por esto que las actividades planteadas en la sesión número 2 de la propuesta están encaminadas a brindar los conocimientos necesarios para esta labor.

Como sugieren Hernández-Torres, Fernández- Ortega, Irigoyen-Coria y Hernández – Hernández (2006), la relación entre la insatisfacción del paciente y quejas por mala práctica se ha vinculado con dificultades en la comunicación del personal de salud con los pacientes y sus familiares, si a esto le sumamos que los programas educativos de pre y posgrado en medicina no enseñan la manera en la que se deben dar las malas noticias al paciente, entonces se entiende por qué estamos frente a una necesidad urgente de mejorar las capacidades comunicativas del personal de salud. Por tal motivo la sesión número 3 está encaminada en fortalecer estas áreas de oportunidad. Y por último, la sesión numero 4 plantea brindar información referente al proceso de procuración, donación y trasplante de órganos y tejidos, con la finalidad de que el personal de salud identifique cuáles son las funciones que le corresponde durante este proceso.

Teniendo en cuenta todos los elementos mencionados es imperioso realizar una serie de capacitaciones al personal sanitario, que incluyan todas estas características señaladas para poder mejorar la calidad de la atención que se brinda en las instituciones de salud, y, de esta forma,

poder favorecer el incremento de aceptación ante el proceso de donación y trasplantes en los familiares de los posibles donadores que se encuentran en las instituciones de salud.

Se pretende que todo el personal sanitario del Hospital General Acapulco sea integrado al taller de sensibilización con la intención de mejorar sus habilidades profesionales y personales necesarias para brindar una atención sensible, profesional y humanitaria a las y los usuarios atendidos en la institución.

Como posibles limitantes en la aplicación de esta propuesta de intervención se encuentra que no sea aprobada por las autoridades correspondientes a la secretaria de salud o al Hospital General Acapulco. Otra dificultad que se puede presentar es que debido a la demanda tan grande que hay en los servicios de salud, el personal médico, trabajadoras sociales y enfermeras, no puedan acudir en tiempo y forma a las sesiones sugeridas. Así mismo, puede suceder que como resultado de la crisis nacional que existe en el presupuesto en salud no se pueda contar con los insumos y materiales necesarios para la realización de las actividades sugeridas en el taller.

Las sugerencias para la aplicación del taller de sensibilización dirigido al personal sanitario del hospital General Acapulco son las siguientes:

- Debido a que esta propuesta de intervención utiliza temáticas relacionadas con la violencia, el duelo, y el manejo adecuado de las malas noticias, se recomienda que la persona facilitadora sea una psicóloga (o).
- Que la psicóloga facilitadora tenga el apoyo de auxiliares con la misma formación.
- Que la psicóloga facilitadora tenga formación tanatológica.
- Este taller sea aplicado a todo el personal sanitario, con mayor énfasis en los servicios de urgencias y terapia intensiva



- Que la persona facilitadora brinde seguimiento a los participantes que asistan al taller, proporcionando nuevamente asesoría en caso de necesitarla.

A las autoridades del Hospital General Acapulco se sugiere:

- Brinden las facilidades para poder contar con los recursos materiales para la realización del taller.
- Proporcionen las facilidades para poder promover el taller y permitir la asistencia al personal adscrito a la institución.

## Referencias

- Andrade, M. P. (01 de Enero de 2019). *Definición de órgano*. Recuperado el 01 de Enero de 2019, de definicionabc: <https://www.definicionabc.com/ciencia/organos.php>
- Ballesteros, J. J.-C., Herrera, C. J., & Bono, A. C. (2002). *Anatomía Humana General* . Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones.
- Bowly, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Burr, C., Piñó, A., Quiroz, L. A., & Martín-Lunas, E. (2011). *Guía para el paciente participativo*. México, DF, Distrito Federal, Tlalpan. Obtenido de [cc Ciudadano.org.mx](http://cc Ciudadano.org.mx).
- Calabrese, G. (2006). Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Investigación en Salud* , 233-240.
- Calabrese, G. (2006). Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. *Investigación en salud* , 233-240.
- Centro Nacional de Trasplantes. (Enero de 2019). *Misión y Visión*. Recuperado el 05 de Enero de 2019, de CENATRA: [http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/acerca\\_cenatra\\_mision\\_vision.html](http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/acerca_cenatra_mision_vision.html)
- Constituyente, C. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* . Queretaro .
- Coruña, O. d. (01 de Enero de 2019). *Historia de los trasplantes* . Recuperado el 03 de Enero de 2019, de trasplantes: <http://www.trasplantes.net/index.php/men-sobre-los-trasplantes/historia-de-los-trasplantes>

Dantés, O. G., Serma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública Mex* , 220-232.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (Enero de 2019). *Donacion de organos*. Recuperado el Enero de 2019, de Donaciondeorganos.gov: <https://donaciondeorganos.gov/sobre/donantes/2aje/religi%C3%B3n.html>

Diario Oficial de la Federación. (2019) *Ley General de Salud*. Recuperado el 15 de enero del 2019, de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx): [http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY\\_GENERAL\\_DE\\_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/cnts/pdfs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf)

Gabel, H., & Lindskoug, K. (1989). A survey of public attitudes to cadaveric organ donation in a swedish communit. Sweden. *Department of Surgery and Community Medicine* .

González, F. M. (1988). *Imagen social, determinantes sociodemograficos, personales y no personales de la donacion de organos. Punto de partida para la solucion de un problema comunitario*. Madrid.

Gregorio, M. P., Roldal, J. D., Cabezas, F. M., & Roldan, A. N. (2014). Factores Sociales y Psicologicos que influyen en la donacion de organos. *Psicotherma* , 241-253.

Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M., Irigoyen-Coria, A., & Hernández-Hernández, M. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar* , 137-143.

Instituto Mexicano del Seguro Social. (1995). *Manual de Criterios y Procedimientos de Trasplante Cardiaco*. Distrito Federal.

- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna* , 11-14.
- Muñoz, A. M., & Díaz, L. M. (2012). *El estrés en el personal de salud y su relacion con la calidad en la atención del paciente*. Medellín .
- Neira, M. M. (1860). *Manual de Historia Natural*. Madrid: Imprenta de Santiago Aguado.
- Palafox D, R. R., Corona, L. V., & Oropeza, J. (01 de Enero de 2019). *El milagro de San Cosme y San Damián: El comienzo del trasplante de tejido compuesto*. Recuperado el 02 de Enero de 2019, de medigraphic: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cplast/cp-2011/cp112h.pdf>
- Ripoll, E. L. (1997). *donacion.organos.ua.es*. Recuperado el 10 de Enero de 2019, de [donación.organos.ua.es/proceso/el\\_duelo3.htm](http://donacion.organos.ua.es/proceso/el_duelo3.htm):  
[http://donacion.organos.ua.es/proceso/el\\_duelo3.htm](http://donacion.organos.ua.es/proceso/el_duelo3.htm)
- Rodriguez, E. P. (2002). *Factores sociales que intervienen en la donación de órganos*. Nuevo León.
- Ross, E. K. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Debolsillo.
- Ross, E. K., & Kessler, D. (2016). *Sobre el duelo y el dolor* . Barcelona: Luciérnaga.
- Secretaría de Salud. (2015). *Programa de Acción de Trasplantes*. México.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción: Trasplantes*.México.
- Simmons, R., Bruce, J., Bienvenue, R., & J., F. (1974). Who signs an organ donor card donor card: tradicionalism versus transplantation. *Journal of Chronic Diseases* , 491-502.

Valdéz, M. I. (2018). *Propuesta de intervención para trabajar el duelo y aceptar la homosexualidad de un hijo de manera natural*. México.

## Anexo 1. Formato de evaluación diagnóstica

Nombre:	Edad:
Profesión:	Servicio al que perteneces:

**Instrucciones: Por favor lee con atención las siguientes preguntas y contesta en la parte posterior de la hoja lo que se te solicita.**

- 1) ¿Qué es la violencia laboral y cuántos tipos de ésta existen?
- 2) ¿Qué es el estrés laboral?
- 3) Menciona al menos 5 signos y síntomas del estrés laboral.
- 4) Menciona al menos 2 tratamientos para disminuir el estrés.
- 5) ¿Qué es el duelo?
- 6) ¿Cuáles son las etapas del duelo?
- 7) ¿Cuáles son las manifestaciones que se presentan durante el proceso de duelo?
- 8) ¿Qué es la comunicación humana?
- 9) ¿Por qué es importante una eficiente comunicación entre el personal de salud y los pacientes y sus familiares?
- 10) ¿Qué es la donación de órganos?
- 11) ¿Qué tipos de donación de órganos existen en México?
- 12) Menciona al menos 3 mitos de la donación de órganos.
- 13) Desde tu profesión (médico, enfermera, trabajadora social) ¿Cuál es tu rol en el proceso de donación de órganos en nuestra institución?

## Anexo 2. Formato de evaluación del taller

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Para cada uno de los ítems indicados, por favor realiza una marca en la columna que más represente tu punto de vista. Cualquier comentario adicional colócalo en la casilla indicada.

<b>4</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
<b>3</b>	<b>De acuerdo</b>
<b>2</b>	<b>Desacuerdo</b>
<b>1</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>

	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>EL CURSO</b>				
Los temas cubiertos en el taller serán relevantes en mi trabajo				
Todos los temas fueron cubiertos con el nivel correcto para mí				
El taller llenó sus objetivos planteados				
El taller cubrió todos los temas que yo esperaba				
La duración del taller fue adecuada				
Los temas fueron tratados en orden lógico				
Las dinámicas fueron relevantes a los temas impartidos				
<b>MATERIALES DEL TALLER</b>				
El material del taller está claramente expuesto y es de fácil comprensión				
Las diapositivas estaban bien diseñadas y de fácil comprensión				
<b>LA PERSONA FACILITADORA</b>				
La persona facilitadora presentó los temas de manera clara y lógica				
La persona facilitadora usó eficazmente las ayudas visuales				
Recibí asistencia adecuada de la persona facilitadora durante el taller				
La persona facilitadora incentivó discusiones relevantes en el momento apropiado				
La persona facilitadora dio respuestas adecuadas a las preguntas de los asistentes				
La persona facilitadora demostró un buen conocimiento del tema expuesto				

**Por favor escribe aquí cualquier comentario adicional que servirá para mejorar el taller**

## **Anexo 3. Cartas descriptivas**



**SESIÓN 1 “INTEGRACIÓN Y COHESIÓN GRUPAL”**

<p><b>Objetivo.</b> Establecer el encuadre correspondiente a la forma de trabajo que se llevará a cabo durante las sesiones, asentando normas y expectativas del proceso. Así mismo, se <b>favorecerá la integración y cohesión grupal</b> para fomentar una mejor relación laboral entre el personal sanitario. Y, por último, se brindará <b>información referente al estrés laboral y las técnicas para manejarlo</b>, esto, con el objetivo de que los participantes identifiquen los signos y síntomas del mismo y cuenten con las herramientas necesarias para solucionarlo.</p>			<p><b>Tiempo aproximado:</b> <b>6 horas.</b></p>	
<b>Sesión</b>	<b>Actividad</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Material</b>
1	Encuadre	Brindar a los participantes la estructura, la duración y los objetivos que tiene este proceso. Establecer las normas y acuerdos que se llevaran a cabo durante las sesiones.	10 minutos	Salón, sillas, papel bond, plumones, diapositivas, laptop, proyector-.
	Presentación	Conocer el nombre y las expectativas de los participantes. Liberar la tensión y/o nerviosismo inicial. Brindar un ambiente de confianza en el grupo. Propiciar que los participantes se conozcan entre sí.	40 minutos	Salón, globos, laptop, proyector, bocinas, música para bailar.
	Violencia y acoso entre compañeros como potencializador del estrés laboral.	Brindar a los participantes información referente a la violencia y acoso laboral. Procurando hacer énfasis en las consecuencias que tienen en la aparición del estrés laboral	30 minutos	Salón, sillas, diapositivas, laptop, proyector.
	El estrés laboral	Brindar a los participantes información referente a la activación fisiológica y el estrés laboral. Procurando hacer énfasis en los signos, síntomas y consecuencias del mismo. Lograr que los participantes identifiquen si presentan estrés laboral. Brindar a los participantes estrategias para lograr una auto-regulación emocional.	30 minutos	Salón, sillas diapositivas, laptop, proyector
	Y yo, ¿he sido víctima,	Lograr que los participantes identifiquen y reconozcan la violencia y/o acoso laboral que han sufrido o ejercido.	60 minutos	Salón, papel bond,

victimario o ambos?	Sensibilizar a los participantes en la forma que se puede lastimar a otro ser humano cuando ejercemos violencia y/o acoso laboral. Lograr que los participantes modifiquen la forma de relacionarse con sus compañeros. Propiciando un ambiente de respeto y armonía laboral.		plumones, participantes, cinta canela.
Si trabajamos juntos, lo lograremos.	-Propiciar la cohesión e integración grupal. -Mejorar la comunicación y relación entre los participantes. -Favorecer el trabajo en equipo.	60 minutos	Salón, sillas, cinta canela.
Técnica de relajación	Brindar a los participantes un momento de relajación y regulación emocional. Ejemplificar una de las técnicas de auto-regulación emocional.	30 minutos	Salón, sillas, laptop, bocinas, música de relajación.
Cierre	Brindar un espacio de intercambio de las experiencias vividas durante la sesión.	30 minutos	Salón, sillas.

## SESIÓN 2 “PROCESO DE DUELO”

**Objetivo:** Dar a conocer a los participantes **el proceso de duelo** que vive una persona ante una pérdida. Así mismo, que sean capaces de **identificar, comprender y respetar los sentimientos, sensaciones, cogniciones y comportamientos** que suelen presentarse durante este proceso.

**Tiempo aproximado:**  
**4 horas**

Sesión	Actividad	Objetivos	Tiempo	Material
2	Bienvenida	Recordar los acuerdos establecidos en la sesión 1. Conocer el estado de ánimo y la disposición con la que cuentan los participantes en esta sesión. Brindar a los participantes los objetivos y temas que se abordaran en esta sesión.	15 minutos	-Salón -Sillas
	El proceso de duelo	Capacitar a los participantes acerca de los conceptos de muerte, pérdidas y etapas del duelo. Lograr que los participantes identifiquen las sensaciones, cogniciones, emociones y comportamientos más frecuentes durante el proceso de duelo. Sensibilizar a los participantes en la importancia de respetar las manifestaciones de dolor ante una pérdida.	30 minutos	-Salón -Sillas -Laptop -Proyector
	¿Cómo se vive una pérdida?	Sensibilizar a los pacientes ante las manifestaciones de dolor de una pérdida. Reconocer mediante sus propias experiencias el proceso de duelo. Fomentar un ambiente de compañerismo e integración grupal	90 minutos	-Hojas blancas -Papel bond -Plumones
	¿Qué tipos de pérdidas se presentan en nuestra institución?	Sensibilizar a los participantes ante las diferentes pérdidas que se presentan en el ambiente hospitalario. Propiciar que los participantes pongan en práctica los conocimientos adquiridos sobre pérdidas y proceso de duelo.	60 minutos	-Hojas blancas -Plumas
	Cierre	-Brindar un espacio de intercambio de las experiencias vividas durante la segunda sesión.	30 minutos	-Salón -Sillas

### SESIÓN 3 “¿CÓMO DAR MALAS NOTICIAS?”

<p><b>Objetivo:</b> Lograr que los profesionales de la salud <b>aprendan y desarrollen técnicas y habilidades comunicativas que les permitan brindar una atención más sensible, de mayor calidad y con calidez</b> hacia las y los usuarios atendidos en el Hospital General Acapulco. Esta tercera sesión tiene como objetivo que los participantes conozcan la importancia que tiene una adecuada comunicación humana y el impacto que genera al momento de dar una mala noticia.</p>			<p><b>Tiempo aproximado:</b> <b>4 horas</b></p>	
Sesión	Actividad	Objetivos	Tiempo	Material
3	Bienvenida	Recordar los acuerdos establecidos en la sesión 1. Conocer el estado de ánimo y la disposición con la que cuentan los participantes en esta sesión. Brindar a los participantes los objetivos y temas que se abordaran en esta sesión.	15 minutos	-Salón -Sillas
	La comunicación humana	Brindar a los participantes información referente a la teoría de la comunicación y los niveles de la misma (denotativo y metacomunicativo).	45 minutos	-Salón -Sillas -Laptop -Proyector
	Proporcionando una mala noticia sin empatía	Sensibilizar a los participantes en el impacto emocional que puede generar en las personas recibir una mala noticia con una inadecuada comunicación humana. Lograr que los participantes identifiquen de manera individual, las áreas de oportunidad que tienen para mejorar como profesionales de la salud.	60 minutos	-Salón -Paliacate -Sillas -Casos clínicos
	Protocolo de Buckman para dar malas noticias en medicina	Dar a conocer a los participantes el protocolo de Buckman para dar malas noticias en medicina. Brindar a las participantes técnicas y herramientas que les permitan mejorar la atención brindada a las y los usuarios atendidos en el Hospital General Acapulco.	30 minutos	-Salón -Sillas -Laptop -Proyector
	Recibiendo una mala noticia de un profesional de la salud empático y sensible.	Fomentar la práctica de los participantes de las técnicas y estrategias sugeridas en el protocolo de Buckman. Mejorar la atención que brindan los profesionales de la salud.	60 minutos	-Salón -Sillas -Casos clínicos
	Cierre	Brindar un espacio de intercambio de las experiencias vividas durante la segunda sesión.	30 minutos	-Salón -Sillas

## SESIÓN 4 “¿QUÉ ES LA DONACIÓN DE ÓRGANOS?”

<b>Objetivo: Capacitar a los participantes en el proceso de procuración, donación y trasplante de órganos y tejidos;</b> a fin de identificar <b>cuáles son las funciones que le corresponde a cada profesional de la salud durante este proceso.</b> Así mismo, se brindará el cierre correspondiente a todo el proceso vivido durante estas cuatro sesiones.			<b>Tiempo aproximado:</b> <b>4 horas</b>	
Sesión	Actividad	Objetivos	Tiempo	Material
4	Bienvenida	Agradecer a los participantes su compromiso y participación durante todo el proceso Conocer el estado de ánimo y la disposición con la que cuentan los participantes en esta última sesión.	15 minutos	-Salón -Sillas
	La donación de órganos	Capacitar a los participantes en el tema de donación de órganos brindando información referente a: tipos de donación, religión y donación de órganos, mitos y realidades de la donación de órganos, procuración médica del potencial donador y proceso de donación de órganos. Romper con los estigmas y la desinformación referente al proceso de donación de órganos. Fomentar la cultura de la donación en el Hospital General Acapulco. Favorecer los procesos de donación y trasplante de órganos en el Hospital General Acapulco. Indicar el papel que cumple cada personal de salud durante el proceso de donación de órganos.	120 minutos	-Salón -Sillas -Laptop -Proyector
	“Veamos qué tanto aprendí”	Reforzar el aprendizaje adquirido. -Evaluar el aprendizaje adquirido por parte de los participantes.	60 minutos	-Papel bond -Cinta Canela -Tarjetas con oraciones
	Cierre	Brindar un espacio de intercambio de las experiencias vividas durante la segunda sesión.	30 minutos	-Salón -Sillas

