



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

REPERCUSIÓN EN LA INTEGRACIÓN AL GRUPO FAMILIAR  
DEL PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

CLAUDIA ELIZABETH LEYVA RUIZ

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. FILIBERTO MATA GONZÁLEZ



MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A LA MEMORIA DE MI PADRE**

Te doy las gracias por el apoyo que siempre me brindaste, la presente tesis es el reflejo de todo lo que hiciste por mí, sin lo cual no hubiera podido llegar al día hoy. El esfuerzo que realicé día con día fue para que te sintieras orgulloso de tu hija y todo lo que hiciste en vida por mi nunca fue en vano.

### **A MI MADRE**

Por sus palabras de estímulo para continuar, con agradecimiento y amor.

### **A MIS HERMANOS**

Por la paciencia que me tuvieron para sobrellevar todos mis momentos de mal genio. Un especial agradecimiento a mi hermano Carlos quien me brindo su apoyo de forma incondicional.

**AI DR. RAYMUNDO HERNÁNDEZ PATIÑO y al M. EN C. FILIBERTO MATA GONZÁLEZ.**

A estos dos maestros que encontré en mí camino, los cuales me apoyaron para culminar en esta tarea.

*Con agradecimiento y cariño para cada uno de ellos..... Gracias*

---

|   | <b>Índice</b> |
|---|---------------|
| <b>Introducción</b>   | <b>1</b>      |
| <b>Resumen</b>  | <b>3</b>      |
| <b>Capítulo 1</b>   | <b>4</b>      |
| <b>Antecedentes</b>   |               |
| 1.1 Familia. ....   | 4             |
| 1.1.1 Educación y dinámica familiar. ....                                 | 7             |
| 1.1.2 Problemática con el enfermo crónico. ....                           | 9             |
| 1.1.3 Relaciones afectivas y emotivas. ....                               | 11            |
| a) Comportamiento familiar. ....  | 11            |
| b) Incorporación al núcleo familiar. ....                                 | 15            |
| 1.2 Trasplante. ....  | 17            |
| 1.2.1 Anatomía, fisiología y funcionamiento de los riñones. ....          | 17            |
| 1.2.2 Infecciones e inmunidad. ....                                       | 19            |
| 1.2.3 Insuficiencia renal. ....   | 20            |
| a) Insuficiencia renal aguda. ....  | 20            |
| b) Insuficiencia renal crónica. ....                                      | 20            |
| 1.2.4 Proceso de selección. ....  | 26            |
| 1.2.5 Derechos y obligaciones de los pacientes con trasplante renal. .... | 28            |
| 1.3 Programa de trasplante. ....  | 30            |
| 1.3.1 Marco jurídico. ....  | 31            |
| 1.3.2 Reforma al artículo 14° de la Ley General de Salud. ....            | 32            |
| 1.4 Intervención de Trabajo Social en los procesos de trasplante. ....    | 36            |

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Capítulo 2</b>   | <b>39</b> |
| <b>Metodología</b>  |           |
| 2.1 Planteamiento del problema. ....                            | 39        |
| 2.2 Hipótesis. ....   | 40        |
| 2.3 Variables. ....   | 41        |
| 2.4 Control de variables. ....                                  | 41        |
| 2.5 Población. ....   | 43        |
| 2.6 Muestra. ....   | 43        |
| 2.7 Instrumentos. ....  | 45        |
| 2.8 Procedimientos. ....  | 45        |
| 2.9 Tratamiento estadístico. ....                               | 45        |
| <br>  |           |
| <b>Capítulo 3</b>   | <b>50</b> |
| <b>Resultados</b>   |           |
| 3.1 Cuadros e interpretaciones. ....                            | 53        |
| 3.2 Graficas (Histograma, polígono de frecuencias y ojiva) .... | 73        |
| <br>  |           |
| <b>Conclusiones y sugerencias</b>                               | <b>75</b> |
| <br>  |           |
| <b>Anexos</b>   | <b>80</b> |
| <br>  |           |
| <b>Bibliografía</b>   | <b>92</b> |

## Introducción

En las últimas décadas la medicina ha tenido avances espectaculares pero siempre ha sido y será influyente en la prevención y el cuidado de los pacientes. Posterior a la cirugía de trasplante renal, la familia desempeñará un papel importante en el proceso de rehabilitación y recuperación de dicho enfermo al momento de su incorporación a su grupo familiar después de su ausencia en el hogar.

La falta de una cultura sobre los procedimientos relacionados con el trasplante de riñón a producido que el trabajo social demuestre sus capacidades teórico practicas en cuanto a la orientación y educación no solo en el paciente sino en todo el grupo familiar, por lo que es importante que se involucre en todas las fases de dicho procedimiento tratando de prevenir que un padecimiento se vuelva crónico y que tenga la necesidad de recurrir a tratamientos sustitutos o alternativos que le permitan preservar su vida.

Para un profesional del trabajo social es importante la intervención en el proceso de trasplante desde el comienzo de la enfermedad hasta el momento de recibir el trasplante de riñón y es importante que este en constante capacitación para poder intervenir en forma adecuada dentro de la problemática.

El presente trabajo esta dividido en tres capítulos el primero, aborda los antecedentes que dan origen al problema; el segundo capítulo, describe la metodología utilizada en la investigación justificando la razón del estudio; el tercer capítulo, presenta los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos en la investigación de campo; y por último, se presentan las conclusiones y sugerencias sobre el tema investigado.

## Resumen

El presente trabajo pretende dar a conocer las características de como viven los pacientes con trasplante renal, con ello se intenta definir una mejor estrategia de intervención de trabajo social, durante la integración al grupo familiar del paciente receptor de riñón. Por medio de la constitución y legalidad que se encuentra dicho grupo, podemos esbozar el origen ideológico. Se hace hincapié en la importancia de las relaciones afectivas y emotivas de la familia de los individuos al tener esta una determinación importante en la recuperación de los pacientes

Se aplicó un cuestionario interpretado en la escala de lickert al paciente y a su familia, para el análisis se emplearon pruebas estadísticas.

Se elaboró un polígono de frecuencias, un histograma y un grafica de ojiva, con los cuales se visualiza la problemática de integración a la vida cotidiana y familiar.

## Capítulo 1

### Antecedentes

#### 1.1 Familia

Se entiende por familia a un grupo de personas que comparten costumbres e ideologías; pueden o no habitar bajo un mismo techo teniendo lazos consanguíneos o civiles.

La definición de familia en el aspecto biológico, psicológico y social ha sido complejo. A través de los tiempos la familia ha sido considerada como un grupo social muy importante ya que, de acuerdo a los hábitos, las costumbres, ideologías y cultura que de ella emanan, se definirá la calidad de ciudadanos.

Desde el punto de vista del trabajo social se estudia a la familia con base a los siguientes conceptos:

- En Derecho Civil la familia es el conjunto de personas entre las cuales existen vínculos jurídicos, interdependientes y recíprocos, emergentes de la unión sexual y la procreación.<sup>25</sup>
- En Antropología, la familia es un hecho social total ya que, son pequeños grupos representativos de toda la organización general de la sociedad.<sup>22</sup>
- Para la Psicología, la familia es la célula básica de desarrollo y experiencia.<sup>25</sup>
- En Trabajo Social, definimos a la familia como el conjunto de individuos que

mantiene relaciones de origen y semejanza, es la forma de vinculación y convivencia más íntima entre las personas.<sup>25</sup>

Las definiciones anteriores expresan un panorama abierto que permiten determinar que dicho grupo está conformado por tres elementos y pueden o no cubrirlos:

- 1) Las relaciones de afinidad están constituidas por los vínculos emocionales legales y sociales que se dan con personas que no son de la misma sangre pero, que con la unión de dos individuos (hombre y mujer) pueden formar una familia.<sup>7</sup>
- 2) Los lazos de consanguinidad permiten mantener la relación que existe por cuestiones de ascendencia, pertenecientes a la misma sangre.<sup>23</sup>
- 3) Y la unidad habitación refleja el espacio de convivencia donde se interacciona y por lo tanto, es el desarrollo de toda la gama de sentimientos que distingue a cada familia.<sup>23</sup>

Otra definición del concepto de familia es aquella que la considera como un sistema abierto, donde el grupo se gobierna a través de reglas y normas permitiendo a sus miembros cierta organización, aparte del exterior por sus fronteras y estructuras opuestas, es decir, dentro de la familia se crean ciertas reglas, a su vez tienen que ver con las leyes y reglamentos existentes en la sociedad.

Podemos tener un estudio más amplio, si tomamos en cuenta las relaciones que se dan entre tíos, primos, sobrinos, abuelos y otros familiares en sentido restringido así como, las relaciones que se dan entre padres e hijos, sin embargo, es necesario reconocer que además de las familias que se fundan en el matrimonio existen otros tipos de familia conformadas por la adopción de los hijos, el concubinato y el de las madres solteras, siendo éstos factores secundarios que dan origen a la familia.

Las situación socioeconómica por la que pasan la familias actualmente a obligado a que un solo miembro realice y desempeñe varios roles dentro de la comunidad que antes no les eran permitidos realizar. Por lo tanto, si un grupo de seres humanos puede ser considerado como sociedad es la familia ya que, es importante señalar que cada miembro de la familia cubre necesidades personales y diversas como lo son la sobrevivencia, las emociones, las del cuidado mutuo, la seguridad, sexualidad y sobre todo, las de tipo social que le son exigidas por la comunidad y su familia.

En términos generales, se podría decir que la familia cumple funciones en beneficio mutuo y de la sociedad para el desarrollo social y personal.

No solo en México, la familia juega un papel importante en el desarrollo social e integral de los individuos ya que, es la institución básica en la que el sujeto se socializa en forma primaria, intercambiando hábitos, costumbres e ideologías que interactúan dentro del grupo y que les permite un intercambio de experiencias y comportamientos diferentes que integran las bases para una convivencia grupal.

Para Ezequiel Ander Egg existen tres tipos de familia fundamentales en la sociedad las cuales son:

**Familia compuesta:** Es el grupo formado por familia nuclear (la cual esta formada por los cónyuges e hijos que viven bajo el mismo techo) o por parte de esta, es decir, una familia integrada por viudas (os) o divorciados con hijos que contraen nuevas nupcias.

**Familia extensa:** Se hace referencia al conjunto de ascendientes colaterales y afines de una familia nuclear. Generalmente en las sociedades industrializadas la familia extensa no vive bajo el mismo techo.

**Familia Sustantiva:** Modalidad de acojinamiento en la cual la familia natural del individuo da su acuerdo para que éste sea acogido por otra familia distinta. La

causa mas frecuente para la utilización de este tipo de recursos son: hospitalización, enfermedad física o mental de uno o ambos progenitores, situaciones de estrés en las familias monoparatales, crisis debido a separación o divorcio, estancia corta en la cárcel y circunstancias psiquiátricas o por drogadicción.

### **1.1.1 Educación y dinámica familiar**

Para que una familia funcione como modelo de aprendizaje o favorezca el aprendizaje es imprescindible que alguien se resigne a ser adulto.<sup>25</sup>

La autoridad paterna es heredada por los maestros, hoy se ve jaqueada entre otros aspectos producto de la información a través de la televisión que es considerada como uno de los protagonistas centrales de la "revolución familiar" ya que, sólo se trata de educar con una fuerza irresistible. Hasta hace pocos años las dos principales fuentes de información eran los libros y las lecciones orales de padres y maestros y otros adultos dosificadas inteligentemente.

Pero la irrupción de la televisión como un miembro más del grupo familiar terminó con esa dosificación o progreso de realidades feroces e intensas de la vida como enfermedades, guerra, violencia, muerte, ambición, corrupción e incompetencia.

La información masiva (no sólo de la televisión, videos, periódicos, revistas) a la que estamos sometidos y la instantaneidad de todo lo que ocurre en cualquier lugar del planeta sin tiempo, antes de una nueva y distinta información, estas llegan a fragmentar o dividir nuestro conocimiento y nuestros vínculos más estrechos. Es muy difícil mediatizar la fragmentación de contenidos en niños y jóvenes que revelan realidades atroces, de tal crudeza que ni los adultos podemos a veces tolerar.

Hoy en día la cultura se basa en identificaciones masivas de comunicación

como revistas, Internet, libros, periódicos, etc. lo que a dado lugar a perder la socialización entre los miembros de la familia.

Adultos, padres y docentes que educan sin temor a la palabra enseñanza también, ha sufrido censura en nuestro aprendizaje para la selectividad, la crítica, la confrontación, la autonomía y la libertad responsable.

La dinámica familiar es el conjunto de pautas que a través del tiempo se establecen y se relacionan con cada uno de los integrantes del grupo en un momento dado y de acuerdo con el ciclo de vida de cada familia. Todos los integrantes de una familia presentan necesidades las cuales, son expresadas por medio de las emociones y expectativas sin temor a ser rechazados. Es en este momento es cuando se da la comunicación entre los miembros del grupo.

La comunicación puede ser entendida como los mensajes verbales y no verbales por medio de los cuales, el individuo se relaciona. Los patrones comunes son diferentes en cada grupo familiar debido a que cada familia es diferente ya que, posee características propias que la identifican ante la sociedad, estas características estarán determinadas por el plano corporal, sexual, afectivo, emocional y en el de la espiritualidad, amar en cuerpo y alma.

La familia es considerada como una institución integrada por dos o más personas, las cuales tienen intereses diferentes a lo que espera el resto de la familia, sin embargo, es importante señalar que la comunicación se conjuga con la oportunidad y la espontaneidad que se da en las relaciones interpersonales que se da en la comunicación.

La comunicación juega un papel importante en las relaciones familiares además, permite a cada integrante demostrar quien es y lo que quiere de los demás en forma directa. La comunicación sirve también para expresar los sentimientos y lo que se necesita, sin embargo, él y ella deben estar seguros cuando se comunican.

Cuando en la familia no existen buenas relaciones entre sus miembros, tampoco existirán buenas redes de apoyo, reflejándose en la falta de comunicación y se puede disfrazar bajo la apariencia de una vida tranquila, que en fondo esta llevando a la familia al fracaso incomprensivo.

La falta de comunicación y conocimiento mutuo, el cansancio y el tener poco interés en común, aunado a no saber escuchar las preocupaciones de los otros, dan paso a tomar reacciones de falta de interés en comunicarse con otras personas.

### **1.1.2 Problemática con el enfermo crónico**

La experiencia de la enfermedad crónica afecta profundamente a los integrantes de la familia produciendo un cansancio físico y emocional que supone la multiplicidad de papeles en que se desdobra el cuidador del paciente, que generalmente es la madre, esposa, hija o viceversa que son las que asumen el papel de cuidador del enfermo, sobre todo si este se encuentra en una edad avanzada entonces, el cuidador se ocupara de las necesidades materiales como la preparación de los alimentos procurando llevar una dieta equilibrada de acuerdo a las indicaciones medicas otorgadas y procurar asistir a las citas médicas para sus chequeos programados.

El trabajo del cuidador del paciente o enfermo nunca termina y esta al pendiente de la necesidad que surja durante las 24 horas del día. Por otro lado, todas las personas llegan a tener un papel de cuidador del enfermo, siendo la familia la fuente principal de apoyo para el restablecimiento satisfactorio del paciente.

La situación que se prolonga por meses o años hace impredecible su fin, generando desajustes y tensiones familiares, así como, un panorama estresante que se deja llevar por la emotividad suscitada del contacto permanente con el enfermo por la dedicación física y mental al paciente. El objetivo es doble, evitar caer en

depresiones, manteniendo su fuerza en equilibrio para hacer más eficaz la atención en el cuidado del paciente durante su enfermedad.

La realidad del cuidador del paciente es el carácter y esfuerzo durante las 24 horas del día que se invierten, no se puede creer ni pensar que sin la colaboración, el desenlace inminente sería la más dolorosa circunstancia. Los pacientes se ven limitados para su auto cuidado y podrán estar más atendidos con los planteamientos prácticos que van adquiriendo los cuidadores. El cuidador que este al pendiente de un enfermo crónico debe tener su dedicación exclusiva y absorbente, no conseguirá sino agotarse y frustrarse. No podrá impedir que haya momentos en los que el enfermo sufra o en los que incluso le tiranice, además, esta postura radical causa sentimientos de culpabilidad cuando el asistente tiene que recurrir a la ayuda de otras personas.

El enfermo nos recuerda que en cada minuto el fin es inevitable. Si aprendemos a convivir con nuestro miedo y hablamos de la enfermedad con naturalidad daremos salida a esa incomodidad que propicia tensión y rigidez a la hora de pasar nuestros días con enfermos crónicos graves, instalarse en la negatividad, en la desesperanza, cuando se cuida a diario a uno de estos enfermos, es una cosa complicada. Lo apropiado es mirar con serenidad esa etapa que tiene dos vertientes tanto la de su familia y la de la persona a quien se ha decidido asistir.

Así, se atiende satisfactoriamente al enfermo, el ánimo de la familia tiene que ser positivo porque de él y de su serenidad a la hora de tomar las decisiones que se vayan planteando en la relación con el paciente, depende que sienta en paz con la familia respecto al propósito adquirido que es la convivencia como clima de comunicación. Y que, lo irreversible de la enfermedad, la dedicación, el estrechamiento de los lazos de solidaridad familiar y por supuesto, que la ayuda al enfermo sea un auténtico acompañamiento; la familia debe ayudarse a sí misma a sentir la ilusión por vivir cada instante de su vida para transmitir seguridad y confianza al enfermo.

El apoyo entre sus integrantes es indispensable cuando el sujeto ha tenido un trasplante de riñón, posiblemente requiera por algún tiempo abandonar su papel económico, si es proveedor o contribuyente del apoyo económico pasará a ser dependiente de sus familiares, no obstante, no olvidemos que las cuestiones de dinero deben ser tratadas con delicadeza y hablar sobre la ayuda que se desea brindar por un tiempo considerable ya que, si se da por entendido esos puntos, pudiera ser que en vez de un apoyo a la larga resulte ser una obligación que traiga conflictos de separación en la relación familiar. De igual manera, pudiera suceder con el apoyo físico, debido que el paciente queda limitado para cargar cosas pesadas pues, podría traer consecuencias negativas en el riñón trasplantado.

La ayuda es buena cuando ésta se proporciona en situaciones que ponen en peligro la salud del paciente trasplantado de riñón, sin embargo, hay que tomar en cuenta que podría resultar un obstáculo en la rehabilitación si se cuida con exageración al sujeto, de tal manera que se siente inútil, pues si se comienza a invadir sus espacios, esto provocará un comportamiento negativo entre la relación del sujeto con su familia, por el contrario, el apoyo emocional y moral debe ser permanente antes, durante y después del trasplante de riñón, siendo una forma de afecto incondicional. En la convivencia del paciente que recibió el trasplante de riñón y su familia, es trascendental que se tomen en cuenta los aspectos mencionados y trabajen día con día ya que no existen familias perfectas.<sup>51</sup>

### **1.1.3 Relaciones afectivas y emotivas**

Estas se determinan por dos elementos esenciales:

#### **a) Comportamiento familiar**

En el comportamiento humano los sentimientos, necesidades, prioridades, aspectos biológicos y físicos son responsables de las emociones. El paciente que ha salido de un hospital después de una estancia prolongada regresa al calor de

hogar con su pareja, padres, hermanos o hijos y restablece nuevamente relaciones afectivas.

En primer lugar, pueden surgir emociones de alivio, alegría y felicidad por parte del paciente que recibió el trasplante, al llegar a casa se puede sentir aliviado de encontrarse con personas conocidas que le recuerdan situaciones gratas además, de sentirse seguro en un lugar que conoce perfectamente como su casa. Sin embargo, durante el proceso de rehabilitación también pueden surgir emociones de miedo, ansiedad, angustia y depresión que llevan a diferentes estados de ánimo como son: tristeza, enojo y confusión debido a situaciones de adaptabilidad a las que se tiene que enfrentar el paciente por cuidados más estrictos para tener una vida tranquila evitando esfuerzos físicos o que requieran de demasiada presión mental, el tomar medicamentos de por vida, etc., todo ello, necesariamente llevará un tiempo de desajuste y ajuste físico, biológico y emocional.

Para poder entender mejor el comportamiento del paciente con trasplante renal hacia sus familiares, es importante explicar algunas de las emociones que con frecuencia lo embarga como el miedo, la angustia, la ansiedad y la depresión.

**Miedo** es la respuesta a una amenaza o peligro en el que esta involucrada la adrenalina, es posible que cuando uno esta asustado se sienta de manera distinta que cuando esta encolerizado. Todo el cuerpo esta activado para luchar o huir si no puede enfrentarse al objeto de amenaza, estaría muy bien si fuéramos animales tratando de huir de otro animal más grande y peligroso, en tal caso, sólo se trataría de una respuesta instintiva pero como seres humanos se ha aprendido de actitudes para enfrentar al miedo, incluso hasta el grado de apreciar a todos aquellos individuos que parece que ni siquiera conocen el significado de la palabra miedo. Se piensa que héroe es aquella persona que jamás se siente asustado, siguiendo este razonamiento, a toda persona que siente miedo se le cataloga de cobarde, es imposible no sentir miedo jamás pero también, se ha aprendido de actitudes para reaccionar de cierta forma que han sido adquiridas en el seno familiar.

**Angustia** es un trastorno frecuentemente observado alrededor de un 20 a 30% de la población puede padecerla en algún momento de su vida y aún más, cuando el individuo presenta una serie de síntomas que en ocasiones lo mantienen alejado de su vida cotidiana. Los individuos que presentan una crisis de angustia pueden presentar dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestia en el pecho, náusea, vómito, palpitaciones, hormigueo en el cuerpo, mareos, transpiraciones intensas y sensación de desvanecimiento.

Las crisis de angustia se caracterizan en los sujetos por la aparición súbita de una fuerte sensación de miedo asociada a una serie de síntomas que le provocan un fuerte malestar general, dichos malestares pueden consistir en una señal de alarma que movilizan los diversos mecanismos de defensa de los individuos ante una situación agresiva o inesperada para el resto de la familia.<sup>8</sup>

El ser humano es frágil ante los acontecimientos externos que le pueden ocurrir, lo es también extremadamente a las emociones, pasiones, sentimientos y a todo aquello que lo equilibre. Se puede, que el bienestar material se encuentra unido y es por eso que el individuo puede detectar que algo no está bien y es considerado como el desarrollo del sexto sentido.

La angustia a lo desconocido puede producir en los individuos una actitud de agresividad hacia los que le rodean como es el caso de los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica que no saben o no alcanzan a comprender lo que va a pasar a futuro con la enfermedad, por lo tanto, la angustia es un mecanismo de defensa que funciona como señal de alarma que sirve para alertarnos de que algo no está bien en cuestiones económicas, materiales e incluso de la salud física y mental.<sup>7</sup>

**Depresión** podría ser una respuesta al estrés ocasionado por enfermedades en pacientes predispuestos o no a la depresión. Un número de reacciones emocionales referidas a patologías, pueden contribuir a desencadenar la depresión

inclusive aquellas que han sucedido antes del inicio de la enfermedad pueden tornarse problemáticas, precipitando una depresión en aquellos cuyos logros emocionales se han debilitado por la enfermedad. La depresión puede producir una exageración de los síntomas.

No debe olvidarse que los que rodean a un sujeto deprimido también sufren, generalmente no saben lo que esta pasando ya que, aparentemente no hay motivo para el estado del enfermo. Es esencial la adopción de una actitud comprensiva y abierta que permita que se desarrolle el diálogo y se pueda restablecer la objetividad poco a poco. Lo más importante que uno puede hacer por un paciente deprimido es ayudarlo a que reciba el diagnóstico y tratamiento adecuados. Esto tal vez implique que se tiene que aconsejar al paciente para que no deje el tratamiento y para que los síntomas no se presenten.

**Ansiedad**, otros nombres con los que se le conocen son la preocupación, el asombro y el recelo, normalmente se basa en amenazas o en peligros indefinidos que no son reales o que no es muy probable que se produzcan, por ejemplo, conocemos algunas amenazas que nos acechan, como cuando el paciente que va a ser trasplantado de riñón conoce el procedimiento de la cirugía y las consecuencias que podría traer, por lo que se siente ansioso, la inseguridad que tiene en relación a cuándo y cómo ocurrirán los hechos, se puede denominar ansiedad. Por supuesto, esto no quiere decir que durante ese período de ajuste, la familia no pueda hacer nada, al contrario, el recibimiento afectivo no solo debería ser un instante sería bueno que todas las familias trabajaran día a día en demostrarse afecto pues, es un aliciente que ayuda a dar seguridad además, de reforzar la autoestima entre los integrantes de la familia, así, de igual manera, este tipo de relaciones afectivas harán que el enfermo crónico se integre en el seno familiar para su rehabilitación.

El ideal tradicional de muchas familias consiste en reprimir las emociones fuertes o desagradables, pensando en el bien de los demás. Pero los sentimientos reprimidos tienden a liberarse de alguna manera, con frecuencia de manera tan

inapropiada como puede ser el sarcasmo.

El sujeto que tiene la costumbre de bloquear sus emociones puede crearse dificultades, pues algunas personas enferman físicamente, padeciendo de úlceras, dolores de cabeza o trastornos digestivos, otros se ven afectados por distintos problemas emocionales, sin embargo, otros sujetos aprenden a expresar sus emociones de manera menos destructivas y, en ciertas cosas, hasta positivas aunque siguen sin aceptar que sus emociones son naturales o correctas. Si fuéramos capaces de aceptarnos como seres emocionales de igual manera que como seres pensantes y sociales, podríamos encontrar muchas más salidas positivas y en consecuencia, no tendríamos ningún trastorno por el hecho de expresar nuestras emociones. Tal tensión producida por cualquier emoción puede ser reducida, si en primer lugar es aceptada y admitida y seguidamente guiada por canales de expresión que no dañen al individuo ni a los que lo rodean y que no sea la causa de que el individuo se sienta culpable o avergonzado.

Para que sea posible la rehabilitación del sujeto al que se le ha sido trasplantado un riñón se requiere de una serie de situaciones sociales que le permitan la creación de un ambiente óptimo, en el que existan las condiciones físicas, emocionales y económicas.

## **b) Incorporación al núcleo familiar**

En este apartado abordare las dificultades por las que pudieran pasar los pacientes con trasplante renal al regreso a su hogar, esto no quiere decir que sea una ley y que todos los sujetos que se encuentran en esta situación tengan que cumplirlo.

Una de las dificultades a las que primeramente podrían enfrentarse los pacientes para la incorporación a su ámbito familiar, es la adaptación a una serie de modificaciones físicas o de hábitos recomendados por personal especializado del

hospital. En ocasiones es tedioso tener que estar recordando cada una de las instrucciones cada día y en todo momento y más aún cuando resulta confuso en cuanto al parámetro a seguir, como el caso de los pacientes que trabajan realizando esfuerzos físicos o de una presión mental, surgen dudas o diferencias de opinión tanto del paciente trasplantado como de su familia para delimitar la cantidad.

En ocasiones los roles o papeles que desempeñaba el paciente con trasplante renal tienen que cambiar por un tiempo determinado o permanente si es que es proveedor o contribuyente, debido a que debe guardar reposo por un tiempo, lo que podría ocasionar cierta frustración, ansiedad o impotencia.

Otra dificultad a la que podría enfrentarse es la de lograr de nueva cuenta su independencia pues, para ello, necesita sentirse seguro de quien es él y de lo que desea hacer, necesita auto cuidarse debido a que son más susceptibles al contagio de un cuadro gripal o resfriado, por lo que debe tomar precauciones y evitar el contacto con esa persona enferma. El alejamiento que ocasiona este tipo de acciones podría pasar desapercibido cuando el paciente va a necesitar sentirse cerca de la familia, ocasionando dificultad para lograr sentirse bien moral y emocionalmente.

Tal vez pensemos que es algo raro el hecho de que pudiera traernos alguna dificultad el evitar contacto con los animales de nuestra casa pero, es aún más que una mascota. Es como un integrante más de la familia, cuando es el mejor amigo del paciente entonces, la situación cambia ya que es difícil deshacerse o mantenerse alejado de quienes amas.

La incorporación al ámbito familiar incluye la integración a las actividades cotidianas y entre esas actividades se encuentran las relaciones sexuales. El periodo para reanudar nuevamente sus relaciones sexuales dependerá en gran medida de su evolución particular. Sin embargo, su funcionamiento sexual podrá verse afectado por su trasplante, ciertos medicamentos pueden interferir en éste, por lo

que, algunas personas evitan las actividades sexuales, por temor a un episodio de rechazo o una infección.

## **1.2 Trasplante**

El trasplante es la sustitución de un órgano o tejido que ya no funciona, por otro que si lo hace con el objeto de restituir las funciones perdidas; siendo en muchos casos el trasplante la única forma en que una persona que padece una enfermedad crónica pueda prolongar su vida con una buena calidad.

Existen diversos tipos de trasplantes dependiendo de la relación genética que exista entre el enfermo (receptor) y la persona que le va a donar algún órgano, tejido o célula, pudiendo ser los siguientes tipos de trasplantes:

**AUTOTRASPLANTES:** cuando el donador y el receptor son la misma persona, ejemplo: el injerto de la piel cuando se quema la persona.<sup>27</sup>

**ISOTRASPLANTE:** cuando el donador y el receptor son genéticamente idénticos, ejemplo: en el caso de los gemelos.

**ALOTRASPLANTES:** cuando el donador y el receptor son de una misma especie, genéticamente diferente entre dos seres humanos, ejemplo: el trasplante realizado entre seres humanos no relacionados.<sup>27</sup>

### **1.2.1 Anatomía, fisiología y funcionamiento de los riñones**

Los seres humanos tenemos dos riñones, mientras estos están sanos nadie o casi nadie se percata de que tan importantes son estos órganos y se localizan a un costado de la columna vertebral en la zona lumbar, tienen la función de equilibrar la

cantidad de líquidos que se consume, además sirven como filtro y a través de ellos, se eliminan las toxinas generadas por el organismo las cuáles en exceso serían fatales y provocarían la muerte del enfermo.

Los riñones desempeñan una función importante que es la de mantener el resto de los órganos en buenas condiciones de salud debido a que el cuerpo humano es un organismo interrelacionado, el mal funcionamiento de los riñones, afecta a todo el sistema y pueda sufrir alteraciones o trastornos que causen un daño irreversible.

Los riñones miden aproximadamente 12 cm. de largo por 7 cm. de ancho en forma de fríjol y pesan entre 130 y 150 gr.. En cuanto a la estructura de los riñones estos se encuentran rodeados por tejidos grasos, presentan un borde interno de forma cóncava, por donde entran y salen los vasos sanguíneos. En el lado anterior, se localiza la vena renal que recoge la sangre de riñón y en la parte posterior, la arteria renal que lleva la sangre al riñón.

Los riñones están formados por unidades básicas llamadas nefronas que funcionan como una especie de filtro de la sangre para eliminar las toxinas que se producen en el cuerpo y ser eliminadas por medio de la excreción. Las toxina también, son eliminadas a través de la respiración, las heces, el sudor y el desecho de la orina.

Cada día los riñones filtran cerca de 780 litros de sangre produciendo de 1 a 3 litros de orina. Cuando los riñones tienen un mal funcionamiento y no filtran por su deterioro, ocasionan el acumulamiento de sustancias dañinas y se pierden al mismo tiempo sustancias que son útiles para el cuerpo humano como los son las proteínas, sin embargo, se sabe que cuando los riñones funcionan como filtros, eliminan sustancias tóxicas que son dañinas para la salud y en contra posición, cuando no funcionan pueden ocasionar la retención de líquidos y causar algunos trastornos que pueden ser irreversibles.

### 1.2.2 Infecciones e inmunidad

Toda enfermedad produce una baja de defensa del organismo humano propiciando que estén más propensos por adquirir infecciones de las vías respiratorias altas, por lo que se sugiere tener un cuidado exhaustivo y prevenir daños graves e irreversibles irradiando a otros órganos que integran el cuerpo humano.

Las personas que padecen estas afecciones de las vías respiratorias altas, es probable que pueda o no presentar algún tipo de trastorno renal y que en su tratamiento médico sea o no agresivo y que dañe los riñones.

Es importante mencionar que no todas las personas que presenten una gripe pueden presentar problemas de IRC que la llevará a un trastorno renal. Cuando la gripe no es bien tratada esta puede transformarse en una enfermedad crónica, la cual, a pesar de estar bajo tratamiento médico puede no mejorar su sintomatología y llevar la infección a los riñones.

Otros trastornos que pueden perjudicar a los riñones son la tuberculosis renal, el síndrome nefrotico, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, lupus eritematoso y los quistes renales, algunos de ellos pueden ser hereditarios y otros adquirirse en el trayecto de la vida.

Estos trastornos pueden causar daños renales en forma directa o indirecta y el porcentaje de pacientes que pueden presentar este tipo de problemas varia dependiendo de la *etiología* (origen o causa) que presente el paciente.

Cuando estas enfermedades no son atendidas correctamente pueden causar problemas irreversibles los cuales pueden llegar a producir una insuficiencia renal en

el órgano afectado para lo cual, existen dos posibilidades que pueden ayudar a preservar y prolongar la vida del sujeto encontrándose en primer lugar los tratamientos sustitutos y como última opción, el trasplante del órgano afectado.

### **1.2.3 Insuficiencia renal**

La insuficiencia renal es el trastorno que existe en los riñones al no cumplir con las funciones principales que es la filtración de agua y la eliminación de las toxinas adquiridas por alimentos en depuración del propio organismo en cantidades excesivas generando la insuficiencia renal aguda y la insuficiencia renal crónica.<sup>27</sup>

#### **a) Insuficiencia renal aguda**

Es una pérdida repentina de la totalidad de la función del riñón por daño tubular, las sustancias que normalmente se encuentran en la orina se eliminan por los líquidos corporales como resultado del deterioro de la excreción renal y altera las funciones de homeostasis, endocrinas y metabólicas.

#### **b) Insuficiencia renal crónica**

Todo ser humano posee dos riñones que son dos órganos que se encargan de limpiar la sangre de las toxinas que se produce en el cuerpo regulando al mismo tiempo todo lo que consume el organismo disminuyendo gradualmente las funciones que realizan estos órganos por diversas circunstancias.

El deterioro progresivo de la función renal que termina con la muerte por uremia (exceso de urea) y otras complicaciones, en la actualidad es salvable a través de la aplicación de algunos métodos sustitutos que realicen las funciones de los riñones como la diálisis y hemodiálisis. Pero, dentro de la medicina alopática existe otra tecnología aplicable a las causas de la insuficiencia renal crónica como:

1. Obstrucción e infección de las vías urinarias.<sup>27</sup>
2. Enfermedades de tipo metabólicas.
3. Enfermedades hereditarias.

Cuando el daño en los riñones es irreversible o su tratamiento es inoperante por los medicamentos, se recurre a otros métodos para el mejoramiento de la salud del paciente prolongando la vida como la diálisis y hemodiálisis, estos métodos o tratamientos alternativos de la medicina alópata llegan a limitar las actividades cotidianas y la convivencia con las respectivas relaciones sociales.

Pero no solo existen esos dos métodos alternativos, en el área de la Inmunología se lleva a cabo otro método alternativo de mayor eficacia en la actualidad, éste se utiliza con el propósito por detener el proceso degenerativo de este tipo de enfermedades crónico-degenerativas, me refiero al tratamiento de la Inmunoematoterapia a través de la Ingeniería Genética Molecular (tratamiento que se lleva a cabo en el Sector Privado y que tuvo su origen en la Torre de Investigaciones Científicas del DIF ahora Instituto Nacional de Pediatría, posteriormente en la Facultad de Medicina, UNAM y siempre aplicado por el Dr. R. Hernández), algunas personas lo conocen como Vacuna Antóloga y que es una herramienta de la Medicina Genómica que hoy en día esta en apogeo.

Este tratamiento consiste en tomar una muestra de sangre venosa periférica del paciente y se procesa a través del uso conjunto de técnicas antiguas y modernas con tecnología actual para separar los Antígenos de Superficie (AgS) localizados en los eritrocitos, por otro lado, se utilizan las células llamadas linfocitos del mismo paciente y los abren para obtener el Ácido Desoxirribo Nucleico (ADN), posteriormente, los contenidos de ambas células sanguíneas las conjuntan en un búffer para cultivo de tejidos, este líquido permite mantener vivo el material biológico en donde los AsS y el ADN se identifican molecularmente para encontrar sus

homólogos, posteriormente se ensamblan y a este proceso (identificación-ensamblaje molecular) o fenómeno se le conoce como Ingeniería Genética Molecular o por otras gentes lo llaman, Vacuna Antológica elaborada con el mismo material molecular del mismo paciente.

De esta solución se obtiene 1 ml. con ayuda de una jeringa para insulina, su aplicación es diaria en tejido subcutáneo del abdomen, lugar donde aparecerán células macrófago que se encargan de comer las moléculas ensambladas (AgS + ADN), la reacción del organismo después de haber identificado como un cuerpo extraño, enviará todas sus defensas o anticuerpos específicos para eliminar esa agresión o cuerpo extraño, al momento de la captura molecular surge el fenómeno Antígeno-Anticuerpo generando como resultado un Anti-Anticuerpo específico contra toda esa información molecular del proceso degenerativo, este envío es de información génica al lugar de origen del proceso de la enfermedad considerada con un doble objetivo: el primero de forma preventiva retrasa el surgimiento de todos los procesos degenerativos que están surgiendo o se encuentran en proceso evolutivo; el segundo objetivo, es para los procesos que ya están diagnosticados como padecimientos y se encuentran con los efectos de la enfermedad y contribuye por detener el proceso degenerativo del o los padecimientos.

Este tipo de tratamiento alternativo de la Medicina Genómica no se contrapone a ningún otro tratamiento convencional obteniendo mayores ventajas a favor de la salud del paciente, no es agresivo, es tolerante para todo tipo de pacientes porque, hasta hoy en día no se ha detectado que la sangre del mismo paciente sea traidora. La aplicación de esta tecnología en paralelo con la Nutrición es recomendada para 92 padecimientos y por citar los más frecuentes son:

La diabetes mellitus que es una de las enfermedades de mayor trascendencia en nuestro país conocida como la “muerte silenciosa” ocupa una de las tres causas principales de muerte en México, así como sus complicaciones de neuropatía,

retinopatía, pie diabético, la obesidad, pérdida de peso de forma súbita, cardiopatías, enfermedad vascular cerebral, la Insuficiencia renal crónica antes de ser dializado o hemodializado el paciente, entre las de mayor frecuencia.

Otros padecimientos que pueden originar una insuficiencia renal crónica son la artritis reumatoide, esclerodermia, síndromes de goodpasture, entre otros.

Los diferentes tipos de alergias como la respiratoria (asma), de piel (dermatitis), la farmacológica y la de alimentos, la neutropenia, anemia hemolítica y perniciosa. En otros padecimientos inmunológicos se aplica para lupus eritematoso, en algunos tipos de cánceres como mieloma múltiple, linfomas, portadores de VIH (en primera ventana).

En la Infectología se aplica para las infecciones virales, pénfigo, penfigoide, vitíligo, dermatomicosis y otros padecimientos de diferente origen como las infecciones renales, colitis, flebitis, migrañas, varices, Síndrome de Parkinson, etc..

En adicciones como la ingesta de bebidas etílicas y el tabaquismo se ha comprobado que genera rechazo para su consumo. En otro tipo de adicción como los enervantes u opiáceos (cocaína, heroína, morfina) el tratamiento inmunológico se auxilia del apoyo psiquiátrico entre otros padecimientos propiciando la mejoría de la calidad de vida.

La aplicación de esta tecnología ha venido dando resultados muy favorables a los pacientes debido que su presencia que predomina en mujeres y oscila en las edades independientemente que en algunas sea después del parto y por estadística es a partir de los 22 años de edad, en los hombres llega a presentarse a los 33 años en adelante, el grueso de la población se presenta en las personas de 50 a 60 años de edad.

La aplicación del tratamiento alternativo de la Medicina Genómica en la actualidad refiere que en la insuficiencia renal crónica regula la afección renal bajando los niveles de creatinina, urea, nitrógeno ureico de los pacientes y al mismo tiempo, se acompaña de una dieta estricta de regulación de potasio, el paciente recupera casi la totalidad del funcionamiento del riñón, acciones que han sorprendido a muchos médicos de la especialidad en urología pero, que han aceptado entre dientes los avances para refrendar el Juramento Hipocrático por la parte médica “...luchar por la vida y salud del enfermo”...

Así mismo, con la dieta en nutrientes regulados en potasio y fósforo, rica en frutas y verduras, los alimentos que requieren de preparación culinaria deben estar ajena a la aplicación de cualquier micro-gota de grasa, azúcar y sal reflejando sus resultados en beneficio del paciente.

El ejercicio físico debe ser regulado y al mismo tiempo cuidar el peso debido a que la obesidad es un factor de riesgo y el diámetro de cintura para las mujeres debe ser menor de los 80 cm. y en los hombres menor a los 94 cm. La transpiración del paciente con insuficiencia renal es muy característica por lo que es recomendable el aseo personal diario, así mismo, debe ser auxiliado el paciente con fármacos que contribuyan a regular la homeostasis, carbohidratos, lípidos en triglicéridos y colesterol.

Diálisis es un tratamiento que existe en la actualidad para prolongar la vida de los pacientes que sufren de insuficiencia renal crónica como un tratamiento alternativo de la medicina alopática que realiza la función de limpiar al organismo de las toxinas que el mismo produce, la acumulación de éstas podría ocasionar la muerte.<sup>27</sup>

Dialisis es la disfunción de moléculas disueltas a través de una membrana semipermeable que posan de lado de mayor concentración al de menor concentración, la finalidad de dicho procedimiento es conservar y preservar la vida del paciente hasta que sea candidato al trasplante renal.

Existen dos tipos de diálisis que se pueden realizar en los pacientes dependiendo de la actividad social que realizan con el grupo social y por supuesto en su núcleo familiar como, la diálisis peritoneal continua ambulatoria, que consiste en un sistema que no impide al paciente acudir continuamente a un centro de salud para su control médico mensual o bimestral.

Esta técnica limpia la sangre dentro del organismo haciendo uso de la membrana peritoneal por medio de un catéter peritoneal que se coloca a un costado del ombligo en el abdomen, con este procedimiento se introduce un líquido en dicha cavidad que hace limpiar la sangre en forma continua cambiando el líquido 4 veces al día (el levantarse, al medio día, por la tarde y antes de dormir). Otro nombre que se conoce a este tipo de diálisis es por el uso de bolsas gemelas que permite al paciente deambular ocultando la sonda debajo de la ropa sin que la demás gente se de cuenta que tiene sonda peritoneal.

La diálisis peritoneal automatizada es un procedimiento que emite la utilización de una pequeña máquina silenciosa y que permite, al individuo realizar el proceso en su domicilio, aplicado durante la noche. El paciente acudirá al hospital una vez al mes o bimestralmente para su control habitual según las necesidades. Este proceso es la modalidad más reciente hasta el momento en cuestión de diálisis.

Hemodiálisis es otra de las herramientas de la ciencia actual como un tratamiento alternativo dentro de la Urología que al ser utilizado prolonga la vida del paciente que presenta algún tipo de trastorno renal que concluye con la insuficiencia

renal crónica, es la técnica más utilizada en España en la actualidad.

La hemodiálisis es el procedimiento por el que la sangre pasa a través de un sistema de tubos hasta llegar a una máquina y en forma de circuito atraviesa un filtro especial que la limpia y se devuelve al cuerpo. La sangre entra y sale por dos agujas que se mantienen conectadas al brazo por una fístula anterior-venosa.<sup>27</sup>

Con el uso de la hemodiálisis la sangre se limpia en forma intermitente este proceso obliga al sujeto a asistir a un nosocomio y tiene una duración aproximada por sesión de 1 ½ a 2 horas. Por lo tanto, la persona que decide seguir este tratamiento debe estar consciente que deberá acudir constantemente al hospital para realizarse su hemodiálisis con personas calificadas y excepto en el área.

El procedimiento de la hemodiálisis tiene como una de sus funciones principales eliminar el exceso de agua de la sangre. Es importante hacer mención que las personas que decidan someterse a este procedimiento alternativo deben evitar consumir alimentos que contengan sal (sodio), así como, los sustitutos de sal por el cloruro de potasio, también todos los refrescos “light” que en forma similar a los sustitutos de azúcar contienen aspartame que forma parte de la cadena tóxica del veneno para ratas y que lesiona directamente a los glomérulos del riñón, por lo que debe consumir verduras y frutas frescas.

#### **1.2.4 Proceso de selección**

Son varias las condiciones que deben cubrir el paciente para ser considerado candidato al protocolo de trasplante renal, una de éstas es el aspecto socioeconómico en el que desenvuelve el paciente otro, son los factores de antecedentes familiares del enfermo como las enfermedades crónicas existentes

entre la familia como diabetes, hipertensión arterial o cardiopatías, hacen más difícil su elección pero no es imposible.

Los pacientes que deseen ser candidatos a trasplante de riñón deberán acudir a las consultas programadas en las diferentes especialidades para completar los diagnósticos preventivos y finales de cada médico en Cardiología, Otorrinolaringología, Coprotología, Maxilofacial, Oftalmología, Psicología, Urología, Nutrición y Trabajo Social.

En las 7 especialidades deberá estar al inicio del protocolo de trasplante renal. Si el paciente presentará algún problema en alguna especialidad deberá seguir el tratamiento que se le indique y sí el médico tratante considera que debe ser valorado por otra especialidad deberá proporcionar la ínter consulta, retrasando el protocolo de investigación para recibir trasplante de riñón.

Cuando el sujeto ha superado el aspecto médico y se inicia el protocolo de investigación, se procede a la realización de los exámenes de sangre a sus familiares para determinar cual de ellos es el más parecido genéticamente al enfermo.

Los candidatos a ser donadores deberán tener una relación consanguínea o de tipo civil con el paciente como lo marca la Ley General de Salud en su capítulo decimocuarto.

Existen tres tipos de donaciones de origen cadavérico, la afectiva o civil y la consanguínea recomendando al paciente que su donador tenga alguna relación consanguínea teniendo el tipo más parecido y disminuir las posibilidades de rechazo del trasplante. En donadores de origen afectivo o civil, corresponde al caso de los matrimonios y el último origen de donación esta en proceso de elevar más esta cultura en México, por lo que retrasa la obtención de órganos en muertes por accidente cerebral de donde se puede extraer los órganos accesibles para trasplantes.<sup>25</sup>

Cuando uno de sus donadores resulta ser genéticamente parecido al paciente receptor, se le realiza la prueba de compatibilidad y esperar el turno en un tiempo requerido en la prueba que se les practica y a su vez, se hace más larga la lista de espera, además, de que esta prueba se realiza dos o tres veces para tener mayor seguridad de evitar la posibilidad del rechazo inmunológico, en cambio la prueba cruzada es rápida y el paciente como su donador podrían tener resultados a corto tiempo pero esto va a ser de acuerdo a las indicaciones médicas.

El paciente que lleva algún tratamiento sustituto antes de recibir el trasplante está sujeto a una dieta especial proporcionada por el servicio de Nutrición del Hospital donde es atendido. Durante el proceso la participación del Trabajador Social será fundamental para orientar al paciente a seguir su dieta alimentaria y aceptar su problema de salud con mayor seguridad tratando de que el paciente memorizar las condiciones en las que se desenvuelve durante la fase de recuperación, así como, la elaboración del estudio socio-económico recabando la información solicitada por el médico tratante y al cubrir todos los requisitos es calificado en la junta de Comité de Trasplantes del Hospital posteriormente, pasa a la junta bimestral de la dirección donde se le designa al candidato la fecha en que se realizará el proceso quirúrgico.

### **1.2.5 Derechos y obligaciones de los pacientes con trasplante renal**

Toda persona que padezca o sufra algún tipo de trastorno renal y se somete a uno o varios métodos alternativos de la medicina alopática para controlar su problema, contará con los siguientes derechos de acuerdo a la Administración Pública Sanitaria:

1. Al respecto de su personalidad, dignidad humana e íntima, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, medio social, sexo, moral, economía, ideología, tendencia política o sindical.

2. A la información sobre los servicios sanitarios a los que puede acceder sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A ser advertidos sí los procedimientos de pronósticos, diagnósticos y terapéuticos que se apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación a su salud.
4. A la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso-estancia en la institución de salud pública.
5. A que se le dé en términos comprensibles a él y a sus familiares de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para realización de cualquier intervención exceptuando los siguientes casos:
  - a.- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
  - b.- Cuando no este capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a los familiares.
  - c.- Cuando la urgencia no permita demoras que puedan ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
6. A que se le asigne un médico cuyo nombre se le dará a conocer a su interlocutor principal con el equipo asignado, auxiliar en caso de ausencia, otro facultativo con el equipo que asumirá dicha tarea.
7. A que se le extiendan certificados acreditativos de su estado de salud cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
8. A negarse al tratamiento excepto en los casos señalados anteriormente en el número 6.

Sin embargo, los sujetos que tengan problemas renales y que hayan decidido tener un tratamiento médico tendrán las siguientes obligaciones con la institución pública o privada del sector salud en la que se está atendiendo para sobrellevar su problemática de salud.

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población así como, las especificaciones determinadas por los servicios sanitarios.
2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario fundamental en lo que se refiere a la utilización de los servicios y procedimientos de baja laboral, incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas sociales.
4. En caso de no aceptar el tratamiento, firmar el documento de alta voluntaria.

Cuando el paciente no acepta un tratamiento y se encuentra hospitalizado puede pedir su alta voluntaria, en la cual se pierden derechos pues, el paciente es el que decide no continuar con la atención médica que se le está proporcionando.

### **1.3 Programas de trasplante**

A nivel nacional existe el Centro Nacional de Trasplante (CENATRA) instancia que se encarga de establecer la vigilancia acerca de la obtención y control sanitario de los órganos tejidos y células con fines de trasplante; en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, el programa de trasplante de órganos se realiza con éxito en sus diferentes áreas médicas, estos programas están regularizados por la Ley General de salud en su artículo 14° y por el marco jurídico.

### 1.3.1 Marco jurídico

En 1984 se publica la Ley General de Salud en su título XIV la obtención, control, conservación y medias para evitar posibles delitos con respecto al trasplante de órganos, donde ésta es la única solución para los enfermos con insuficiencia terminal que les permitirá prolongar y tener una mejor calidad de vida, dando paso a lo que hoy se conoce como marco jurídico del trasplante de órganos, tejidos y células dándole un enfoque con sentido sanitario.

En nuestro país el marco legal esta dado por el artículo 4° constitucional, el título 14° de la Ley General de Salud, el Reglamento Especial, la Norma Oficial Mexicana y el Instructivo 1-febrero-89 del Procurador de Justicia del Distrito Federal para los agentes del ministerio publico.

En 1984 al publicarse la Ley General de Salud, en el título decimocuarto se incluyeron las bases del marco jurídico de la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células con su sentido orientado al control sanitario. Ahora con los avances de la medicina el crecimiento de la población y la necesidad de órganos para resolver un número importante de problemas de salud, se tiene la necesidad de plantear una ley la cual impulse sentimientos generales, las acciones solidarias que caracterizan a la población en general, así como, para mejorar la organización de las unidades medicas que evitarán posibles delitos y mejorara el servicio.

Uno de los esfuerzos fundamentales promovidos por el Congreso de la Unión es hacer que los trasplantes de órganos y tejidos se conviertan en una realidad que beneficie a de toda la sociedad mexicana. Es por tanto, que el 26 de mayo del 2000 es publicado en el Diario Oficial de la Federación las modificaciones a la Ley General de Salud en su título XIV, el cual habla sobre la donación, el trasplante de órganos, tejidos y células.

### 1.3.2 Reforma del artículo 14° de la Ley General de Salud

En México en la década de los 60 los trasplantes fueron aceptados como un procedimiento clínico que permitieron lograr una mejor calidad de vida a aquellos pacientes que padecieron una insuficiencia terminal. Debido al éxito de los trasplantes, la autoridad fue obligada a actualizar los artículos destinados a dicho tema para responder a la creciente demanda de transplantes y poder establecer un mejor control sanitario entre las estancias de salud, personal encargado, donadores y receptores.

En cuanto a las disposiciones comunes los artículos son los siguientes:

Artículo 313 compete a la Secretaria de Salud:

- I. El control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos por conducto de órganos desconcentrados como el Centro Nacional de Trasplantes.<sup>24</sup>
- II. La regulación y el control sanitario sobre cadáveres puesto que la extracción, el manejo y la conservación de órganos, tejidos y células es algo delicado y para evitar el tráfico de los mismos los establecimientos oficiales para ejercer esta función estarán legalmente establecidos y determinados por las leyes supremas que los rijan en cuestiones sanitarias y de salud.

Artículo 314. Para efectos de este titulo se entiende por:

- I. Células germinales: a las células reproductoras masculinas y femeninas capaces de dar origen a un embrión.
- II. Cadáveres: el cuerpo humano en el que se compruebe la presencia de los signos de muerte referidos en la fracción II del artículo 342 de esta ley.

- III. Componentes: son los órganos, tejidos, células y sustancias que forman el cuerpo humano, con excepción de los productos.
- IV. Componentes sanguíneos: a los elementos de la sangre y demás sustancias que la conforman.
- V. Destino Final: es la conservación y permanente, inhumación, incineración, desintegración e inactividad de órganos, tejidos, células y derivados, productos y cadáveres, de seres humanos incluyendo los de embriones y fetos en condiciones sanitarias permitidas por esta ley y demás disposiciones aplicable.
- VI. Disponentes: aquél que conforma a los términos de la ley le corresponde decidir sobre su cuerpo o cualquiera de sus componentes en vida y para después de su muerte.
- VII. Donador o donante: el cual facilita expresamente y con consentimiento la disposición de su cuerpo o componente para su utilización en trasplantes.
- VIII. Embrión: al producto de la concepción a partir de ésta y hasta el término de la undécima semana gestacional.
- IX. Feto: al producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión de seno maternal.
- X. Órganos: a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño de los mismos trabajos fisiológicos.
- XI. Producto: a todo tejido o sustancias extraídas, excretada o expelida por el cuerpo humano resultante de procesos fisiológicos y normales. Serán considerados productos para efectos de este título la placenta y los anexos de la piel.

- XII. Receptor: a la persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, célula o productos.
- XIII. Tejido: a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la naturaleza ordenadas con regularidad que desempeñen una misma función.
- XIV. Trasplante: a la transferencia de un órgano, tejido o células, de una parte del cuerpo a otra o de un individuo a otro que se le integraran al organismo.

La reforma realizada a este artículo radica en la definición en forma específica y complementaria de los diversos conceptos que se manejan en relación de la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células que permitirán a la población comprender la importancia que tiene el manejo de estos conceptos.

Artículo 315. Los establecimientos de salud que requieren autorización sanitaria son los que se dedican a:

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

La Secretaria de Salud otorgará la autorización a que se refiere el presente artículo a los establecimientos que cuenten con el personal, infraestructura, equipo, instrumental e insumos necesarios para la realización de los actos relativos conforme a lo que establezcan las disposiciones de esta ley y demás aplicables.

Artículo 316. Los establecimientos a que se refiere el artículo contarán con un responsable sanitario, quien deberá presentar aviso ante la Secretaría de Salud. Los establecimientos en los que se extraigan órganos y tejidos o realicen trasplantes adicionalmente, deberán contar con un comité interno de trasplantes y con un coordinador de éstas acciones que serán supervisadas por el comité institucional de biogenética respectivo.

Ambos artículos hacen mención que debido a los mitos que existen sobre el tráfico de órganos, tejidos y células; así como, del lucro que se puede dar por parte de las personas que pretenden ser donador y los cuales envuelven el tema de donación y trasplante de órganos y tejidos, se ha buscado proteger el estado físico, mental, social y económico del individuo (receptor) y de su familia; por medio de la reforma de estos artículos en los cuales los locales sanitarios estarán regulados por la Secretaría de Salud para poder evitar este tipo de problemas en los servicios.

Artículo 317. Los órganos, tejidos y células no podrán ser sacados del territorio nacional. Los permisos para que los tejidos puedan salir del territorio nacional, se consideran siempre y cuándo éste satisfaga las necesidades de ellos en el país, salvo en caso de urgencias. Este artículo menciona en su primera parte que no podrán ser sacados del país por ningún motivo los órganos y tejidos, pero en su segunda parte existe una contradicción ya que, establece los criterios para los permisos especiales para realizar esta acción.

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

Los conceptos de este artículo están definidos y determinados en el artículo 314 en las fracciones I y VIII (embriones o células germinales) y XI (producto).

Artículo 319. Se consideran disposición ilícita de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos aquellas que se efectúen sin estar autorizada por la ley.<sup>24</sup>

#### **1.4 Intervención de Trabajo Social en los procesos de trasplante**

El trabajo social interviene en los procesos de investigación determinando cuales son sus antecedentes, las causas que originaron la problemática estudiada así como, el número de casos que tuvieron seguimiento; además, debe ser capaz de elaborar programas y proyectos en los que se vea involucrada la participación del trabajo social para que demuestren sus habilidades y capacidades para la administración, la educación y la asesoría social fomentando la participación no sólo de los integrantes de la familia sino de la sociedad en general tratando al máximo de prevenir las enfermedades que pueden convertirse en crónicas o en su defecto tratar de que una vez realizado el trasplante pueda existir la posibilidad de un rechazo con lo que se confirma que la prevención se puede realizar después de los procesos quirúrgicos.

Por otro lado debe saber identificar la situación del paciente y su familia para poder realizar la función de gestor y si no esta capacitado para intervenir en la problemática realizar los trámites para que otro profesional intervenga. Por otra parte la sistematización de la información es una función primordial e importante ya que, si se realiza adecuadamente facilitará el estudio de la problemática.

A lo anterior se le conoce como el perfil ideal, sin embargo, en el perfil real es lamentable observar como la profesión de trabajo social en el área de la salud se ha ido degradando hasta llegar a ser un ayudante de las labores administrativas en una Unidad Hospitalaria. Es importante participar en el grupo multidisciplinario para involucrarse directamente en la problemática social del paciente y su familia, brindando el apoyo para lograr un ambiente adecuado que facilite la recuperación del paciente en forma satisfactoria en una brevedad de tiempo, facilitando la orientación requerida tanto al paciente como a sus familiares.

En el campo de la investigación que se llevó a cabo para la elaboración del presente trabajo de tesis, observé que no hay profesionales a nivel licenciatura en

trabajo social, sobre todo en la unidad de Tercer Nivel de Atención Médica correspondiendo al Hospital de Especialidades del Centro Medico “La Raza” IMSS. Las 12 personas con las que se tuvo contacto en el Servicio de Trabajo Social correspondían a un nivel de estudios técnico, las cuales, se preocupan más por los resultados estadísticos que por la atención y apoyo a las familias afectadas por un enfermo hospitalizado.

El trabajador social da la impresión que se ha deshumanizado cada día, desplazando sus actividades propias e inherentes al perfil de la profesión por otras ajenas como, dar prioridad a las acciones de tipo sindical, política laboral, abandonos temporales y descuidos de sus actividades laborales utilizando este tiempo en desayunos y comidas, así mismo, prevalece en el medio la siguiente idea y que muy frecuentemente se dice: “...hago como que trabajo para que la institución haga para que me pague mi sueldo...”. Es importante recalcar que no todos los profesionales en trabajo social guardan esa postura, mas bien la llegan a utilizar para su conveniencia.

Como futura profesional de trabajo social me parece imprescindible rescatar tanto la imagen como las actividades potenciales del profesional, así mismo, se debe abrir el abanico en el campo de investigación que es un espacio donde el trabajo social se ha limitado ha incursionar en equipos multidisciplinarios por la falta de visión y enfoque que debe tener un proyecto, un protocolo, un estudio longitudinal y un estudio transversal así como, los estudios multi-céntricos y esto es debido a la falta de interés tanto para atender las labores propias de su puesto como de transgredir fronteras por falta de estímulo y conocimiento en el área operativa de la investigación.

Dentro de las posibilidades de orientar y estimular al trabajador social esta la parte humana, de responsabilidad laboral para la orientación y ayuda tanto a los familiares como al enfermo hospitalizado descubriendo el entorno y el “ubi et situs” de la problemática que cursa en esos momentos para la proyección de posibles

soluciones tanto administrativas como del orden emocional frente a los personajes involucrados y su “status” emocional sea el menos desgastado por efectos colaterales generados por la preocupación de la evolución de la enfermedad del paciente.

El trabajador social debe ser muy versátil por contener los lazos de unión así como, establecer y fortalecer los vínculos institucionales e interinstitucionales que faciliten las vías de solución con los apoyos de terceros a favor del más necesitado a través, de los mismos programas de la institución en que se labore o en su defecto establecer estos programas que coadyuven a dar soluciones.

## Capítulo 2

### Metodología

#### 2.1 Planteamiento del problema

Mi interés para investigar este tema surge a partir de conocer qué ocurre con los pacientes trasplantados de riñón una vez que salen del hospital, tratando de determinar cuántos de ellos y en qué tiempo se incorporan a sus actividades cotidianas también, me permite realizar toda una serie de preguntas vinculadas a la actividad propia que desempeña un profesional en trabajo social. ¿Qué puede y qué debe hacer en estos casos?... ¿Puede un trabajador social contribuir en el engranaje de las actividades de enlace y buscar los vínculos y estrategias que permitan visualizar las perspectivas para abrir el abanico de posibilidades y localizar a un donante de riñón?.

Podemos seguir preguntando ¿Qué tanto esta haciendo la familia del paciente para obtener un órgano renal y procurar el restablecimiento de su familiar?... ¿Qué debe de hacer el familiar para brindar la atención adecuada al paciente trasplantado?... ¿Cuál es el papel que juega cada uno de los integrantes de la familia en el auxilio para la recuperación del paciente?...podemos replantear la pregunta diciendo ¿Quién de los integrantes de la familia es el responsable para atender al paciente trasplantado una vez que ha sido dado de alta de la unidad hospitalaria?

Esta última pregunta me ha preocupado sobre todo en conocer la situación que vive cada uno de los pacientes que han recibido la donación de un riñón y maximizar cuándo tienen que modificar sus hábitos y estilo de vida. Estas preguntas han sido resultado de la observación por lo que fue necesario conocer el comportamiento de los pacientes que una vez han sido trasplantados y detectar las

repercusiones durante la reintegración al núcleo familiar.

Para un trabajador social es de gran importancia poner en práctica todos sus conocimientos teórico-prácticos en el engranaje de dos fuerzas:

- 1) Multiplicando los esfuerzos en la educación y fomento a la salud.
- 2) Identificar el papel que juega la familia a través del responsable directo que se hará cargo del paciente trasplantado vinculando esta información con el representante del grupo multidisciplinario en el área de la salud y que participó en el proceso quirúrgico.

El trabajador social despierta un sano interés por trascender en este tipo de estudios de la realidad social en donde, muchas veces el paciente es visto sólo como objeto de estudio y pocas veces como un individuo que tiene sentimientos y diferentes tipos de emociones que se interrelacionan con otros personajes de la familia, como grupo fundamental de convivencia para el futuro de su vida.

## **2.2 Hipótesis**

Los pacientes a los que se les realizaron trasplantes de riñón presentan dificultades para integrarse al grupo familiar.

Si el paciente con trasplante renal cuenta y recibe con el apoyo del grupo de origen tendrá una mejor recuperación en cuanto a salud se refiere entonces, la integración de éste a la familia será más rápida.

## 2.3 Variables

**Variables dependientes:** Como su palabra lo dice, son características de la realidad que se ven determinadas o que dependen del valor que asuman otros fenómenos o variables independientes.

- a) Repercusión
- b) Integración

**Variables independientes:** Los cambios en los valores de este tipo de variables determinan cambios en los valores de otra (variable dependiente).

- a) Familia
- b) Paciente

## 2.4 Control de las variables

### 1. Familia

- a) Nuclear: 19
- b) Extensa: 4

### 2. Repercusión

- a) Relaciones afectivas y emotivas
  - Tristeza: 6
  - Confusión: 2
  - Angustia: 1
  - Sorpresa: 4
  - Indiferencia: 0
  - Enojo: 6
  - Miedo: 4

## b) Economía

Afecto: 3

No afecto: 20

## 3. Integración

a) Problemas: 5

b) Sin problemas: 18

## 4. Paciente

## a) Sexo

Hombres: 14

Mujeres: 9

## b) Edad

De 26 a 36 años: 13

De 15 a 25 años: 6

De 37 a 47 años: 3

Mayor de 48 años: 1

**DATOS GENERALES:** Edad, sexo, parentesco del donador, edad del donador, ocupación del paciente antes, durante y posterior a la cirugía de trasplante renal, dirección y número telefónico.

**DATOS MÉDICOS:** Antecedentes familiares, tiempo de evolución del padecimiento, tratamientos sustitutos que haya tenido el paciente y causa de la insuficiencia renal crónica.

**DATOS SOCIALES:** Nivel socioeconómico, tiempo de residir en su comunidad, tipo de comunidad (urbana, suburbana, rural, etc.), acceso a las vías de comunicación de su domicilio.

DATOS FAMILIARES: Rol económico de la familia, proveedor de la economía familiar, quienes se añaden a la contribución de la economía familiar, número de dependientes económicamente, valoración de la comunicación intrafamiliar, otros apoyos que contribuyen en la economía familiar y tipo de familia que prevalece en paciente con trasplante renal.

## **2.5 Población**

Se trabajo con pacientes que recibieron trasplante de riñón en el año 2003 en el Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional La Raza. Aceptando participar en la investigación 23 pacientes que pertenecen a lo que se denomina población cautiva.

## **2.6 Muestra**

Se baso en un criterio de exclusión procediendo en un primer momento a realizar una entrevista informal con los 36 pacientes que recibieron un trasplante de riñón en el año 2003 en donde expuse a los pacientes y a su familia el proyecto de investigación a realizar y cuál era su finalidad.

Posteriormente, solicité permiso para revisar los expedientes clínicos y obtener los indicadores que me permitieran adentrarme más en la problemática particular de cada uno de los pacientes, recabando datos educativos, familiares, médicos y sociales.

Una vez obtenida la información de los expedientes se hizo contacto vía telefónica con los pacientes para concertar una cita para realizar la visita domiciliaria en donde se autorizaría por escrito su participación en la investigación y establecer entonces, la fecha para la realización de la visita domiciliaria.

De un total de 36 pacientes, 25 dieron su autorización para realizar el estudio; finalmente, sólo se trabajó con 23 debido a que uno falleció antes de terminar la investigación y otro rechazó rotundamente a formar parte de la investigación por considerarla de poca importancia.

Para realizar las visitas domiciliarias me fueron autorizadas dos salidas por mes mismas que utilice para confirmar los datos obtenidos en la revisión de los expedientes.

Se aplicó un cuestionario piloto tanto al paciente como a sus familiares, detectando que el enfermo tenía cierta desconfianza a proporcionar respuestas por lo que decidí aplicar dos cuestionarios similares y por separado, el primero al paciente y el segundo al resto de su familia, para poder después realizar un análisis comparativo entre ambos cuestionarios. Posteriormente, se aplicó la escala Likert en donde se dieron valores numéricos para representar gráficamente los datos cuantitativos a datos cualitativos, dándoles un valor a los ítems.

El muestreo es una herramienta de la investigación científica. Su función básica es determinar que parte de una realidad en estudio (población o universo) debe examinarse con la finalidad de hacer inferencias sobre dicha población. El error que se comete se debe al hecho de que se obtienen conclusiones sobre cierta realidad a partir de la observación de sólo una parte de ella, se denomina error de muestreo. Obtener una muestra adecuada significa lograr una versión simplificada de la población, que reproduzca de algún modo sus rasgos básicos.

Trata de obviar las dificultades que presentan los anteriores ya que, simplifican los procesos y suelen reducir el error muestral para un tamaño dado de la muestra. Consiste en considerar categorías típicas diferentes entre sí (estratos) que poseen gran homogeneidad respecto a alguna característica (se puede estratificar, por ejemplo, según la profesión, el municipio de residencia, el sexo, el estado civil, etc.) Lo que se pretende con este tipo de muestreo es asegurarse de que todos los estratos de interés estarán representados adecuadamente en la muestra. Cada estrato funciona independientemente, pudiendo aplicarse dentro de ellos el muestreo

aleatorio simple o el estratificado para elegir los elementos concretos que formarán parte de la muestra.

En ocasiones las dificultades que plantean son demasiado grandes, pues exige un conocimiento detallado de la población.

## **2.7 Instrumentos**

Identificación de indicadores, elaboración de cuestionarios y escala Likert.

## **2.8 Procedimientos**

Aplicación de cuestionarios, entrevistas formales e informales visitas domiciliarias, codificación y tabulación de datos.

## **2.9 Tratamiento estadístico**

Elaboración de graficas, histogramas, polígonos de frecuencias y ojiva que sirvieron para recolectar la información que permitió llegar a los objetivos de esta investigación, se recurrió al instrumento más factible tanto para el investigador como para los sujetos de estudio, es decir, el cuestionario. La construcción de éste, fue por medio de la Escala Likert, ya que nos permitirá medir la incidencia de la depresión en la familia y del paciente con trasplante y los factores atenuantes que la causan.

Esta escala, se construyó basándose en una serie de Ítems relacionados con el tema en cuestión y en base a los siguientes parámetros:

Un cuestionario para la evaluación cualitativa de la situación y motivación de aceptación o rechazo laboral o familiar del paciente, en la convalecencia. (cuantitativos).

1. Existió algún tipo de rechazo laboral al regreso a su actividad cotidiana.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
2. La intención de la familia nuclear y extensa fue la adecuada.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
3. El tipo de apoyo recibido por parte de la familia durante la convalecencia fue el esperado.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
4. La actitud de la familia ante la enfermedad, fue de solidaridad.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
5. El tipo de apoyo brindado por la familia del paciente, ayudo en la pronta recuperación.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
6. El efecto de la noticia de la enfermedad incrementó la convivencia familiar.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
7. Antes de la convalecencia como eran las relaciones familiares.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
8. La actitud de la familia ante la enfermedad incrementó la unión y la comunicación de esta  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
9. El Apoyo recibido por el paciente por parte de la familia motivó la recuperación de este.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo

10. Las relaciones familiares antes de la enfermedad eran de unión familiar.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
11. Las relaciones familiares después la enfermedad fueron de mayor integración familiar.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
12. La familia le ha permitido incorporarse a sus actividades en forma normal.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
13. Después del trasplante el desempeño de sus actividades familiares fueron favorables.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
14. Considera que en algún momento de su proceso de su enfermedad la familia intento ejercer algún grado de sobreprotección hacia el paciente.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
15. Considera que en algún momento de su proceso de su enfermedad la familia intento ejercer algún grado de indiferencia hacia el paciente.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
16. Durante la convalecencia recibió apoyo y cuidados externo a la familia.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
17. Como evalúa la atención promocionada por el núcleo social fue buena.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
18. La atención promocionada por el núcleo social fue deficiente.  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo
19. La recuperación del paciente, fue debido al cuidado del núcleo social  
A. Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo

20. La no-recuperación del paciente fue debido al cuidado del núcleo social.

Muy de acuerdo. B. De acuerdo. C. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.  
D. En desacuerdo E. Muy en desacuerdo.

Su evaluación se realizó de la siguiente manera:

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| a. Muy de acuerdo                 | 5 puntos |
| b. De acuerdo                     | 4 puntos |
| c. En desacuerdo                  | 3 puntos |
| d. Ni de acuerdo ni en desacuerdo | 2 puntos |
| e. Muy en desacuerdo              | 1 punto  |

Y su análisis se realizó de la siguiente forma, de acuerdo a los puntos obtenidos:

Escala Likert de evaluación.

1-25. No se manifiesta ningún síntoma de recuperación, por lo tanto esta es mala, ya que tiene una integración en la sociedad deficiente para su recuperación, tanto individual como social, debido a la falta de cuidados y comunicación del núcleo social.

26-50. Se manifiesta una recuperación deficiente, por lo tanto esta es deficiente ya que tiene una integración familiar o social en desarmonía para su recuperación, en las actividades cotidianas.

51-75. Se manifiesta un estado de recuperación buena, por lo tanto esta es aceptable por parte del deficiente ya que tiene una integración familiar o social de buena calidad para su recuperación, en las actividades cotidianas.

76-100. Se manifiesta un estado de recuperación muy bueno, por lo tanto esta es aceptable por parte del deficiente ya que tiene una integración familiar o social de excelente calidad para su recuperación, en las actividades cotidianas.

## Capítulo 3

### Resultados

El protocolo fue planteado de acuerdo a las necesidades tanto de los servicios de trabajo social y nefrología para que el estudio dispusiera de la buena voluntad y cooperación de los pacientes y por ende, la actitud de la investigación va a realizarse de tipo observacional, la colección de datos favorece a tratarse de un estudio retrospectivo, así como la cinética del estudio será transversal y por el tipo de proyección de la investigación se reflejará como un trabajo descriptivo.

Se presentó el protocolo con los médicos responsables en el Servicio de Nefrología y a la vez con la jefa de Trabajo Social del Centro Médico Nacional “La Raza” IMSS, ubicado en la parte norte de la ciudad de México sobre el Circuito Interior, esquina Av. Vallejo y la Av. de los Insurgentes Norte, a quienes se les expuso los objetivos e hipótesis y el desarrollo protocolario para que a su vez, también fuera expuesto a los integrantes del Comité de Trasplante Renal integrado por médicos nefrólogos y cirujanos, nutriólogos y trabajadores sociales, quienes se encargan de evaluar los elementos oficiales establecidos y llevar a cabo la selección de los pacientes aptos por recibir el trasplante renal. Posteriormente, estos pacientes pasan a la junta directiva en donde son re-valorados y se analiza si las condiciones socioeconómicas son favorables para la recuperación del paciente.

Al conocer toda la serie de procedimientos, los pacientes que son catalogados como candidatos a recibir el trasplante renal, se le refiere al Jefe de la Unidad de Trasplante Renal (UTR) para dar inicio a todo el tratamiento quirúrgico y hospitalario que tenga lugar, a la vez se le dio a conocer el presente protocolo y fue quien proporcionó un listado de 36 pacientes que se les realizó el trasplante renal durante el año 2003 contando con los siguientes datos: el sexo del receptor o paciente que

se le realizó el trasplante renal, la filiación al IMSS y edad; para el donador se registra el sexo y relación de parentesco y su edad como se describe en el Anexo 1.

Sin embargo, es frecuente que cuando alguien esta interesado en investigar un fenómeno o un problema encuentra datos documentales previamente estudiados, si los toma como “dogma” por consecuencia muchos llegan abandonan la investigación. Pero es preciso recordar que no hay dos estudios idénticos a reserva de que en la actualidad se “clonen”, en otros términos, los copien idénticos.

Por consecuencia al lector por más culto que sea en la materia, inmediatamente se dará cuenta de los trabajos de investigación que llegan a ser copia inédita, en caso de llegar a ser comparados, en la revisión nos daremos cuenta qué trabajo es original y más por el planteamiento y problemas encontrados. Por tal motivo, estos aspectos permiten determinar cuando una investigación es original, con un tema nuevo y que tiene algo diferente, sobre todo lo más importante que es la aplicación y desarrollo del método científico permitiéndonos conocer amplia y razonadamente un problema en base a estudios que se realicen posteriormente siguiendo éste como una guía de gran utilidad.

La recolección de datos de forma retrospectiva para la investigación “ex postfacto”, es decir, el evento o fenómeno que ya ocurrió y la relación causa-efecto ya está registrada después de haberse presentado y para ello, se emplearon los siguientes criterios de selección de los pacientes para integrar la muestra.

La obtención de los datos es una de las fases que se requiere de mayor cantidad de tiempo y por consecuencia, resulta ser la más variable de un proyecto a otro. Para las encuestas o entrevistas por vía telefónica de persona a persona se ha intentado ponerse de acuerdo con los entrevistados con el fin de obtener una correcta información basada en una buena disposición de los participantes.

Con la finalidad de conocer y evaluar la problemática social y familiar de pacientes con problemas de trasplante renal se propone un reactivo que para interpretar desde el punto de vista del trabajo social, cuáles son los problemas más frecuentes en este tipo de paciente.

Se elaboraron dos tipos de reactivos una para evaluar la problemática del paciente y otro para evaluar los problemas que padece la familia.

El cuestionario elaborado evalúa de una forma mixta (cualitativa y cuantitativa) este tipo de problemas se aplicó a una muestra de 23 pacientes de una población de 36.

El número de reactivos en el cuestionario 1 que evalúa la problemática del paciente fue de 41 preguntas (Anexo 4).

De la relación inicial se consideró el gran total con 36 pacientes programados para la realización de la cirugía de trasplante de riñón, correspondiendo a 21 (5 de cada 7) pacientes al sexo masculino, y 15 (2 de cada 3) pacientes correspondió al sexo femenino. Así mismo, 27 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio. De este total de pacientes posteriormente se excluyeron 4 de ellos por la falta de localización y actualización de datos registrados en la unidad hospitalaria de un principio por los profesionales de la salud de la misma unidad hospitalaria o simplemente “a sabiendas” porque el paciente se sintió bien y continuó su vida normal sin notificar el cambio de domicilio y número telefónico previamente registrado. De estos 4 pacientes, 2 de ellos se les perdió la pista al ser referidos a la unidad hospitalaria más cercana a su residencia original o domicilio de origen ya que venían de la provincia; a 1 paciente se le suspendió la cirugía quedando diferida en fecha, la cual rebasó el límite del tiempo de la realización del estudio y el último paciente quedó por último excluido por generar confusión en algunos resultados de importancia para el estudio y el total de participante se cerró en 23 pacientes.

Para completar la información requerida después de apoyarnos en los expedientes clínicos se utilizó la técnica de entrevista empleando dos tipos de indicadores utilizados en la entrevista formal con los pacientes (ver anexo 4 y 5). Las 2 trabajadoras sociales que nos abocamos a obtener la información, previamente nos estandarizamos con los instrumentos de la entrevista empleada con el propósito de generar sesgos desde un principio. Al término de cada entrevista tanto a los pacientes como a los familiares, la información fue colectada y vertida en cuadros de resultados y poder dar la interpretación correspondiente con las características propias que aportó cada paciente y cada familia y que nos permita conocer si el ámbito de su entorno es favorable o contraproducente para la recuperación del paciente y al mismo tiempo medir el grado de adaptabilidad en la familia considerado como el primero y primer medio social con el que se relaciona.

### 3.1 Cuadros e interpretaciones

#### I Datos Generales

##### 1.- TIPOS DE FAMILIA

| FAMILIA    | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------|------------|------------|
| A) NUCLEAR | 19         | 82.61%     |
| B) EXTENSA | 4          | 17.39%     |
| TOTAL      | 23         | 100%       |

Existen dos tipos de familias que son consideradas como la base de toda sociedad, sin embargo al entrevistar a 23 familias de pacientes que recibieron trasplante de riñón en el Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional la Raza en el año 2003, sobresalió el tipo de familia nuclear con el **82.61%** las cuales estaban integradas por padre, madre e hijos al cual pertenecía el paciente.

## 2.- NUMERO DE MIEMBROS DENTRO DEL GRUPO FAMILIAR

| No. DE PERSONAS | No. DE FAMILIAS | PORCENTAJE |
|-----------------|-----------------|------------|
| A) 2 A 4        | 12              | 52.17%     |
| B) 5 A 7        | 9               | 39.13%     |
| C) 8 A 10       | 1               | 4.34%      |
| D) 11 A 13      | 0               | 0          |
| E) 13 O MAS     | 1               | 4.34%      |
| TOTAL           | 23              | 100%       |

Hoy en día la sociedad mexicana considera que la familia pequeña vive mejor y esto se ve reflejado en las familias de los pacientes que recibieron trasplante renal en el año 2003, las cuales se encuentran integradas de 2 a 4 miembros (padre, madre e hijos) entre los cuales se incluyen al paciente) con un **52.17%**; mientras que el **39.13%** lo conformaban de 5 a 7 personas.

## 3.- ACTITUD DE LA FAMILIA AL CONOCER EL DIAGNOSTICO DE SU FAMILIAR

| CONCEPTO        | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| A) TRISTEZA     | 6          | 26.08%     |
| B) CONFUSIÓN    | 2          | 8.70%      |
| C) ANGUSTIA     | 1          | 4.34%      |
| D) SORPRESA     | 4          | 17.40%     |
| E) INDIFERENCIA | 0          | 0          |
| F) ENOJO        | 6          | 26.08%     |
| G) MIEDO        | 4          | 17.40%     |
| TOTAL           | 23         | 100%       |

La actitud tomada por la familia del paciente al recibir él diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica de su familiar, produjo dos actitudes con igual porcentaje de **26.08%** de tristeza y enojo; por ser una noticia inesperada para el resto de los integrantes del grupo ante la travesía por la que estaban pasando cada una de los familiares de los pacientes que fueron trasplantados en el año 2003 Centro Médico Nacional la Raza, ya que no conocían las dificultades que se presentarían con dicho diagnóstico y en algunos casos estas carecían de estímulos para sobrellevar dicho problema de salud.

#### 4.- ACCIONES DE LA FAMILIA PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE

| ACCIONES FAMILIARES  | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| A) CUIDADOS FÍSICOS<br>(EVITAR ESFUERZOS)                                | 7          | 30.43%     |
| B) REMODELACIÓN DE LA<br>HABITACION                                      | 5          | 21.74%     |
| C) CAMBIOS DE HÁBITOS<br>ALIMENTARIOS E HIGIÉNICOS.                      | 5          | 21.74%     |
| D) CUIDADOS FÍSICOS Y CAMBIOS<br>DE HÁBITOS HIGIÉNICOS Y<br>ALIMENTARIOS | 1          | 4.34%      |
| E) REMODELACIÓN HABITACIONAL<br>Y CUIDADOS FÍSICOS.                      | 4          | 17.39%     |
| F) NINGUNA   | 1          | 4.34%      |
| TOTAL  | 23         | 100%       |

Para conservar y prolongar la vida del enfermo que resultó con una Insuficiencia Renal Crónica la familia tomo algunas medidas para el cuidado del paciente localizándose en primer lugar el cuidado físico (**30.43%**) el cual consiste en

evitar que este realizara movimientos bruscos e innecesarios, en segundo lugar se encontraron la remodelación de la habitación con el **21.74%** y que consistió en sellar ventanas, evitar la acumulación de polvo y el cambio de color utilizado en las paredes; en igual porcentaje se encontró el cambio de hábitos higiénicos y alimentarios con el **21.74%**.

#### 5.- RECIBIÓ APOYO LA FAMILIA

| APOYO FAMILIAR | FRECUENCIA | PORCENTAJE. |
|----------------|------------|-------------|
| A) SÍ          | 23         | 100%        |
| B) NO          | 0          | 0           |
| TOTAL          | 23         | 100%        |

El **100%** de los pacientes manifestaron haber recibido apoyo por parte de su familia y amigos permitiendo ser reintegrativos y solidarios.

#### 6.- TIPO DE APOYO BRINDANDO POR LA FAMILIAR

| CONCEPTO                     | FRECUENCIA |         |         | PORCENTAJE |         |         |
|------------------------------|------------|---------|---------|------------|---------|---------|
|                              | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS |
| A) Moral                     | 9          | 3       | 6       | 39.132%    | 13.04%  | 26.08%  |
| B)Moral económico            | 3          | 6       | 5       | 13.04%     | 26.09%  | 21.74%  |
| C)Moral emocional            | 10         | 4       | 0       | 43.48%     | 17.39%  | 0       |
| D)Moral, emocional económico | 1          | 6       | 0       | 4.34%      | 26.08%  | 0%      |

|                               |    |    |    |      |        |        |
|-------------------------------|----|----|----|------|--------|--------|
| E)Moral,<br>emocional, físico | 0  | 3  | 0  | 0    | 13.04% | 43.48% |
| F) Moral, físico              | 0  | 1  | 0  | 0    | 4.34%  | 0%     |
| G)Moral,<br>económico físico  | 0  | 0  | 10 | 0    | 0      | 8.70%  |
| H) Moral físico               | 0  | 0  | 2  | 2    | 0      | 0%     |
| TOTAL                         | 23 | 23 | 23 | 100% | 100%   | 100%   |

Siendo una de las funciones principales de la familia el establecer relaciones de la pareja (hombre-mujer) entre los hijos para la supervivencia de este grupo, el tipo de apoyo que se brindó al paciente antes de conocer su estado de salud fue moral y emocional con el **43.48%**, durante su convalecencia se incluyó el apoyo económico lo que dio un porcentaje del **26.08%** y una vez realizado el trasplante, el apoyo que más se observó fue el moral, económico y físico con el **8.70%**.

## II. CONVIVENCIA FAMILIAR

### 7.- INFLUENCIA DEL DIAGNOSTICO EN LAS RELACIONES FAMILIARES

| RANGO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| A) SÍ | 11         | 47.83%     |
| B) NO | 12         | 52.17%     |
| TOTAL | 23         | 100%       |

El **52.17%** de los entrevistados consideró que no hubo diferencias significativas para que el diagnóstico médico influyera en las relaciones familiares pues estos consideraban que la dinámica era el conjunto de pautas que se presentaban de la relación de pareja con los demás integrantes del grupo familiar.

## 8.- COMO ERAN LAS RELACIONES FAMILIARES

| RANGO        | FRECUENCIA |         |         | PORCENTAJE |         |         |
|--------------|------------|---------|---------|------------|---------|---------|
|              | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS |
| A) Buena     | 16         | 11      | 21      | 69.57%     | 47.83%  | 91.30%  |
| B) Regulares | 4          | 6       | 2       | 17.39%     | 26.04%  | 8.70%   |
| C) Malas     | 3          | 8       | 0       | 13.04%     | 34.78%  | 0       |
| TOTAL        | 23         | 23      | 23      | 100%       | 100%    | 100%    |

Entre las familias constituidas por un matrimonio o que se formaron por una unión libre, así como aquellas que no tienen hijos, existe como base de sus relaciones el amor entre dos personas (hombre-mujer) y su descendencia es considerada como una institución, en la cual, la comunicación es un elemento importante ya que a través de estas se expresan los sentimientos de cada uno de los integrantes y del grupo en general, por tal motivo se obtuvo que en dos de cada tres familias (**69.57%**), antes de conocer el diagnóstico de su familiar establecieron que sus relaciones familiares fueron buenas gracias al respeto que existía entre sus integrantes, el derecho, la educación, los valores y la cultura que tenía cada una de las familias, lo que permitió que el resultado fuera favorable para todo el grupo. Durante la enfermedad del paciente y debido al estado de ánimo que poseía el enfermo por el padecimiento que le ocasionó diferentes actitudes como la tristeza, la angustia, el enojo, la sorpresa y en otros ocasionó que el porcentaje disminuyera a un **47.93%** principalmente porque el paciente enfermo consideraba culpable a la familia pues al no encontrar una respuesta lógica, creía que su enfermedad era de origen genético, es decir, por herencia de sus antecesores. Después de recibir el enfermo su trasplante de riñón y gracias al cambio de actitud que tuvo el enfermo, la buena relación se incrementó de manera considerable para beneficio de todos en un **91.30%**, así como el fortalecimiento de los diversos elementos que se establecen como base de las relaciones familiares. Sin embargo, es importante señalar que la comunicación se conjuga con la oportunidad y la espontaneidad que se da en las relaciones interpersonales de sus integrantes.

## 9.- COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA

| RANGO      | FRECUENCIA |         |         | PORCENTAJE |         |         |
|------------|------------|---------|---------|------------|---------|---------|
|            | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS |
| A) Buena   | 15         | 18      | 19      | 65.22%     | 78.26%  | 82.66%  |
| B) Regular | 5          | 4       | 4       | 21.74%     | 17.39%  | 17.34%  |
| C) Mala    | 3          | 1       | 0       | 13.04%     | 4.34%   | 0       |
| TOTAL      | 23         | 23      | 23      | 100%       | 100%    | 100%    |

Siendo la comunicación un conjunto de mensajes verbales o no verbales por el cual los individuos se relacionan y los cuales llegan a ser diferentes en cada grupo familiar, esta llegó a considerarse buena antes de conocer el diagnóstico de salud de su familiar como buena en un **65.22%** la cual se basaba en la conversación, la libertad y el respeto entre sus integrantes; durante el padecimiento estos elementos se fortalecieron por lo que hubo un incremento en el porcentaje a un **78.26%** y una vez recibido el trasplante de riñón y por la experiencia vivida las redes de comunicación siguieron siendo buenas en un **82.66%**.

## III. DATOS ECONÓMICOS DE LA FAMILIA

## 10.- INFLUYÓ EL ESTADO DE SALUD EN LA ECONOMÍA FAMILIAR.

| RANGO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| A) SI | 3          | 13.04%     |
| B) NO | 20         | 86.96%     |
| TOTAL | 23         | 100%       |

Fue interesante detectar que una de cada veinte familias (**86.96%**) inicialmente no se observó repercusión alguna que lastimara la economía familiar a

consecuencia del problema de salud del paciente trasplantado, tal vez favoreció en la atención médica proporcionada desde los primeros síntomas del paciente en instituciones públicas del Sector Salud, que en este caso correspondió al IMSS. Esta, como las instituciones integradoras proporciona los medicamentos propios para el tratamiento sustituto (hemodiálisis y diálisis) de la enfermedad y conservar así la vida del enfermo hasta que se logre el trasplante.

Mientras el **13.04%** restante aseguró haber visto e identificado algún tipo de problema económico por el costo de los medicamentos y el tratamiento sustituto. Al haberse atendido con médicos particulares el asegurado decidió acudir al Instituto Mexicano del Seguro Social para su protocolo de trasplante y su tratamiento posterior a la cirugía.

#### 11.- ECONOMÍA DE LA FAMILIA

| RANGO      | FRECUENCIA |         |         | PORCENTAJE |         |         |
|------------|------------|---------|---------|------------|---------|---------|
|            | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS |
| A) Buena   | 19         | 11      | 16      | 82.61%     | 47.83%  | 49.59%  |
| B) Regular | 3          | 10      | 6       | 13.04%     | 43.48%  | 26.08%  |
| C) Mala    | 1          | 2       | 1       | 4.34%      | 8.70%   | 4.34%   |
| TOTAL      | 23         | 23      | 23      | 100%       | 100%    | 100%    |

Todas las familias suelen tener dificultades económicas dependiendo de su nivel socioeconómico, pero a pesar de esto, de las 23 familias FPT, 03, CMNR y pesar por las circunstancias por las que estaban pasando, afirmaron en un **86.61%** que su economía fue buena antes de conocer el diagnóstico de la salud de su familiar. Una vez conocido el diagnóstico insuficiencia renal crónica y durante la enfermedad del sujeto el porcentaje disminuyó a **47.83%** y la economía siguió siendo buena pero se vio influida por el cambio repentino del rol económico del paciente que de ser proveedor o contribuyente pasó a ser dependiente, el gasto familiar les

alcanzaba para vestir, comer y tener educación pero, en vez de salir a pasear se invertía en transporte para acudir a las consultas medicas, el cambio del rol económico se debió a que el enfermo se vio en algunas ocasiones en la necesidad de dejar de desempeñar ciertas labores que requerían de un esfuerzo físico y el cuál perjudicaría en su estado de salud.

Después de que el sujeto recibió el trasplante de riñón, el porcentaje volvió a incrementarse pero no como antes de conocer su estado de salud, aunque algunoS se volvieron a incorporar a la actividad que desempeñaba.

#### 12.- INCREMENTO DEL GASTO FAMILIAR DESPUÉS DEL TRASPLANTE.

| RANGO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------|------------|------------|
| A) SÍ | 2          | 8.70%      |
| B) NO | 21         | 91.30%     |
| TOTAL | 23         | 100%       |

El gasto familiar no se vio afectado por el diagnostico que presentó uno de los integrantes al padecer Insuficiencia Renal Crónica en ninguna etapa de su padecimiento, por tal motivo al entrevistar a 23 familias de pacientes de la Unidad de Trasplante Renal del Centro Medico la Raza con el **91.30%** se estableció que después del trasplante de riñón a su familiar, no se afecto su estabilidad económica, sino todo lo contrario ya que, estabilizo gracias a que las consultas al médico ya no eran tan frecuentes, mientras que el **8.70%** manifestó que sí hubo incremento en el gasto familiar debido a que tenían que pagar transporte para acudir a sus chequeos médicos y por la dieta que deberían llevar para evitar el rechazo del trasplante de riñón.

## 13.- ROL ECONÓMICO DEL PACIENTE

| RANGO               | FRECUENCIA |         |         | PORCENTAJE |         |         |
|---------------------|------------|---------|---------|------------|---------|---------|
|                     | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS |
| A) Proveedor        | 9          | 3       | 4       | 39.13%     | 13.04%  | 17.39%  |
| B)<br>Contribuyente | 10         | 10      | 11      | 43.48%     | 43.48%  | 47.83%  |
| C)<br>Dependiente   | 4          | 10      | 8       | 17.39%     | 43.48%  | 14.78%  |
| TOTAL               | 23         | 23      | 23      | 100%       | 100%    | 100%    |

La familia juega un papel importante en la sociedad ya que, es la instancia en la que el sujeto tiene sus primeras relaciones sociales por medio de las cuáles se integraban como un sujeto productivo que generaba un bienestar personal, grupal y social. Como diagnostico el sujeto con un **43.48%** desempeño el rol económico de contribuyente por encontrarse en una edad de 26 a 36 años y por seguir siendo miembro de la familia de origen y no tener ninguna obligación todavía.

Durante el padecimiento de la Insuficiencia Renal Crónica en igual porcentaje de **43.48%** se localizó al paciente en los roles de contribuyente y dependiente, es importante señalar que los roles fueron cambiando de acuerdo con el estado físico que presentó el enfermo así como, del tipo de acuerdo al que llegó con su grupo familiar, así como del estado psicológico con el que se iba viendo conforme avanzaba la enfermedad que involucró los valores afectivos del paciente y los demás integrantes de la familia.

Aun después de haber recibido el injerto de riñón el paciente siguió desempeñando el rol de dependiente en mayor porcentaje con un **47.83%**, en la de contribuyente no tanto por la poca oportunidad de incorporarse al ámbito laboral sino más bien por los cuidados que debían tener con el sujeto para evitar el rechazo del

injerto que lo mantuvo los primeros 90 días en aislamiento absoluto y con una dieta estricta en la que debía de consumir frutas y verduras bien desinfectadas y cocidas perfectamente, además, de que le impidió después de este tiempo el esfuerzo físico, por lo que tuvo que volver a recibir el apoyo de su familia que no lo había abandonado en ningún momento desde que conocieron su diagnóstico de salud hasta el momento de recibir su trasplante de riñón.

#### IV.- DATOS PERSONALES DEL PACIENTE Y DEL DONADOR.

##### 14.- EDAD DEL RECEPTOR.

| RANGO       | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| A) 15 A 25  | 6          | 26.09%     |
| B) 26 A 36  | 13         | 56.52%     |
| C) 37 A 57  | 3          | 13.04%     |
| D) 48 O MÁS | 1          | 4.34%      |
| TOTAL       | 23         | 100%       |

El ciclo vital de la familia considera a una de sus etapas como adulto joven en donde existen algunos cambios asociados a resaltar la diferencia respecto a la familia de origen y el desarrollo íntimo entre la pareja y al entrevistar a 23 pacientes se descubrió que el **56.52%** de ellos se encontraban en esta etapa pues contaba con la edad aproximada de 26 a 36 años de edad, siguiéndole con un **26.08%** los pacientes que se encontraban en el rango de 15 a 25 años de edad y en donde el paciente solo trabajó para contribuir en el gasto de su grupo familiar, sin tener una responsabilidad propia de una familia, solo **13.04%** se encontró a los pacientes que tenían una edad de 37 a 47 años y en el último lugar encontramos a pacientes que contaban con más de 48 años de edad con un porcentaje de **4.34%** y los cuáles, desempeñaban una actividad laboral todavía a pesar de haber recibido el trasplante de riñón en el año 2003.

## 15.- SEXO DEL PACIENTE.

| RANGO        | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--------------|------------|------------|
| A) Femenino  | 9          | 39.13%     |
| B) Masculino | 14         | 60.87%     |
| TOTAL        | 23         | 100%       |

De los pacientes que recibieron Trasplante de Riñón en el Hospital Centro Médico la Raza en el año 2003 se observó que más de la mitad de los pacientes con el **60.87%** son hombres que se encontraban en edad productiva y los cuáles en su mayoría desempeñaban el rol de proveedor o contribuyente en su grupo familiar y sólo el **39.13%** pertenecían al sexo femenino las cuáles son amas de casa o trabajan sólo para contribuir en el gasto familiar, por lo que su rol económico era el de dependiente en su gran mayoría, ya que sí bien otras trabajan sus ingresos sólo eran para gastos personales.

## 16.- ESCOLARIDAD DEL PACIENTE

| CONCEPTO                                  | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|------------|------------|
| I.- NIVEL BÁSICO                          |            |            |
| A) Primaria incompleta                    | 1          | 4.34%      |
| B) Primaria completa                      | 1          | 4.34%      |
| C) Secundaria incompleta                  | 1          | 4.34%      |
| D) Secundaria completa                    | 6          | 26.09%     |
| II.- NIVEL MEDIO SUPERIOR                 |            |            |
| E) Preparatoria o bachillerato incompleto | 4          | 17.39%     |
| F) Preparatoria o bachillerato completo   | 3          | 13.04%     |
| G) Carrera Técnica                        | 2          | 8.70%      |
| III.- NIVEL SUPERIOR                      |            |            |

|                            |    |        |
|----------------------------|----|--------|
| H) Licenciatura incompleta | 0  | 0      |
| I) Licenciatura completa   | 5  | 21.74% |
| TOTAL                      | 23 | 100%   |

Como se puede observar en el cuadro, en cualquier nivel educativo se puede presentar la enfermedad, sin embargo, en el caso de los pacientes entrevistados el porcentaje más alto de escolaridad fue la secundaria completa, con un **26.09%**, siguiendo la licenciatura completa con **21.74%**, continuando la preparatoria o el bachillerato incompleto, con un **17.39%** y siguiéndole con un **13.04%** la preparatoria o el bachillerato completo con el **8.70%**, le siguió la formación de carrera técnica con el **4.34%** y la primaria incompleta; primaria completa y secundaria, con lo que se puede demostrar que la Insuficiencia Renal Crónica no distingue edad, sexo o nivel educativo de las personas, pero si puede ayudar a comprender al sujeto sobre lo que es la enfermedad y sobretodo los cuidados que debe tener durante su padecimiento.

#### 17.- PARENTESCO DEL DONADOR

| DONADOR          | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------------|------------|------------|
| A) Padre o madre | 7          | 30.43%     |
| B) Esposo (a)    | 4          | 17.39%     |
| C) Hermano (a)   | 11         | 47.82%     |
| D) Hijo (a)      | 0          | 0          |
| E) Otros         | 1          | 4.34%      |
| TOTAL            | 23         | 100%       |

El tipo de donación que se efectuó entre los pacientes que fueron candidatos en el año 2003 para recibir trasplante de riñón está sustentado por la Ley General de Salud en su decimocuarto artículo en donde se establece que la donación de donador vivo es aquella en que los lazos consanguíneos tienen una relación, además de que genéticamente resultan compatibles. El **47.82%** representa la donación entre hermanos (as), el **30.43%** corresponde a la donación hecha de padres a hijos.

Otro tipo de donación que se dio fue la de tipo afectivo como lo fue en el caso de la donación entre esposo (a) en la cual solo existe como lazo el amor a su pareja.

#### 18.- EDAD DEL DONADOR.

| RANGO DE EDAD | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| A) 15 A 25    | 0          | 0          |
| B) 26 A 36    | 10         | 43.48%     |
| C) 37 A 47    | 5          | 21.74%     |
| D) 48 A MAS   | 8          | 34.79%     |
| TOTAL         | 23         | 100%       |

A pesar de que la Ley General de Salud establece como edad limite para ser donador vivo la edad de 50 años encontramos que esto puede depender del estado de salud del donador así como la demanda de la donación, por tal motivo encontré con el **43.48%** a los donadores entre las edades de 26 a 36 años, y con el **34.78%** a los pacientes con más de 48 años, entre los cuales se encuentran el caso de 4 personas que rebasaban la edad limite pero se encontraban en un buen estado de salud y dispuesto a ayudar a su familia a darles otra oportunidad para vivir.

#### 19.- ACTITUD DEL PACIENTE ANTE LA ENFERMEDAD.

| RANGO       | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-------------|------------|------------|
| A) TRISTEZA | 6          | 26.09%     |
| B) ENOJO    | 6          | 26.09%     |
| C) SORPRESA | 4          | 17.39%     |
| D) MIEDO    | 4          | 17.39%     |

|              |    |       |
|--------------|----|-------|
| E) CONFUSIÓN | 2  | 8.70% |
| F) ANGUSTIA  | 1  | 4.34% |
| TOTAL        | 23 | 100%  |

Todos los seres humanos tenemos sentimientos y entre los enfermos de insuficiencia renal crónica, la actitud que tomaron fue diversa ante la situación, por lo que se encontró el porcentaje de **26.08%** de tristeza y enojo al no saber que pasaría con su futuro y al no querer aceptar la realidad de lo que estaba viviendo.

#### 20.- MOTIVACIÓN DEL PACIENTE PARA SALIR ADELANTE

| RANGO      | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------|------------|------------|
| A) FAMILIA | 18         | 78.26%     |
| B) PAREJA  | 1          | 4.34%      |
| C) OTROS   | 4          | 17.30%     |
| TOTAL      | 23         | 100%       |

El principal motivo del paciente para salir adelante con su enfermedad fue la familia con el **78.26%** y con el **17.30%** se encontraron otros sujetos ajenos al grupo familiar como eran amigos vecinos etc.

#### 21.- DIRECCIÓN DE LA FAMILIA Y EL PACIENTE

| RANGO  | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|--|------------|------------|
| A) DELEGACIÓN  | 8          | 34.78%     |
| B) MUNICIPIO DEL ESTADO DE MÉXICO                                  | 12         | 52.17%     |
| C) OTRO ESTADO DE LA REPUBLICA<br>(TLAXCALA, MICHOACÁN Y GUERRERO) | 3          | 3.045      |
| TOTAL  | 23         | 100%       |

Poco más de la mitad, el **52.17%** de las familias que tuvieron un paciente en la UTR del Hospital de Especialidades de la Raza en el año 2003 radicaban en los municipios del Estado de México y solo el **34.78%** en las delegaciones del DF.

## V. DATOS LABORALES

### 22.- OCUPACIÓN DEL PACIENTE

| RANGO                   | FRECUENCIA |         |         | PORCENTAJE |         |         |
|-------------------------|------------|---------|---------|------------|---------|---------|
|                         | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS |
| A)EMPLEADO              | 22         | 8       | 10      | 95.65%     | 34.78%  | 43.47%  |
| B)PENSIONADO            | 0          | 3       | 4       | 0          | 13.04%  | 17.39%  |
| C)DESEMPLEADO           | 0          | 5       | 1       | 0          | 21.74%  | 4.34%   |
| D)HOGAR                 | 0          | 5       | 3       | 0          | 21.7%   | 13.04%  |
| E)ESTUDIANTES           | 1          | 0       | 2       | 4.34%      | 0       | 8.70%   |
| F)TRABAJO POR SU CUENTA | 0          | 2       | 3       | 0          | 8.70%   | 13.04%  |
| TOTAL                   | 23         | 23      | 23      | 100%       | 100%    | 100%    |

Antes de conocer el diagnóstico de salud los sujetos en un **95.65%** desempeñaba la ocupación de empleado, principalmente en el rol económico de su grupo familiar como proveedor por ser padre de familia. Una vez conocido el diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica el porcentaje en esta ocupación disminuyó al **34.78%** debido a los cambios de rol que se presentaron por causa de la enfermedad en donde algunos pacientes perdieron su trabajo o se dedicaron a otro tipo de actividades en el hogar por encontrarse entre los pacientes mujeres madres de familia e incluso padres que decidieron apoyar en las labores de hogar al mismo tiempo que ocuparon la oportunidad para convivir con la familia. Después de recibir

el trasplante, el porcentaje en la ocupación de empleado fue de **43.47%** gracias a que algunos pacientes se volvieron a incorporar a su actividad, mientras que el **17.39%** continuó pensionado ya que, fue importante detectar que en esta última fase la proporción de la ocupación varió, pues no todos los pacientes se pudieron incorporar al ámbito laboral o no lo quisieron hacer por miedo a tener un rechazo de su trasplante y con ello poner en peligro su vida.

### 23.- PUESTO QUE DESEMPEÑO.

| TIPO DE TRABAJO         | FRECUENCIA |         |         | PORCENTAJE |         |         |
|-------------------------|------------|---------|---------|------------|---------|---------|
|                         | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS | ANTES      | DURANTE | DESPUÉS |
| A) Administrativo       | 2          | 1       | 2       | 8.70%      | 4.34%   | 8.70%   |
| B) De oficina           | 5          | 2       | 3       | 21.74%     | 8.70%   | 13.04%  |
| C) En empresa o fabrica | 7          | 4       | 3       | 30.43%     | 17.39%  | 13.04%  |
| D) Comerciante          | 5          | 2       | 3       | 21.24%     | 8.70%   | 13.04%  |
| E) Por su cuenta        | 1          | 1       | 3       | 4.34       | 4.34%   | 13.04%  |
| F) Ama de casa          | 0          | 6       | 3       | 0          | 26.09%  | 13.04%  |
| H) Estudiante           | 1          | 0       | 2       | 4.34%      | 0       | 8.70%   |
| I) Otros                | 2          | 7       | 4       | 8.70%      | 30.43%  | 17.39%  |
| TOTAL                   | 23         | 23      | 23      | 100%       | 100%    | 100%    |

El **30.43%** de los individuos desempeñó labores en una empresa o fábrica antes de conocer su estado, una vez conocido su padecimiento y por las limitaciones físicas que tenía el enfermo para desempeñar sus actividades laborales, no permitió determinar el puesto que desempeño en un **30.43%** y lo mismo, ocurrió una vez recibido el trasplante renal en un **17.39%**.

## 24.- SITUACIÓN DE ACEPTACIÓN O RECHAZO LABORAL

| CONCEPTO | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------|------------|------------|
| A) SÍ    | 5          | 21.74%     |
| B) NO    | 18         | 78.26%     |
| TOTAL    | 23         | 100%       |

Fue interesante descubrir que en nuestro universo de investigación de **23 pacientes** en la Unidad de Trasplante Renal en el año 2003 se consideró que no hubo ningún tipo de discriminación hacia ellos por haber presentado Insuficiencia Renal Crónica gracias a la comprensión que hubo por parte de sus compañeros de trabajo al igual que de sus patrones con los que el paciente contó en todo momento, aún después del trasplante de riñón y solo el **8.70%** mencionó que si hubo un trato diferente desde el momento en que se conoció su diagnóstico de salud lo que producía en el enfermo una actitud de irresponsabilidad al no sentirse apoyado por nadie.

## VI. DATOS SOCIALES

## 25.- TIPO DE COLONIA

| RANGO         | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---------------|------------|------------|
| A) Urbana     | 21         | 91.30%     |
| B) Semiurbana | 2          | 8.70       |
| TOTAL         | 23         | 100%       |

El contar con las condiciones higiénicas necesarias para la recuperación de un proceso quirúrgico es un factor importante después de un Trasplante de Riñón, por tal motivo al entrevistar a 23 pacientes se observó que el **91.30%** vivía en zona

urbana y solo el **8.70%** en zona semiurbana, pero en ambos porcentajes se contaba con todas las condiciones requeridas para la recuperación del enfermo.

#### 26.- TIPO DE HABITACIÓN.

| RANGO           | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|-----------------|------------|------------|
| A) Casa         | 21         | 91.30%     |
| B) Departamento | 2          | 8.70%      |
| TOTAL           | 23         | 100%       |

#### 27.- TIPO DE PROPIEDAD.

| PROPIEDAD  | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|------------|------------|------------|
| A)PROPIA   | 16         | 69.57%     |
| B)PRESTADA | 5          | 21.13%     |
| C)RENTADA  | 2          | 8.70%      |
| TOTAL      | 23         | 100%       |

El **91.30%** de los pacientes que recibieron trasplantes de riñón en el Hospital de La Raza en el año 2003 dijo vivir en casa propia, el **69.57%** de los pacientes y el **4.34%** habitan en casa prestada, mientras que el **8.70%** mencionó habitar en departamento en el cual el **50%** de estos era solo propietario de la vivienda del paciente y el resto vivían en departamento prestado.

La necesidad de crear un patrimonio para la familia obligó al paciente a hacerse de un patrimonio para su familia a través de la actividad laboral.

## 28. - CUENTA CON TODOS LOS SERVICIOS.

| CUENTA CON SERVICIOS | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| A) SI                | 22         | 95.65%     |
| B) NO                | 1          | 4.34%      |
| TOTAL                | 23         | 100%       |

El **95.65%** de las 23 familias en entrevistadas de pacientes trasplantados de riñón en el Hospital de Especialidades del Centro Medico la Raza afirmó que en el lugar que habitaban se contaba con todos los servicios de urbanización (agua potable, línea telefónica, luz, drenaje, pavimentación) y sólo **4.34%** manifestó carecer de pavimentación.

## 29.- LAS VÍAS DE COMUNICACIÓN SON:

| VÍAS DE COMUNICACIÓN | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|----------------------|------------|------------|
| A) BUENA             | 15         | 65.21%     |
| B) REGULARES         | 8          | 34.78%     |
| C) MALAS             | 0          | 0          |
| TOTAL                | 23         | 100%       |

Debido a que en su mayoría las familias del paciente viven en zonas urbanas, esto favoreció que las vías de comunicación en un **65.21%** puedan ser calificadas como buenas ya que, el transporte es eficaz y eficiente.

Como se puede observar en el total de las familias entrevistadas existió el apoyo moral, emocional, físico y económico hacia el enfermo, lo que dio lugar a un restablecimiento favorable del paciente a su núcleo familiar. Gracias a la comunicación y la convivencia, que se vio fortalecida durante el padecimiento, las

familias se vieron más unidas y tolerantes ante la situación que estaba pasando todo el grupo familiar.

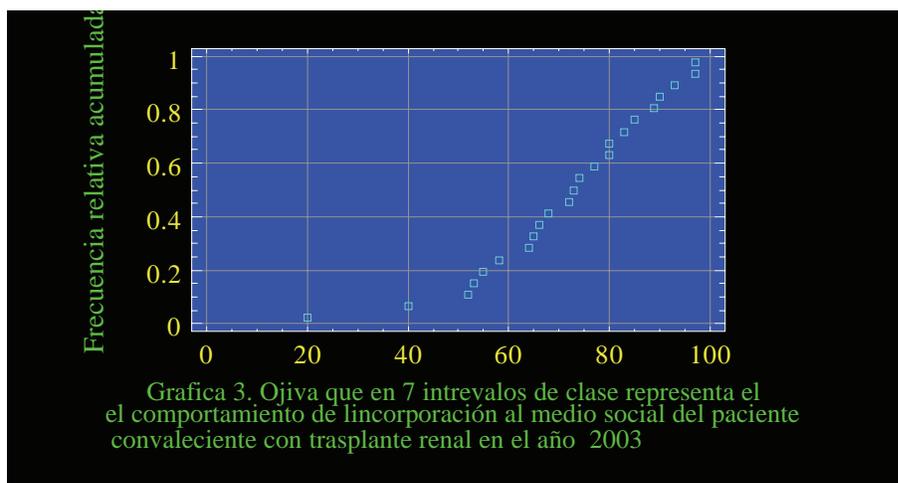
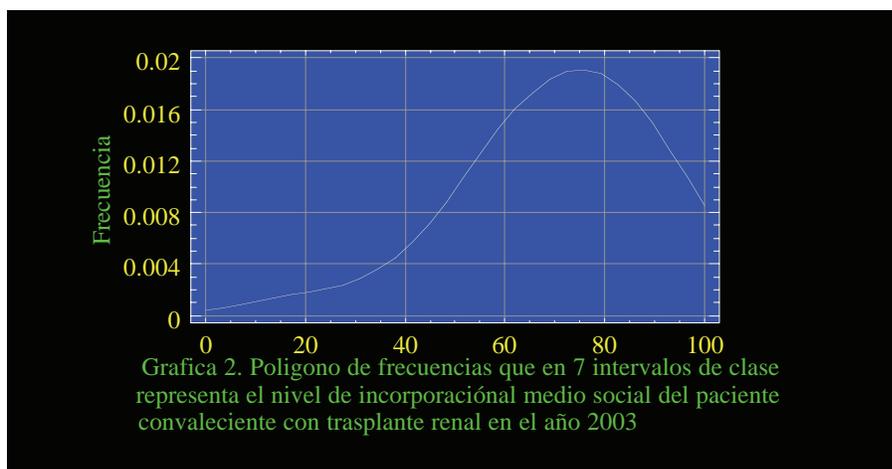
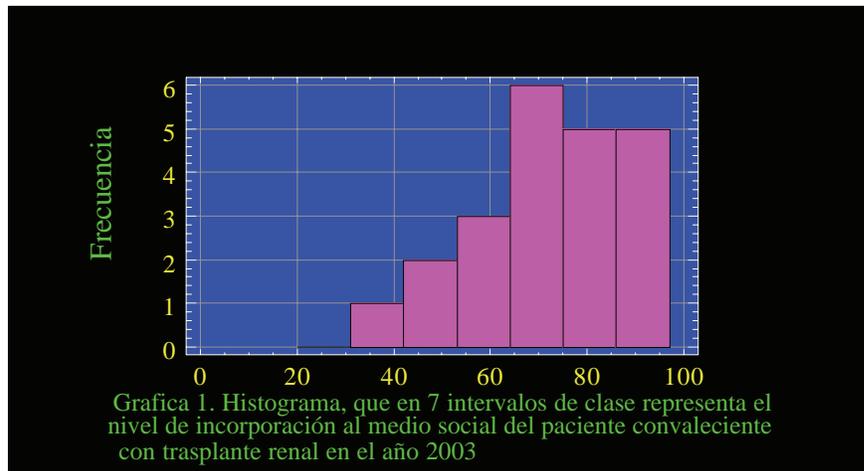
### 3.2 Graficas (Histograma, polígono de frecuencias y ojiva)

Resultados estadísticos del paciente

|                     |           |
|---------------------|-----------|
| Numero de datos     | 23        |
| Media               | 70.91     |
| Mediana             | 73.0      |
| Moda                | No existe |
| Varianza            | 357.44    |
| Desviación estándar | 18.90     |

Tabla de distribución de frecuencias para 7 intervalos de clase, de pacientes convalecientes con trasplante renal en el año 2003.

| Numero intervalo de clase | Intervalo de clase | Marca de clase | Limite real inferior | Limite real superior | Frecuencia absoluta | Frecuencia relativa |      |
|---------------------------|--------------------|----------------|----------------------|----------------------|---------------------|---------------------|------|
| A                         | 20-31              | 25.5           | 19.5                 | 31.5                 | 0                   | 0                   | 0.04 |
| B                         | 32-42              | 36.5           | 31.5                 | 42.5                 | 1                   | 0.04                | 0.08 |
| C                         | 43-53              | 47.5           | 42.5                 | 53.5                 | 2                   | 0.08                | 0.17 |
| D                         | 54-64              | 58.5           | 53.5                 | 64.5                 | 3                   | 0.13                | 0.30 |
| E                         | 65-75              | 69.5           | 64.5                 | 75.5                 | 6                   | 0.26                | 0.56 |
| F                         | 76-86              | 87.5           | 75.5                 | 86.5                 | 5                   | 0.26                | 0.78 |
| G                         | 87-97              | 91.5           | 86.5                 | 97.5                 | 5                   | 0.21                | 1    |



## Conclusiones

Una vez realizada la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

Las familias de los sujetos trasplantados de riñón presentan relaciones favorables, debido a que su dinámica familiar se basa en la comunicación, el respeto y la confianza.

Las emociones, sentimientos y actitudes intervienen de manera directa en la forma en que las personas reaccionan ante situaciones difíciles por lo que, es determinante el apoyo y confianza que brinde la familia al sujeto con insuficiencia renal crónica. La familia continúa siendo la principal fuente motivadora del sujeto trasplantado de riñón para salir adelante y reanudar sus actividades.

La insuficiencia renal crónica modifica el estilo de vida del sujeto que la padece aún después, del trasplante renal ya sea, en mayor o menor grado en alguna etapa de su ciclo vital. Teniendo que modificar aspectos como alimentación, el espacio físico donde habita, la convivencia con personas o animales y el cuidado a sí mismo.

Por otra parte, la enfermedad de la insuficiencia renal crónica actuó positivamente en las relaciones de los sujetos trasplantados de riñón ya que, fue precisamente durante el padecimiento y después de la operación quirúrgica cuando se dio una mayor unión entre los integrantes de la familia creando lazos más fuertes entre los mismos.

Durante la etapa de padecimiento de la insuficiencia renal crónica, se intentó por parte de la familia ejercer un cuidado meticuloso, tratando de limitar las acciones

físicas que el sujeto deseaba desempeñar; sin embargo, no existió una sobreprotección debido a la actitud decisiva que el sujeto enfermo tomó, tratando de continuar de manera autosuficiente con sus actividades.

A pesar de que el estado de salud del paciente con insuficiencia renal no influye de manera determinante en la economía familiar, sí es importante en las relaciones y en el aspecto económico ya que, los sujetos que padecen de insuficiencia renal crónica y que en su mayoría son personas proveedoras o que contribuyen económicamente al gasto familiar cambian su rol de proveedores o contribuyentes a ser dependientes según, su estado de salud lo que les ocasiona preocupación y estados de ánimo deprimentes que influyen en las relaciones familiares.

El sujeto que ha recibido un trasplante de riñón y que se quiere incorporar nuevamente a las actividades laborales, tiene dificultades para conseguir un empleo en el que le den las facilidades de tiempo para acudir al médico y tener los cuidados que requiere. Por ello, el sujeto opta por omitir dicha información descuidando su salud o elige trabajar por su cuenta.

Algunos estudios de trasplante parecen ser importantes para comprender como la organización temporal regula los procesos de envejecimiento y enfermedad. Todos los pacientes observan después de un trasplante renal alteraciones en su reloj biológico.

Los resultados estadísticos demuestran que en esta fase de la investigación que en el reactivo aplicado de acuerdo con la media es de 70.91 donde el paciente que cuenta con la ayuda familiar, su recuperación, de acuerdo con la escala propuesta, con intervalo de 51 a 75 puntos es favorable, demostrando la importancia que tiene el núcleo familiar y social en la adecuada recuperación del paciente con trasplante renal en las actividades de su vida cotidiana.

## Sugerencias

Las enfermedades crónicas como lo es la Insuficiencia Renal sugiere un problema que requiere mayor atención no sólo durante la enfermedad sino todo el tiempo que conlleve dicho padecimiento hasta su restablecimiento total, procurando darle un seguimiento paulatino que involucre a todos los actores que rodean al sujeto enfermo como son la pareja y la familia en primer plano y en el segundo, podríamos situar a los amigos compañeros de trabajo, vecinos etc.

Las sugerencias que propone trabajo social para facilitar la incorporación del sujeto a su ámbito familiar son las siguientes:

1.- El profesional de trabajo social como parte de un grupo multidisciplinario médico debe tener la capacidad de poder orientar tanto a los familiares como al enfermo y aclarar sus dudas sobre lo qué es la enfermedad y las recomendaciones sobre qué hacer en estos casos para lo cuál, el profesional debe capacitarse y estar actualizado sobre dicho tema y los métodos más actuales que se ocupen para contrarrestar la enfermedad, y los que el paciente y su familia en equipo puedan hacer para aminorar los efectos que produce el problema de salud, por lo que, es importante la información en cualquier etapa de la enfermedad y como cada situación que se presenta es diferente, será importante una atención individualizada con el enfermo y posteriormente, con el resto de la familia.

2.- También es importante que se forme un grupo de auto ayuda no sólo durante la enfermedad si no después del trasplante de riñón. La finalidad de la formación de estos grupos es la de exponer las vivencias que tienen cada uno de los pacientes y que podrá ayudar a los demás enfermos para ayudarles a comprender que no son los únicos que están padeciendo la enfermedad y que cada uno se enfrenta a diferentes problemas que conlleva la enfermedad de Insuficiencia Renal Crónica.

3.- Elaborar trípticos y folletos informativos que el enfermo y su familia podrá llevar a su domicilio en donde la leerá con el tiempo necesario y podrá analizarla con calma, para plantear sus dudas que serán resueltas el día que vuelva a acudir al hospital para su revisión médica.

4.- Ya que las palabras sensibilización y concientización son conceptos muy amplios y que abarca un proceso metodológico que debe llevaran un proceso tardado por lo cual no se utilizaran como alternativas pero sí, se procurará que cada uno de los que rodean al enfermo se sensibilice ante lo que esta padeciendo el paciente y procure comprenderlo y lo pueda ayudar.

Las Alternativas surgieron a partir de algunos comentarios de los pacientes, que tuvieron problemas en ese aspecto y las cuales se tomaron en cuenta para proponer estas.

5.- En esta investigación se ha observado la importancia que tiene la familia para el restablecimiento de la salud del paciente, es por esta razón que se considera esencial la creación de cursos que proporcionen el conocimiento necesario y suficiente para que puedan todos los integrantes de la familia ayudar a su familiar que esta en un proceso de recuperación, tanto en lo que concierne a la rehabilitación física, moral y mental del individuo.

6.- Que sean orientados y motivados por un trabajador social con la experiencia para no ver al paciente y a su familia como objetos de estudio y estadísticas, es decir, se de una orientación con ética profesional pues, en el entorno del paciente y su familia se debe de involucrar humanitariamente el trabajador social, con la sensibilidad de ayudar a la familia y al paciente, en la buena incorporación del paciente convaleciente.

7. Puede ser útil recomendar pautas que ayuden al familiar que cuida de un enfermo grave, crónico o incurable a mantener un buen equilibrio físico y emocional distribuyendo el tiempo al margen de la labor de asistencia al enfermo, disponiendo de un espacio físico para nosotros mismos y otro para la convivencia familiar o social.

8. Dedicar más que nunca un tiempo mínimo a la pareja e hijos porque, el mundo y la vida siguen, siendo necesario el mantener las relaciones con los amigos aunque, tengamos que espaciarlas tanto para pasear o hacer ejercicio, acudir cada cierto tiempo a espectáculos, teatro, cine, música, museos y si es necesario pedir ayuda a familiares o amistades para que nos reemplacen cuando haga falta, no hay que olvidar que asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo puede ser contradictorio al proceso de la enfermedad requiriendo de una adaptación a todas las actividades familiares que se puedan producir.

9. Es importante no descuidar la alimentación ni el descanso, el cansancio o la tristeza contribuyen a rendir menos en el trabajo de cuidador y el enfermo lo notará, es cuando se necesita ayuda pero también, conversación y buenas vibraciones ya que, el enfermo además de cuidados básicos necesita tranquilidad y mucho afecto.

10. Por otro lado las reacciones son parecidas en la mayoría de las familias que enfrentan la enfermedad crónica en uno de sus miembros, adaptándose rápidamente a la situación, ante lo cual debe evitarse lo más posible limitar la autonomía e independencia del convaleciente, que podían producir en el resto de la familia una actitud cerrada, evitando el desarrollo social del enfermo, puede ocurrir que las familias al enterarse de que uno de sus integrantes presenta una enfermedad crónica se distancie lo que traería como resultado la disolución del grupo familiar al no querer aceptar la problemática y afrontar momentos de tensión.

A N E X O S

## Anexo 1

PACIENTES SELECCIONADOS DURANTE EL AÑO DE 2003  
 PARA TRASPLANTE RENAL,  
 SERVICIOS DE NEFROLOGIA, NUTRICIÓN Y TRABAJO SOCIAL  
 CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”, IMSS.

| Paciente No.<br>RECEPTOR | No. de filiación       | Edad<br>RECEPTOR | Fecha de<br>trasplante | Donador   | Edad del<br>donador |
|--------------------------|------------------------|------------------|------------------------|-----------|---------------------|
| 1. MASCULINO             | R 9400 80 2195<br>1M80 | R 24<br>años     | 14 01 03               | D HERMANO | D 22 años           |
| 2. MASCULINO             | R 6893 78 0059<br>1M78 | R 24<br>años     | 21 01 03               | D ESPOSA  | D 30 años           |
| 3. MASCULINO             | R 3089 69 2815<br>1M69 | R 32<br>años     | 28 01 03               | D HERMANA | D 41 años           |
| 4. R Femenino            | 3993 59 0644<br>2F41   | R 41<br>años     | 18 02 03               | D HIJO    | D 23 años           |
| 5. MASCULINO             | R 9495 80 0479<br>1M80 | R 22<br>años     | 11 03 03               | D PADRE   | D 56 años           |
| 6. MASCULINO             | R 0263 47 0192<br>1M56 | R 56<br>años     | 25 03 03               | D ESPOSA  | D 53 años           |
| 7. MASCULINO             | R 0198 70 0019<br>1M70 | R 33<br>años     | 08 04 03               | D HERMANO | D 30 años           |
| 8. MASCULINO             | R 4591 73 1411<br>1M73 | R 29<br>años     | 22 04 03               | D PADRE   | D 52 años           |
| 9. MASCULINO             | R 9298 66 0211<br>1M66 | R 36<br>años     | 29 04 03               | D HERMANO | D 40 años           |
| 10. MASCULINO            | R 9600 73 0352<br>1M73 | R 29<br>años     | 13 05 03               | D PADRE   | D 53 años           |
| 11. Femenino             | R 9201 81 1529<br>2F82 | R 21<br>años     | 20 05 03               | D PADRE   | D 49 años           |
| 12. MASCULINO            | R 3095 68 0612<br>1M68 | R 35<br>años     | 03 06 03               | D TIO     | D 47 años           |
| 13. Femenino             | R 9202 84 1009<br>1F84 | R 18<br>años     | 10 06 03               | D HERMANA | D 26 años           |
| 14. Femenino             | R 1693 76 1674<br>1F76 | R 26<br>Años     | 17 06 03               | D HERMANA | D 36 años           |
| 15. MASCULINO            | R 0196 79 1157<br>1M79 | R 24<br>años     | 24 06 03               | D PADRE   | D 40 años           |

|                  |   |                      |           |    |          |                   |           |
|------------------|---|----------------------|-----------|----|----------|-------------------|-----------|
| 16.<br>MASCULINO | R | 3992 73 4553<br>1M73 | R<br>años | 30 | 01 07 03 | D MADRE           | D 49 años |
| 17.<br>Femenino  | R | 2093 72 0110<br>2F76 | R<br>años | 26 | 08 07 03 | D Padre           | D 48 años |
| 18.<br>MASCULINO | R | 9293 72 0248<br>1M72 | R<br>años | 31 | Diferido | D<br>Hermana      | D 31 años |
| 19.<br>MASCULINO | R | 9400 79 0289<br>1M79 |           |    | 22 07 03 | D Madre           |           |
| 20.<br>Femenino  | R | 3790 72 2988<br>1F72 | R<br>años | 31 | 05 08 03 | D Esposo          | D 31 años |
| 21.<br>MASCULINO | R | 1694 77 0846<br>1M77 | R<br>años | 29 | 05 08 03 | D Esposa          | D 29 años |
| 22.<br>Femenino  | R | 0167 52 0304<br>2F45 | R<br>años | 45 | 12 08 03 | D Esposo          | D 53 años |
| 23.<br>MASCULINO | R | 0192 70 1816<br>1M70 | R<br>años | 32 | 19 08 03 | D Esposa          | D 32 años |
| 24.<br>Femenino  | R | 0788 72 0385<br>1F72 | R<br>años | 29 | 26 08 03 | D Madre           | D 49 años |
| 25.<br>MASCULINO | R | 4097 99 2944<br>2M73 | R<br>años | 30 | 03 09 03 | D<br>Hermana      | D 28 años |
| 26.<br>MASCULINO | R | 0187 68 2073<br>1M68 | R<br>años | 34 | 09 09 03 | D Padre           | D 58 años |
| 27.<br>MASCULINO | R | 9089 68 2325<br>1M68 | R<br>años | 38 | 07 10 03 | D Medio<br>Herm   | D 29 años |
| 28.<br>Femenino  | R | 0187 63 0981<br>1F63 | R<br>años | 40 | 14 10 03 | D<br>Hermana      | D 27 años |
| 29.<br>Femenino  | R | 0684 60 0148<br>2F63 | R<br>años | 40 | 28 10 03 | D<br>Hermana      | D 38 años |
| 30.<br>Femenino  | R | 6485 67 2032<br>1F67 | R<br>años | 35 | 04 11 03 | D<br>Hermano      | D años    |
| 31.<br>Femenino  | R | 4298 76 1516<br>1F76 |           |    | 11 11 03 | D<br>Hermano      |           |
| 32.<br>Femenino  | R | 1199 68 0271<br>4F48 |           |    | 18 11 03 | D<br>Hermana      |           |
| 33.<br>MASCULINO | R | 9087 69 3040<br>1M69 |           |    | 27 11 03 | D<br>Hermano      |           |
| 34.<br>MASCULINO | R | 1175 58 2394<br>3M87 |           |    | 02 12 03 | D Madre<br>(adop) |           |
| 35.<br>Femenino  | R | 0101 80 0630<br>1F80 |           |    | 04 12 03 | D Madre           |           |
| 36.<br>Femenino  | R | 1692 71 4692<br>1F71 |           |    | 09 12 03 | D Madre           |           |

NOTA: El significado de las letras utilizadas es el siguiente  
R: receptor, paciente que presenta insuficiencia renal crónica.  
D: donador, familiar que de forma altruista dona el riñón a su familiar enfermo.

## Anexo 2

## PACIENTES QUE DECIDIERON PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

| Numero de caso                       | Numero de afiliación | Edad                   | Fechas    |
|--------------------------------------|----------------------|------------------------|-----------|
| 1. R. Masculino.<br>D. Hermano       | 9400 86 2195 1480    | R 24 años<br>D 24 años | 14-01-03  |
| 2. R Masculino.<br>D Esposa          | 6893 78 0059 1M78    | R 24 años<br>D 30 años | 21-01-03  |
| 3. R Masculino.<br>D Padre           | 9495 80 0479 1M80    | R 22 años<br>D 56 años | 11-03-03  |
| 4. R Masculino.<br>D Hermano         | 0198 70 0019 1M70    | R 33 años<br>D 30 años | 8-04-03   |
| 7. R Femenino.<br>D Esposo           | 0167 52 0304 2F      | R 45 años<br>D 52 años | 12-08-03  |
| 11. R Masculino.<br>D Padre adoptivo | 1175 58 2394 3M87    | R 16 años<br>D 41 años | 02-12-03  |
| 13. R Masculino.<br>D Hermanos       | 6485 67 2032 1F67    | R 35 años              | 04-11-03  |
| 14. R Femenino.<br>D Hermana         | 0684 60 0148 2F63    | R 40 años<br>D 38 años | 28-10-03  |
| 15. R Femenino.<br>D Madre           | 0789 72 0385 1F72    | R 29 años<br>D 49 años | 26-08-03  |
| 16. R Femenino.<br>D Madre           | 9202 84 1009 1F84    | R 18 años<br>D 26 años | 10-06-03  |
| 17. R Femenino.<br>D Esposo          | 1692 71 46 1F71      | R 29 años<br>D 29 años | 09-120-03 |
| 18. R Masculino.<br>D                | 0196 79 1157 1M79    | R 24 años<br>D 40 años | 24-06-03  |
| 19. R Femenino.<br>D Hermana         | 1693 76 1674 1F76    | R 26 años<br>D 36 años | 17-06-03  |
| 20. R Masculino.<br>D Esposa         | 0263 47 0192 1M49    | R 56 años<br>D 53 años | 25-03-03  |
| 21. R Masculino.<br>D Hermana        | 4097 77 2944 2M73    | R 30 años<br>D 28 años | 14-10-03  |
| 23. R Masculino.<br>D Hermano        | 0187 63 0981 F63     | R 40 años<br>D 33 años | 27-11-03  |
| 24. R Masculino.<br>D                | 9098 68 2325 1M68    | R 38 años<br>D 29 años | 07-10-03  |
| 25. R Femenino.<br>D Esposo          | 4298 76 1516 1F76    | R 26 años<br>D 27 años |           |

---

|                               |                   |                        |          |
|-------------------------------|-------------------|------------------------|----------|
| 26. R Masculino.<br>D Hermano | 9298 66 0211 1M66 | R 36 años<br>D 40 años | 29-04-03 |
| 28. R Masculino.<br>D Tía     | 3095 68 0612 1M68 | R 35 años<br>D 47 años | 03-06-03 |

NOTA: El significado de las letras utilizadas es el siguiente

R: receptor, paciente que presenta insuficiencia renal crónica.

D: donador, familiar que de forma altruista desea donarle a su familiar enfermo un riñón.

**Anexo 3**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CRM  
SERVICIO DE TRASPLANTES

**CARTA DE CONSENTIMIENTO****TITULO:****PARA PARTICIPAR EN EL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

Repercusión en la integración al grupos familiar del paciente con trasplante renal.

Es importante hacer de su conocimiento, que la información proporcionada por usted será confidencial y en ningún caso afectará su tratamiento e integridad personal.

Se les informa que el método utilizado para obtener la información se realizará con el debido respeto a los derechos del paciente.

Esta información servirá para tomar medidas de mayor eficacia que contribuyan a brindar una mejor atención y orientación al paciente que ha recibido un trasplante de riñón, por lo que se les agradece otorgué su autorización y realizar las actividades como las entrevistas formales y visita domiciliaria.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INVESTIGADOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

Reactivo 1. Cuestionario para la evaluación cualitativa de las condiciones generales socioeconomicas de la familia y del paciente con trasplante renal. Se presenta en el anexo 1.

**Anexo 4**

## I.- Datos generales:

1. - Nombre
2. - Edad
3. - Sexo
4. - Numero de caso
5. - Escolaridad:
  - a) Educación básica: Primaria incompleta  
Primaria completa  
Secundaria incompleta.  
Secundaria completa.
  - b) Educación media: Preparatoria o bachillerato o su equivalente.  
Carrera técnica.
  - c) Educación superior: Licenciatura, Especialidad, Maestría o Doctorado
6. - Ocupación anterior a la enfermedad.
7. - Ocupación durante su enfermedad.
8. - Ocupación después de su trasplante.
9. - Puesto que desempeñaba en su actividad laboral antes de su enfermedad.
10. - Puesto que desempeño durante su enfermedad.
11. - Puesto que desempeño después de su trasplante.
12. - Actividad laboral que desempeño antes de su enfermedad.
13. - Actividad laboral que desempeño durante su enfermedad.
14. - Actividad laboral que desempeña actualmente.
15. - Le gustaba la actividad laboral que realizaba antes de su enfermedad.
16. - Le agradaba la actividad laboral que desempeño durante su enfermedad.
17. - Le agrada la actividad laboral que desempeña actualmente.
18. - Se le dificultaba realizar la actividad laboral antes de su enfermedad.
19. - Se le dificultaba realizar sus actividades durante su enfermedad.
20. - Se le dificulta actualmente realizar su actividad laboral después de su trasplante.

## II.- Datos familiares.

21. - Rol y lugar que ocupa el paciente dentro de su grupo familiar.
22. - Numero de personas que integran su familia nuclear.
23. - Podría describir como era su convivencia familiar antes de su enfermedad.
24. - Describa como era su convivencia familiar durante su enfermedad.
25. - Como era la convivencia con su familia después de su trasplante.
26. - Existió comunicación con la familia antes, durante y después del trasplante de riñón y en que consistía.
27. - Apoyo de la familia nuclear.
  - a) Económico
  - b) emocional
  - c) moral
  - d) físico.

28. - Apoyo de la familia extensa  
a) Económico                      b) moral                      c) físico                      d) emocional.  
1 Antes de su enfermedad  
2 Durante su enfermedad.  
3 Después de su enfermedad
29. - Las relaciones familiares antes de su enfermedad eran.  
30. - Las relaciones familiares durante su enfermedad fueron.  
31. - Sus relaciones familiares después de su trasplante le han facilitado su incorporación a sus actividades familiares, laborales o escolares.  
32. - La familia le ha permitido incorporarse a sus actividades en forma normal.  
33. - Como se ha sentido después del trasplante la realización de sus actividades.  
34.- Considera que en un momento de su proceso de su enfermedad la familia intento ejercer algún grado de sobreprotección hacia usted.

### III.- Datos económicos

35. - Rol económico que desempeño el paciente antes de su enfermedad.  
36. - Rol económico que desempeño durante su enfermedad.  
37. - Rol económico que desempeña actualmente después de su trasplante renal.  
a) Dependiente                      b) contribuyente                      c) proveedor.  
38. - Economía de la familia antes de su enfermedad  
39. - Economía de la familia durante su enfermedad.  
40. - Economía de la familia después de su trasplante de riñón.  
Buena: (no tienen necesidad de las cosas) mas de 4 salarios mínimos.  
Regular: (cubre sus necesidades elementales, alimentación, vestido y vivienda)  
de 2 a 3 salarios mínimos.  
Mala: (sobreviven como pueden a través de préstamos familiares o de conocidos)  
un salario mínimo.  
41. - Considera que el gasto familiar se ha incrementado después de su trasplante de riñón.  
42. - Lleva la dieta que se le proporciono para después de su trasplante renal.

Igualmente se elaboraron los indicadores que se utilizaron en la vista domiciliaria al resto de los integrantes con la finalidad de comparar la información que proporciono el sujeto y la que proporcionaría el resto de la familia.

**Anexo 5**

Reactivo 1 y 2. Cuestionario para la evaluación cualitativa de la problemática de la familia con paciente de trasplante renal. Se presenta en el anexo 5.

**INDICADORES (PARA LA FAMILIA)****I.- DATOS GENERALES DE LA FAMILIA:**

1. - Tipo de familia.

A) Nuclear B) Extensa C) Compuesta.

2. - Numero de personas que la conforma:

A) 2 A 4 B) 5 A 7 C) 8 A 10 D) 11 O MÁS

3. - Actitud que tomaron como familiares al conocer él diagnosticó enfermo.

A) Tristeza B) Confusión C) Depresión D) Sorpresa  
E) Indiferencia F) Consternada

4. - Acciones que realizaron para proteger y conservar la salud del enfermo.

5. - Ustedes como familia brindaron apoyo a su familiar enfermo.

A) Sí  
B) No

6. - Que tipo de apoyo fue el que brindo la familia al antes de su diagnostico.

7. - Que tipo de apoyo brindaron al sujeto durante su enfermedad.

8. - Que tipo de apoyo brinda la familia al paciente después de su trasplante.

**II.- CONVIVENCIA FAMILIAR.**

1. - Considera la familia que el diagnostico de su familia influyo en algo sus relaciones familiares.

A) Sí  
B) No

2. – Como eran las relaciones familiares antes de conocer el diagnostico de su

familiar.

- A) Buena
- B) Regular
- C) Mala

3. - Como fueron sus relaciones familiares durante la enfermedad del sujeto.

- A) Buena
- B) Regular
- C) Mala

4. - Como son las relaciones familiares después del trasplante.

- A) Buena
- B) Regular
- C) Mala

NOTA: PARA LAS PREGUNTAS 2,3 Y 4

A) BUENA: NO EXISTE NINGUNA CONFLICTO QUE ALTEREN LA CONVIVENCIA FAMILIAR.

B) REGULAR: EXISTE ALGÚN CONFLICTO EN EL GRUPO PERO NO PONE EN PELIGRO LA CONVIVENCIA Y DINÁMICA FAMILIAR.

C) MALA: EXISTEN CONFLICTOS QUE PONEN EN PELIGRO LA CONVIVENCIA FAMILIAR Y LA DINÁMICA FAMILIAR

5. - Existió comunicación antes de conocer el diagnostico de su familiar.

- A) Sí
- B) No

6. – Podría describir como era esa comunicación.

7. - Existió comunicación durante el padecimiento de su familiar.

- A) Sí
- B) No

8. - Como era esa comunicación.

9. - Existe comunicación actualmente.

- A) Sí
- B) No

### III.- DATOS ECONÓMICOS DE LA FAMILIA.

1. - Él diagnóstico de salud de su familiar afecto la economía de la familia.

A) Sí

B) No

En que momento afecto

2. - Como era la economía familiar antes de la enfermedad de sus integrantes.

A) Buena

B) Regular

C) Mala

3. - Como fue la economía de la familia durante la enfermedad de su paciente.

A) Buena

B) Regular

C) Mala

4. - Como es la economía de la familia después del trasplante de su paciente.

A) Buena

B) Regular

C) Mala

NOTA: PARA LAS PREGUNTAS 2,3 Y 4

A) BUENA: TIENEN LO NECESARIO PARA VIVIR Y PUEDEN DARSE LUJOS EXTRAS.

B) REGULAR: TIENE PARA COMER, VESTIR PERO RECURREN A PRÉSTAMOS.

C) MALA: NO LES ALCANZA PARA LO ELEMENTAL

5. - Considera que después del trasplante de su familiar los gastos se han incrementados.

A) Sí

B) No

PORQUE CAUSAS

### IV.- DATOS PERSONALES DEL PACIENTE Y EL DONADOR.

1. - Numero de caso.

2. - Nombre el paciente.

3. - Escolaridad.

4. - Parentesco del donador.

5. - Edad del donador.

6. - Actitud del paciente al conocer su diagnóstico.

7. - Que le motivo a salir adelante.

8. - Rol económico que ocupó el paciente.

A) PROVEEDOR    B) CONTRIBUYENTE    C) DEPENDIENTE.

V. DATOS LABORALES.

1. - Ocupación antes de la enfermedad
2. - Ocupación durante la enfermedad.
3. - Ocupación actual.
4. - Puesto que desempeño antes de la enfermedad.
5. - Puesto que desempeño durante su enfermedad
6. - Puesto que desempeña actualmente después de su trasplante de riñón.
7. - Sintió algún tipo de discriminación en su trabajo por el diagnóstico que presento de insuficiencia renal crónica.  
A) Sí                      B) No

VI. DATOS SOCIALES.

1. - Tipo de colonia.

- A) Urbana
- B) Semi Urbana.
- C) Rural

2. – Tipo de habitación

- A) Casa.
- B) Departamento
- C) Vive en vecindad

3. – Tipo de propiedad.

- A) Propia
- B) Prestada
- C) Rentada

4. - Cuenta con todos los servicios

- A) Sí
- B) No

5. - Las vías de comunicación son:

- A) BUENAS: SON EFICIENTES Y SUFICIENTES.
- B) REGULAR: SON SUFICIENTES PERO INEFICIENTES.
- C) MALAS: NO RESPONDE A LAS NECESIDADES DE LA COLONIA.

Es importante mencionar que se compararon las respuestas proporcionadas en ambas entrevistas y al final se reunió la información en esta última.

Una vez terminado de entrevistar a los pacientes y a sus familias se recolectó la información en unos cuadros de baseado para posteriormente interpretar los resultados obtenidos y así poder proponer las alternativas de trabajo social que integra la VI Unidad de la tesis.

**Bibliografía**

1. Ackerman, NW.- Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismo de la vida familiar. Ed. Heder<sup>a</sup>. 1994. Buenos Aires. Págs.: 15-36
2. Aguilar, G.- Problemas de la conducta y emociones en el niño normal: planes de ayuda para padres y maestros. Ed. Trillas. 2002. México. Págs.:11-50
3. Amigues, ML.- Aprender en la vida cotidiana: un programa experiencia para padres.  
Ed Visor. 2000. Madrid, Esp. Pág. 105
4. Ander, EE.- Metodología de trabajo social. Ed. El Ateneo. 4<sup>a</sup>, 1985. México. Págs:9-24
5. Arciniega, SMR.- Apuntes para elaborar un proyecto de Investigación Social. Ed. UNAM ENTS. 1997. México. Págs. 45-61
6. Bae G.- Interacción familiar. Ed. Kapelus 1980. Buenos Aires. Pág. 21
7. Becker, GS.- Tratado sobre la familia. Ed. Alianza. 1987. Madrid. Pág. 308.
8. Blood, B.- La vida en la familia: Conflictos y soluciones. Ed. Pax. 1987. México. Pág. 308
9. Brennecke, JH, Amick, R.- Psicología y la experiencia humana. Ed. Logos Consorcio S.A., 1976. México. Pág. 136

10. Carlo D.E.- La construcción social de la familia. Ed. Universidad Nacional Del Mar De Caribe. 2001. Puerto Rico Págs.64 y 65
11. Carrasqueño, MM., Ovejas-Lara, MR., Aranaga, ML.- Familia y Bienestar Social. Ed. Tirant Blanch . 2000. Valencia. Págs. 77-90
12. Castellan, Y.- La familia del grupo a la célula. Ed. Kapelus. 1983. Buenos Aries. Pág. 96-103
13. Castellanos, CM.- Manual de trabajo social. Ediciones La Prensa Médica Mexicana. 1995. México. Págs.: 10-29, 90-92 y 139-141.
14. Centro Nacional de Trasplantes. Boletín No 33. Donación de Órganos. Ed. CENATRA 2001 México Págs. 13-22
15. Centro Nacional de Trasplantes. Como elaborar un tríptico, Ed. CENATRA 2000, México.
16. Centro Nacional de Trasplantes, Documento Estadístico, Ed CENATRA 2003, México Págs. 1-23
17. Centro Nacional de Trasplantes, Documento La familia ante la donación de órganos, Ed. CENATRA y la Secretaría de Salud 1999. México, Pág. 14
18. Chaparros, SN.- Crisis de la familia: revolución de vivir. Ed. Fundamentos. 1977. Madrid. Págs. 108-129
19. Código Civil para el Distrito Federal en Materia del Fuero Federal. Ed. PAC, S.A. de C.V., 2002. México D. F. Págs. 1 y 7, 72-73, 97

20. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Porrúa. 2002. México. Pág. 7
21. Consejo Nacional de Población.- Manual de la familia. Ed CONAPO. 1998. México, Págs. 91-94
22. Columbo O, Castellano M.- Terapia familiar. Ed. UNAM-ENTS 2001, México, DF. Págs. 6-7
23. Cusinato, M.- Psicología de las relaciones familiares. Ed. Heder. 1992. Barcelona, España. Págs. 37-42, 83-91, 112-132, 300 y 341-383.
24. Diario Oficial de la Federación.- Viernes 26 de Mayo del 2000. Sec. Tercera Tomo DIX, Págs. 11-17.
25. Enciclopedia Atlas, Anatomía del cuerpo humano. Ed. Madrid – España 1984, Pág. 58.
26. Eroples SM.- Antropología de la familia, Ed. Fondo de Cultura Económica. 1985. México Págs., 26-33.
27. Enciclopedia Océano. Vol. 3.- Tratado de Enfermería Brunner. Ed. Interamericana 3ra edición. 1980. México DF. Pág. 586-662.
28. Gracia-Fuster, E.- Psicología social de la familia. Ed. Paidós. 2000. Barcelona, Esp. Pág. 11-63, 82-93 y 95-133.
29. Guarendi, RN.- Educación para el éxito: Una guía para ser los mejores padres.

- Ed. Pax. 1989. México, DF. Págs.78-96.
- 30.Hernández-Aristo, J.- La familia ante el cambio Social. Ed. Editores Unidos. 2001. Valencia. Págs. 26-54 y 79-82
- 31.Instituto Nacional de Estadística Geográfica e informática.- Las familias mexicanas. Ed. INEGI 1999 México, DF., Págs. 77-103
- 32.Instituto Mexicano del Seguro Social, Documento El trasplante de órganos. Ed. IMSS 2000, México. Págs. 14-17
- 33.Kónig, R.- La familia en nuestros tiempos. Una comparación intercultural. Ed. Siglo XXI. 1981. Madrid – México. Pág. 105
- 34.Leclercg, J.- La familia. Ed. Herder. 1961. Barcelona. Págs. 36-51 70-83.
- 35.Leñero-Otero, L.- El fenómeno familiar en México. Ed. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. 1983. México DF. Pág. 15-38, 53-72 y 80-109.
- 36.Luna, JL., et. al.- Reidentificación de las políticas sociales. Ed. UNAM-ENTS. 1998. México. Pág. 23-37
- 37.Marbellan V., La familia como agente educador, Ed. Litos 1999, México Pág., 74.
- 38.Maria, JR.- Familia y desarrollo humano. Ed. Alianza. 1998. Madrid-México. Págs. 19-32
- 39.Mercado-Martínez, FJ.- Familia, salud y sociedad. Ed. Universidad de Guadalajara. 1993. México.

- 
40. Pérez-Duarte, A.- Derecho Familiar. Ed. Fondo de cultura económica. 1999. México. Págs.: 19-78 y 100-163
41. Pichardo-Cerdeño, B.- Manual de técnicas de Investigación. Ed. Universidad Autónoma del Estado de México. 1997. Toluca, México. Págs. 10-16
42. Ribeiro-Ferreira, M.- Familia y política social. Ed. Lumen Humanitas. 2000. Buenos Aires. Págs. 101-103.
43. Robertis, C.- Metodología de intervención de Trabajo Social. Ed. Ateneo. 1982. Buenos Aires-México. Págs. 26-62
44. Rodríguez-Estrada, M.- Creatividad en las relaciones de pareja. Ed. Trillas. 1991. México. Págs. 20-55.
45. Satir, V.- Relaciones humanas en el núcleo familia. Ed. Pax. 1979. México. Págs. 30-45 y 50-73
46. Secretaria de Salud.- Ley General de Salud. Ed. Secretaria de Salud. 2002. México.
47. Secretaria de Salud, Revista Mexicana de Puericultura, Ed. IMSS No. 597. México 1999 Pág. 16
48. Soifer R., ¿Para que la familia? Ed. UNAM/ENTS 2001, México D.F. Págs. 10-27
49. Tomach-Emil, A.- Urología General. Ed. El Manual Moderno. 1987. Madrid-México. Págs. 615-619

- 
50. Valencia-Huiton, LG.- Métodos de Investigación. 1983. México. Págs. 66-81
51. Valenzuela CE. Estructura de la familia, Ed. UNAM-ENTS México, DF. 2002, Págs. 20 - 27.
52. Voonhallr-Gilmer, B.- Psicología General. Ed. Harla. 2ª ed. 1973. México. Págs. 26-52
53. Voon, Maller, Grimer, Psicología General, Ed. Harla. 1977, Pág. 112.
54. Tierney, LM, Jr., McPhee, SJ, Papadakis, MA.- (2000). Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 35ª edición, traducida de la 38ª edición en inglés. Ed. Manual Moderno. ... Cap. 11. pag. 425-426 citación: The Sixth Report of the Joint National Comité on Detection, Education and Tratament of High Blood Preasure (JNV VI). Arch Intem Med 1997;157:2413.