



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA

ACTITUD DEL DONADOR VIVO DE ORGANOS, EN SITUACION DE PRE Y POST-TRASPLANTE DE RIÑON. UN ACERCAMIENTO A PARTIR DE LA TEORIA DEL AUTOCUIDADO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

P R E S E N T A :

ARREVILLAGA LOPEZ AURORA ESPERANZA



[Firma manuscrita]

DIRECTORA DE TESIS: LIC. TERESA SANCHEZ ESTRADA



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Coordinación de Servicio Social
MEXICO, D.F.

MAYO 2000



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.

Las gracias te doy a ti Señor por haberme concedido finalizar con entusiasmo esta carrera.

Dame la inteligencia y templanza para estar conciente de mi persona y poder así conducirme con dignidad hasta los últimos años de mi vida.

¡ GRACIAS DIOS MIO!

A MIS PADRES

ARTEMIO ARREVILLAGA SÁNCHEZ

ZOILA LÓPEZ ANGEL.

A MIS HERMANOS

LUIS FELIPE ARREVILLAGA LÓPEZ

FEDERICO ARREVILLAGA LÓPEZ.

JOSÉ ARREVILLAGA LÓPEZ.

ESPECIALMENTE

A mi madre, porque gracias a su apoyo y consejos he llegado a realizar una de mis más anheladas metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir.

AGRADECIMIENTOS

M.C.S. Lic. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA

M.J.S.U.T.R. Adscrita: DRA. CARMEN GRACIDA JUÁREZ.

M.B.U.T.R. Adscritos: TRASPLANTÓLOGOS, NEFROLOGA, UROLOGO.

E.E.I. Adscrita: CHÁVEZ RIVERA PATRICIA RAFAELA.

E.E.I. Adscrita: JIMÉNEZ MARIANO SARA.

ÍNDICE

	Pag.
I. INTRODUCCIÓN	1
1. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DEL FENÓMENO DE ESTUDIO:	2
1.1. Antecedentes	2
1.2. Derechos humanos y donación de órganos	11
1.3. Teoría del proceso o manejo de la pérdida en la donación de órganos.	15
1.4. Actitudes y donadores	18
- Concepto	18
- Criterios de medición	18
1.5. Protocolo de donadores	21
1.6. Integración o participación de la familia	24
1.7. Modelo de Autocuidado de Orem.	27
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
III. HIPÓTESIS	32
IV. OBJETIVOS	32
V. VARIABLES	32
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	35
6.1. Diseño de trabajo y tiempo	35
6.2. Universo de trabajo y tiempo	35
6.3. Tamaño de la muestra	35
6.4. Criterios de inclusión	35
6.5. Criterios de no inclusión	35
6.6. Criterios de exclusión	36

6.7. Procedimientos	36
6.8. Análisis estadístico	40
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
VIII. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	42
IX. RECURSOS PARA EL ESTUDIO	43
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.	44
XI. RESULTADOS	45
Recolección	45
Clasificación	45
Recuento	45
Presentación (cuadros e interpretación)	47
XII. CONCLUSIONES	55
XIII. SUGERENCIAS	57
XIV. BIBLIOGRAFÍA	58
XV. ANEXOS	63
Anexos 1	64
Anexo 2 A	65
Anexo 2 B	69
Anexo 3 C	73

RESUMEN

ACTITUD DEL DONADOR VIVO DE ÓRGANOS. UN ACERCAMIENTO EN SITUACIÓN DE PRE Y POST-TRASPLANTE DE RIÑÓN, A PARTIR DE LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO.

&Aurora Esperanza Arrevillaga López, *Patricia R. Chávez Rivera, * Sara Jiménez Mariano.

La presente investigación tiene como objetivo definir un perfil de actitudes del donador vivo de riñón en las fases pre y postoperatorias. El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal, en su modalidad de casos y controles, en dos fases: una exploratoria y la segunda de intervención.

La investigación esta auspiciada por la Unidad de Trasplantes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. El universo de estudio se integra por los donadores inscritos en el protocolo a cargo de la Unidad de Trasplantes. La muestra de tipo convencional se integra por 14 donadores quienes aceptaron ser entrevistados en la fase pre y postoperatoria, en el período febrero – mayo de 1999.

Cabe destacar que en la Unidad de Trasplante se lleva un programa para valorar clínicamente, en el postoperatorio mediato, a 34 donadores, por lo que fueron también entrevistados con el fin de identificar su actitud como postdonadores a fin de fortalecer los objetivos del estudio. Los resultados de este grupo se presentaron por separado.

Los criterios de inclusión permitieron entrevistar a todo paciente donador vivo de riñón programado para nefrectomía, todo donador que recibió preparación psicológica preoperatoria, donadores de ambos sexos, no mayores de 65 años y no menores de 18 años, donadores en postoperatorio inmediato-mediato. Se

aplicó un cuestionario tipo escala de Likert que contienen 34 preguntas para monitorear actitudes a 14 donadores en los periodos preoperatorio y postoperatorio inmediato, el mismo instrumento fue aplicado a 34 pacientes en su postoperatorio mediato. La medición de actitudes se calificaron de 0-5 para cada reactivo positivo y negativo, con asociación de variables y proporciones.

Los hallazgos hasta ahora revelan que la donación es dada en un 71% por hermano, padre, madre, 29% por esposos y tíos. 86% les provocó sentimientos de felicidad y realización contra un 7% que se deprime ocasionalmente en el postoperatorio. No obstante el postoperatorio genera emociones y sentimientos ambivalentes, que desde luego deben ser procesados por ellos mismos.

PALABRA CLAVE: Actitud donador vivo, pre y postrasplante de riñón.
& Titular, *Colaboradoras, todas Enfermeras Especialistas Intensivistas, adscritas a la Unidad de Trasplantes, del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento resume la información sobre las actitudes de los donadores vivos de riñón. Los estudios hasta ahora reportados enfatizan sobre la evolución clínica de los donadores; no obstante existen pocos reportes sobre aspectos psicosociales específicos respecto a creencias y conductas y en general actitudes de donadores de riñón.

En este informe se destacan los aspectos conceptuales de la Teoría del proceso de duelo o manejo de la pérdida en la donación de órganos. Se integra además la Teoría de las necesidades básicas del ser humano.

Entre los hallazgos del estudio se pueden mencionar que los familiares reaccionan solidariamente ante la donación. No obstante se revela que el postoperatorio genera en el paciente emociones y sentimientos confusos, que desde luego, deben ser procesados.

Es deseo de las investigadoras el que los resultados ofrezcan una nueva perspectiva de la atención al donador de órganos.

1- MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes:

Algunas instituciones opinan que en todo el mundo y en México, la primera alternativa de elección para el tratamiento de la insuficiencia renal Crónica debería de ser el trasplante renal, ya que ésta abate costos/beneficios en comparación a la diálisis y hemodiálisis a largo plazo, asimismo disminuyen las complicaciones que implican estos procedimientos en el paciente.

En la Unidad de Trasplantes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, los donadores de riñón en su mayoría son vivos relacionados (DVR) y emocionalmente relacionados (DVER), debido a la falta de donación cadavérica, ya que la lista de espera para trasplante renal cada día es más extensa.

La donación de donadores vivos, es favorecida por la aceptación y solidaridad que tiene la familia mexicana hacia la donación, trascendiendo esto en relación a la sobrevivencia del aloinjerto por la histocompatibilidad bien definida entre el donador con el receptor.

Varios estudios revelan que los donadores clínicamente, no tienen complicaciones posteriores a la donación; pero es necesario como lo considera Simmons¹, realizar un estudio de actitudes para determinar los sentimientos y percepciones hacia la pérdida de un órgano, ya que de ello depende su bienestar psicológico y social de su situación actual.

¹ Simmons R. , Sociología y Psicología del Trasplante. Trasplante de Órganos. Salvat México, Vol. Único, 1987, p: 123.

La definición de trasplante o injerto que nos propone el moralista G. Perico es: "trasplante o injerto es la operación quirúrgica por la que se inserta en el organismo receptor un tejido obtenido por un donador". El trasplante alogénico entre familiares es una de las formas más comunes de donación de órganos. Los familiares, ya sean padres, hermanos o hijos, necesitan de un órgano tal como un riñón.² El Dr. Ruben Argüero, Director del Hospital de Cardiología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, refiere en un artículo de bioética: que el trasplante de órganos, procedimiento terapéutico de indudable valor, ya en pleno auge en otros países, en desarrollo en el nuestro, ha dado lugar a extensas revisiones científicas y cuidadosas legislaciones, pero ha sacudido la conciencia humana y el médico enfrenta ahora, con el enfermo que necesita trasplante y a las dificultades, a veces insuperables, para conseguir la donación correspondiente. Se espera que algún día haya un cambio de actitud de la sociedad contemporánea. Sin duda el intento de examinar una necesidad de promover la actitud altruista en relación a la donación personal o donación de la familia se ha convertido en un tema central de discusión, es evidente que con el aumento de población, los logros obtenidos en medicina en general y en trasplantes en particular día a día ha aumentado el número de pacientes en espera y paralelo a esto se pretenda lograr un cambio de actitud en el público en general para que se encuentre involucrado en el proceso voluntario de donación de órganos. Sin embargo, a pesar de que han transcurrido casi cuarenta años del inicio de los programas de trasplantes, no se ha logrado cambiar el pensamiento, ni la respuesta altruista y aún persiste un cierto grado de confusión.³ Por otra parte, Simmons y colaboradores en 1987, observan que los riñones cedidos por los parientes vivos por lo general han resultado ser mejores para el trasplante y sobrevivir

² García y García, Aspectos morales y éticos del trasplante, Trasplante de órganos, Salvat México, 1987 Vol. Único, pp: 105-111.

³ Dr. Argüero, Bioética y trasplantes de tejidos y órganos Rev. IMSS Comisión Nacional de Bioética, México. 1993, Vol. Único, pp: 25-28.

más largo tiempo, debido a razones inmunológicas; además, los parientes dispuestos a la donación se evitan la desagradable experiencia de estar en lista de espera durante un tiempo incierto.

Continúa existiendo un amplio escepticismo sobre la posibilidad de que un pariente esté dispuesto al sacrificio de un riñón, sin que más adelante no exprese un cierto arrepentimiento por haberlo hecho. Existe en el ambiente la sensación de que la donación suele hacerse por la presión de cierto chantaje moral por parte de la familia, que acaba por decidir al donador potencial. La pérdida de una parte del cuerpo por parte del donador generará a largo plazo un sentimiento de arrepentimiento y depresión (etapas de duelo). En los últimos años, hemos intentado valorar los efectos psicológicos de la donación, en los familiares donadores; : a) frecuencia y con qué grado de voluntarismo se hacen esas donaciones, y b) consecuencias psicológicas de donar una parte del organismo. En términos de datos cuantitativos, la autoestima, la depresión, etc., se tabularon en base a escalas de fuentes bien reconocidas; estas escalas se establecieron a partir de la selección de numerosos términos. Otro hecho precursor de actitudes negativas que aparecerán después del trasplante es la actitud específica y negativa frente a la donación, exhibida por el donador antes del trasplante. Según los estudios, la correlación entre la ambivalencia frente al trasplante y los sentimientos negativos al quinto día es de 0.15 ($p=0.06$); entre los mismos parámetros al año del trasplante, es de 0.31 ($p=0.001$).

El nivel de salud del receptor al cabo de un año es un factor de importancia para todos los donadores, y no sólo para los de compatibilidad. Un factor adicional sobre la respuesta del donador a la donación; este factor es la edad. Muchas consideraciones éticas se han expuesto para poner en tela de juicio el uso de menores de edad como donadores. ¿Es que los menores son realmente capaces de dar un consentimiento válido?. El empleo

de donadores por encima de los 50 años también ha sido puesto en tela de juicio, ya que representan riesgos quirúrgicos más elevados. En anteriores trabajos hemos encontrado que, en esos dos grupos de edad, sus componentes generalmente tienen actitudes muy positivas en cuanto a la donación, antes y después del trasplante. En el conjunto que hemos descrito, se han utilizado 23 donadores comprendidos entre los 16 y los 21 años, así como otros 25 donadores de 50 años y mayores. Aunque las diferencias de edad no se encuentran patrones definidos, los más jóvenes y los más viejos seguramente no son más proclives que los otros a presentar actitudes negativas en cuanto a la donación. De hecho, si es que aparecen actitudes negativas en esos grupos corresponden a los que tienen una edad alrededor de los 30 años, el escenario del ciclo vital de parto y crianza. Los donadores muy jóvenes y muy ancianos se hallan libres de obligación de cuidar de los hijos. La donación y el peligro que entraña para la salud no significa, en cambio, riesgo alguno para la familia. Los donadores más jóvenes se quejan de menor grado de dolencia, inmediatamente después del trasplante, que cualquier otro grupo de donadores, inclusive aquellos que se hallan entre los 25 y los 30 años.

En una revisión de 26 adolescentes preparados para la donación, 18 de los cuales llegaron a concretarla, Bernstein y Simmons también indicaron que la mayoría de los adolescentes no estaban bajo presión familiar importante para la donación. El 73% de los donadores potenciales en nuestra serie (21 años entre 26 años) y 89% de los donadores renales (16 años entre 18 años), no recibieron presiones familiares indebidas. Entre todos los adolescentes donadores, sólo uno mostró una alteración emocional a largo plazo. Después de la donación, desarrolló temor a padecer una enfermedad renal y requirió una terapia a corto plazo para tratar una reacción depresiva que se presentó un mes después del trasplante. Los adolescentes entre 16

a 20 años de edad experimentan una elevación de su autoestima, experimentando recompensa más bien asimilada.

Es raro que aparezcan reacciones extremadamente negativas, mientras que las positivas son bastante frecuentes; estas diferencias deben ser tomadas en cuenta cuando se van a excluir a un posible donador por razones psicológicas.⁴

Price, refiere en su artículo, a los menores de edad, como donadores de órganos vivos. La donación viva se remonta a hace casi 40 años cuando los trasplantes de riñones entre gemelos menores idénticos se llevaban en Boston, Massachusetts. Sin embargo, a pesar de una falta de datos consistentes, el volumen de donadores renales menores vivos en Europa es hoy de día pequeño. Los datos de EDTA mencionan que tales trasplantes se llevaron a cabo en la región de Eurotrasplantes en la década de los 80's. Aunque los menores de edad son más comunes en Estados Unidos, Price descubre en la investigación realizada por Spital, en 1989 en el centro de trasplantes, que en los 5 años previos ningún centro respondió más de 5 de tales trasplantes, 43% de los centros que respondieron consideraron el utilizar menores no gemelos relacionados, 74 centros tuvieron donadores menores a 12 años, 20 centros utilizaron menores de 16 años. Spital reportó que estos resultados sugieren una actitud ligeramente más liberal en Norteamérica que en Europa hacia la utilización de donadores de edad para la obtención de órganos vivos.⁵ Donnelly, en una revisión del estudio del proyecto Eurotold en 1996 comentó: La demanda para órganos continúa siendo mayor a su abastecimiento, buscar otras fuentes de donadores vivos por parte de Eurotold es un poco difícil, ya que la utilización de donadores

⁴ Simmons R., Sociología y psicología del trasplante. Trasplante de órganos, Salvat México. 1987, Vol. Único, pp: 122-123.

⁵ EDTA = Éticas y Leyes del Trasplante.

vivos son muy marcados en diferentes países Europeos: Turquía ocupa 80% de donadores vivos, Grecia 42%, Escandinavia 11 a 49%, en contraste con España 1%, Francia 2.5%, Suiza 6%, e Irlanda no ocupa donadores vivos. La mayor parte de los países Europeos declinaron en número de donadores vivos. Eurotold es un proyecto que estudia e intenta interactuar valores éticos, costumbres sociales, culturales, legislación y leyes nacionales junto con actitudes del público y profesionales hacia la donación de vivos, para explicar lo que se piensa en la utilización de donadores vivos. El fin del proyecto es que se espera que los centros desarrollen un protocolo para asegurar que los donadores vivos futuros experimenten menos riesgos tanto de salud física y psicológica.⁶ Schilling y colaboradores en junio de 1995 junto a 508 ciudadanos, de ellos 258 mujeres – 250 hombres de la parte del área Francesa, Alemana y de Suiza, de 15 a 75 años de edad, participaron en un estudio de corte transversal en el que se les preguntó si ellos encontraron una opción obligatoria para donar, así como el status social y conocimiento de donación (donador-receptor). Los resultados fueron: 1993 a 1995 el número de compañeros entrevistados a favor del trasplante disminuyó de 80% a 73%, de los 19.6% entrevistados sabían de un receptor de órgano, 8.1% sabían de un paciente en lista de espera, 5.9% sabían de un donador de órgano, un total de 78.8% estuvieron a favor de una óptima solución (10% decidieron, 11.2% no decidieron). Todo esto nos hace reflexionar a que deben llevar a cabo programas educativos de información de órganos para que la actitud significativa cambie hacia soluciones legales más favorables, indica la necesidad de reestructurar las guías o protocolos de seguimiento en actitudes psicológicas antes y después de la donación de órganos.⁷

⁵ Price D.P.T., Minors as living organ donors: Ethics and law. *Transplantation proceedings*. U.S.A. 1996. Vol. 28, No. 6 (December), pp: 3607-3608.

⁶ Donnelly. Eurotold: An Overview of the study. *Transplantation proceedings*, U.S.A. 1996. Vol. 28 No. 6 (December), pp: 3551-3552.

⁷ Schilling. Organ Donation are we asking the right questions?. *Transplantation proceedings*. Elsevier science inc U.S.A. 1997 . p: 1472.

En un estudio realizado por el Dr. Cuéllar y colaboradores en la ciudad de Monterrey, México, hasta el año de 1997 se habían efectuado 398 aloinjertos renales en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 123 tuvieron más de cinco años de evolución y se estudiaron 40 casos retro y prospectivamente para este trabajo. El objetivo fue evaluar el estado biopsicosocial integral a largo plazo. La sobrevivencia actuarial del injerto fue 89.7% y 76% a 1.5 y 10 años. El programa fue de donador vivo relacionado en el 93%. Psiquiátricamente fueron normales el 70%, tuvieron depresión leve el 17%, cambios de personalidad del 10% y personalidad límite el 2.5%. El estudio social practicado antes y después del trasplante no mostró diferencias significativas en el estado civil, escolaridad y nivel económico; aunque sí se modificó el aspecto laboral, interpersonal y sexual.⁸ Platicando en abril de 1998 con el Dr. Fernando López Neblina, jefe del servicio de trasplantes del Centro Médico Nacional del Noroeste (Ciudad Obregón, Sonora, México) del Instituto Mexicano del Seguro Social y director del centro de trasplantes, acerca de la psicología relacionada con los donadores vivos relacionados explicó: el donador vivo relacionado (familiar) puede llegar a presentar cierta hostilidad por la atención centrada en el receptor y cursar con moderada depresión, sin embargo en la mayoría de los casos no se presenta esta depresión, al contrario, los donadores experimentan el acto de la donación como una de las experiencias más emotivas en sus vidas y que trae generalmente cambios benéficos. Los donadores se ven a sí mismos como personas más importantes debido a la donación. La evidencia actual es que la donación es favorable tanto para el donador como para el receptor y el trasplante renal es ampliamente aceptado en todo el mundo. Hay muchos factores importantes que influyen en la autorización para la donación de

⁸ Cuéllar-Cabrera H., Nefrólogo; Felix-Valencia R., Psiquiatra; Ramírez-R. G., Trabajadora Social Ramírez-Fernández M., J.S. de Nefrología. Análisis biopsicosocial de los pacientes con trasplante renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, México. Nefrología Mexicana. México 1998. Vol. 19N.4, p: 154.

órganos, el entorno familiar, la opinión de otros familiares, la mala información, etc.⁹

En un estudio realizado por el Dr. Melchor y Colaboradores en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la unidad de trasplantes, observaron que el donador vivo emocionalmente relacionado (D.V.E.R.) es una alternativa para la deficiencia de riñones disponibles para trasplante renal. Entre enero de 1992 y junio de 1997, 36 pacientes recibieron un D.V.E.R. (10.1%). Sólo se aceptaron esposos y donadores con una relación emocional estrictamente demostrada. La edad promedio fue de 37.5 años. Hombres 24 y mujeres 12. De los donadores 23 fueron esposas, 10 esposos, 1 hermano adoptivo, 1 padrino y 1 ex-esposa. El seguimiento fue de 31 meses promedio. Actualmente 26 pacientes tienen función renal estable; 5 tienen rechazo crónico y 5 perdieron la función del injerto.

La sobrevida del injerto a 1 y 5 años fue de 100 y 77.2% respectivamente. Con ^{*}(D.C.) (n=56) la sobrevida del injerto fue de 96.4 y 57.1% respectivamente, y con donador vivo idéntico (n=31): 100 y 96% (p < 0.05 vs ^{*}D.V.E.R.; p < 0.001 vs D.C.). Los resultados de trasplante renal con D.V.E.R. se sitúan entre el ^{*}D.V.R. y D.C..

La experiencia mundial que se tiene con D.V.E.R. es aproximadamente 10 años y los resultados han sido alentadores en relación a la sobrevida del injerto, la que se sitúa entre el D.V.R. y el D.C. Sin embargo aún persiste la controversia en la utilización de donadores vivos especialmente de los

⁹ Ing. Schwebel, Co-fundador de la Asociación Mexicana Protrasplante Renal, A.C. Los aspectos psicológicos del trasplante y la donación de órganos y tejidos. Recopilación Internet México, 1997 Vol. Único, pp: 9-11.

^{*} D.C. = Donador cadavérico.

^{*} D.V.E.R. = Donador Vivo Emocionalmente relacionado.

^{*} D.V.R. = Donador Vivo Relacionado.

D.V.E.R. debido a la amplitud para la definición de la relación emocional. En nuestra experiencia, el trasplante renal con D.V.E.R. se inició en 1992, en el que se aceptaron exclusivamente esposos, esposas y donadores con una relación emocional estrictamente demostrada, excluyendo a cualquier tipo de amigo, nuestro primer informe mostró que los resultados fueron aceptables a 1 año, al considerar la histocompatibilidad que por definición fue mala de 0.8 antígenos HLA en promedio. Existen series mayores en América Latina y en Europa que han demostrado la viabilidad de esta fuente de donación para trasplante renal.

Según la Dra. Gracida y colaboradores, en el IMSS la sobrevida del injerto con D.V.E.R. a cinco años se ubica entre el donador vivo relacionado idéntico y el D.C. En relación con el DC se observa que la histocompatibilidad fue similar con el grupo D.V.E.R. y aunque es importante, como se refleja en el grupo de D.V.R. idéntico, en el grupo del D.C. pueden influir factores no inmunológicos como: la situación del D.C. antes de la procuración, la preservación del órgano, y la evolución inmediata post-trasplante del receptor en el que se involucra la situación clínica del paciente, que en nuestro medio debido a la poca frecuencia de la donación cadavérica puede ser no óptima para el trasplante, mientras que el D.V.E.R. se tiene la oportunidad de preparar al receptor, al donador y la preservación del riñón donador son óptimas.

En un informe previamente publicado por dicho grupo se encontró que la pérdida perioperatoria del injerto con D.C. en nuestro centro de trasplante fue de ocho casos de 64, mientras que la morbilidad y mortalidad fue nula en nuestros donadores.

A juicio de los autores la fuente de D.V.E.R. es excelente y se debe estimular con mayor énfasis en especial en el caso de esposos, en los que la

relación emotiva sería más factible de demostrar, considerando además de que la posibilidad de donación por otros familiares en nuestro medio se está reduciendo al disminuir el promedio de miembros de las familias nucleares a cuatro (esposos y dos hijos). Por riesgo de implicaciones de carácter legal no apoyamos la idea de la donación por amigos.¹⁰ En un estudio reciente que es llevado en la Unidad de Trasplantes del Hospital de Especialidades C.M.N.S. XXI el Dr. Espinoza reportó que a partir del 1º del 92 al 23/03/99 se llevan en total 421 trasplantes con donadores vivos, de los cuales 371 son D.V.R. y 50 D.V.E.R. (222 hombres, 199 mujeres), con una mortalidad transoperatoria – post – operatoria de 0%.¹¹

1.2. Derechos humanos y donación de órganos.

Derecho se define como: Conjunto de las leyes y disposiciones a que está sometida toda sociedad civil.¹² Humanos: Propio de los hombres; es una reacción humana. Compasivo, caritativo: mostrarse humano con los demás.¹³ El concepto marxista de praxis, concibe al hombre y sus derechos como un ser práctico, que crea su historia, sus condiciones materiales de vida, sus formas sociales, su moral y su derecho, más allá de todo límite fijado por adelantado.¹⁴

¹⁰ Melchor J.L. Gracida C. Trasplante renal con donador vivo emocionalmente relacionado (N=36), En el Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI. Unidad de Trasplantes, Trabajos originales, Nefrología Mexicana. México. 1998. Vol. 19, No. 4, pp: 151-153.

¹¹ Dr. Espinoza. Existen los donadores vivos marginales. Cuarto Curso de Trasplante de órganos. México, D.F., Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Unidad de Trasplantes (U.T.R.) del 92 al 23/03/99.

¹² Larousse, S. A. De C.V., Diccionario Básico de la Lengua Española, Decimoséptima reimpresión México. 1974. Vol. Único, pp: 163 y 292.

¹³ Larousse, S.A. de C.V., Diccionario Básico de la Lengua Española Decimoséptima reimpresión México. 19974. Vol. Unico, pp. 163 y 292.

¹⁴ Ricoeur. Fundamentos filosóficos de los derechos humanos: una síntesis, Fundamentos Filosóficos de los Derechos Humanos. Serbal UNESCO. Primera edición. México. 1985. Vol. Único. pp: 10-24.

Los derechos humanos aseguran la vida normal en sociedad y están establecidos por el estado en un sistema de derechos y deberes legales. Entre la Declaración de 1948, las Convenciones de 1968 no sólo se ha ampliado la nomenclatura de los derechos (a los derechos civiles, como la libertad de expresión, de asociación, de creencias religiosas, derecho a procedimientos legales de acusación y a un juicio justo, se han añadido los derechos sociales y culturales, como el derecho al trabajo, a un ingreso garantizado, a una educación igualitaria, a una información fiable) sino que también se han modificado las condiciones de su ejercicio.¹⁵

En México, el 5 de junio de 1990, se creó como un organismo desconcentrado, la Comisión Nacional de Derechos Humanos: es un organismo con personalidad jurídica y patrimonio propio, que protege los derechos Humanos previstos en el orden jurídico mexicano. Se ocupa de garantizar que todos sus integrantes, en particular los más vulnerables, entendiéndose este término como: la condición de una mayor indefensión en la que se puede encontrar una persona, un grupo o una comunidad.

Así podemos ver, que las consecuencias inmediatas de la vulnerabilidad a) es la incertidumbre que provoca inseguridad y coloca a quien la padece en una situación de riesgo, no sólo antes los cambios repentinos sino también frente a situaciones cotidianas, lo que conlleva al individuo a un estado de vulnerabilidad; b) El riesgo, es la probabilidad de que se presente un daño frente a una situación determinada. El riesgo será mayor mientras mayor sea el grado de vulnerabilidad. Así, por ejemplo frente a una enfermedad corre más riesgo aquel que carece de seguridad social y de recursos económicos que quienes cuentan con ellos. De esta forma, una persona vulnerable vive constantemente ante la expectativa de sufrir un daño

¹⁵ Ricoeur Fundamentos filosóficos de los derechos humanos: una síntesis, Fundamentos Filosóficos de los Derechos Humanos. Serbal UNESCO. Primera edición. México. 1985, Vol. único, pp: 10-24.

irreparable. En este sentido, cabe señalar que las situaciones cotidianas representan un riesgo para quienes son vulnerables; alimentarse, por ejemplo, es un acto cotidiano que para aquellas personas cuyos ingresos son bajos plantea una realidad que deben enfrentar, sin contar muchas veces con los recursos suficientes para poder hacerlo; c) La violación a los Derechos Humanos, la vulnerabilidad viola los derechos de los miembros más débiles de la sociedad y los margina, razón por la cual el Estado tiene la responsabilidad de reconocer, proteger y hacer efectivos los derechos de quienes se encuentran en una condición vulnerable. ¿A qué se refiere estos derechos? El derecho a la vida equivale a proteger la existencia humana y a otorgar las garantías necesarias para el desarrollo de un adecuado nivel de vida. El derecho a la igualdad de oportunidades se refiere a que existan las mismas oportunidades para que el individuo esté en posibilidad de desarrollarse en todos los ámbitos. El derecho al desarrollo es el que garantiza mayores opciones para que las personas puedan combatir la pobreza, y para que tengan tanto calidad de vida como acceso al disfrute de todos los Derechos Humanos.¹⁶

En el aspecto moral, la donación sería un acto no sólo de caridad sino hasta laudable. Si corrientemente solemos decir “por mi hijo o mi padre daría yo la vida” ¿en dónde podríamos ratificar con más verdad esa afirmación que en la donación generosa y desinteresada? Indudablemente, el donador necesitará de una previa preparación psicológica integral, así como de un convencimiento o seguridad de que, salvo complicaciones impredecibles, ambos, donador y receptor, podrán, continuar con su vida normal después de un prudencial tiempo postoperatorio, y demás aclaraciones que, sin forzar la

¹⁶ Comisión Nacional de Derechos Humanos. Información escrita sobre Vulnerabilidad. Edita Comisión Nacional de Derechos Humanos. México.1998.Vol. único, Folleto. pp: 1-5.

voluntad del donante, lo animen a tal decisión, "nadie ama más a su amigo, que aquél que está dispuesto a dar la vida por él", dice Cristo.¹⁷

Por medio del principio de la bioética (que es el tratado de los principios fundamentales del comportamiento humano), está justificada la donación de órganos que conlleva a una cierta mutilación del donador. Es imperativo el respeto a la dignidad humana de la persona, el respeto al principio de subsidiariedad y al principio terapéutico.¹⁸ Alberto Lifshitz refiere que: Respetar la autonomía es reconocerle a la persona capacidad y perspectiva, de modo que pueda sostener puntos de vista, tomar decisiones y realizar acciones basados en sus valores y creencias personales.

Santidad y calidad de vida: Sostiene que la vida es sagrada e intocable, "agregar vida a los años y no tantos años a la vida"¹⁹ Prácticamente todos los representantes de las principales religiones aprueban la donación de órganos y tejidos como un acto de los más caritativos que el ser humano puede hacer por su prójimo.²⁰

¹⁷ García y García. Aspectos morales y éticos del trasplante. Trasplante de órganos. Salvat México. 1987. pp: 107-108.

¹⁸ Casas. Implicaciones bioéticas para la disposición mediata e inmediata de órganos para trasplante en pacientes con lesiones craneoencefálicas. Revista Medicina y ética. I.M.S.S. México. 1994/3 pp: 260-278.

¹⁹ Lifshitz. Morir con dignidad. Revista México. I.M.S.S., México. 1995, Vol. Único, pp: 9-12.

²⁰ National Kidney Foundation. 25 Hechos acerca de la donación y trasplante de órganos y tejidos. Internet AMPRAC, U.S.A. 1998, pp: 2-9.

1.3. Teoría del proceso de duelo o manejo de la pérdida en la donación de órganos.

Manejo se define como: La acción de manejar, de servir de algo.²¹
Pérdida: Privación de lo que se poseía.²² Duelo: Dolor, pena, sentimiento por la muerte de una persona.²³

La muerte y la separación son dos de las pérdidas más importantes que puede experimentar una persona. La pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo, como el perder la vista o un miembro, o una enfermedad física deteriorante, que afectan la apariencia o la fuerza vital.

Cada pérdida nos causa dolor, y éste es mayor o menor en proporción a la severidad de la pérdida. Cuando el duelo por una pérdida esté fuera de proporción, tal vez descubras que las emociones exteriorizadas son por un dolor anterior no expresado, o por una acumulación de pérdidas que no se han manejado y superado.²⁴ Algunos autores definen el Duelo como: "Un mecanismo intrapsíquico, mediante el cual, el objeto perdido pasa a formar parte del Yo, incorporándose al Yo Ideal, o al Super yo". Esto explica que todo Duelo sea un proceso homeostático, que tiene como finalidad el que el sobreviviente, adaptándose a la pérdida, pueda continuar con su vida, viviéndola a plenitud. Hablando psicoanalíticamente, el Duelo es una reacción normal ante una pérdida real, en la que se actúa para apartar la

²¹ Larousse, S.A. de C.V., Diccionario básico de la lengua española..., Decimoséptima reimpresión México. 1984. Vol. único, pp: 350, 428 y 189.

²² Larousse, S.A. de C.V., Diccionario básico de la lengua española. Decimoséptima reimpresión. México. 1984 Vol. único, pp: 350, 428 y 189.

²³ Larousse, S.A. de C.V., Diccionario básico de la lengua española. Decimoséptima reimpresión, México. 1984. Vol. Único, pp: 350, 428 y 189.

²⁴ O'connor. Manejo de la pérdida, Déjalos ir con amor "La aceptación del Duelo". Trillas, México. 1994. Primera reimpresión, Vol. Único, pp: 153-161.

libido que se había instalado en el objeto perdido. Esto es importante, porque un Duelo incompleto, reprimido, anormal, hace un Yo muy vulnerable, lo que dará paso a una Depresión, o a lo que se conoce como Duelos Patológicos, lo último se ve frecuentemente en los obsesivos, por la ambivalencia tremenda que no pueden aceptar; lo mismos en aquellos cuya personalidad manifiesta patologías previas.

Freud, en su obra: "Duelo y Melancolía", hace una clara diferencia entre estas dos emociones. El Duelo es la respuesta a una pérdida real, pérdida que puede ser la de una persona, por muerte o separación, o bien, la de un valor significativo: posición económica, trabajo, rol social, amputación, etcétera. Pero no hay, en el Duelo normal, pérdida de autoestima. En la depresión, en cambio, la pérdida en sí, no es real, sino que surge como un repliegue de la catexis con pérdida del propio Yo. Por eso la desvaloración de la autoestima es síntoma común a toda depresión, lo que hace que en el deprimido, nazcan los autorreproches y los autocastigos irracionales, sin que el paciente pueda reconocer claramente la causa de su abatimiento.²⁵

El duelo es la respuesta normal al dolor ya la angustia de la pérdida, es el proceso de recuperación después de que ocurre una pérdida perturbante en la vida. Es un estado de intranquilidad incómodo y doloroso, y si no se experimenta, si se reprime o niega y se interioriza, puede conducir a una seria enfermedad física y/o emocional.

La extensión del trauma que produce una pérdida normalmente está relacionada con cuatro factores importantes: primero, el grado de liga emocional que tenemos con otras personas, lugar u objeto está en proporción con la cantidad de dependencia entre nosotros. La dependencia

²⁵ O'connor. Manejo de la pérdida. Déjalos ir con amor "La aceptación del Duelo". Trillas. México. 1994. Primera reimpresión. Vol único, pp: 153-161.

se basa en nuestras necesidades básicas de sobrevivencia, incluyendo aspectos físicos, emocionales, mentales y espirituales de nuestra vida.

En buena medida el temor que producen las pérdidas se origina, al menos inconscientemente, por la amenaza que representan para nuestra sobrevivencia; segundo el tipo de pérdida, también determina tu respuesta: los cambios relacionados con la edad, accidentes o intervenciones quirúrgicas que dejen cicatrices son pérdidas que afectan la autoimagen de una persona; tercero, tu personalidad y la forma en que has manejado pérdidas anteriores en tu vida: Muchos expertos piensan que es en el momento del nacimiento, en un nivel inconsciente, donde se establece la forma en que enfrentamos y nos ajustamos a los acontecimientos penosos, si esto es así, entonces uno de los retos que nos presenta la vida consiste en aprender medios más efectivos para manejar los incidentes dolorosos, vivirlos y superarlos más conscientemente; y cuarto, las circunstancias y el conocimiento previo de la pérdida: El conocimiento de que va ocurrir una pérdida antes del hecho real es una ventaja, te da la oportunidad para prepararte para el cambio y la pérdida.²⁶

Tanatológicamente el individuo puede ceder o donar parte de su organismo vivo, en la medida en que no implique su destrucción o ineptitud para su desarrollo en la sociedad.²⁷

²⁶ Zubíria. El duelo y su manejo. Capítulo quince. El duelo y su manejo. Impresora Triple "A". México. 1996. Primera edición. Vol. único, pp: 190-192.

²⁷ Martín. Trasplantes, derechos y bioética. Revista medicina y ética. I.M.S.S. México, 1993:2, pp: 67-73

1.4. Actitudes y donadores

La actitud se define como: El equilibrio psicológico influido por y relacionado de manera compleja con la función cognoscitiva, incluyendo las opiniones y las creencias,²⁸ así como la disposición de ánimo manifestada exteriormente. Gesto, posición, compostura.²⁹

Las actitudes, opiniones y creencias se forman durante el proceso del crecimiento y del desarrollo; la mayor parte de las actitudes están determinadas culturalmente, siendo los determinantes más tempranos y más fuertes el grupo familiar y la educación de parte de los padres. El crecimiento y el cambio de las actitudes se lleva a cabo lentamente como resultado de una serie de factores: a) cambio en la identidad del grupo; b) cambios forzados en el comportamiento; c) nuevo aprendizaje a través de la información o de experiencias diferentes con el objeto, la persona o el evento en cuestión; d) cambios en el objeto, en la persona o en el evento en cuestión; y e) uso de la razón en presencia de uno o más de los factores ya enunciados. Las actitudes, opiniones y creencias pueden utilizarse para organizar las experiencias y para dar significado al comportamiento, así como también podemos ver que las actitudes, opiniones y creencias influyen sobre la experiencia perceptual dirigiendo la atención, dando forma a la interpretación de los datos para que se ajusten a las actitudes, opiniones y creencias y guían la "selectividad" de las percepciones.

El individuo organiza e integra su mundo para prevenir la destrucción o la desorganización de su función. Desarrolla sus temas elaborados de comportamiento (ideas, sentimientos y actos) para preservar la integridad del

²⁸ Larousse, S.A. de C.V., Diccionario Básico de la Lengua Española. Decimoséptima reimpresión. México. 1984. Vol. Único, p:9.

²⁹ Larousse, S.A. de C.V Diccionario Básico de la Lengua Española. Decimoséptima reimpresión México. 1984. Vol. único, p: 9.

ego y su capacidad para enfrentar problemas con éxito. El equilibrio psicológico requiere del desarrollo y la capacidad para utilizar los mecanismos psicológicos para evitar la ansiedad y para adaptarse adecuadamente a las situaciones de la vida³⁰

Criterios de medición:

Por medio de escala: Una escala es un instrumento diseñado para asignar un puntaje numérico que coloque a los sujetos en un continuo respecto del atributo que se medirá. Las escalas se crearon para discriminar entre sujetos con diferentes actitudes, temores, motivos, percepciones, características de personalidad o necesidades, los cuestionarios o instrumentos de autocomunicado incluyen con frecuencia una o más escalas de tipo psicosocial.

La forma más frecuente de medición longitudinal es la escala de Likert o de puntuaciones sumadas, para medir en forma cuantitativa el grado en que un individuo posee o se caracteriza por rasgos o atributos "blanco". Las escalas mencionadas dan a la persona una serie de reactivos (en circunstancias normales, de 10 a 20) y están redactadas en forma favorable o desfavorable hacia algún fenómeno. Se pide a la persona que conteste o indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada proposición. En forma típica, se emplean cinco a siete alternativas de respuesta. Las contestaciones pueden combinarse para formar una puntuación compuesta o conjunta, con la cual se busca denotar la posición de cada persona en relación con los demás en un continuo de actitudes a favor en contra. Se obtiene una puntuación total de la suma de los números asignados a todos

³⁰ Nordmark-Rohweder. Función cognoscitiva, actitudes, opiniones y creencias. Bases Científicas de la Enfermería. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México. 1993. Segunda edición. Vol. Único, pp: 563 y 568-639.

los reactivos, lo cual, a su vez, se cuantifica con base en la dirección del favorecimiento expresado.

Las escalas acumulativas o de Guttman son conjuntos compuestos de proposiciones de actitud respecto a las cuales las personas deben concordar o discordar. Este tipo de escala emplea un número relativamente pequeño de proposiciones redactadas en forma positiva o negativa, graduadas en términos de intensidad expresada. La meta es escoger proposiciones de modo que la persona que las acepte (un reactivo de determinada intensidad) también acepte las demás de menor intensidad. La puntuación de una persona es igual al número total de reactivos con los que estuvo de acuerdo. El análisis de escalograma se aplica a las escalas de Guttman como forma de conocer su adecuación unidimensionalidad. El análisis aprovecha el concepto de reproductibilidad, que es el grado con el cual el conocimiento de la puntuación de una persona permite al investigador designar las proposiciones específicas que aprobó.

El diferencial semántico es un método para medir el significado que tiene los conceptos para los individuos y se ha usado extensamente en la medición de actitudes. La técnica comprende una serie de escalas de graduación o puntuación gráfica, en las cuales se pide a las personas que indiquen su reacción hacia algún fenómeno. En cada concepto se incluyen normalmente cinco a 15 escalas de adjetivos bipolares, mismos que pueden medir una dimensión de evaluación (bueno-malo), actividad (activo-pasivo) o potencia (fuerte-débil). La cuantificación del diferencial semántico se hace en una forma semejante a la que se sigue con las escalas de Likert.

El investigador interesado en elaborar nuevos instrumentos de medición psicológico debe enfrentarse a diversas dificultades, algunas de las cuales las hemos señalado como tendencias o vicios de grupos de respuestas. El

problema se refiere a la tendencia que tienen algunas personas para responder a los reactivos en formas estereotipadas, independientemente del contenido. El grupo de respuesta de convivencia social es un error que nace del deseo de la persona para presentarse a sí misma de manera favorable. El conjunto de respuestas extremas depende de la propensión característica de las personas a escoger alternativas extremas. Un tercer tipo de error sería la aquiescencia, que denota la tendencia de un individuo para aceptar proposiciones, independientemente de su contenido. El problema contrario, en que una persona refuta o rechaza casi todas las proposiciones, el cual surge con menor frecuencia.

El investigador debe prestar consideración suficiente a los instrumentos existentes de cuantificación antes de emprender un proyecto para construir escalas. La creación de buenos instrumentos es difícil y lenta. En la actualidad se cuenta con miles de escalas, razón por la cual, hay que hacer algún esfuerzo para conocer los instrumentos que puedan ser útiles y que exploren las variables de interés.³¹

1.5. Protocolo de donadores.

Protocolo se define como: serie ordenada de escrituras matrices o de documentos que un notario autoriza y custodia. Expediente que tiene un médico de cada paciente que cuida.³²

La Ley General de Salud para los Estados Unidos Mexicanos entró en vigencia en julio de 1984. En ella se reglamenta la donación de órganos y tejidos y especifica con claridad los requisitos legales para la realización de

³¹ Polit. Escalas e índices psicológicos. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Mc Graw Hill Interamericana. Tercera edición, México. 1991. Vol. único, pp: 249-262.

³² Larousse, S.A. de C.V., Diccionario Básico de la Lengua Española. Decimoséptima reimpresión. México. 1984. Vol. Único. p: 464.

trasplantes, tanto de donador vivo como de cadáver, contenidos en el Título Decimocuarto en donde se especifica que en los siguientes artículos: 321. Los trasplantes de órganos y tejidos en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo con fines terapéuticos solamente cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones realizadas al efecto: 324.- para efectuar la toma de órganos y tejidos se requiere el consentimiento expreso y por escrito del disponente originario, libre de coacción física y moral; y 326.- No será válido el consentimiento otorgado por: I.- Menores de edad, II.- Incapaces, III.- Personas que por cualquier circunstancia no puedan expresarlo libremente.

Selección del donador: El estudio global del donador persigue tres objetivos: I.- La identificación de la más adecuada histocompatibilidad por medio de una evaluación inmunológica completa; 2.- Una valoración médica que identifique padecimientos en órganos y sistemas que contraindiquen o que aumenten el riesgo de la cirugía. En la valoración preoperatoria inmediata debe comprobarse que se han satisfecho estos requerimientos de estudios de laboratorio y gabinete. La integridad anatómica que facilitará la nefrectomía y la realización de las anastomosis vasculares se comprueba con la arteriografía renal. La urografía excretora detectará el mayor número de anomalías renales que contraindiquen la donación.³³

Dentro del protocolo de estudios previos al trasplante, sobresalen por su importancia los relativos a histocompatibilidad. En nuestro programa de trasplante renal sistemáticamente se determina: a) grupos sanguíneos (ABO), b) pruebas cruzadas; c) tipificación HLA.

³³ Ruiz-Maza. Aspectos Médicos del trasplante renal. Trasplante de órganos. Salvat México. 1987. Vol. Único, pp: 334-339.

Los antígenos del sistema ABO (antígenos "fuertes" en trasplantes) desempeñan un papel importante en el éxito de los trasplantes, y éstos no deben efectuarse en receptores con isquemaglutininas en contra de los antígenos. ABO del donador. Por otro lado, ninguno de los antígenos sanguíneos menores, incluyendo el grupo Rh, ha demostrado tener importancia en el campo de los trasplantes. De preferencias, los trasplantes renales se deben efectuar entre sujetos del mismo grupo sanguíneo. Cuando esto no es posible, se siguen las mismas reglas aplicadas para las transfusiones sanguíneas (O, donador universal; AB, receptor universal).

Las pruebas cruzadas (suero del receptor y leucocitos del donador) son de gran valor en la clínica de trasplantes, ya que permiten detectar la presencia de anticuerpos citotóxicos en contra e antígenos del donador, prueba que, de resultar positiva, establece una contraindicación absoluta para efectuar el trasplante del donador en estudio.

Los estudios de tipificación de antígenos HLA permiten seleccionar al donador más idóneo de acuerdo al número de antígenos o haplotipos que comparte con el receptor: HLA. A.B.C. y D. Los resultados de estudios de histocompatibilidad adecuados para efectuar un trasplante renal deben resultar en: a) compatibilidad del grupo sanguíneo (ABO); b) pruebas cruzadas negativas; c) compatibilidad en el sistema HLA.³⁴

El Centro Médico Nacional Siglo XXI, en México, Capital: Desde 1963 este Hospital de Especialidades ubicado en la ciudad de México, realiza trasplantes renales con cirugía tradicional y se afilia posteriormente al Registro Nacional de Trasplantes en un esfuerzo nacional para organizar la disponibilidad de órganos cadavéricos, y a los pacientes que están en lista de espera nacional para obtener un órgano en un periodo corto. Los pacientes

³⁴ Dib Kuri. Selección del receptor y del donador para trasplante renal. Trasplante de órganos. Salvat México. 1987, pp: 319-324.

candidatos a trasplante son estudiados muy a fondo dentro de un protocolo que se realiza durante dos semanas que es muy estricto y está establecido por el equipo de la Unidad de Trasplantes (U.T.R.) del mismo Hospital. Se actualiza cada mes. Algunos pacientes reciben el riñón de un familiar más cercano (donador vivo relacionado). Esto es preferible debido a la disminución de riesgo de rechazo. Los gemelos idénticos son ideales, los hermanos y hermanas siguen como mejor opción. Los padres menores de 65 años y los hijos mayores de 18 años, también son donadores potenciales. Cada uno es evaluado individualmente para su posible donación,³⁵ a continuación se describe el protocolo que es llevado en la Unidad de Trasplantes (U.T.R.):

DONADOR: Nombre, Sexo, Edad, Peso, Talla, IMC, Afiliación, Grupo, R. Domicilio, Teléfono, HLA, Parentesco, Peso, TA, Talla.

LABORATORIO: Hb, Hto, leucos, Pla, Tp, Ttp, Cr, Dcr, Glucosa, Colesterol, Ac. Urico, Ego, Alb-24.

CULTIVOS: Orina, Baar: Orina y Expect.

SEROLOGÍA: VDRL, Hepatitis, HIV, CMV.

GABINETE: Rx Tórax, EKG, Us Renal. Urografía Excretora, Arteriografía, FPRE, RD, RI, FG.

INTERCONSULTAS: Urología, Psiquiatría, Cardiología y otros.

Se integra formato en Anexo 1.

1.6. Integración o participación de la familia.

La familia se define como: el conjunto de personas que se relacionan entre sí a través de una serie de conductas. Es una institución bio-psico-social que tiende a satisfacer cierto tipo de necesidades físicas y afectivas del individuo y representa una estructura cultural, es decir, un conjunto de

³⁵ AMPRAC.- Internet. México. 1997 Vol. Único, pp: 2-8.

relaciones a través de las que el individuo va cubriendo sus necesidades integrales.

La familia es la unidad donde el ser humano va formando su personalidad, a través del establecimiento de estructuras, desarrollo de aptitudes, capacidades y habilidades que si bien son congénitas o hereditarias, necesitan de la interacción y el contacto con otros para lograr el pleno desarrollo de todas estas potencialidades. Es la institución que tiene como función primordial la reproducción y continuidad de la especie, la transmisión de normas, patrones culturales, creencias, valores e ideas, asimismo, la familia es la instancia mediadora entre el individuo y la sociedad.

El proceso de desarrollo, el individuo se va socializando desde su nacimiento a través de la interacción con su familia, ya que ésta representa el primer grupo social con el que tiene contacto, que además le confiere un papel decisivo y determinante en el proceso de desarrollo de la personalidad.

Cada familia tiene su propia organización y su propia forma de comunicación, lo que da forma a la relación e interrelación de sus miembros, donde se establecen normas y reglas que van influenciando la conducta de los mismos. Existen una serie de elementos que intervienen en la integración de la familia, estos elementos son: la comunicación, el afecto, la comprensión, etc., y son necesarios para mantener una buena relación y para fortalecer el vínculo familiar, la interacción que se da dentro de los miembros de una familia, es esencialmente dinámica y cambiante, es decir, que existen altibajos en las relaciones familiares, a veces existe un clima de confianza y alegría y en otra, el clima hogareño es tenso o se da poca comunicación. La forma mediante la cual se establecen lazos de unión

afectivo-emocionales dentro de la relación familiar, es una forma de comunicación afectiva establecida en función de una familia.

El rompimiento parcial o total, temporal o definitivo de los lazos afectivos emocionales entre los familiares, puede ser provocado por diferentes factores como son: la muerte de algún miembro de la familia, enfermedad, bajo nivel afectivo-emocional, incomprensión, falta de comunicación, etc.

Los aspectos que favorecen el vínculo familiar en la pareja y los hijos, es la comunicación, que constituye el primer elemento indispensable para la vinculación, ya que es el proceso continuo mediante el cual se envían mensajes que expresan necesidades, deseos, sentimientos y actitudes que permiten el entendimiento y la interacción con los demás.

De la buena relación que existe entre la pareja, depende en gran medida la armonía dentro de una familia, ya que viene a favorecer la atención de las necesidades psicológicas de afecto, seguridad, identificación, autoestima, etc., de todo el grupo familiar.³⁶

Orlandina de Oliveira nos refiere: Los cambios sociodemográficos ocurridos en México en las últimas décadas han contribuido a modificaciones importantes en el proceso de formación de las familias. Nos referimos principalmente a la reducción de la fecundidad y la mortalidad, aspectos que han traído un incremento importante de la población en edades reproductivas y han acelerado el proceso de formación de nuevas familias. Además, el aumento en la esperanza de vida ha posibilitado la presencia de pautas de nupcialidad más complejas caracterizadas por separaciones o divorcios y

³⁶ Rivera de Tarrab. Adolescencia y familia. Desarrollo integral del adolescente I, D.I.F. México, 1998. pp: 1-12.

nuevas uniones maritales. Asimismo, la nupcialidad ha presentado algunos cambios relevantes: la soltería se ha incrementado, sobre todo en la población masculina, el número de uniones legales (matrimonio civil o civil y religioso) se ha elevado en detrimento de las uniones sólo religiosas y consensuales. De igual forma, la proporción de personas divorciadas y separadas ha aumentado notablemente, más aún entre mujeres; en el caso de los varones el aumento es menor gracias a su mayor propensión a nuevas uniones. Por su parte, la edad de la primera unión se hizo más tardía sobre todo entre las mujeres y las diferencias de edad entre los cónyuges disminuyeron (Quilodrán, 1994) y Oliveira.³⁷

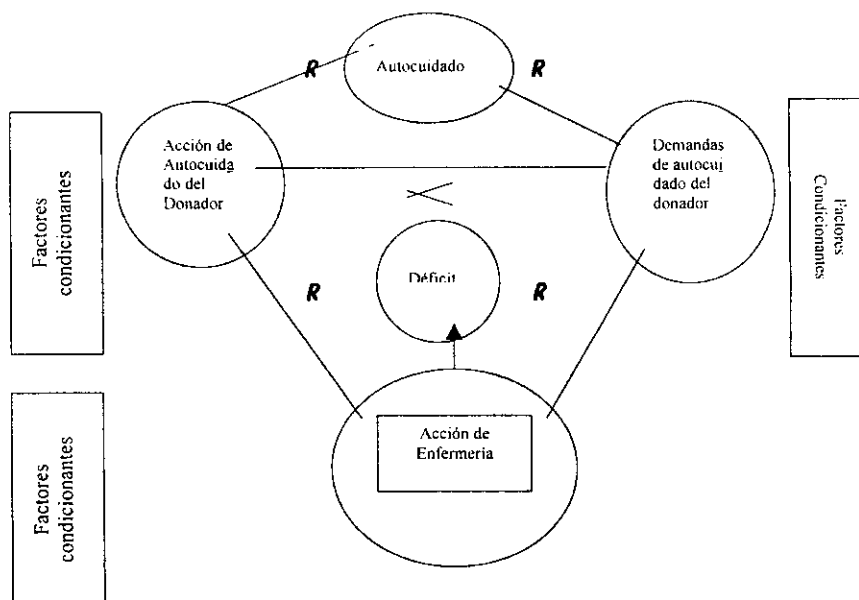
1.7. Modelo de Autocuidado de Orem.

El autocuidado se define como “Una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar.”³⁸ (ver figura A:)

³⁷ Oliveira. Familia y relaciones de género en México. Cap. 1, Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe. D.I.F. México, 1994, pp: 23-45.

³⁸ Marriner. Teoría del déficit de autocuidado. Modelos y teorías en enfermería, Mosby/Doyma, Tercera edición México. 1994, pp: 182-185.

Figura A: MODELO DEL AUTOCUIDADO PARA LA ATENCIÓN DEL DONADOR.



Adaptado de sistema conceptual de la enfermería. **R**, relación; <, déficit de relación, actual o previsto, teorías y modelos de Marriner con autorización de Orem, D.E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*, San Luis: Mosby, pág. 64.

El modelo de Orem (1985) analiza la capacidad de cada individuo para ocuparse de su autocuidado, el cual se conceptualiza como "la práctica de actividades que los individuos inician y realizan por su cuenta para mantener la vida, la salud y el bienestar". La capacidad de cuidarse así mismo corresponde al "autocuidado", en tanto el cuidado proporcionado por otros se define como "cuidado dependiente".

Según el modelo de Orem, la meta de la enfermería consiste en ayudar a la gente a hacer frente a sus propias demandas de autocuidado terapéutico.

Orem identifica tres tipos de sistemas de enfermería: 1) totalmente compensatorio donde la enfermera compensa la incapacidad total del paciente para autocuidarse; 2) parcialmente compensatorio, donde la enfermera compensa la incapacidad parcial del paciente; y 3) de apoyo educativo, donde la enfermera ayuda al paciente a tomar decisiones y adquirir habilidades y conocimientos.

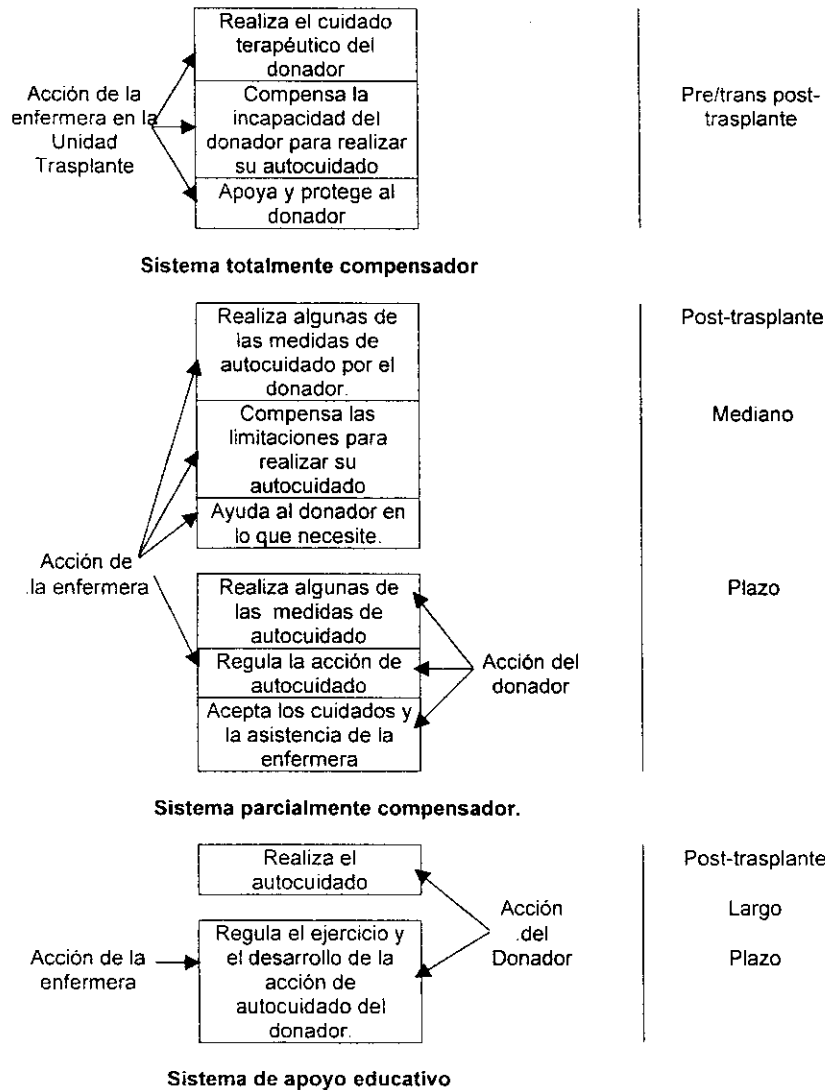
El modelo de autocuidado de Orem ha suscitado considerable interés entre los investigadores, Jirovec y Kasno (1993) estudiaron los predictores de la capacidad del autocuidado entre ancianos residentes en medios institucionales.

Monsen (1992) comparó la autonomía, los estilos de afrontamiento y el autocuidado de adolescentes saludables y con espina bífida. Hastweg (1993) estudió las prácticas de autocuidado a las que recurren las mujeres saludables de mediana edad para elevar su bienestar.

La contribución de Orem al desarrollo de las teorías es una mayor definición de la función de la enfermería en cuanto a las necesidades de autocuidados.,³⁹ (ver figura B:)

³⁹ Olit. Contextos conceptual y teórico. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. McGraw-Hill Interamericana México.1997. Quinta edición en español, Vol. único, pp: 103-104

Figura B. MODELO CONCEPTUAL PARA LA ATENCIÓN DEL DONADOR



Adaptado de Sistemas básicos de enfermería, teorías y modelos de Marriner. Con autorización de Orem. D.E. (1991). *Nurshing. Concepts of Practice*, San Luis: Mosby, pág. 2.....88

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la experiencia como enfermeras dentro del servicio de la unidad de trasplantes, nos permitió observar que el donador vivo de riñón presenta sentimientos diversos relacionados ante la donación de su órgano, entre los que podemos mencionar: la incertidumbre sobre lo que le va a pasar durante la intervención quirúrgica y/o preocupación por la función de su riñón en el receptor.

También se pueden observar sentimientos ambivalentes por el impacto emocional ligado a la opinión familiar, sobre todo en caso de familia disfuncional, y en algunas ocasiones se asocian a la actitud solidaria de amigos cercanos respecto a su decisión, de ser donador vivo relacionado o emocionalmente relacionado, se puede presentar inclusive: depresión transitoria, rechazo o arrepentimiento por el dolor físico en el post-operatorio inmediato.

Por otro lado, se ha observado que algunos pacientes elevan o disminuyen su autoestima dependiendo del nexo emocional con el receptor. Además, podemos mencionar, los sentimientos de satisfacción o de insatisfacción que se relacionan a su situación actual ante la pérdida de su riñón, así como la atención y cuidado que llevará en su vida diaria para mantenerse sano.

Lo anterior se considera trascendente, por lo que el grupo de investigación se plantea el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son las actitudes del donador vivo de riñón que determinan el proceso de aceptación de pérdida del riñón donado, y qué intervenciones de la familia y del equipo de trasplante son necesarias para ayudar a llevar con optimismo su donación, en el periodo post-operatorio inmediato y mediato?

III. HIPÓTESIS

1. Las relaciones familiares disfuncionales y los sentimientos ambivalentes del donador, influyen en el proceso de recuperación post-donación.
2. La actitud de aceptación del donador vivo de riñón, se asocia con calidad de preparación psicológica preoperatoria y seguimiento post-donación, incidiendo esto sobre su autopercepción, autorrealización o rechazo, ante su situación actual de pérdida de un órgano.

IV. OBJETIVOS

1. Identificar las actitudes y factores asociados que caracterizan la experiencia de un donador vivo de riñón.
2. Detectar si la actitud ante la pérdida de un órgano como es el riñón, se asocia con la calidad de preparación preoperatoria y post-donación.
3. Con base en los resultados, proponer un protocolo de manejo clínico integral de enfermería del donador vivo de riñón en la etapa post-donación.

V. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM
Impacto emocional y autopercepción	Sentimiento y percepción	Relación directa Satisfacción Unico Sin depresión }Insatisfacción	+ Mi relación con el receptor es familiar directo + Mi decisión para donar fue deliberada y bien pensada + Era yo el único candidato para donar. + El ser donador vivo de riñón no me deprimió. - Mi familia y amigos no fueron solidarios con respecto a que yo fuera donador. - El haber sido donador me hace sentir insatisfecho(a) conmigo mismo(a).

III. HIPÓTESIS

1. Las relaciones familiares disfuncionales y los sentimientos ambivalentes del donador, influyen en el proceso de recuperación post-donación.
2. La actitud de aceptación del donador vivo de riñón, se asocia con calidad de preparación psicológica preoperatoria y seguimiento post-donación, incidiendo esto sobre su autopercepción, autorrealización o rechazo, ante su situación actual de pérdida de un órgano.

IV. OBJETIVOS

1. Identificar las actitudes y factores asociados que caracterizan la experiencia de un donador vivo de riñón.
2. Detectar si la actitud ante la pérdida de un órgano como es el riñón, se asocia con la calidad de preparación preoperatoria y post-donación.
3. Con base en los resultados, proponer un protocolo de manejo clínico integral de enfermería del donador vivo de riñón en la etapa post-donación.

V. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM
Impacto emocional y autopercepción	Sentimiento y percepción	Relación directa Satisfacción Unico Sin depresión } Insatisfacción	+ Mi relación con el receptor es familiar directo + Mi decisión para donar fue deliberada y bien pensada + Era yo el único candidato para donar. + El ser donador vivo de riñón no me deprimió. - Mi familia y amigos no fueron solidarios con respecto a que yo fuera donador. - El haber sido donador me hace sentir insatisfecho(a) conmigo mismo(a).

III. HIPÓTESIS

1. Las relaciones familiares disfuncionales y los sentimientos ambivalentes del donador, influyen en el proceso de recuperación post-donación.
2. La actitud de aceptación del donador vivo de riñón, se asocia con calidad de preparación psicológica preoperatoria y seguimiento post-donación, incidiendo esto sobre su autopercepción, autorrealización o rechazo, ante su situación actual de pérdida de un órgano.

IV. OBJETIVOS

1. Identificar las actitudes y factores asociados que caracterizan la experiencia de un donador vivo de riñón.
2. Detectar si la actitud ante la pérdida de un órgano como es el riñón, se asocia con la calidad de preparación preoperatoria y post-donación.
3. Con base en los resultados, proponer un protocolo de manejo clínico integral de enfermería del donador vivo de riñón en la etapa post-donación.

V. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM
Impacto emocional y autopercepción	Sentimiento y percepción	Relación directa Satisfacción Unico Sin depresión }Insatisfacción	+ Mi relación con el receptor es familiar directo + Mi decisión para donar fue deliberada y bien pensada + Era yo el único candidato para donar. + El ser donador vivo de riñón no me deprimió. - Mi familia y amigos no fueron solidarios con respecto a que yo fuera donador. - El haber sido donador me hace sentir insatisfecho(a) conmigo mismo(a).

Impacto emocional y autopercepción	Sentimiento de insatisfacción	Sin ligación íntima Indiferente al rechazo	- No me siento ligado íntimamente a la persona a quien doné mi riñón. - Me es indiferente si mi receptor presenta rechazo a mi riñón.
Actitud de aceptación del donador	Sentimiento y percepción	Satisfacción y realización. Ambivalencia Depresión ocasional Insatisfacción No muy feliz	+ El haber donado mi riñón me provoca un sentimiento de felicidad y realización + El haber sido donador me hace sentir satisfecho conmigo mismo (a). - La decisión de ser donador me ocasiona sentimientos ambivalentes. - El ser donador vivo de riñón me deprime ocasionalmente. - El haber donado mi riñón me hace sentirme no muy feliz.
Actitud de aceptación familiar	Sentimiento y percepción	Solidaridad	+ Mi familia y amigos fueron solidarios con respecto a que yo fuera donador. + La reacción de mi familia ante la donación fue de solidaridad. + La reacción de mi familia ante la donación fue:
Actitud de aceptación interpersonal y familiar	Relación y percepción	Excelente Disfuncional Disponibilidad.	+ Mis relaciones interpersonales y familiares son excelentes. - Mis relaciones interpersonales y familiares son disfuncionales. - Todos debemos estar dispuestos a ser donadores de órganos.
Actitud de autorelación individual.	Autoestima Decisión y satisfacción Deseo y percepción	Incremento. Disminución Altruismo Compromiso moral Instantánea Voluntaria Ligado íntimamente	+ Mi autoestima se incrementó al convertirme en donador. - Mi autoestima se disminuyó al convertirme en donador. + Soy un ser altruista. - Me sentí comprometido moralmente a ser donador. - Mi decisión para donar fue instantánea. + Fui donador(a) voluntario(a) - Me siento ligado íntimamente a la persona a quien doné mi riñón.

Actitud de autorelación individual	Deseo y percepción	No presente rechazo Indiferencia	+ Lo que más deseo es que el receptor no presente rechazo a mi riñón. - Me es indiferente si estamos dispuestos a ser donadores de órganos.
Actitud de rechazo	Insatisfacción	Dolor	- El dolor postoperatorio fue una de las reacciones más difíciles que enfrenté.
Actitud de rechazo	Sentimiento y aceptación.	Ansiedad y temor	- La cirugía me ocasionó ansiedad y temor.
Actitud de aceptación	Idea y percepción	Proceso normal Ninguna reacción al grado de dolor.	+ La cirugía me pareció un proceso normal. + El grado de dolor del postoperatorio no me causó ninguna reacción.
Actitud de optimismo a su situación actual de pérdida	Afrontamiento a la realidad	Apoyo moral y psicológico. Sin apoyo psicológico	+ Todos los donadores deben ser apoyados psicológicamente en el postoperatorio para afrontar con optimismo su situación actual. - Todos los donadores no necesitan ser apoyados psicológicamente para afrontar con optimismo su situación actual.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.

6.1. Diseño del Estudio.

Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal en su modalidad de casos y controles (ver diagrama) en dos fases: una exploratoria y la segunda de intervención.

6.2. Universo de Trabajo

Pacientes donadores vivos de riñón hospitalizados en fase preoperatoria inmediata y pacientes citados para su control en período postoperatorio mediano, de la Unidad de Trasplantes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, ocurriendo esto en el lapso de Febrero 16 a Mayo de 1999.

6.3. Tamaño de la Muestra

Convencional, integrada por todos los pacientes que aceptaron ser entrevistados y que egresen en el período mencionado.

6.4. Criterios de Inclusión para la medición de la experiencia como donador fueron:

- Todo paciente donador vivo de riñón programado para Nefrectomía en la Unidad de Trasplantes.
- Todo donador con preparación psicológica
- Donadores ambos sexos.
- No mayores de 65 años y no menores de 18 años.
- Donadores en postoperatorio inmediato y mediano.

6.5. Los criterios de No inclusión fueron:

Todo paciente que no ha terminado su protocolo de estudios de histocompatibilidad donde se determina: a) grupos sanguíneos (A,B,O); b) pruebas cruzadas, y c) tipificación de HLA.

6.6. Los criterios de exclusión fueron:

Todo paciente con pruebas cruzadas positivas, ya que permiten detectar la presencia de anticuerpos citotóxicos en contra de antígenos del donador.

- Pacientes con alteraciones mentales.
- Pacientes con anomalías renales que contraindiquen la donación.
- Pacientes que rehusaron a contestar el cuestionario.

6.7. Procedimientos.

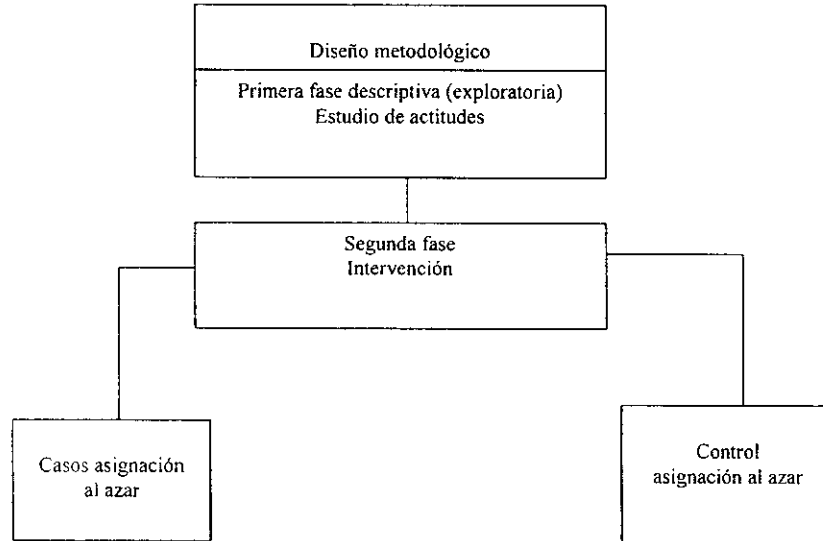
Se llevó a cabo en dos fases, una descriptiva (exploratoria) y la de intervención. En la fase descriptiva (exploratoria), se aplicó el instrumento diseñado por las investigadoras a un grupo piloto para su validación.

Posteriormente, se efectuó el proceso de recolección de datos mediante encuesta con entrevista directa al paciente hospitalizado, proporcionándole un cuestionario tipo escala de Likert que contiene 34 ítems para monitorear actitudes en este caso a 14 donadores (ver anexo 2 A-B), en el cual contestaron en el período preoperatorio y postoperatorio inmediato. El mismo instrumento fue aplicado a 34 pacientes en quienes se evaluó la experiencia como donadores que cursan su postoperatorio mediato. Se realizó un primer corte trimestral (febrero, marzo, abril) para analizar resultados del cuestionario aplicado, y documentar los hallazgos sobre actitudes de los donadores.

La clasificación de los hallazgos se realizó conforme a los planteamientos contenidos en la escala de medición, las cuales son clasificadas como "positivas" o "negativas". Es decir, se evaluaron en términos de evidencias: actitudes de aceptación (positivas) o de rechazo a la

donación (negativas). El recuento de datos fue dado con base al método de tarjetas simples con el siguiente diseño (ver anexo 3C). La información se presentó en cuadros y gráficas según el criterio de asignación más relevante por variable cualitativa o cuantitativa.

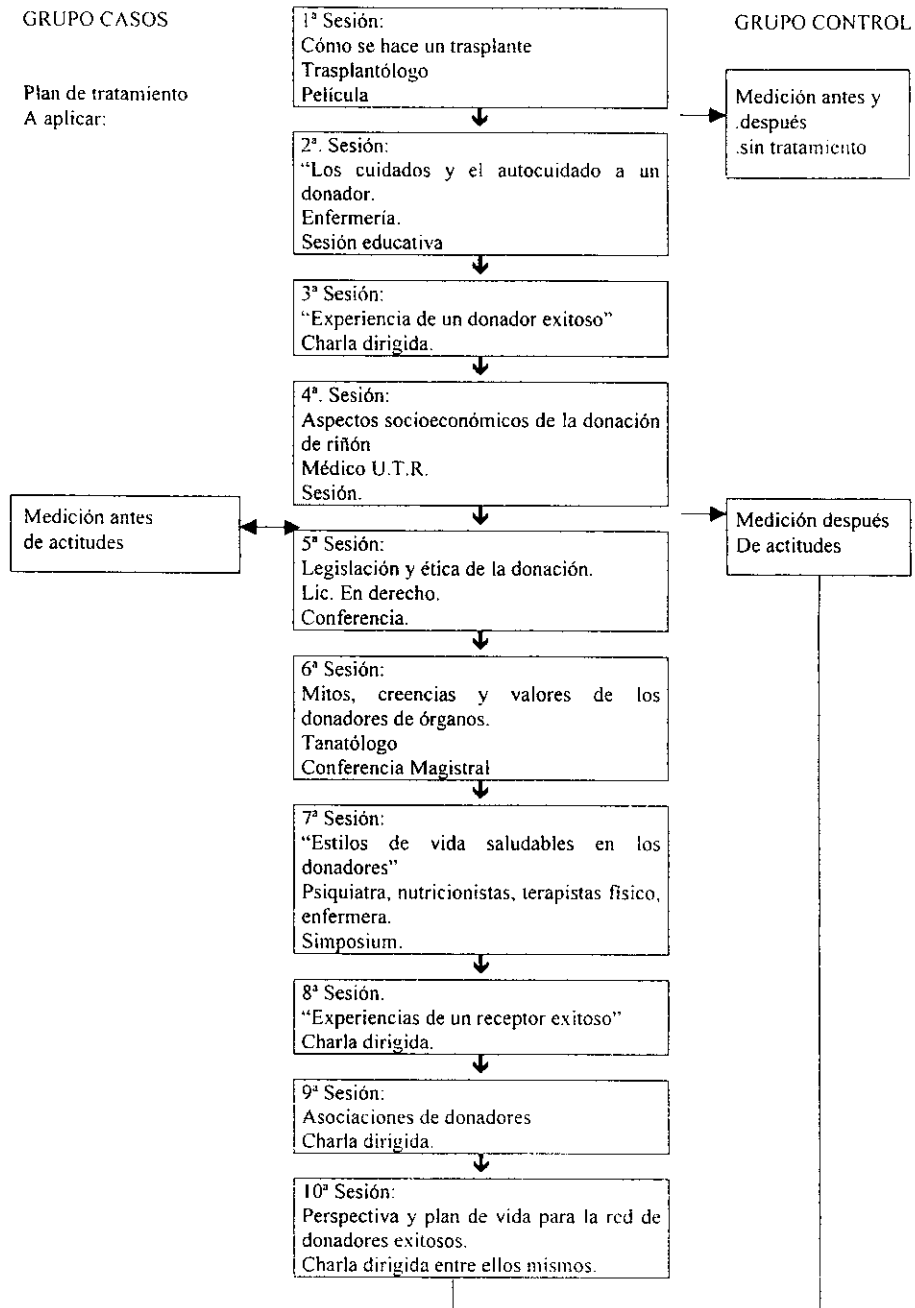
Después de la fase descriptiva en la que se exploraron las actitudes de los donadores de riñón; se procede a efectuar la segunda fase de intervención, mediante un diseño de casos y controles asignando al azar los post-donadores para cada grupo:



Propuesta de Intervención para casos y controles:

Para modificar las actitudes y potencializar los factores positivos en los donadores, se diseña un programa con enfoque multidisciplinario denominado "EL DONADOR EXITOSO", conformándolo las siguientes actividades para el tratamiento de los casos, desarrolladas mediante sesiones semanales y/o microtaller según factibilidad y criterios del servicio. Solicitándole a cada participante su testimonio por escrito sobre los aprendizajes significativos en cada sesión dada.

SEGUNDA FASE (DE INTERVENCIÓN)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
UNIDAD DE TRASPLANTES
PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL GRUPO DE CASOS Y CONTROLES**

FECHA	HORA	LUGAR	CONTENIDO TEMÁTICO	RESPONSABLE	MÉTODO	MATERIAL DE APOYO	OBSERVACIONES
		Co. Ext.	Cómo se hace un trasplante	Trasplantólogo	Sesión expositiva	Película	
		Co. Ext.	"Los cuidados y el autocuidado a un donador"	Enfermera	Sesión educativa	Acetatos	
		Co. Ext.	"Experiencia de un donador exitoso"	Donador	Charla dirigida		
		Co. Ext.	Aspectos socioeconómicos de la donación de riñón.	Médico U.T.R.	Sesión expositiva	Acetatos	
		Co. Ext.	Legislación y ética de la donación	Lic. en Derecho	Conferencia	Diapositivas	
		Co. Ext.	Mitos, creencias y valores de los donadores de órganos.	Tanatólogo	Conferencia Magistral	Diapositivas	
		Co. Ext.	"Estilos de vida saludables en los donadores"	Psiquiatra Nutricionista Terapista física Enfermera	Simposium	Diapositivas	
		Co. Ext.	"Experiencias de un receptor exitoso"	Receptor	Charla dirigida		
		Co. Ext.	Asociación de donadores	Donadores H.E.C.M.N. S. XXI	Charla dirigida		
		Co. Ext.	Perspectiva y plan de vida para la red de donadores exitosos.	Donadores	Charla dirigida entre ellos.		

Titular E.E.I.:
Colaboradoras:
E.E.I.:
E.E.I.

Arrevillaga López Aurora Esperanza

Chávez Rivera Patricia R.
Jiménez Mariano Sara

6.8. Análisis estadístico

Se presentó por medio de:

- Análisis porcentual.
- Proporciones
- Asociación de variables, mediante la prueba de diferencia de medias.

La medición de las actitudes se realizó mediante:

- Tipificación de escala de Likert, en un rango de 0-5 para cada reactivo, puntuación dada a cada respuesta.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Ley General de Salud para los Estados Unidos Mexicanos entró en vigencia en julio de 1984. En ella se reglamenta la donación de órganos y tejidos y especifica con claridad los requisitos legales para la realización de trasplantes, tanto vivo como de cadáver.

Ley General de Salud actual: Los trasplantes de órganos y tejidos constituyen un medio terapéutico eficaz en el tratamiento de múltiples enfermedades y en la rehabilitación de enfermos cuya única alternativa de curación es a través de aquéllos; indicando a su vez, las condiciones y requisitos de receptores y donadores; tanto vivos como cadáveres; proyectando su vocación social al señalar que “los órganos y tejidos no son bienes sujetos a comercio”. Esta disposición es uno de los conceptos medulares de la práctica de los trasplantes en nuestro país, penalizándose con severidad su infracción. La Ley General de Salud de México dedica su título XIV con tres capítulos a reglamentar la materia. Como principio general, la disposición de órganos, tejidos cadáveres, está regulada por las autoridades sanitarias. La Ley General de Salud

6.8. Análisis estadístico

Se presentó por medio de:

- Análisis porcentual.
- Proporciones
- Asociación de variables, mediante la prueba de diferencia de medias.

La medición de las actitudes se realizó mediante:

- Tipificación de escala de Likert, en un rango de 0-5 para cada reactivo, puntuación dada a cada respuesta.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Ley General de Salud para los Estados Unidos Mexicanos entró en vigencia en julio de 1984. En ella se reglamenta la donación de órganos y tejidos y especifica con claridad los requisitos legales para la realización de trasplantes, tanto vivo como de cadáver.

Ley General de Salud actual: Los trasplantes de órganos y tejidos constituyen un medio terapéutico eficaz en el tratamiento de múltiples enfermedades y en la rehabilitación de enfermos cuya única alternativa de curación es a través de aquéllos; indicando a su vez, las condiciones y requisitos de receptores y donadores; tanto vivos como cadáveres; proyectando su vocación social al señalar que “los órganos y tejidos no son bienes sujetos a comercio”. Esta disposición es uno de los conceptos medulares de la práctica de los trasplantes en nuestro país, penalizándose con severidad su infracción. La Ley General de Salud de México dedica su título XIV con tres capítulos a reglamentar la materia. Como principio general, la disposición de órganos, tejidos cadáveres, está regulada por las autoridades sanitarias. La Ley General de Salud

enfatisa la gratitud de la donación, y agrega en su artículo 321 que: Los trasplantes de órganos y tejidos en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo con fines terapéuticos solamente cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones realizadas al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del donante originario y del receptor, y siempre que existan justificantes de orden terapéutico.

DONADOR VIVO.- El artículo 324 refiere: para efectuar la toma de órganos y tejidos se requiere el consentimiento expreso y por escrito del donante originario, libre de coacción física o moral, otorgado ante notario o en un documento expedido ante los testigos idóneos y con las demás formalidades que al efecto señalen las disposiciones aplicables. En caso de la sangre, no será necesario el consentimiento sea manifestado por escrito.

El donante originario podrá revocar el consentimiento en cualquier momento y sin responsabilidad de su parte.

La Ley permite recurrir a familiares directos del enfermo (hermanos, padres o hijos, según la edad), en caso de los siguientes órganos.

- A) Que requieren anastomosis vascular: Un riñón, el segmento distal del páncreas y no más de 50 cm. Del intestino delgado, y.
- B) De los que no requieren anastomosis: La médula ósea, no más de dos paratiroides y una suprarrenal, prohibiendo realizar el trasplante de un órgano único y esencial para la conservación de la vida o de la salud: dándosele a los ojos la condición de órgano único. Cuando se trata entonces de partes el cuerpo cuya extracción no implica en el donante consecuencias graves o deterioros permanentes, la licitud moral y ética es clara. Lo anterior se apoya en que la sobrevivencia del donante no se encuentra mayormente disminuida, ni en

cantidad ni en calidad; sin embargo, no se puede negar la existencia de un riesgo quirúrgico (con una mortalidad de 0.05% en caso de riñón), de lo cual debe ser enterado perfectamente el donante y quedar en éste la decisión apoyada en principios de solidaridad, sin presión de ninguna clase ya sea económica, moral o psíquica, que pudiera ejercer su misma familia. Para evitar esto, los resultados de histocompatibilidad no se den a conocer de primera intención a la familia del enfermo, y sólo mediante una entrevista personal y privada se le plantee al candidato la propuesta de donación y que en caso de retractarse, se ofrezca la alternativa de exculparlo, alegando una incompatibilidad.

La Ley es poco explícita en estos casos de donadores “Emocionalmente Relacionados” apoyado en relaciones sentimentales existentes entre donador y receptor como el caso de cónyuges o amistades. Se debe de poner especial cuidado y vigilancia, siendo necesario que el Registro Nacional de Trasplantes defina con precisión las normas que regulan o justifiquen el uso de este tipo de donantes, incluyendo no sólo la voluntad altruista de la donación, sino también los criterios técnicos de compatibilidad.

Artículo 326. No será válido el consentimiento otorgado por: I. Menores de edad, II. Incapaces, III. Personas que por cualquier circunstancia no puedan expresarlo libremente.

VIII. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Titular:

E.E.I. Adscrita: Arrevillaga López Aurora Esperanza.

Colaboradoras:

E.E.I. Adscrita: Chávez Rivera Patricia Rafaela.

E.E.I. Adscrita: Jiménez Mariano Sara.

cantidad ni en calidad; sin embargo, no se puede negar la existencia de un riesgo quirúrgico (con una mortalidad de 0.05% en caso de riñón), de lo cual debe ser enterado perfectamente el donante y quedar en éste la decisión apoyada en principios de solidaridad, sin presión de ninguna clase ya sea económica, moral o psíquica, que pudiera ejercer su misma familia. Para evitar esto, los resultados de histocompatibilidad no se den a conocer de primera intención a la familia del enfermo, y sólo mediante una entrevista personal y privada se le plantee al candidato la propuesta de donación y que en caso de retractarse, se ofrezca la alternativa de exculparlo, alegando una incompatibilidad.

La Ley es poco explícita en estos casos de donadores “Emocionalmente Relacionados” apoyado en relaciones sentimentales existentes entre donador y receptor como el caso de cónyuges o amistades. Se debe de poner especial cuidado y vigilancia, siendo necesario que el Registro Nacional de Trasplantes defina con precisión las normas que regulan o justifiquen el uso de este tipo de donantes, incluyendo no sólo la voluntad altruista de la donación, sino también los criterios técnicos de compatibilidad.

Artículo 326. No será válido el consentimiento otorgado por: I. Menores de edad, II. Incapaces, III. Personas que por cualquier circunstancia no puedan expresarlo libremente.

VIII. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Titular:

E.E.I. Adscrita: Arrevillaga López Aurora Esperanza.

Colaboradoras:

E.E.I. Adscrita: Chávez Rivera Patricia Rafaela.

E.E.I. Adscrita: Jiménez Mariano Sara.

Asesoría Clínica:

M.J.S.U.T.R. Adscrita: Dra. Carmen Gracida Juárez. – Trasplantóloga.

Asesoría Consultora:

M.B. UTR Adscritos: Trasplantólogos – Nefróloga.

M.B. UTR Adscrito: Psiquiatra.

Asesoría Metodológica.

M.C.S. Lic. Teresa Sánchez Estrada.

Patrocinadores:

Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda C.M.N.S. XXI.

Jefatura de Enfermeras.

Coordinación de Investigación.

IX. RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Recursos Humanos: Personal de Enfermería y Médicos del servicio.

Recursos Materiales para conformar el Marco Teórico:

- Artículos Médicos.
- Revistas.
- Libros.

Para ejecución del Proyecto:

- Cuestionarios.
- Fichas de trabajo y bibliográficas.
- Computadora. Máquina de Escribir.
- Calculadora.

Asesoría Clínica:

M.J.S.U.T.R. Adscrita: Dra. Carmen Gracida Juárez. – Trasplantóloga.

Asesoría Consultora:

M.B. UTR Adscritos: Trasplantólogos – Nefróloga.

M.B. UTR Adscrito: Psiquiatra.

Asesoría Metodológica.

M.C.S. Lic. Teresa Sánchez Estrada.

Patrocinadores:

Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda C.M.N.S. XXI.

Jefatura de Enfermeras.

Coordinación de Investigación.

IX. RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Recursos Humanos: Personal de Enfermería y Médicos del servicio.

Recursos Materiales para conformar el Marco Teórico:

- Artículos Médicos.
- Revistas.
- Libros.

Para ejecución del Proyecto:

- Cuestionarios.
- Fichas de trabajo y bibliográficas.
- Computadora. Máquina de Escribir.
- Calculadora.

- Hojas blancas.
- Plumas, gomas, reglas.

Recursos Financieros.- Autofinanciamiento.

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Recolección de datos				** **					
Elaboración de fichas bibliográficas					** **				
Aplicación de cuestionario						** **	** **	* *	
Datos estadísticos y resultados								* *	* *
Entrega de protocolo de investigación.									* *

- Hojas blancas.
- Plumas, gomas, reglas.

Recursos Financieros.- Autofinanciamiento.

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
Recolección de datos				** **					
Elaboración de fichas bibliográficas					** **				
Aplicación de cuestionario						** **	** **	* *	
Datos estadísticos y resultados								* *	* *
Entrega de protocolo de investigación.									* *

XI RESULTADOS

Se entrevistaron 14 pacientes en el preoperatorio y en el postoperatorio inmediato, y a 34 pacientes en el postoperatorio mediano. El 57% fueron D.V.R. (Cuadro I). El 72% de los donadores prevalecieron en el grupo de edad entre los 30 a 44 años. En cuanto al sexo no hubo diferencia entre los dos grupos y el 58% son casados (cuadro II). El mayor porcentaje de los donadores tienen escolaridad de bachillerato y profesan la religión católica (cuadro III).

En relación a la actitud antes y después de la cirugía se observó lo siguiente: En el preoperatorio todos los donadores respondieron sentirse satisfechos consigo mismos ante la donación contra 4 que manifestaron en el post-operatorio que la donación les produjo insatisfacción (t calculada igual a 3.15). Respecto a la toma de decisión para donar su riñón, en el preoperatorio los 14 respondieron que ésta fue tomada de manera libre y bien pensada. Cuando se les preguntó en el post-operatorio 12 de ellos afirmaron que su decisión fue tomada de manera instantánea, sin reflexionar (t calculada igual a 2). En el preoperatorio los 14 casos reconocieron no estar comprometidos moralmente con el receptor. Esta respuesta cambió en el post-operatorio donde 5 donadores aceptaron que en su decisión intervino un compromiso moral con el receptor (t calculada igual a 3.18). Referente al estado de ánimo del donador, se encontró que 13 donadores refirieron sentirse felices y realizados antes de la donación. Posterior a la misma 10 manifestaron estos mismos sentimientos, sólo 4 sufrieron un episodio transitorio de depresión post-donación (t calculada igual a 12.7). Se observó que en 11 donadores su autoestima se incrementó ante la donación, contra 7 que refirieron sentir su autoestima disminuida en el post-operatorio (t calculada igual a 7.69). Con respecto a la percepción de solidaridad y apoyo de su familia, en el preoperatorio 8 donadores respondieron encontrar este apoyo, sin embargo en el post-operatorio sólo 4 continuaron percibiendo este mismo (t calculada igual a 1.17). Respecto a la actitud de ambivalencia desde el preoperatorio 8 donadores aceptaron

haber experimentado sentimientos ambivalentes, situación que prevaleció en el post-operatorio (t calculada igual a 2.32). Referente a la expectativa en el preoperatorio de que el dolor en el post-operatorio fuera una de las reacciones más difíciles de enfrentar 7 donadores contestaron positivamente, situación que se incrementó en el post-operatorio en donde 11 pacientes aceptaron que el dolor fué una de las reacciones más difíciles de enfrentar (t calculada igual a 1.11). En cuanto a la necesidad de recibir apoyo psicológico en el preoperatorio, destaca que 12 donadores refirieron necesitar el apoyo para afrontar la situación de “pérdida” contra 4 que expresaron esta misma necesidad en el post-operatorio para afrontar con optimismo su situación actual de pérdida de su riñón (t calculada igual a 1.11). Con relación a la disposición de donar, los 14 entrevistados mantuvieron su convicción de que debemos estar dispuestos a ser donadores de órganos, tanto en el pre como en el post-operatorio (t calculada igual a fue 9.32). El cuadro IVA, IVB presenta las preguntas planteadas y los cambios significativos en el pre y postrasplante inmediato.

En relación a los 34 donadores entrevistados exclusivamente en el posoperatorio mediato destacó la percepción de que el impacto del dolor fué una de las experiencias más significativas. Así mismo se coincidió en que los episodios de depresión transitoria postdonación también estuvieron presentes. En el resto de las actitudes se observaron respuestas muy similares a las de los donadores que conformaron el grupo evaluado antes y después de la donación.

Es importante señalar que en el grupo de donadores mediatos existe una actitud muy favorable hacia la disposición de ser donadores de riñón. Quizá intervenga en el hecho de que el trasplante en el receptor sea o no un éxito, lo que incide favorable o desfavorablemente en el autoconcepto o autoestima del donador. Representativos en el cuadro V.

PRUEBA DE HIPOTESIS

Para validar estadísticamente las diferencias en el pre y post-operatorio se hizo una prueba de t de Student, para cada planteamiento contestado por el paciente, antes y después de la donación. Los resultados de tc (t calculada) fueron superiores en 8 planteamientos a los resultados de t de tablas (cuadro VI). Por lo anterior le podemos afirmar de acuerdo con la hipótesis de trabajo que sí hay diferencia, entre el pre y el postoperatorio, respecto a la actitud del donador de riñón, según la etapa. La decisión de investigación es que las variaciones observadas atienden o corresponden a los factores inherentes al proceso de la evolución clínica postquirúrgica inmediata como la percepción del dolor y la percepción del sentido y la solidaridad para con el donador, justamente en el momento inmediato a la pérdida de su riñón.

CUADRO I
TIPO DE PARENTESCO Y TIPO DE RELACIÓN AFECTIVA
DEL DONADOR VIVO DE RIÑÓN

ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIDAD DE TRASPLANTES DEL HOSPITAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

TIPO DE PARENTESCO	DVR	DVER	TOTAL	%
Hermano	8	-	8	57
Padre	1	-	1	7
Madre	1	-	1	7
Tío (a)	-	1	1	7
Esposo (a)	-	3	3	22
Total	10	4	14	-
Porcentaje	71	29	-	100

FUENTE: Datos procesados por: E.E.I. Arrevillaga A. E.E.I. Chávez P, E.E.I. Jiménez S. del instrumento aplicado en el pre y post-trasplante. Diplomado de Investigación H.E.C.M.N.S. XXI, 1999.

CUADRO II
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD, SEXO Y EDO. CIVIL
DE DONADORES VIVOS DE RIÑÓN

ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIDAD DE TRASPLANTES DEL HOSPITAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

EDAD DE DONADORES	SEXO		TOTAL	%	ESTADO CIVIL.					TOTAL
	FEM	MASC.			C	S	D	UL	V	
18-24	2	-	2	14	-	2	-	-	-	2
25-29	-	2	2	14	-	2	-	-	-	2
30-34	1	2	3	21	3	-	-	-	-	3
35-39	1	1	2	14	1	1	-	-	-	2
40-44	3	2	5	37	4	-	1	-	-	5
45-49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
50-54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55-59	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
60-64	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	7	7	14	-	8	5	1	-	-	14
PORCENTAJE	50	50	-	100	58	35	7	-	-	100

FUENTE: Datos procesados por: E.E.I. Arrevillaga A, E.E.I. Chávez P, E.E.I. Jiménez S. del instrumento aplicado en el pre y post-trasplante. Diplomado de Investigación H.E.C.M.N.S. XXI, 1999.

CUADRO III
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE DONADORES
SEGÚN RELIGIÓN Y ESCOLARIDAD

ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIDAD DE TRASPLANTES DEL HOSPITAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

TIPO DE RELIGIÓN	ESCOLARIDAD							%
	PRIM	SEC	BACH	C. TEC	PROF	S/R	TOTAL	
Católica	2	-	5	1	2	1	11	79
T. Jehová	-	-	-	-	-	1	1	7
Evangelista	-	1	-	-	-	-	1	7
S/R	-	-	-	-	1	-	1	7
Total	2	1	5	1	3	2	14	
Porcentaje	14	7	36	7	22	14		100

FUENTE: Datos procesados por: E.E.I. Arrebillaga A. E.E.I. Chávez P, E.E.I. Jiménez S. del instrumento aplicado en el pre-trasplante. Diplomado de Investigación H.E.C.M.N. S. XXI, 1999.

CUADRO IV A
RESPUESTAS EN EL PRE-TRASPLANTE INMEDIATO DEL DONADOR RESPECTO A SENTIMIENTOS Y
PERCEPCIÓN SOBRE LA DECISIÓN DE DONAR SU RIÑÓN

ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIDAD DE TRASPLANTES
DEL HOSPITAL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

PREGUNTAS}	TOTAL ACUERDO		ACUERDO		NI ACUERDO NI DESACUERDO		DESACUERDO		TOTAL DESACUERDO		SIN RESPUESTA		TOTAL
	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	
1.- El Donar me hace sentir satisfecho (a) conmigo mismo (a).	13	93	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	14
2.- Mi decisión para donar es libre y bien pensada.	13	93	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	14
3.- Soy un donador(a) voluntario(a).	13	93	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	14
4.- El ser donador de mi riñón me provoca un sentimiento de felicidad y realización.	12	86	1	7	1	7	-	-	-	-	-	-	14
5.- Mi autoestima se incrementa al convertirme en donador.	8	58	3	21	2	14	1	7	-	-	-	-	14
6.- Mis amigos son solidarios con respecto a que yo sea donador.	5	36	3	21	4	29	-	-	2	14	-	-	14
7.- La decisión de ser donador me hace sentir en ocasiones sentimientos confusos.	7	50	1	7	1	7	1	7	4	29	-	-	14
8.- El dolor postoperatorio es una de las reacciones más difíciles que voy a enfrentar.	4	29	3	22	3	21	2	14	2	14	-	-	14
9.- Todos los donadores deben ser apoyados psicológicamente en el postoperatorio para afrontar con optimismo su situación actual.	8	57	4	29	1	7	-	-	1	7	-	-	14
10.- Todos debemos estar dispuestos a ser donadores de órganos.	12	86	-	-	2	14	-	-	-	-	-	-	14

FUENTE: Datos procesados por E.E.I. Arrevillaga A, E.E.I. Chávez P, E.E.I. Jiménez S. del instrumento aplicado en el pre y post-trasplante. Diplomado de investigación H.E.C.M.N.S. XXI, 1999.

CUADRO IV B
RESPUESTAS EN EL POST-TRASPLANTE INMEDIATO DEL DONADOR RESPECTO A SENTIMIENTOS Y
PERCEPCIÓN SOBRE LA DECISIÓN DE DONAR SU RIÑÓN

ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIDAD DE TRASPLANTES
DEL HOSPITAL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

PREGUNTAS}	TOTAL ACUERDO		ACUERDO		NI ACUERDO NI DESACUERDO		DESACUERDO		TOTAL DESACUERDO		SIN RESPUESTA		TOTAL
	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	
1.- El haber sido donador me hace sentir insatisfecho (a) conmigo mismo (a).	3	22	1	7	-	-	1	7	9	64	-	-	14
2.- Mi decisión para donar fue instantánea.	9	64	3	22	-	-	1	7	1	7	-	-	14
3.- Me sentí comprometido moralmente hacia el donador.	4	29	1	7	1	7	2	14	6	43	-	-	14
4.- El ser donador vivo de riñón me deprime ocasionalmente.	1	7	-	-	3	22	3	21	7	50	-	-	14
5.- Mi autoestima se disminuyó al convertirme en donador	-	-	1	7	-	-	1	7	12	86	-	-	14
6.- Mi familia y amigos no fueron solidarios con respecto a que yo fuera donador.	2	14	2	14	1	7	4	29	5	36	-	-	14
7.- La decisión de ser donador me ocasiona sentimientos ambivalentes.	2	14	4	29	2	15	3	21	3	21	-	-	14
8.- El dolor postoperatorio fue una de las reacciones más difíciles que enfrente.	8	57	3	22	1	7	2	14	-	-	-	-	14
9.- Los donadores no necesitan ser apoyados psicológicamente para afrontar su situación actual.	2	14	1	7	1	7	5	36	5	36	-	-	14
10.- Todos debemos estar dispuestos a ser donadores de órganos.	12	86	1	7	1	7	-	-	-	-	-	-	14

FUENTE: Datos procesados por E.E.I. Arrevillaga A, E.E.I. Chávez P, E.E.I. Jiménez S. del instrumento aplicado en el pre y post-trasplante. Diplomado de Investigación H.E.C.M.N.S. XXI, 1999.

CUADRO V
RESPUESTAS EN EL POST-TRASPLANTE MEDIATO DEL DONADOR RESPECTO A SENTIMIENTOS Y
PERCEPCIÓN SOBRE LA DECISIÓN DE DONAR SU RIÑÓN

ESTUDIO REALIZADO EN LA UNIDAD DE TRASPLANTES
DEL HOSPITAL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

PREGUNTAS)	TOTAL ACUERDO		ACUERDO		NI ACUERDO NI DESACUERDO		DESACUERDO		TOTAL DESACUERDO		SIN RESPUESTA		TOTAL
	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	T	%	
1.- El haber sido donador me hace sentir insatisfecho (a) conmigo mismo (a).	8	23	5	15	1	3	3	9	17	50	-	-	34
2.- Mi decisión para donar fue instantánea.	17	50	7	20	3	9	-	-	6	18	1	3	34
3.- Me sentí comprometido moralmente hacia el donador.	16	47	5	15	1	3	3	9	9	26	-	-	34
4.- El ser donador vivo de riñón me deprime ocasionalmente.	2	6	1	3	3	9	10	29	18	53	-	-	34
5.- Mi autoestima se disminuyó al convertirme en donador.	8	23	1	3	1	3	6	-	18	53	-	-	34
6.- Mi familia y amigos no fueron solidarios con respecto a que yo fuera donador.	10	29	6	18	6	18	2	6	10	29	-	-	34
7.- La decisión de ser donador me ocasiona sentimientos ambivalentes.	7	20	8	24	5	15	6	18	7	20	1	3	34
8.- El dolor postoperatorio fue una de las reacciones más difíciles que enfrente.	20	58	3	9	3	9	6	18	1	3	1	3	34
9.- Los donadores no necesitan ser apoyados psicológicamente para afrontar su situación actual.	8	24	3	9	4	12	9	26	10	29	-	-	34
10.- Todos debemos estar dispuestos a ser donadores de órganos.	20	58	7	21	3	9	2	6	2	6	-	-	34

FUENTE: Datos procesados por E.E.I. Arrebillaga A, E.E.I. Chávez P, E.E.I. Jiménez S. del instrumento aplicado en el post-trasplante. Diplomado de investigación H.E.C.M.N.S. XXI, 1999.

CUADROVI

DISTRIBUCIÓN DE VALORES DE X, S Y t CALCULADA PARA LOS PLANTEAMIENTOS QUE MIDEN LA VALORACIÓN DE ACTITUD DEL DONADOR VIVO DE RIÑÓN EN ETAPAS PRE Y POSTOPERATORIAS.

PLANTEAMIENTOS	ESTADÍSTICA CALCULADA				*t
	PRETRASPLANTE		POSTRASPLANTE		CALCU
	X	S	X	S	LADA
1.- El donar me hace sentir satisfecho (a) conmigo mismo (a).	1.07	2.68	2.14	1.74	3.15
2.- Mi decisión para donar es libre y bien pensada.	1.07	2.68	4.3	1.26	2
3.- Soy un donador (a) voluntario (a).	1.07	2.68	2.6	1.78	3.18
4.-El ser donador de mi riñón me provoca un sentimiento de felicidad y realización.	1.22	5.79	1.93	1.21	12.77
5.- Mi autoestima se incrementa al convertirme en donador.	1.72	9.95	1.29	8.26	7.69
6.- Mis amigos y familiares son solidarios con respecto a que yo sea donador.	2.36	1.40	2.43	1.50	1.17
7.- La decisión de ser donador me hace sentir en ocasiones pensamientos confusos.	2.58	1.83	2.93	1.44	2.32
8.- El dolor postoperatorio es una de las reacciones más difíciles que voy a enfrentar.	2.65	1.45	4.22	1.12	1.11
9.- Todos los donadores deben ser apoyados psicológicamente en el preoperatorio para afrontar con optimismo su situación actual.	1.79	1.26	2.29	1.44	1.11
10.- Todos debemos a estar dispuestos a ser donadores de órganos.	1.29	7.27	4.79	5.79	9.32

*t de tablas = 1.98

X= media

S= desviación estándar

FUENTE: Datos procesados por E.E.I. Arrevillaga A, E.E.I. Chávez p, E.E.I. Jiménez S. De la asociación de variables mediante la prueba de diferencia de medias en el pre y postrasplante. Diplomado de Investigación H.E.C.M.N.S.XXI, 1999.

XII. CONCLUSIONES

En la actualidad en la Unidad de Trasplantes del Centro Medico Nacional Siglo XXI, la donación de riñón en su generalidad corresponde a donadores vivos relacionados (D.V.R.). Un factor que favorece este proceso es el vínculo de fraternidad y altruismo que existe en el núcleo de la familia mexicana.

Con este estudio podemos confirmar lo ya observado a lo largo de nuestra experiencia como enfermeras del servicio, respecto a que la actitud ante la "donación viva" es mejor entendida y asimilada por el individuo, receptor-donador y su familia, caracterizándose por sentimientos solidarios.

En una menor proporción, pero muy significativa, se observa que la donación se sustenta en el nexo emocional que se tiene entre los esposos, esposas, tíos, etcétera, clasificándose como donadores emocionalmente relacionados (D.V.E.R.). Este resultado es comparable con el publicado por la Dra. Gracida-Dr. Melchor. Donde se toman a los donadores emocionalmente relacionados (D.V.E.R.) como alternativa para suplir la deficiencia de riñones disponibles para trasplante renal. La edad de los donadores es importante por el grado de madurez emocional que tiene el individuo para asimilar el proceso de pérdida de su riñón en el pre y postoperatorio inmediato-mediató, la cual según el estudio oscila entre los treinta y menores de cuarenta años. Los resultados obtenidos en este estudio difieren de otros en los que se reportan a donadores menores de edad. Se observó que el género en los donadores influye en el proceso de recuperación postoperatorio inmediato, ya que por ejemplo los hombres reportan el grado de dolor postquirúrgico como la experiencia más difícil del postoperatorio, no así en las mujeres. Encontrándose por otro lado que la disponibilidad para la donación es igual en porcentaje en ambos sexos. Factores como el estado civil, nivel cultural, hábitos, costumbres e idiosincracia en general del donador, en México, contribuyen a las variaciones en sus actitudes, desde que inicia su

protocolo de preparación física y psicológica, repercutiendo en cambios de carácter, temperamento, personalidad como ente individual en el período pre y postoperatorio. Cabe destacar la influencia de la religión en toma de decisión de ser donadores vivos, ya que fortalece en el paciente su espíritu y esperanza de ver la mejoría en el receptor al donarle su riñón. Las relaciones familiares funcionales y los sentimientos de solidaridad percibida por el donador, contribuyen favorable o desfavorablemente a elevar o disminuir su autoestima en el proceso de recuperación postdonación. Coincidiendo en una parte los resultados de esta investigación con la de Simons R. donde encontraron que los adolescentes experimentan también una elevación de su autoestima.

Con respecto a los sentimientos y autopercepción asociados a la decisión de donar, pudimos darnos cuenta que la actitud de aceptación del donador vivo de riñón no varía entre el pre y postoperatorio, manteniendo su alta autoestima en ambas etapas, fortaleciendo su nivel de autorrealización. Los hallazgos apuntan a que el rechazo a la experiencia de donar se relaciona directamente con la tolerancia al dolor entre otros factores. Debe decirse que el dolor como entidad clínica es quizá el síntoma o síndrome inclusive que más elementos psicológicos involucra por sí mismo.

Puede decirse, que la pérdida de un riñón, se considera como un proceso de duelo que debe ser manejado como tal, en todas sus etapas. Los resultados encontrados pueden ser comparados con el estudio de Cuéllar-Cabrera, donde se describe que el donador vivo relacionado puede llegar a presentar cierta hostilidad por la donación centrada en el receptor y no en quien está donando un riñón en este caso.

Los pacientes tipificados como soy un "donador (a) voluntario (a)" se sintieron comprometidos y ligados moralmente hacia su receptor, este hecho tiene implicaciones sociales y de dinámica familiar que ameritan una revisión por separado, ya que están en la esencia del programa de donadores vivos. La influencia de la familia y amigos

la esencia del programa de donadores vivos. La influencia de la familia y amigos coadyuvan a restablecer la vida cotidiana del donador con optimismo. Los sentimientos referidos por los donadores posteriores a la donación son en general de felicidad, realización y satisfacción, pero también hay situaciones de ansiedad, dolor y temor a la cirugía que son experiencias que provocan también depresión transitoria y ambivalencia que habrá de tenerse en consideración dentro del protocolo de manejo de donadores, a fin de recibir apoyo psicológico en el pre y post-operatorios para afrontar exitosamente la experiencia del dolor en situación de pérdida de un órgano.

XIII. SUGERENCIAS

Es necesario realizar un mayor número de estudios en nuestro país, sobre donadores vivos de riñón a fin de monitorear no sólo los aspectos clínicos, sino también aquellos patrones de respuesta y cambios en su estilo de vida, una vez que ha donado un órgano vital.

Las investigadoras proponen un programa de donador exitoso que consiste en realizar sesiones con un equipo multidisciplinario en la unidad de trasplantes. Dicho programa sería especialmente importante en los casos en que se manifiesten sentimientos ambivalentes ante la donación en el pre y post-operatorio. Uno de los criterios a abordar puede ser el enfoque de la teoría del proceso de duelo para detectar las etapas en que cada donante se ubica y fortalecerlo para que las supere adecuada y oportunamente.

Y se sugiere implementar en el servicio un Modelo Conceptual para la atención del donador, basado en la Teoría y Modelos de Orem.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

Safjan and D. Safjan, Transplantation from Living Donors Whp Are Unable to Give Consent for Organ Harvesting, Trasplantation Proceedings, Vol. 28, No. 6 (December) U.S.A., 1996 pp: 3609-3611.

Wrenshall E. Lucile, Pregnancy After Donor Nephrectomy. Transplantation Proceedings Vol. 62, No. 12 (December) U.S.A., 1996 – pp: 1934-1935.

Price D-P.T., Minors as Living Organ Donors: Ethics and Law, Transplantation Proceedings, Vol. 28, No. 6 (December) U.S.A., 1996 pp: 3607-3608.

Donnelly P., Eurotold: An Overview of the Study, Transplantation Proceedings, Vol. 28 No. 6 (December) U.S.A., 1996 pp: 3551-3552.

Roels L., A Profile of People Objecting to Organ Donation in a Country Witha Presumed Consent Law: Data from the Belgian National Registry, Elsevier Science Inc., U.S.A., 1997 pp: 1473-1475.

J. Margaret, Evaluation of Living Renal Donors, Transplantation Proceedings, Vol. 60 U.S.A., 1995 pp: 322-327.

Cuéllar Cabrera Héctor, Análisis Biopsicosocial de los pacientes con trasplante renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey, México. Nefrología mexicana, Vol. 19, No. 4, México, 1998 p: 154.

Melchor José Luis. M.D., Gracida Carmen M.D. Kidney Transplantation With Living Donor: Better Long-Term Survival A Factor to Considering in Kidney Transplant-

Programs, Transplantation Proceedings, Trabajos Libres, México, 1997 pp: 2-3 (traducción).

Hernández – Llamas Guillermo. Algunas reflexiones sobre la insuficiencia renal crónica terminal en México, Gaceta Médica de México Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina, Vol. 131, No. 4, Julio-Agosto, México, 1995 pp: 459-463.

Melchor José Luis, Gracida Carmén, Trasplante Renal con Donador Vivo Emocionalmente Relacionado (N=36), Nefrología Mexicana, Vol. 19, No. 4, México, 1998 pp: 151-153.

Dib Kuri Arturo, 18, Selección del receptor y del donador para trasplante renal, Trasplante de Órganos; Salvat, México, 1987 pp: 319-331.

Simmons Roberta, 8. Sociología y psicología del trasplante, Trasplante de Órganos, Salvat, México, 1987 pp: 113-137.

García Isidro y García-Dubert, 7. Aspectos morales y éticos del trasplante, Trasplante de Órganos, Salvat, México, 1987 pp: 105-111.

Santiago-Delfin, G. El Impacto del Trasplante ante la ley, Trasplante de Órganos, Salvat, México, 1987 pp: 95-103.

Ruiz Maza Francisco, 19 Aspectos médicos del trasplante renal, Trasplante de Órganos. Salvat, México. 1987 pp: 333-343.

Lifshitz Alberto, Morir con dignidad, Rev. Med. IMSS, México, 1995, 33 pp: 9-16.

Dr. Ciccone Lucio, "Aspectos Éticos y Humanos del Trasplante de Órganos, Temas Selectos sobre Humanismo en Medicina Rev. IMSS, México, 1995 pp: 57-62.

Dr. Castellanos Coutiño Javier, Consideraciones Éticas y Jurídicas de los Trasplantes de órganos en México, Comisión Nacional de Bioética, Rev. IMSS, México, 1995 pp: 13-17.

Dr. Argüero Rubén, Bioética y Trasplantes de Tejidos y Órganos, Comisión Nacional de Bioética, Rev. IMSS, México 1995, pp: 25-28.

Lic. Martín Alonso Ma. Elena, Trasplantes, derechos y Bioética, Medicina y Ética, Rev. Ing. Sschwebel Ransenberg, Los Aspectos Psicológicos del Trasplante y la Donación de Órganos y Tejidos, Recopilación AMPRAC-Internet, Corresponsal desde México para Health I.G. Consultora Periodística, Buenos Aires, Argentina, 1998 pp: 9-21.

AMPRAC-Internet, Estadísticas sobre Trasplantes en México, México 1998 pp: 1-7.

AMPRAC-Internet, 25 Hechos Acerca de la donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, National Kidney Foundation, U.S.A., 1997 pp: 2-9.

Lic. Castellanos Coutiño Javier, AMPRAC Internet, Consideraciones Éticas y Jurídicas de los Trasplantes de órganos en México, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 1997 pp: 1-18.

AMPRAC-Internet, Donación Voluntaria de órganos y Tejidos, México. 1997 pp: 2-29.

Comisión Nacional de Derechos Humanos. Vulnerabilidad. Folletos publicados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos. México, 1998 pp: 1-5.

Ricoeur Paul, Fundamentos Filosóficos de los Derechos Humanos: una síntesis, Serbal Unesco, Primera edición México, 1985 pp: 9-35.

O'Connor Nancy, Manejo de la pérdida, Déjalos ir con Amor "La aceptación del Duelo", Trillas, Primera edición en Español, México, 1994 pp: 153-164.

Zubiría Luis Alfonso, Cap. 15 El duelo y su Manejo, Acercamiento Tanatológicos al Enfermo Terminal y su Familia, Triple "A", Primera edición, México, 1996 pp: 189-193.

Polit-Denise F, Escalas índices psicológicos, Investigación Científica en Ciencias de la Salud, Interamericana, Tercera edición, México, 1991, pp: 249-262.

Polit-Hungler, Modelo del Autocuidado de Orem, Investigación Científica en Ciencias de la Salud, Interamericana, Quinta edición, México, 1995 pp: 103-104.

Marriner-Tomey, Modelos y Teorías en enfermería, Mosby/Doyma, Tercera edición, México, 1994 pp. 183-185.

Ribera de Tarrab Beatriz, Adolescencia y Familia, Desarrollo Integral del adolescente I, DIF, México, 1998 pp: 1-12.

Oliveira Orlandina de, Familia y relaciones de género en México, Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe, DIF, México, 1994 pp: 23-45.

Cuarto Curso de Trasplante de Órganos. ¿Existen Donadores vivos marginales?.
Fuente: Unidad de Trasplantes Hospital de Especialidades C.M.N. S. XXI., estudio del
1º 1992 a 23/03/99.

García-Pelayo y Gross, Larouse, diccionario básico de la lengua española, Primera
edición, México, 1984 pp: 9-163-292.

Nordmark-Rohweder, Función cognoscitiva, actitudes, opiniones y creencias, Bases
Científicas de Enfermería, Prensa Médica Mexicana, Segunda edición, México, 1993
pp: 563-569 y 638-639.

XV. ANEXOS

ANEXO 1

CMN SIGLO XXI UNIDAD DE TRASPLANTES PROTOCOLO DE TRASPLANTE RENAL

F.I. HOSPITAL: ___ / ___ / ___ F.I.T. HOSPITAL: ___ / ___ / ___ I. PROTOCOLO: ___ / ___ / ___ T. PROTOCOLO: ___ / ___ / ___ FT ___ / ___ / ___

DONADOR		SEXO	EDAD
PESO		TALLA	IMC
AFILIACIÓN		GRUPO	Rh
DOMICILIO		TEL	
HLA		PARENTESCO	
PESO		TA	TALLA
LABORATORIO			
HB	HTO	LEUCOS	PLAQ
TP	TTP	CR	DCr
GLUCOSA	COLESTEROL	Ac URICO	
EGO		ALB-24	
CULTIVOS			
ORINA		BAAR: ORINA	EXPECT.
SEROLOGÍA			
VDLR		HEPATITIS	HIV
GABINETE			
Rx TORAX		EKG	
US RENAL			
UROGRAFIA EXCRETORA			
ARTEREOGRAFIA			
FPRE	RD	RI	FG
INTERCONSULTAS			
UROLOGIA			
PSIQUIATRÍA			
CARDIOLOGÍA			
OTROS			

FUENTE: Protocolo realizado por Médicos de la Unidad de Trasplantes del H.E.C.M.N. S. XXI 1998 y con autorización de la jefe de Servicio Dra. Carmen Gracida Juárez, Trasplantóloga. U.T.R..

ANEXO 2 A

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPÚLVEDA
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
UNIDAD DE TRASPLANTES
CUESTIONARIO PRE-TRASPLANTE**

El objetivo del cuestionario es identificar las reacciones, conductas o actitudes típicas en los donadores de riñón. Agradecemos profundamente su disposición para contestarlo, ya que los resultados servirán para modificar y mejorar la calidad de atención que se ofrece en la unidad de trasplantes.

GRACIAS

INSTRUCTIVO: Subraye la opción que más coincida con su punto de vista.

DATOS GENERALES:

NOMBRE:		PARENTESCO	
EDAD:	SEXO	ESTADO CIVIL	
ESCOLARIDAD:		RELIGIÓN	
FECHA DE TRASPLANTE:		FECHA DE ENTREVISTA	

- Soy un ser altruista.
 Total Desacuerdo Desacuerdo Ni Acuerdo, Ni Desacuerdo Acuerdo
 Total Acuerdo
- Mi relación con el receptor es familiar directo.
 Padre Madre Hijo (a) Primo (a) Tío (a) Esposa (o)
 Hermano (a) Otros Especifique: _____
- La decisión de ser donador me hace sentir en ocasiones pensamientos confusos.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
- La reacción de mi familia ante la donación es de solidaridad
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
- Mi autoestima se incrementa al convertirme en donador.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
- Mi decisión para donar es instantánea.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
- La reacción de mi familia ante la donación es de:
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

8. No me siento ligado intimamente a la persona a quien voy a donar mi riñón.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

9. El ser donador vivo de riñón me deprime ocasionalmente.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

10. Me es indiferente si estamos dispuestos a ser donadores de órganos.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

11. La cirugía me parece un proceso normal.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

12. El tener que donar mi riñón me hace sentirme no muy feliz.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

13. Mis amigos son solidarios con respecto a que yo sea donador.

+ Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

14. Mis relaciones interpersonales y familiares son excelentes.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

15. Soy yo el único para donar.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

16. Me es indiferente si mi receptor presentara rechazo a mi riñón.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

17. Mis relaciones interpersonales y familiares son malas (disfuncionales)

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

18. El donar me hace sentir satisfecho (a) conmigo mismo (a).

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

19. La espera de la cirugía me ocasiona ansiedad y temor.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

20. Mi autoestima se disminuye al convertirme en donador.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
21. Mi decisión para donar es libre y bien pensada.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
22. Soy un donador (a) voluntario (a).
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
23. Mi familia y amigos no son solidarios con respecto a que yo sea donador.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
24. Lo que más deseo es que el receptor no presente rechazo a mi riñón.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
25. El ser donador de mi riñón me provoca un sentimiento de felicidad y realización.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
26. Todos debemos estar dispuestos a ser donadores de órganos.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
27. Los donadores no necesitan ser apoyados psicológicamente para afrontar su situación actual.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
28. Me siento moralmente comprometido para donar mi riñón.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
29. El ser donador me hace sentir ligado íntimamente a la persona a quien voy donar mi riñón.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
30. Todos los donadores deben ser apoyados psicológicamente en el pre-operatorio para afrontar con optimismo su situación actual.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
31. El ser donador de mi riñón me hace sentir triste.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
32. El donar me hace sentir insatisfecho (a) conmigo mismo (a).
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

33. El dolor postoperatorio es una de las reacciones más difíciles que voy a enfrentar

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

34. El donar mi riñón me provoca un sentimiento de felicidad y realización.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

Elaborado por personal de Enfermería del turno nocturno de la Unidad de Trasplantes.

Titular E.E.I.: Arrevillaga López Aurora Esperanza.

Colaboradores:

E.E.I: Chávez Rivera Patricia R.

E.E.I: Jiménez Mariano Sara.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPÚLVEDA
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
UNIDAD DE TRASPLANTES
CUESTIONARIO POST-TRASPLANTE**

El objetivo del cuestionario es identificar las reacciones, conductas o actitudes típicas en los donadores de riñón. Agradecemos profundamente su disposición para contestarlo, ya que los resultados servirán para modificar y mejorar la calidad de atención que se ofrece en la unidad de trasplantes.

GRACIAS

INSTRUCTIVO: Subraye la opción que más coincida con su punto de vista.

DATOS GENERALES:

NOMBRE:		PARENTESCO	
EDAD:	SEXO	ESTADO CIVIL	
ESCOLARIDAD:		RELIGIÓN	
FECHA DE TRASPLANTE:		FECHA DE ENTREVISTA	

1. Mi relación con el receptor es familiar directo.

Padre madre Hijo (a) Primo (a) Tío (a) Esposa (o)

Hermano (a) Otros Especifique _____
2. El haber sido donador me hace sentir satisfecho (a) conmigo mismo (a).

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo
3. El ser donador vivo de riñón no me deprimió.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo
4. Todos los donadores deben ser apoyados psicológicamente en el post-operatorio para afrontar con optimismo su situación actual.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo
5. Me siento ligado intimamente a la persona a quien doné mi riñón.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo
6. Me sentí comprometido moralmente al ser donador.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo
7. Todos debemos estar dispuestos a ser donadores de órganos.

Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo

Total Desacuerdo

8. Los donadores no necesitan ser apoyados psicológicamente para afrontar su situación actual.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
9. El haber donado mi riñón me provoca un sentimiento de felicidad y realización.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
10. Lo que más deseo es que el receptor no presente rechazo a mi riñón.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
11. Fui donador (a) Voluntario (a).
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
12. Mis amigos no fueron solidarios con respecto a que yo fuera donador.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
13. Mi decisión para donar fue deliberada y bien pensada.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
14. El dolor postoperatorio fue una de las reacciones más difíciles que enfrenté.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
15. Mi autoestima se disminuyó al convertirme en donador.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
16. El haber sido donador me hizo sentir insatisfecho (a) conmigo mismo (a)
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
17. La cirugía me ocasionó ansiedad y temor.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
18. Mis relaciones interpersonales y familiares son malas (disfuncionales).
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
19. Soy un ser altruista.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo

20. Era yo el único para donar.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
21. Mi decisión para donar fue instantánea
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
22. Me es indiferente si mi receptor presenta rechazo a mi riñón.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
23. Mis relaciones interpersonales y familiares son excelentes.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
24. Mi autoestima se incrementó al convertirme en donador.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
25. El grado de dolor del postoperatorio no me causó ninguna reacción.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
26. La reacción de mi familia ante la donación fue de:
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
27. La decisión de ser donador me hizo sentir en ocasiones pensamientos confusos.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
28. La reacción de mi familia ante la donación fue de solidaridad.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
29. No me siento ligado íntimamente a la persona a quien doné mi riñón.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
30. La cirugía me pareció un proceso normal.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo
31. Me es indiferente si estamos dispuestos a ser donadores de órganos.
 Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
 Total Desacuerdo

32. Mis amigos fueron solidarios con respecto a que yo fuera donador.
Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
Total Desacuerdo
33. El haber donado mi riñón me hizo sentirme no muy feliz.
Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
Total Desacuerdo
34. El ser donador vivo de riñón me deprime ocasionalmente.
Total Acuerdo Acuerdo Ni Acuerdo, ni desacuerdo Desacuerdo
Total Desacuerdo

Elaborado por personal de Enfermería del turno nocturno de la Unidad de Trasplantes.
Titular E.E.I.: Arrebillaga López Aurora Esperanza.

Colaboradores:

E.E.I: Chávez Rivera Patricia R.

E.E.I: Jiménez Mariano Sara.

ANEXO 3 C

ESQUEMA DE TABULACIÓN DE DATOS CON BASE EN TARJETAS SIMPLES

33 AUTO ESTIMA INCREMENTA DA	34 NO REACCIÓN AL DOLOR	35 REACCIÓN FAMILIAR	36 PENSAMIENTO S CONFUSOS	37 FAMILIA SOLIDARIA	38 NO LIGA INTIMA	39 CIRUGIA COMO UN PROC NORMAL	40 INDIFERENCIA A LA DONACION	1 NOMBRE
32 EXC REL. INTER PER. FAMILIAR	FOLIO						41 AMIGOS SOLIDARIOS	2 PARENTESCO
31 INDIF AL RECHAZO DEL RINON							42 NO MUY FELIZ	3 EDAD
30 DECISION INSTANTANEA							43 DEPRESION OCASIONAL	4 SEXO
29 DONADOR UNICO							44	5 EDO CIVIL
28 ALTRUISMO							45	6 ESCOLARIDAD
27 INTERFAMILIA R. DISUFNCIO							46	RELIGION
26 ANSIEDAD Y TEMOR							47	7 FECHA DE NAC
25 SATISFACCION							48	8 FECHA DE ENTREVISTA
24 DISMINUCION DE LA AUTOESTIMA							49	9 RELACION FAMILIAR
23 REACCION AL DOLOR							50	10 ALTO SATISFACCION
22 DONACION LIBRE Y PENSADA							51	11 NO DEPRESION
21 AMIGOS NO SOLIDARIOS	20 DONACION VOLUNTARIA	19 DESEO DE NO RECHAZO	18 SEN DE FEL Y AUTO REALIZACION	17 NO APOYO PSICOLOGICO	16 DISPUERTO A DONACION	16 COMPROMISO MORAL	14 LIGA INTIMA	13 APOYO

FUENTE: Datos procesados por: E.E.I. Arrebillaga A, E.E.I. Chávez P, E.E.I. Jiménez S, de los instrumentos aplicados en el pre y post-trasplante en U.T.R. Diplomado de Investigación H.E. C.M.N. S.XXI, 1999.