



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

LA EXPERIENCIA DE AUTORIZAR LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN UN
FAMILIAR CON MUERTE ENCEFÁLICA.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTA

GUISETY LÓPEZ CANTERA

No. CTA. 411104344

ASESORÍA METODOLÓGICA: MTRA. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA

ASESORÍA CLÍNICA: M.C.E. ANGÉLICA GUADALUPE DÁVALOS
ALCÁZAR

ASESORÍA EXPERTA: DRA. ERIKA RIVERA DURÓN



MÉXICO D.F

OCTUBRE DE 2015



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

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por Ser el Lugar Donde me Enamoraron de la Enfermería y mi Hogar por Cuatro Felices Años.

Al Sistema de Becas para Estudiantes Indígenas, UNAM; a Través del Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad.

Instituto Nacional De Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez. Lugar de Iniciación Profesional Clínica y de Investigación Durante el Servicio Social.

A los Integrantes de la Coordinación del Comité de Donación de Órganos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” por Ayudarme a Entender la Importancia del Proceso de Donación de Órganos. Estar en el área cambio mi visión del fenómeno.

DEDICATORIAS

A DIOS:

Por la vida, por el SER. También por las pruebas, porque de ellas he surgido haciendo de mí lo que SOY.

A mi Padre José:

Quien a pesar de su “temor natural” de verme lejos de casa me permitió elegir y con esto, pude crecer desde nuestros escenarios de vida. Papá, gracias por escoger mi nombre que me da una identidad única.

A mi Madre Irma:

Por sus palabras cuando me vino a dejar a la ENEO: “Tengo confianza en ti y en las decisiones que tomes, pase lo que pase yo voy a estar contigo”. Estas palabras fueron mi fortaleza y guía durante toda mi carrera.

A los dos los AMO y agradezco por la vida.

A mi Tía Emi:

Por ser mi ECO en mis anhelos y expectativas de desarrollo. Tía gracias por existir y quererme. Eres correspondida siempre.

A Mi Abuelita Socorro:

Por ser mi raíz, cuidarme y arroparme en sus brazos. Abue te llevo en mi corazón.

A mi Hermano Jamir:

Ser tu hermana mayor le ha dado sentido a mi vida. Cuenta conmigo siempre.

A mi prima Evelin

Mi compañera de juegos y de vida. Gracias por acompañarme siempre, te quiero.

A Saraí, Daniel y Yovana

Por las vivencias compartidas y las que aún nos faltan por vivir. Mi familia por elección. Gracias por ayudarme a conocer un mundo diferente. Con ustedes todo ha sido más fácil.

A la Sra. Nidia

Por abrir su corazón y compartir una experiencia que no todos son capaces de aceptar. Señora Gracias por conocerla usted es la esencia de mi trabajo.

“Había una Vez Cuatro Individuos Llamados: Todo el Mundo, Alguien, Nadie y Cualquiera. Siempre que había un trabajo que hacer, todo el mundo estaba seguro de que alguien lo haría. Cualquiera podría haberlo hecho, pero nadie lo hizo, Alguien se puso nervioso porque todo el mundo tenía el deber de hacerlo. Al final todo el mundo culpo a Alguien, cuando nadie hizo lo que Cualquiera podría haber hecho.”

(Anónimo)

“El Amor es, por Encima de Todo, la Donación de uno Mismo.”

(Jean Anouilh)

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
I. Aspectos relacionados con el Problema.....	7
1.2 Propósito	8
II. Marco Teórico	9
2.1 Teoría de las actitudes.....	9
2.1.1 Concepto.....	9
2.1.2 Componentes de la actitud	9
2.2 Familia ante la donación.....	10
2.2.1 Concepto de Familia	11
2.2.2 Tipos de familia.....	11
2.2.3 La familia ante la muerte	12
2.2.4 La familia ante la donación de órganos	12
2.3 Proceso de duelo	13
2.3.1 Duelo	13
2.3.2 Duelo en el sistema Familiar.....	14
2.3.3 Las etapas de Duelo de Kübler-ross	14
2.3.4 Duelo normal	16
2.3.5 Duelo Patológico.....	16
2.4 Muerte Encefálica	18
2.4.1 Concepto y antecedentes de muerte encefálica	18
2.4.3 Diagnóstico de Muerte encefálica.....	22
2.5 Donación de órganos.....	35
2.5.1 Antecedentes de la donación de órganos	35
2.5.2 Problemática en materia de donación de órganos.....	40
2.5.3 Marco legal.....	42
2.5.4 Aspectos morales y éticos de los trasplantes de órganos y tejidos.....	43
2.5.5 ¿Qué se requiere para ser donador?	44
2.6 El Cuerpo.....	45
2.6.1 Teorías sobre la corporeidad.....	45
2.6.1.2 Le Breton	45

2.6.1.2	López Ibor y López Ibor.....	51
2.6.1.3	Fernández Christlien.....	52
2.6.1.4	Alfredo López Austin.....	56
III.	Diseño de La investigación	59
3.1	Planteamiento Del Problema	59
3.2	Pregunta de investigación para enfoque fenomenológico	60
3.3	Pregunta de investigación para enfoque cuantitativo	60
3.4	Hipótesis Direccional:.....	60
3.5	Objetivos de investigación.....	60
3.5.1	General.....	60
3.5.2	Específico	60
3.6	Tabla De Variables De Estudio.	61
3.7	Material Y Métodos.....	62
3.7.1	Fase Cualitativa.	62
3.7.2	Fase Cuantitativa:.....	64
3.7.3	Proceso De Datos:	64
3.7.4	Prueba Piloto.....	65
3.7.5	Aspectos Éticos: Investigación Para La Salud.....	65
3.8	Etapas En Que Se Programa La Investigación.....	74
3.9	Cronograma de Actividades.....	75
3.10	Recursos con que Cuenta.....	76
IV.	Descripción de Resultados tabulares.....	78
V.	Descripción de resultados cuantitativos	99
VI.	Hallazgos cualitativos.	101
VII.	Conclusiones y recomendaciones.....	105
VIII.	Bibliografía.....	107
	Anexos	110

INTRODUCCIÓN

La investigación de las actitudes de los familiares de los donadores potenciales de órganos está cobrando auge ya que la política internacional enfocada en una búsqueda mayor de donadores debido a una demanda creciente mientras que los donadores son pocos. Desde luego, la cultura de la donación está permeada por los factores sociales y psicológicos que influyen directamente en la decisión de la familia de un potencial donador por muerte encefálica.

La enfermería neurológica tiene en este tema un campo de investigación “virgen” literalmente ya que estando en los escenarios donde se generan candidatos potenciales a donar, se requiere de conocer los factores que hacen que la familia a quien se le plantea la posibilidad de autorizar una donación de órganos asuma una actitud de rechazo relacionada, casi siempre con creencias religiosas, tabúes, tipología familiar, concepción de la corporeidad. En resumen la actitud ante la potencial donación se circunscribe a lo que saben sobre filosofía y política internacional sobre donantes; expectativas sobre el respeto a la integridad del cuerpo y la religión que profesan. Quizá un factor que importa es la “responsabilidad” adquirida por el familiar que autorice u otorgue el consentimiento para la donación.

En este reporte se incluye en primer término la revisión de la literatura científica sobre donación, específicamente por muerte encefálica. Se revisan los aspectos psicosociales, legales, económicos, históricos; entre otros. En el segundo apartado se incluye la delimitación de fenómeno de estudio centrado en la actitud de la familia del potencial donador por muerte encefálica, los objetivos de la investigación; la hipótesis direccional y las variables de estudio.

El tercer apartado está dedicado a material y métodos describiendo el tipo de diseño; el universo, población y muestra, así como los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Un rubro obligado es el de proceso de datos en el cual se describe el instrumento de recolección de datos ya que se trata de un estudio cualitativo, complementado con una parte cuantitativa.

Finalmente, se incluyen los aspectos éticos, financieros y el cronograma de actividades.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Impacto.

Una revisión sobre la donación de órganos de personas con muerte encefálica coadyuva a aumentar el número de donaciones reales ya que se beneficia a un mayor número de receptores. Es importante destacar que el Instituto Nacional de Neurología MVZ es pionero nacional en la procuración y recepción de órganos. Esta sublínea de investigación sobre actitudes de los familiares que aceptan la donación de órganos por muerte encefálica abre para el personal de enfermería un campo de oportunidades académicas y clínicas en el área de la donación.

Trascendencia.

La posibilidad de explorar las actitudes de los familiares de potenciales donadores es un reto, en primera, porque medir variables biológicas es fácil si se compara con la idea de identificar actitudes, sentimientos; factores que definen la actitud de una familia o de un responsable del paciente a autorizar o no la donación de órganos. Estos elementos parecen abordables, comprensibles y lo son desde la teoría; pero se vuelven complejos cuando en la realidad de la clínica se hace la invitación a donar y la evidencia, hasta ahora, dice que no hay voluntad de donar.

Motivos personales:

Abordar el tema de donación de órganos es complejo, pero al mismo tiempo motiva a buscar los elementos que pudieran revertir o al menos sensibilizar a la población hacia una cultura positiva sobre donación de órganos.

Como pasante en Servicio Social adscrita al Instituto Nacional de Neurología MVZ, me parece que la investigación es el mejor camino para formar a los profesionales y respecto al tema es evidente que los pasantes de enfermería, en aras de adquirir habilidades clínicas; estamos alejados de la investigación ética-social relacionada con los eventos neurológicos.

Vulnerabilidad.

Identificar las experiencias de los familiares de donadores de órganos por muerte encefálica tiene el atributo de que cada caso es absolutamente diferente y por tanto así tiene que estudiarse desde lo cualitativo. No obstante que en lo cuantitativo hay suficientes fundamentos es evidente que hay que seguir la evolución del proceso de duelo del familiar responsable de la autorización de la donación. Este estudio reporta un solo caso y lo deseable es hubiera suficientes para derivar conclusiones certeras.

I. Aspectos relacionados con el Problema

La disponibilidad de órganos y tejidos es escasa, de acuerdo a Querevalú-Murillo el abismo entre la oferta y la demanda representan ya un problema de salud, latente a convertirse en emergencia¹. En los países desarrollados el número de trasplantes de origen cadavérico es del 80% y el 20 % restante es de origen de donante vivo. En el caso de México la relación es inversa, entendiéndose que de cada 10 trasplantes, ocho casos son de donante vivo.

Una de las iniciativas para aumentar la donación de órganos y tejidos en México mencionadas por Querevalú es la donación proveniente de personas con muerte encefálica, considerada incluso como la ruta idónea para disminuir el número de personas en lista de espera, ya que se estima que un donador multi orgánico representa un ahorro para el presupuesto de salud en México.²

Las causas de las bajas tasas de donación de órganos en México son multifactoriales; sin embargo se considera que el principal factor que limita el número de donación de órganos es el bajo porcentaje de familias que den su consentimiento para la donación.

A nivel mundial los resultados de las entrevistas realizadas a los familiares de los candidatos a donar solo el 47% otorgan su consentimiento lo que contradice las entrevistas de opinión pública que muestran como más del 75% de los encuestados están a favor. Esto resulta interesante pues podría considerarse que la idea de donar cambia en el momento en el que las personas experimentan la muerte encefálica y por ende el estado potencial de donación de órganos; entrando en juego diversos factores como lo menciona Rivera-Durón en su estudio sobre la negativa familiar en un proceso de donación como son: los vínculos emocionales, creencias religiosas, influencias culturales, integridad corporal, interacciones previas con el sistema de salud, desconfianza médica, la no comprensión del diagnóstico de muerte encefálica y el desconocimiento sobre el proceso de donación de órganos.³

Por esto la importancia de este estudio reside en como los familiares viven este momento. Para buscar líneas de acción que nos ayuden a modificar la negativa familiar de donación de órganos y fomentar la participación del personal de enfermería en este proceso debido a su cercanía y contacto directo con el paciente y familiares desde el ingreso de la persona al hospital.

¹ Querevalu- Murillo Op cit. 13

² Ídem. Pág. 13

³ Rivera-Durón E. Op. cit. 85

1.2 Propósito

El presente estudio analiza como causas principales para el rechazo de la propuesta de donación de órganos de un familiar a la falta de entendimiento del diagnóstico de muerte encefálica, del proceso de donación de órganos y el deseo de mantener el cuerpo intacto. Por lo que se busca comprender como la experiencia familiar de donar órganos por muerte encefálica puede trascender y ser sustancial para el logro del consentimiento de donación. Basándonos en que la enfermería es percibir, pensar, juzgar y actuar frente a frente con la conducta de los individuos que llegan a necesitar de sus cuidados y de que el cuidado se puede convertir en el proceso de acción, reacción e interacción en el cual la enfermera y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones,⁴ se buscará identificar líneas de acción en los que el personal de enfermería y pasantes del servicio social formen parte y se integren a los programas de donación de órganos como profesionales con los conocimientos necesarios que ayuden a impedir la posibilidad de perder alguna donación. Además beneficiar que enfermería tenga mayores oportunidades académicas para su desarrollo y mayores posibilidades de formación y actividad clínica, fortaleciendo la prevención y educación para la salud integrándonos en acciones que aumenten la formalización de donador de órganos voluntario a nivel nacional desde niños y adolescentes que puedan cambiar el rumbo de la donación en México.

⁴ King I. Enfermería Como Profesión. Filosofía, Principios Y Objetivos. Limusa S.A México D.F.

II. Marco Teórico

2.1 Teoría de las actitudes

2.1.1 Concepto

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o algo aprendida y relativamente permanente.

El término "actitud" ha sido definido como "reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado".⁵

El estudio de las actitudes constituye un valioso aporte para examinar, comprender y comparar la conducta humana, se circunscribe en el ámbito del desarrollo moral.⁶

Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social. Finalmente, las conductas son tendencias a comportarse según opiniones o sentimientos propios. Las actitudes orientan los actos si las influencias externas sobre lo que se dice o hace tienen una mínima incidencia.⁷

2.1.2 Componentes de la actitud

Rodríguez distingue tres componentes de las actitudes:⁸

Componente cognoscitivo: es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto favorece la asociación al objeto. Para que exista una actitud, es necesario que exista también una representación cognoscitiva del objeto. Está formada por las percepciones y creencias hacia un objeto, así como por la información que tenemos sobre un objeto. En este caso se habla de modelos actitudinales de expectativa por valor, sobre todo en referencia a los estudios de Fishbein y Ajzen. Los objetos no conocidos o sobre los que no se posee información no pueden generar actitudes. La representación cognoscitiva puede ser vaga o errónea, en el

⁵ Grupo de investigación Edufísica. Las actitudes. EDU-FISICA. [en línea]. Enero-Marzo 2006. [accesado 27 de nov 2014]; 1(1) [p. 26]. Disponible en: <http://www.edu-fisica.com/Formato.pdf>

⁶ Balderas P. Teoría general de las actitudes. Bistraen. [En línea]. 1999 Jun-Mar. [accesado 13 de oct 2014]; Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloPartel.pdf;jsessionid=08EC5D33A0ECE16BA1C8CBA26412CFBF.tdx1?sequence=3>

⁷ Op.cit. Pág. 27

⁸ Rodríguez K. Psicología de las actitudes y estructuras cognitivas. [en línea] Scrib. Com San Luis México. 2003. [accesado 23 de nov 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/37676022/Actitudes-Rodriguez-Kauth-Unidad-3#scribd>

primer caso el afecto relacionado con el objeto tenderá a ser poco intenso; cuando sea errónea no afectará para nada a la intensidad del afecto.

Componente afectivo: son las sensaciones y sentimientos que dicho objeto produce en el sujeto, es el sentimiento en favor o en contra de un objeto social. Es el componente más característico de las actitudes. Aquí radica la diferencia principal con las creencias y las opiniones (que se caracterizan por su componente cognoscitivo). El sujeto puede experimentar distintas experiencias con el objeto estos pueden ser positivos o negativos

Componente conductual: son las intenciones, disposiciones o tendencias hacia un objeto, es cuando surge una verdadera asociación entre objeto y sujeto. Es la tendencia a reaccionar hacia los objetos de una determinada manera. Es el componente activo de la actitud. Sobre este componente y la relación entre actitud conducta, y las variables que están interviniendo, girará nuestra investigación

2.2 Familia ante la donación

Diversos autores coinciden en que la escasez de órganos se debe a la incapacidad de convertir a los potenciales donantes en donantes efectivos y no a la falta real de donantes⁹ como lo menciona Sebastián Solar en su artículo sobre los “Tres factores que influyen en la actitud de las personas ante la donación de órganos”. Exponiendo como uno de sus postulados la creación de un sistema efectivo de información, acercamiento a los familiares y procuramiento de órganos como puntos clave cuando se pretende que los donantes potenciales se conviertan en donantes efectivos; pues piensa que es necesario considerar las particularidades de cada sociedad. No se puede dejar de lado la opinión de los ciudadanos y el conocimiento de la experiencia del proceso vivido por familiares de donantes.¹⁰

La información a los familiares y el consentimiento informado son quizás los mayores desafíos para los profesionales de la salud. En la medida que conozcan la evolución clínica y el pronóstico del paciente, se facilita el proceso, garantizando la calidad de comunicación entre el coordinador de trasplantes y la familia, vínculo especialmente delicado. Quienes desempeñen esta labor deberían prestar máxima atención a las necesidades de acompañamiento y apoyo global a la familia durante

⁹ Solar P.S. Tres factores que influyen en la actitud de las personas ante la donación de órganos. Rev Chil Cir. [en línea], 2008 Jun [accesado 5 enero 2015]; 60 (3); [pág. 262-267], disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000300017

¹⁰ Solar P.S. Ibid. Pág.263.

el doloroso proceso de la pérdida de un ser querido.¹¹ Sin duda y como se menciona antes la decisión de donar los órganos de un familiar se ve fuertemente influenciada por factores socioculturales por lo que un objetivo importante para cambiar la visión de mutilación y temor a la muerte aparente es informar sobre los procedimientos de extracción y asignación de órganos, para generar una percepción positiva del funcionamiento del sistema. ¹²Las afirmaciones anteriores nos llevan a reflexionar sobre el conocimiento de lo que es la familia, los tipos de familia y su actitud ante la muerte y la propia donación de órganos para lograr un verdadero cambio en la cultura familiar en base a este tema.

2.2.1 Concepto de Familia

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles hijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan.

Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar. Tiene además una finalidad: generar nuevos individuos a la sociedad.¹³

La familia es una parte esencial dentro de la sociedad, uno de los pilares fundamentales, contribuye a los cuidados del enfermo y tiene que recibir la atención e instrucción necesaria por parte del equipo de salud. Los sueños, las emociones y la dinámica familiar se altera por igual en todos, por lo que en el manejo debe incluirse a cada uno de los miembros de la familia.

2.2.2 Tipos de familia

Existen varias formas de organización Familiar y de parentesco, entre ellas González Las clasifica en: ¹⁴

- Familia nuclear: El padre la madre y los hijos

¹¹ Matesanz R, Miranda B. A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. [en línea] J Nephrol 2002; 15 (2); [pág. 22-28.], [accesado 23 dic 2014], Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4477685&pid=S0718-4026200800030001700014&lng=es

¹²Solar P.S. op.cit. 264

¹³ Bustamante, E.S. Enfermería familiar. Principios de cuidado a partir del saber común de las familias. 2da Edición, Trujillo. Perú. 2004. Pág. 13.

¹⁴ González, E. Psicología del Ciclo Vital. 2° edición, España. CCS. 2002, pág. 64.

- Familia nuclear extensa: consta de una familia nuclear, y otros familiares que pueden vivir con ellos en el mismo hogar.
- Familia monoparental: formada solo por un padre o madre que puede haber estado casado o no y por uno o más hijos.
- Familia mixta o reconstituida: es la formada por una persona viuda o divorciada, que se casa de nuevo con otra persona, la cual a su vez puede haber estado o no casada antes y tener o no tener hijos.
- Familia binuclear: es la dividida en dos por el divorcio o separación de los conyugues, ambos aportan hijos de los anteriores matrimonios a la nueva familia constituida.
- Familia de Hecho: formada por dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, comparten la expresión y el compromiso sexual, sin que hayan formalizado legalmente el matrimonio.
- Familia homosexual: Formado por dos adultos del mismo sexo, que viven juntos con o sin hijos adoptivos, y que comparten la expresión y el compromiso sexual.

2.2.3 La familia ante la muerte

Existe un tema que produce mucho dolor y sufrimiento, es innegable el hecho de que todos vamos a morir y que aquellos a quienes amamos, nuestros familiares, van a ser partícipes de una u otra forma. Enfermedad y muerte, cuya sola mención suena desagradable, son procesos que repercuten en la familia, hablar de ello es complicado y sensible, y a la vez absolutamente simple ya que es el final ineludible de nuestras vidas.

En una situación límite como la muerte, los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre las personas afectadas. Hay que saber reconocer cuando es el momento de dar una palabra de aliento y de información con las familias de duelo, cuando se tiene la obligación ética de hablar o callar, acompañar o enseñar a separar y avanzar o esperar en el acompañamiento para que el proceso continúe.¹⁵

2.2.4 La familia ante la donación de órganos

La familia puede colaborar eficaz y activamente en el proceso de obtención de órganos si se le instruye de una forma adecuada en el tema. Como menciona Solar

¹⁵ Rosas J. La familia ante la enfermedad y la muerte; una visión global. [en línea], 2012, [accesado 27 nov 2014], Scribe, Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/110387582/La-familia-ante-la-enfermedad-y-la-muerte-una-vision-global#scribd>

uno de los factores que complican este proceso es la falta de conocimiento sobre el diagnóstico de muerte encefálica y el proceso de extracción, y distribución de los órganos. ¹⁶El deseo de no lastimar a quien se ama, y de ayudar, también pueden obstaculizar la obtención real de donadores de órganos.

Como lo menciona Rivera- Durón¹⁷. En el INNN (Instituto Nacional de Neurología y neurocirugía) del total de los casos detectados con muerte encefálica, el 74.4% llevan a la entrevista familiar, de estos, el 57.1%, de las entrevistas familiares terminaron en negativa, resultando similar al 53% reportado a nivel mundial. Partiendo de los supuestos anteriores expone que, dado que la solicitud de donación, por lo general se produce en el contexto de un intenso dolor y desesperación terminando en la imposibilidad de llegar a un acuerdo entre los mismos familiares, reflejando únicamente la diversidad de posturas en la sociedad respecto al tema por lo que el proceso se ve obstaculizado.

La familia se convierte en el factor más importante en la obtención de órganos por lo tanto debemos estudiar detalladamente como es que se debe de tratar el tema y buscar las mejores estrategias para disminuir su negativa.

2.3 Proceso de duelo

2.3.1 Duelo

El duelo es un proceso inherente a la condición de vida, común a toda la comunidad humana. Es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. Una pérdida siempre es dolorosa, y se necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el proceso de duelo.

El duelo, del latín dolus: dolor, puede ser definido como: el proceso por el que atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido. ¹⁸ El duelo es un proceso no un estado como señala Pérez. ¹⁹

¹⁶ Solar P.S. op.cit. pág. 266

¹⁷ Rivera-Durón E. op.cit. pág.85

¹⁸ Ortega MC, Alconero AR et. al. El Duelo. [en línea]. Enfermería científica. Cantabria. 2001 [accesado 1 dic 2014] 16 [3] pág. 236-238. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-ii/materiales/tema-11.pdf>

¹⁹ Pérez P., Hernangómez L y Santiago C. (2000).Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. *Psiquiatría Pública*, 12 (3), 273-284.

2.3.2 Duelo en el sistema Familiar

En nuestra cultura de paso rápido y de negación, se espera que los sobrevivientes sean valientes, supriman el miedo y tengan éxito en los asuntos de la vida, aunque los sentimientos de la pérdida hieran profundamente.

Las culturas tradicionales ayudan a las personas a sobrellevar la aflicción y el dolor en forma estructurada, a través de ritos de luto que son universalmente entendidos y tienen significados aceptados, no así en la nuestra en que las viejas costumbres caen en desuso y los afligidos pierden apoyos valiosos para superar su pena. Necesitamos ser capaces de aceptar la eventual cercanía de la muerte de aquellos a quienes amamos, como también darnos cuenta de que nuestro tiempo en esta tierra es limitado.

La familia buscará un lugar dentro de la mitología para alojar a sus muertos. Si esto no ocurre, entonces uno de los miembros o varios se harán cargo de corporizar el rol previamente asignado, como si la familia temiera a la desorganización, a la novedad y se mantuviera en una sola creencia relacional. Si el muerto sigue siendo un punto de referencia, entonces está vivo. El terror al cambio, que necesariamente pasa por una desorganización angustiante, mantiene sin salida el proceso. Es necesario el caos antes de hallar un nuevo orden.²⁰

Anticiparle a la familia la resolución, hacerlos crear un espacio para el cambio en la imaginación, que haga en la fantasía lo que luego será realidad, es una tarea de relación Enfermera-paciente-familia.

2.3.3 Las etapas de Duelo de Kübler-ross²¹

Cuando se habla de las etapas del duelo, en la mayoría de las oportunidades se hace referencia a las 5 etapas del duelo identificadas por Elisabeth Kübler-Ross. Kübler-Ross era una psiquiatra que estudió cómo las personas a las que se les había diagnosticado una enfermedad terminal hacían el duelo por la pérdida de la salud. Ella identificó las siguientes 5 etapas del duelo

²⁰ Ortega MC, Alconero AR et. al op.cit pág.237

²¹ Expósito J. Proceso de Duelo. Feaps C.V. [en línea]. Mexico D.F. 2008. [accesado 16 de oct 2014] Disponible en: [http://mail.feapsmurcia.org/aplicaciones/documentos.nsf/c0d7e4ddaa7b481ec1-25643b00616fb8/ab35562d698aa110c12578fe0033354d/\\$FILE/Proceso%20de%20Duelo%20-%20FEAPS%20-%20articulo.pdf](http://mail.feapsmurcia.org/aplicaciones/documentos.nsf/c0d7e4ddaa7b481ec1-25643b00616fb8/ab35562d698aa110c12578fe0033354d/$FILE/Proceso%20de%20Duelo%20-%20FEAPS%20-%20articulo.pdf)



FIGURA 1. Elaborada por Guisety López Cantera. 2015

Negación: La mayoría de las personas responden con impacto cuando están próximas a una pérdida. Lo primero que piensas es “oh, no, esto no me puede estar sucediendo a mí”. Puede durar desde minutos, días y hasta 6 meses. Se caracteriza por incredulidad ante lo que ha sucedido, confusión, embotamiento emocional, conducta semiautomática. El doliente se desmorona en cuanto se da cuenta de la realidad. Es un escape natural y temporal que amortigua el impacto inmediato y ayuda a asimilar la terrible realidad. Aparecen pensamientos obsesivos (sólo se piensa en la pérdida). Sentimientos de inseguridad, desesperación, desolación y llanto.

- **Ira:** Aparece el sentido de culpa, una gran angustia acompañada de un fuerte auto reproche y un juicio severo contra sí, la persona considera que no hizo lo suficiente, que quizás pudo evitar esa muerte pero no hizo nada. Aparece un desprecio y auto denigración. Durante esta etapa hay una notable desorganización emocional, constante sensación de estar al borde de una crisis nerviosa y perder la cordura.

Aparece también la cólera y rabia, no entendemos porque se ha tenido que morir. La depresión conlleva un sentimiento de desolación y una disminución de la autoestima.

Síntomas más recurrentes: alteraciones del apetito, insomnio, miedo a enfermarse, aislamiento social.

- **Negociación:** El próximo paso puede ser: “Si, me está ocurriendo a mí, pero. El pero es una tentativa de negociar el tiempo. Las personas pueden rezarle a Dios.
- **Depresión:** Puede durar hasta 2 años. El doliente se siente sin fuerzas, débil e incapaz de afrontar nuevas situaciones y decisiones. Se intensifica la pena

y llanto. Busca el aislamiento (prefiere descansar y estar sola) Quiere tomarse su tiempo para vivir su duelo, se resiste a darlo por acabado.

“El doliente debe abrirse a nuevas relaciones, pero no le apetece y le cuesta”

Síntomas físicos como falta de apetito, trastornos del sueño, falta de energía, no interés sexual.

- Aceptación: Se va abriendo paso la esperanza. Se toma conciencia de la pérdida, se acepta el vacío y se afronta la dura realidad. Sus características son la reconstrucción de la forma de ser, se retoma el control de la propia vida, abandono de roles anteriores, la búsqueda de un significado.

Es bueno tener la calidez, la ayuda y el afecto de los que le rodean, buscar otras relaciones, trabajos o hobbies que den un sentido a la vida. Así recupera su nivel normal de autoestima.

Hay que tener en cuenta que no todas las personas pasan por estas fases ni en el mismo orden. Lo que es cierto es que la experiencia de duelo da la oportunidad de ayudar a otros cuando sufren trances similares.²²

2.3.4 Duelo normal

El duelo es una respuesta normal y natural, la ausencia de respuesta sería lo no natural, cada persona lo experimenta a su modo aunque produce reacciones humanas comunes, necesita de ayuda para soportar el sufrimiento.

El duelo normal nos posibilita la maduración, se adapta a la pérdida y vuelve a vivir de manera sana en un mundo sin el ser querido. Sale fortalecido. “El duelo es un proceso adaptativo para devolver el equilibrio”. Se pasa por una serie de etapas vistas anteriormente. El duelo finaliza cuando la persona puede hablar del ser querido desaparecido con manifestaciones de aceptación de esa pérdida.²³

2.3.5 Duelo Patológico

Hay personas que parecen no experimentar ningún tipo de duelo. No lloran, evitan cualquier mención y regresan a su vida normal muy rápidamente. Pero otras personas pueden sufrir síntomas físicos extraños o episodios repetidos de depresión. En el duelo patológico las tareas del proceso no han sido vividas y finalizadas. Se suele caracterizar por una serie de manifestaciones:²⁴

- Revivir experiencias pasadas con poca o ninguna reducción de la aflicción.

²² Ortega MC, Alconero AR et. al op.cit pág.237

²³ Expósito J. op.cit. pág. 6

²⁴ Ibid. Pág. 7

- Exacerbación de respuestas somáticas o psicósomáticas.
- Expresión de sufrimiento o negación de la pérdida.
- Expresión de culpa, cólera, tristeza o llanto.
- Alteración del sueño o de los hábitos alimentarios.
- Ausencia de contactos sociales.

Se pueden diferenciar varios tipos de duelo patológico:

1) Duelo complicado o no resuelto.

Es el que se da cuando se producen alteraciones en el curso e intensidad del duelo, bien por exceso (manifestaciones excesivas o atípicas, socialmente in aceptado) o bien por defecto (ausencia de manifestaciones de pesar).

Existen distintos tipos de duelo complicado que pasamos a enumerar a continuación:

- Duelo ausente o retardado;
- Duelo inhibido;
- Duelo prolongado o crónico;
- Duelo no resuelto;
- Duelo intensificado;
- Duelo enmascarado;

2) Duelo psiquiátrico.

Se produce la aparición de un verdadero trastorno psiquiátrico, cumpliendo todos los criterios para su diagnóstico. Predisposición de las personalidades de tipo narcisista, son particularmente sensibles a la pérdida de sus objetos amados. Existen distintos tipos de duelo psiquiátrico: Histérico; Obsesivo; Melancólico; Maníaco; Delirante.

2.4 Muerte Encefálica.

El concepto de muerte como tal, ha sido un tema difícil de abordar por la sociedad, en términos de analizar su estudio desde la perspectiva socio histórico además de la biomédica. Hoy en día, entran a escena otras variables, a partir de la propuesta fragmentaria de la muerte, cuando le planteamos a la sociedad la muerte encefálica. Esto demanda nuestra atención, con el fin de lograr una congruencia entre los avances de la ciencia con motivo de los trasplantes, y el que la sociedad en general pueda comprender mejor el concepto de Muerte encefálica considerando el contexto socio- cultural que nos rodea y determina la actitud de las familias.

De aquí la pregunta ¿Cómo Explicar que el individuo con muerte encefálica; está muerto; pero que su corazón aún puede latir por cierto tiempo?, a lo que es pertinente aclarar que es una identidad diagnóstica bien definida, que sus criterios clínicos y confirmatorios se encuentran bien establecidos internacionalmente y que su contexto es independiente al proceso de procuración de órganos para trasplantes.

2.4.1 Concepto y antecedentes de muerte encefálica.

La Muerte Encefálica (ME) se define como la pérdida irreversible, por causa conocida, de las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de hemisferios cerebrales como de troncoencefálico.²⁵

Hubo una época, en la que el cerebro era considerado innecesario para las creencias religiosas del tiempo de los faraones, y se retiraba del cuerpo previo a la inhumación. Posteriormente, nos dimos cuenta que el cerebro es en realidad el centro de las percepciones.

En 1809 se plantea la Tesis de Bichat, que establece la muerte como un proceso o muerte fragmentaria. Es decir, que no morimos biológicamente en un instante. Establecía así, la muerte que iniciaba por el corazón, por el pulmón o la que iniciaba por el cerebro. El desenlace global sería el mismo, pero la secuencia sería diferente según el órgano.

Aunque el diagnóstico de muerte parecía obvio, fue necesario en 1836 establecer propuestas formales acerca de la certificación de la misma, particularmente para diferenciarla de los casos de estupor histérico. Posteriormente en 1901, se

²⁵ Escudero D. Diagnóstico de Muerte Encefálica [en línea], Asturias España. Med. Intensiva. 2009, 33(4), [pág. 185-95] [accesado 22 oct 2014], Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000400006

definieron los primeros criterios, entre los que se configuraban ya el rigor mortis, la hipotermia y la decoloración de la piel.²⁶

La muerte encefálica antes llamada y conocida como muerte cerebral ha sido reconocida y aceptada mundialmente desde 1959 por Mollaret y Goullon en París como: “Coma Depassé” o “Coma sobre pasado”, caracterizada por ausencia total de la conciencia, arreactividad cerebral absoluta y ausencia total de reflejos del tronco encefálico.

El tema ha sido analizado, revisado y actualizado periódicamente por expertos internacionales; En 1968 por el Comité Ad Hoc de Harvard formado por médicos, bioeticistas y teólogos, en 1971 se establecieron los criterios de Minnesota. Es aceptada por la gran mayoría de las religiones en el mundo.²⁷

2.4.2 Consideraciones legislativas en relación a la muerte encefálica en México.

La Ley General de Salud es la norma que precisa las disposiciones legales relativas a la muerte y especialmente a la Muerte encefálica. Una notable evolución en el concepto y reglamentación del tema se ha dado en los últimos 25 años, que ha pasado de la denominación muerte cerebral a muerte encefálica y de establecer diagnósticos confirmatorios limitados a la apertura a aquellos que la ciencia y el desarrollo tecnológico han puesto al alcance de los médicos.²⁸

La Ley General de Salud establece condiciones para el diagnóstico de muerte encefálica en el artículo 343 de las cuales debe quedar constancia en el expediente clínico del paciente, esto con el fin de protección de los pacientes. Para los fines legales la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.²⁹ La muerte debe ser diagnosticada con un examen clínico que cuando menos cuente con los siguientes signos:

I. Ausencia completa y permanente de conciencia;

²⁶ García A. Muerte Encefálica, Diagnostico y Certificación. El Donante [en línea]. 2011 Jalisco Mexico. [accesado 23 nov 2014]; 22(9); [pág. 1-35]; Disponible en: [http://app.jalisco.gob.mx/Trasplantes.nsf/3c2a1-d46742d325186256fc500689382/7fd626e9ddb2b3df862578ca005ce296/\\$FILE/DONANTE%20MUERTE%20ENCEFALICA%202011.pdf](http://app.jalisco.gob.mx/Trasplantes.nsf/3c2a1-d46742d325186256fc500689382/7fd626e9ddb2b3df862578ca005ce296/$FILE/DONANTE%20MUERTE%20ENCEFALICA%202011.pdf)

²⁷ Ambrosio M.T. Legislación de Muerte Cerebral en México. Rev. Med. Del Seguro Social. 2009 May-Jun. México. 1(1): 2-34.

²⁸ Ambrosio M.T. op.cit pág. 14

²⁹ Estados Unidos Mexicanos. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Distrito Federal Ley General de Salud. Protección de la Salud. Diario Oficial de la Federación (DOF) el (7 de febrero de 1984). Última reforma: DOF 25-01-2013.

II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y

III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Los médicos debe indagar si estos signos son producidos por un daño irreversible en las estructuras encefálica o son producto de la presencia de sustancias neurodepresoras en grados tóxicos.

Dada la forma del derecho mexicano, la ley pide que una vez determinada la muerte encefálica en el estudio clínico se verifique o corrobore el diagnóstico a través de pruebas instrumentales para esto permite el uso de:

I. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica, o

II. Cualquier otro estudio de gabinete que demuestre en forma documental la ausencia permanente de flujo encefálico arterial.

Una vez determinado que la persona ha perdido la vida por un daño irreversible en el encéfalo entonces es pertinente informar a los deudos de la situación.

Poco se ha hablado en nuestro país sobre el tema de testamentos vitales o últimas voluntades, sin embargo, es posible por analogía retomar lo dispuesto en el Título octavo bis de la Ley General de Salud, en lo correspondiente a Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal. La legislación de referencia tiene como objeto: ³⁰

I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;

II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;

III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;

IV. Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;

V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y

³⁰ ³⁰ Estados Unidos Mexicanos. Ibid. Pág. 54

VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

Existe otro tema de igual importancia como lo es la ley de voluntad anticipada, que menciona que “Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento como lo menciona el artículo 166 Bis 4

En complemento de esto y tratándose de casos de menores de edad o de personas incapacitadas para expresar su voluntad el legislador prevé que las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez (Artículo 166 Bis 8). Esto sustentado también en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Que menciona que es un documento público suscrito ante notario público.³¹

Sin embargo Para los fines de las disposiciones legales en materia de muerte encefálica el legislador es consistente con esta idea filosófica al disponer que: No existirá impedimento alguno para que a solicitud y con la autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescindiera de los medios artificiales cuando se presente la muerte encefálica comprobada y se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere el artículo 343.³²

Anteriormente se hizo referencia a la obligación de informar a los deudos de la persona con diagnóstico de muerte encefálica de dicha situación. Esta particular forma de perder la vida da paso a la posibilidad de tomar decisiones a partir de dos opciones consideradas por la ley:

1. Suspender los Medios artificiales para que sobrevenga el paro cardiaco, o
2. Donar los órganos en los términos de lo dispuesto en el artículo 334 de la Ley General de Salud pues para realizar un trasplante de donantes que hayan perdido la vida debe comprobarse previamente a la extracción de los órganos y tejidos y por

³¹ Estados Unidos Mexicanos. D.F. Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Ley de Voluntad anticipada para el Distrito federal. Regular la voluntad de cualquier persona. Gaceta oficial del distrito Federal (07 ene 2008).

³² Estados Unidos Mexicanos. Op.cit. pág. 134

un médico distinto a los que intervendrán en el trasplante o en la obtención de los órganos o tejidos, la pérdida de la vida del donante.³³

El establecimiento claro de las leyes es importante; sin embargo al hacer una comparación con las legislaciones de países como Estados Unidos Y España podemos decir que las leyes de nuestro país son lo más claras y bien establecidas motivo que no beneficia el tema de la donación de órganos a diferencia de los países Mencionados. Pero la legislación sigue siendo nuestro mejor camino y apoyo en el tema de donación de órganos por muerte encefálica.

2.4.3 Diagnóstico de Muerte encefálica

La exploración neurológica del paciente con sospecha de ME tiene que ser realizada por médicos expertos en la valoración de pacientes comatosos y con patología neurológica crítica. Esta exploración debe ser sistemática, completa y extremadamente rigurosa. En la que deben cumplirse las siguientes condiciones.

Coma estructural, de etiología conocida y carácter irreversible.
Condiciones clínicas generales durante la exploración neurológica: <ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad cardiocirculatoria • Oxigenación y ventilación adecuadas • Ausencia de hipotermia, < 32°C • Ausencia de tóxicos o fármacos depresores del SNC
Exploración clínica neurológica <ul style="list-style-type: none"> • Exploración neurológica cerebral <ul style="list-style-type: none"> ✓ Coma arre activo, escala de Glasgow 3 ✓ No respuestas en rigidez de descerebración ni decorticación. • Exploración neurológica troncoencefálica <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausencia del reflejo fotomotor, corneal, oculocefálico, oculo vestibular, nauseoso y tusígeno. ✓ Ausencia de respiración espontánea. ✓ Ausencia de respuesta test de atropina.
Puede existir actividad motora de tipo medular como de origen medular, tanto de tipo reflejo como espontáneo.
Periodo de observación <ul style="list-style-type: none"> • Orientativo: 6 horas en lesión destructiva y 24 horas en coma anoxico. • El periodo de observación es modificable a criterio médico según el tipo de gravedad de la lesión causal.
En la lesión de localización infratentorial: <ul style="list-style-type: none"> • Exploración clínica + EEG y/o un método diagnóstico instrumental que confirme la ausencia de función de los hemisferios cerebrales.

Tabla 1. Condiciones para el diagnóstico de Muerte encefálica.

³³ Córdoba I. Actividad de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células y Recomendaciones aprobadas por el Consejo Iberoamericano de Donación Trasplante. Newsletter 2010. Vol. 4 Núm 1. Aula Médica. Madrid, Noviembre de 2010.

Dada la importancia clínico legal del diagnóstico, todos los hallazgos deben de quedar reflejados adecuadamente en la historia clínica. Así como es imprescindible conocer la causa del coma mediante la historia clínica y/o documentación de neuroimagen, con una TC craneal que demuestre la presencia de lesión estructural, grave y catastrófica en el SNC, compatible con la situación clínica. Así descartamos causas metabólicas o clínicas que puedan ser reversibles.

Evaluación Clínica	a) Coma	1) Pupilar
	b) Ausencia de Reflejos de tallo	2) Movimientos oculares
		3) Respuesta motora y sensitiva facial
		4) Reflejo faríngeo y Traqueal
	c) Apnea ausencia del patrón respiratorio	1) Prerrequisitos
	2) Procedimiento: prueba clásica de apnea.	
Estudios Complementarios	a) Determinación de flujo sanguíneo cerebral	1. Angiografía cerebral convencional
		2. Angiografía por tomografía computada
		3. Doppler Transcraneal DTC
		4. Angiografía por resonancia magnética
	b) Determinación de perfusión cerebral	1. Angiografía
		2. Tomografía computada por emisión de positrones (PECT)
	c) Neurofisiología	1) Electroencefalograma
2) Potenciales evocados Somato sensoriales.		

Tabla II. Procedimiento del diagnóstico de muerte encefálica basada en la guía de práctica clínica de la secretaria de Salud.

Evaluación clínica Prerrequisitos

Establecer la causa inmediata e irreversible del coma

La causa del coma puede ser establecida por el historial clínico, exploración, estudios de neuroimagen y de laboratorio.

Excluir la presencia de fármacos depresores del sistema nervioso central (SNC), examen toxicológico, calcular el aclaramiento de los fármacos (asumiendo función hepática y renal normal) o en caso disponible la determinación de los niveles séricos de los fármacos por debajo del rango terapéutico. El uso previo de hipotermia (ej. posterior a reanimación cardiopulmonar o paro cardíaco) puede retardar el metabolismo farmacológico. Los límites legales de alcohol para conducir (alcohol en sangre 0.08%) es un umbral práctico, por debajo del cual la exploración para determinar ME es razonable.

No debe de haber administración reciente o infusión continua de relajantes neuromusculares. Excluir alteraciones electrolíticas graves, trastornos ácido-base o endocrinas (definida por acidosis grave o valores de laboratorio fuera de rango de normalidad).

A. Alcanzar una temperatura corporal normal

En la mayoría de los pacientes se requiere de instrumentos para alcanzar y mantener una temperatura normal o casi normal (>36°C).

B. Mantener una presión arterial sistólica normal

Comúnmente la hipotensión se debe a pérdida del tono vascular periférico o hipovolemia (diabetes insípida); los vasopresores y/o vasopresina son requeridos frecuentemente. La evaluación neurológica usualmente se realiza con presión arterial sistólica ≥ 100 mmHg.

C. Realizar el examen neurológico

Evaluación Clínica

A. Coma

Paciente con escala de Glasgow de 3 puntos

El paciente tiene que encontrarse en coma profundo y arre activo, con escala de Glasgow de 3 y con hipotonía muscular generalizada. La estimulación analgésica será realizada básicamente en el territorio de los nervios craneales (trigémino), provocando dolor intenso en el área supraorbitaria, labio superior o en la articulación temporomandibular. No puede existir ningún tipo de respuesta motora o vegetativa, así como tampoco respuestas o actitudes motoras en descerebración ni decorticación.

B. Ausencia de reflejos troncoencefálicos Cabe explorar la actividad de los pares craneales y su integración en los núcleos correspondientes del tronco encefálico: los reflejos troncoencefálicos tiene que estar siempre ausentes.

La exploración debe ser bilateral y los reflejos que hay que explorara son los siguientes.

- 1) Reflejo Fotomotor: se realiza estimulación con un foco de luz potente, observándose una contracción pupilar. En ME, las pupilas pueden ser redondas, avales o discórticas y de tamaño medio o midriáticas, desde 4 a 9 mm, pero siempre son arreactivas a la luz. Tampoco debe existir respuesta consensual.
 - Vía aferente: nervio óptico
 - Vía eferente: nervio motor ocular común
 - Nivel anatómico: mesencéfalo.

El reflejo fotomotor puede alterarse por traumatismos oculares, cirugía previa y por la utilización de colirios que contengan agentes anticolinérgicos, tipo tropicamida. La atropina intravenosa puede dilatar la pupila, pero no afecta el reflejo foto motor. El tratamiento con altas dosis de dopamina y adrenalina puede producir midriasis paralizante.³⁴ Los bloqueantes neuromusculares no afectan el reflejo.

- 2) Reflejo corneal: se realiza estimulación corneal con una gasa o torunda de algodón, observándose una contracción palpebral; también puede objetivarse lagrimeo. En ME no existe ningún tipo de respuesta.
 - Vía aferente: Nervio trigémino
 - Vía eferente: Nervio facial
 - Nivel anatómico: protuberancia

La presencia de intenso edema corneal o la utilización de relajantes musculares pueden alterar o abolir el reflejo.

- 3) Reflejo oculocefálico: manteniendo abiertos los ojos del paciente, se realizan giros rápidos de la cabeza en sentido horizontal, observados en una desviación ocular conjugada opuesta al lado del movimiento, volviendo los ojos posteriormente su posición de reposo. En ME no existe ningún tipo de movimiento ocular
 - Vía aferente: Nervio auditivo
 - Vía eferente: nervio motor ocular común y motor ocular externo.
 - Nivel anatómico: unión bulboprotuberancial.
- 4) Reflejo oculo vestibular: realizar previamente timpanoscopia para comprobar que no existen tapones de cerumen ni perforación timpánica. Colocar la cabeza elevada 30° de manera que el conducto semicircular lateral se encuentre vertical y la estimulación puede provocar una respuesta máxima; se inyectan en el conducto auditivo interno 50 ml de suero frío, manteniendo abiertos los ojos del paciente durante 1 minuto y

³⁴ Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study. Am. J Respir Crit care Med. 2009; 180(9):853-60.

observándose en condiciones normales un nistagmo con el componente lento hacia el oído irrigado y el componente rápido que se aleja del conducto irrigado. El nistagmo es regular, rítmico y de 2.3 minutos de duración. En ME no existe ningún tipo de movimiento ocular.

- Vía aferente: nervio auditivo
 - Vía eferente: nervio motor ocular común y motor ocular externo.
 - Nivel anatómico: unión bulboprotuberancial.
- 5) Reflejo nauseoso: se realiza estimulación del velo del paladar blando, úvula y orofaringe, observándose la aparición de náusea. En ME no existe ningún tipo de respuesta.
- Vía aferente: nervio glossofaríngeo
 - Vía eferente: nervio vago
 - Nivel anatómico: Bulbo
- 6) Reflejo tusígeno: se introduce una sonda a través del tubo endotraqueal, provocando una estimulación de la tráquea y observándose en condiciones normales la aparición de tos. En ME no existe ningún tipo de respuesta.
- Vía aferente: nervio glossofaríngeo y nervio vago.
 - Vía eferente: nervio vago
 - Nivel anatómico: bulbo

En lactantes y neonatos que tiene una gran inmadurez cerebral, la exploración de los reflejos debe ser especialmente cuidadosa y se debe repetir cuantas veces sea necesario. Además de los reflejos comentados hay que explorar el de succión y búsqueda.³⁵

- 7) Prueba de atropina: explora farmacológicamente la actividad del nervio vago y de sus núcleos tronco encefálicos³⁶.se administran 0.04 mg/kg de sulfato de atropina iv y se comprueba la frecuencia cardiaca pre y post – inyección. En situación de ME la frecuencia cardiaca no debe superar el 10 % de la frecuencia cardiaca basal. No administrar atropina por la misma vía venosa por donde se están infundido catecolaminas, ya que el arrastre de estos fármacos puede producir taquicardia y alterar los resultados.

C. Apnea

- 1) Test de apnea: Cronológicamente debe ser realizado al final de la exploración, y su objetivo es demostrar la ausencia de respiración espontanea. Como prerrequisitos es aconsejable que el paciente

³⁵ Escalante JL, Escudero D. Muerte encefálica. Criterios diagnósticos. En: Francisco Ruza, et al. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. Vol.2 Madrid Norma-capitel, 2002, p.2096-79.

³⁶ Atropine resistance in brain dead organ donors. Anesthesiology. 1986; 65:711.

mantenga una volemia adecuada, esté normo térmico, con temperaturas próximas a los 36 °C y que la TA sistólica sea igual o superior a 90 mmhg.

- 2) Prueba clásica de apnea: inicialmente se realiza una hiperoxigenación y se modifican los parámetros del respirador para conseguir una normo ventilación. Se extrae una gasometría arterial, y se desconecta al paciente del respirador, introduciendo una cánula con oxígeno a 6 L/min. Para oxigenar por difusión y evitar Hipoxia. Durante el tiempo de desconexión, observar detenidamente el tórax y el abdomen, comprobando que no exista ningún tipo de movimiento respiratorio. El tiempo de desconexión es variable y estará en función del valor previo de PaCO₂ y de la temperatura del paciente. Por cada minuto de desconexión, la PaCO₂ se eleva 2-3 mmhg.

Al finalizar la desconexión del respirador se realiza una gasometría para constatar que la PaCO₂ es superior a 60 mmHg.

Esta forma de realizar la prueba de apnea puede provocar colapso alveolar al despresurizar la vía aérea por la desconexión del respirador. En la actualidad se recomienda realizar la prueba de apnea con CPAP se puede realizar: a) con tubo T con oxigenoterapia a 15 L de oxígeno y válvula de CPAP de 10 cmH₂O y b) si disponemos de respirador adecuado, mantener la conexión al respirador y ventilar al paciente en modo CPAP con 10 cmH₂O. Esta forma es más rápida más cómoda y, además, permite visualizar en la pantalla las curvas de flujo, presión y volumen generados, con lo que se dispondrá de una información adicional a la mera observación del tórax y el abdomen.

El procedimiento que se realiza en México según la guía clínica de diagnóstico de muerte encefálica en México es la siguiente:³⁷

Ausencia del patrón respiratorio: la ausencia del patrón respiratorio se determinara por cambios en la concentración de CO₂. Documentar un incremento de la PaCO₂ por arriba del nivel normal.

Prerrequisitos:

- I. Temperatura corporal basal $\geq 36^{\circ}\text{c}$.
- II. Presión arterial sistólica ≥ 100 mmHg.
- III. Euvolemia: Presión venosa central normal. Opción balance de líquidos positivo en las últimas 6 horas.
- IV. PCO₂ arterial normal: Opción PCO₂ 35-45 mmHg

³⁷ Guía de diagnóstico de muerte encefálica

V. PO₂ arterial normal: Opción preoxigenación para obtener PO₂ ≥200 mmHg.

VI. Sin evidencia previa de retención de CO₂ (ej. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, obesidad mórbida)

Procedimiento:

I. Ajustar la dosis de vasopresores para mantener una presión arterial sistólica ≥100 mmHg.

II. Pre oxigenación por al menos 10 minutos con oxígeno al 100% o PaO₂ >200 mmHg.

III. Reducir la frecuencia ventilatoria a 10 respiraciones por minuto o eucapnia.

IV. Reducir la presión positiva al final de la espiración a 5 cmH₂O (si ocurre desaturación al disminuir la presión positiva al final de la espiración, sugiere dificultad para realizar la prueba de la apnea).

V. Si la saturación de oxígeno por oximetría de pulso se mantiene >95%, obtener una gasometría arterial basal (PaO₂, PaCO₂, pH, bicarbonato, exceso de base).

VI. Desconecte al paciente del ventilador.

VIII. Mantenga la oxigenación (Proporcione oxígeno al 100% a 6 litros por minuto dentro de la tráquea: Opción colocar una sonda a nivel de la carina).

IX. Mirar estrechamente los movimientos respiratorios de 8 a 10 minutos (la respiración se define como los movimientos del tórax y abdomen, que producen volúmenes corrientes adecuados).

X. Abortar si la presión arterial sistólica es <90 mmHg.

XI. Abortar si la saturación de oxígeno por oximetría de pulso indica de saturación <85% por >30 segundos.

XII. Sí los movimientos respiratorios están ausentes repetir los gases arteriales aproximadamente después de 8-10 minutos y si la PCO₂ es mayor de 60 mmHg (opción: 20 mmHg por arriba del basal, el resultado de la prueba de apnea es positiva, es decir cumple el criterio de ME).

XIII. Si la prueba no es concluyente, pero el paciente se mantuvo hemodinámica mente estable durante el procedimiento, se puede repetir

por un periodo de tiempo (10-15 minutos) después de que el paciente se ha pre oxigenado adecuadamente.

El diagnóstico debe ser realizado por los médicos que evalúan el historial clínico y realizan la evaluación neurológica completa.

En el diagnóstico clínico de ME en neonatos, lactantes y niños, el número de evaluaciones, evaluadores y periodos de observación son diferentes:

a) Se requieren dos evaluaciones que incluyan la prueba de la apnea, separadas por un periodo de tiempo de observación.

b) Las evaluaciones deben ser llevadas a cabo por diferentes médicos del equipo a cargo del cuidado del paciente. La prueba de apnea puede hacerse por el mismo médico, preferentemente por quien está a cargo del apoyo ventilatorio.

c) Los periodos de observación son:

- 24 horas para neonatos.

- 12 horas para lactantes y niños.

d) La primera evaluación neurológica debe establecer si el neonato, lactante o niño cumple con los criterios clínicos de ME. La segunda evaluación, realizada por un médico diferente, debe confirmar que el niño cumple con los criterios clínicos de ME.

e) La evaluación de las funciones neurológicas puede no ser confiable inmediatamente después de la reanimación cardiopulmonar, o de otras lesiones cerebrales agudas y graves. La evaluación para establecer el diagnóstico de ME, en estos casos se debe diferir por 24-48 horas, en caso de duda o inconsistencias durante el examen neurológico.

Existe controversia universal en relación al grado óptimo de temperatura para realizar el examen neurológico, por lo que con base a la evidencia científica y experiencia de los autores de la guía sugerimos sea realizada entre 34-36 grados.

En pacientes que cumplen con los criterios clínicos de ME, existe duda del diagnóstico, se sugiere que se elija como estudio complementario aquel que, dentro de las opciones al alcance del centro hospitalario, ofrezca la mayor certidumbre diagnóstica para confirmar el diagnóstico de ME.

Actividad motora espinal

La actividad motora de origen medular puede no estar presente, aparecer inmediatamente o evidenciarse pasadas varias horas después del diagnóstico de muerte encefálica. Es un hecho observado con relativa frecuencia, por lo que es muy importante saber reconocerla y diferenciarla de las respuestas motoras de origen encefálico.³⁸ En muerte encefálica puede existir actividad motora de origen medular tanto espontánea como refleja. La variedad de reflejos que pueden observarse es muy amplia; cabe destacar los reflejos cutáneo abdominales, el cremastérico, el reflejo plantar flexor, extensor y de retirada, y los reflejos tónico cervicales. En el reflejo cervicoflexor del brazo, al realizar una flexión rápida y forzada del cuello se observa una contracción de los músculos flexores del brazo, que suele separarse unos centímetros de la cama. Existe también el reflejo cervicoflexor de la cadera y el reflejo cervicoabdominal, obteniéndose de estos casos flexión de la cadera y la contracción de la musculatura abdominal. También puede observarse actividad motora espontánea, especialmente mioclonías espinales y actividades tónicas, en miembros superiores, que provocan situaciones posturales más o menos estereotipadas.

Durante la intervención quirúrgica y por estimulación del peritoneo parietal, en donantes de órganos de SE ME han visto reflejos motores con contracción de la musculatura abdominal hasta de un 60% de los casos, así como reflejos cardiovasculares tras la manipulación de órganos, vasos y otras estructuras intra abdominales, produciéndose incrementos marcados de la TA, la frecuencia cardíaca, las resistencias vasculares sistémicas y el índice de trabajo ventricular izquierdo.

Actividad motora refleja	Actividad motora espontánea
<ul style="list-style-type: none"> • Reflejos osteotendinosos • Respuestas plantares (flexora, extensora y de retirada) • Reflejos cutáneo abdominales • Reflejo cremastérico • Reflejos tónico cervicales, cervicoflexor de la cadera y del brazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Movimientos de flexión y extensión de las extremidades. <p>Movimientos de elevación de brazos, signo de lázaro, aparece aislado o asociado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Opistótonos asimétricos -Movimientos en miembros inferiores -Flexión del tronco hasta sedestación • Flexión repetitiva de los dedos de un pie. • Movimiento secuencial, abaniquo de los dedos del pie, dedo del pie ondulante.

Tabla III. Actividad Motora Signos

³⁸ Martínez Martín P, Martínez Sarries FJ. Actividad motora espontánea y refleja de la muerte cerebral. Neurología. 1994; 9 407-9.

Periodo de Observación

El periodo de observación es variable en cada país. Cuando el diagnóstico de ME se realiza solo con exploración neurológica. La academia americana de Neurología recomienda 6 horas, aunque especifica que este tiempo es arbitrario y modificable a criterio médico.

Estudios complementarios

La obligatoriedad de utilizar pruebas diagnósticas varía de cada país, algunos de los casos específicos son en casos de especial dificultad diagnóstica como etiología infratentorial, ausencia de lesión destructiva cerebral, niños menores de un año con imposibilidad de realizar la prueba de apnea, hipotermia < 32°C, graves destrozos del macizo craneofacial o pacientes tratados con fármacos o drogas depresoras del SNC. En México los estudios complementarios no deben ser usados como sustitutos de la evaluación neurológica, solamente se utilizan como medio para confirmar el diagnóstico obtenido mediante la evaluación neurológica y disminuir el periodo de observación si así se requiere por criterio médico.

Los estudios complementarios se pueden clasificar en dos tipos.

Electrofisiológicas: Electroencefalograma BIS (Monitorización de sedación profunda) Potenciales evocados Auditivos Somato sensoriales de nervio mediano
Valoración de la circulación cerebral <ul style="list-style-type: none">• Sonografía Doppler Trascendental• Arteriografía cerebral de 4 vasos• Angiografía cerebral por saturación digital (arterial o venosa)• Angio-TC multicorte y estudios de perfusión cerebral• Angiogamagrafía cerebral con Tc-99m-HMPAQ o con otros radiofármacos difusibles.

Tabla IV. Clasificación de los estudios complementarios

A. Determinación del flujo sanguíneo cerebral

Angiografía cerebral convencional.

Ha sido la prueba diagnóstica considerada el método de referencia para demostrar la ausencia de FSC y diagnosticar la ME. En la actualidad casi no se utiliza, ya que ha sido superada por otras técnicas angiográficas.

Angiografía mediante tomografía computarizada

Se puede realizar el diagnóstico de ME mediante angio-TC helicoidal. Algunos autores utilizan este sistema en dos fases, inicialmente obtienen imágenes craneales desde C1-C2 hasta vertex cada 10mm y, después, administran 120 ml de contraste no iónico por vía I.V a una velocidad de 3 ml/s; 20 segundos después se procede a realizar una TC para valorar la circulación cerebral arterial y, finalmente, otra a los 54 segundos con el fin de estudiar la circulación venosa.

La ATC debido a su baja sensibilidad, puede resultar en retraso en el diagnóstico de ME, por lo que se sugiere la elección de otro método complementario.

Se recomienda la realización de angiografía cerebral mediante TC multicorte, ante la sospecha clínica de ME.

Doppler transcraneal (DTC)

Este estudio muestra el registro de las arterias cerebrales en un individuo sano muestra una onda semejante a la de la presión arterial sistólica, onda dicrotica y una caída diastólica. Mediante el análisis de la morfología de la onda de flujo o sonograma y la cuantificación de las velocidades sistólicas, diastólicas y medias, se puede obtener información indirecta del flujo sanguíneo cerebral (FSC), de la resistencia cerebrovascular (RCV) y del estado de la autorregulación y, por lo tanto, de la circulación intracraneal. La sonda del DTC puede atravesar la barrera ósea del cráneo en áreas donde el hueso más delgado; a estas zonas de máxima transparencia se les denomina ventanas óseas. Se utilizan 3 ventanas: Temporal, orbitaria, occipital.

El DTC es una prueba confiable que puede ampliar los criterios clínicos en la evaluación de ME, sin embargo, a pesar de una especificidad alta no puede considerarse como una prueba confirmatoria de ME.

El DTC se recomienda como una prueba pronóstica para determinar el momento apropiado para la realización de una angiografía cerebral.

Angiografía por resonancia magnética

La ARM se sugiere como un estudio complementario para el diagnóstico de ME, pero no es fácilmente disponible y no existen suficientes estudios validados en la actualidad.

B. Determinación de la perfusión cerebral.

Angiogramografía cerebral.

Para realizar el diagnóstico de SE ME utilizan radiofármacos que atraviesan la barrera hematoencefálica (BHE), como:

- a) ^{133}Xe (Xenón)
- b) ^{123}I -MP (p-iodo-N-isopropil- anfetamina)
- c) ^{123}I -HIPDM (NNN'-trimetil-N1, 3 propanodiamina)
- d) Tc-99m-HMPAO (hexametilpro-pilenamina-oxima)

Se recomienda la realización de angiogramografía cerebral como método complementario en el diagnóstico de ME.

Tomografía computarizada por emisión de positrones.

El SPECT es una herramienta confiable para el diagnóstico complementario de ME, sin embargo, se requieren de estudios con mayor serie de pacientes para comprobar su capacidad de diagnóstico de ME.

C. Neurofisiología

Electroencefalograma

El EEG se recomienda como auxiliar diagnóstico de ME, tomando en cuenta las limitaciones del mismo.

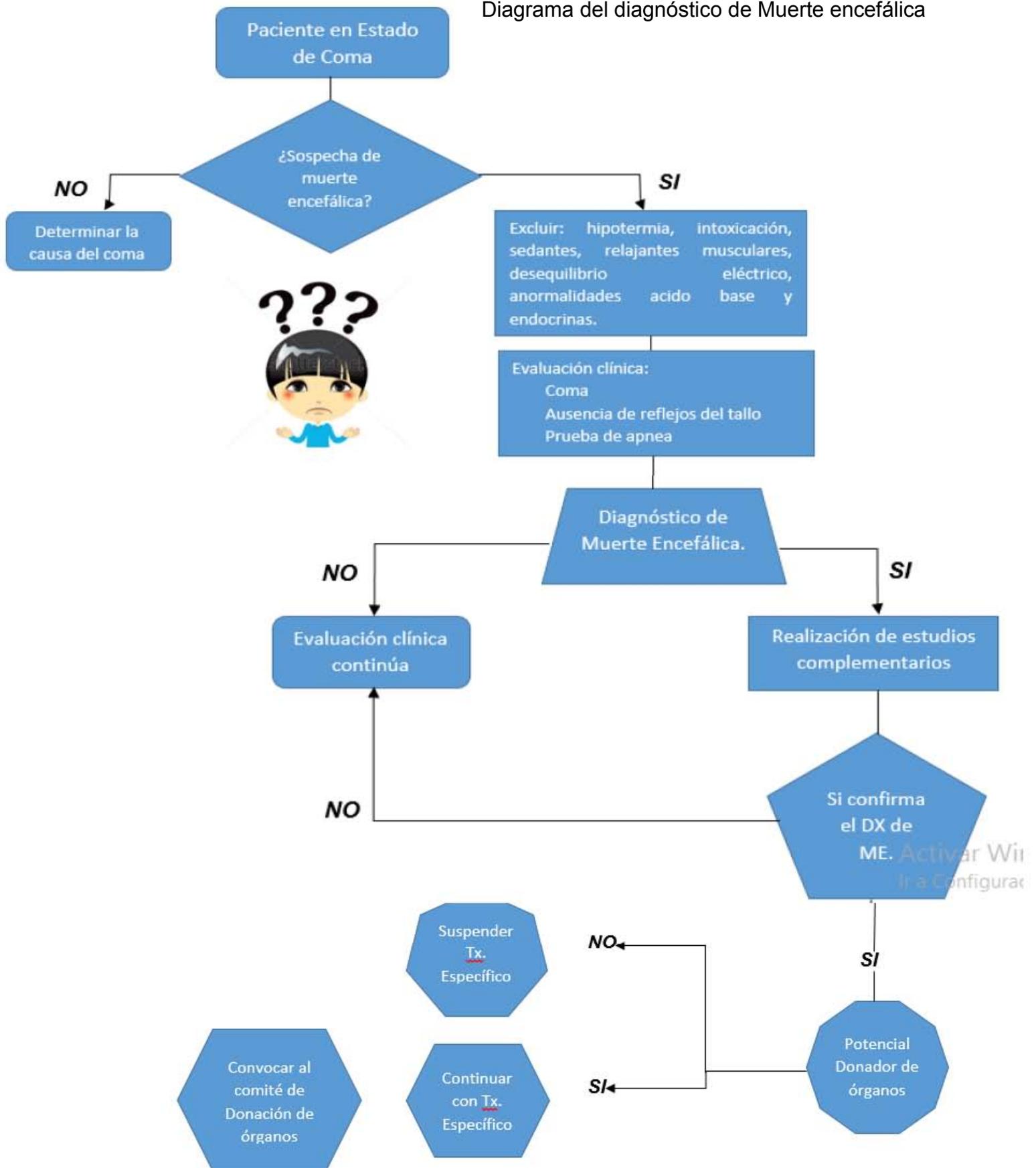
Potenciales evocados somato sensoriales

Son la respuesta del sistema nervioso a un estímulo externo. La estimulación de diversas vías sensitivas provoca o evoca una señal eléctrica cortical de muy pequeño voltaje. Según el estímulo sensorial provocado se puede obtener el potencial evocado correspondiente.

Se sugiere la realización de los PESS para complementar el diagnóstico clínico de muerte encefálica, sin embargo, se debe considerar que no es un estudio de rutina y que la variabilidad interobservador no ha sido evaluada.

En caso de que los estudios complementarios confirmen el diagnóstico de ME, la evaluación secundaria y prueba de la apnea pueden llevarse a cabo. Cuando los estudios complementarios sean utilizados para reducir el periodo de observación, todos los aspectos de la evaluación neurológica y prueba de la apnea deben ser completados y documentados.

Diagrama del diagnóstico de Muerte encefálica



2.5 Donación de órganos.

México se enfrenta a una problemática, por la falta de una cultura de donación de órganos, tejidos y células; por la ausencia de una conciencia moral y solidaridad humana, así como por la desinformación y mitos que se ha generado en torno a este proceso como el llamado tráfico de órganos.

Aunado a lo anterior, se agregan las circunstancias sociológicas, culturales, religiosas y jurídicas, que han sido un obstáculo para la denominada medicina de trasplantes. Para comprender dicha falta de solidaridad, y conocer de forma real la situación en que vivimos los mexicanos en torno al tema se describe de manera general la problemática en torno a la donación de órganos.

2.5.1 Antecedentes de la donación de órganos.

Se dice que “La historia del trasplante es la historia de los inmunosupresores”, pero los inmunosupresores han sido mucho más que meros facilitadores de los trasplantes. Este concepto revolucionó el mundo de la salud, lo mismo ocurrió con el concepto del receptor y su ligando, las moléculas y los receptores.

El conocer y definir la muerte cerebral tendría consecuencias de largo alcance en la naturaleza de la existencia consciente. Por otro lado, las discusiones profesionales y populares sobre lo que es la muerte, que es el individuo, y quienes el dueño del cuerpo después de la muerte dieron paso a lo que ahora conocemos como la donación de órganos.³⁹

Existen ciertos cuentos mitológicos de varias culturas religiosas, incluyendo la hindú, la china y la egipcia, que sugieren que la ideal del trasplante puede ser mucho más antigua.⁴⁰

La historia temprana del trasplante de órganos ha sido relacionada con los anhelos de la longevidad del ser humano. En el Siglo II A.C., los cirujanos chinos Hua T'ó y Pien Ch'iso aparentemente trasplantaron una variedad de órganos y tejidos. Sin embargo, el clima científico de China durante este periodo no era favorable al arte quirúrgico y estos reportes han sido considerados como historias y leyendas popularizadas a lo largo de generaciones.⁴¹

Un paso importante en la ciencia de las trasplantología fue la publicación por Gaspare Tagliacozzi de Bolonia (1547-1599) de su trabajo *De Curtorum Churugia*

³⁹ Libro de historia de donación de órganos facultad de medicina... *****

⁴⁰ Bhandari M., Tewarai A. Is Trasplantation only 100 years old?, *Br J Urol* 1997; 79:495

⁴¹ Bhandari M., Tewarai A. *Ibid.* Pág. 323

per insitionem, en donde reportaba el refinamiento de sus técnicas de injerto y rinoplastia.

John Hunter (1728-1793), el padre de la cirugía experimental, quien fue responsable de establecer las bases científicas de la cirugía moderna. Postuló que todas las sustancias vivientes tenían la disposición de unirse cuando de ponían en contacto.

En 10804 Gui-seppe Baroni (1759-1811) de Millán publicó en sus experimentos exitosos en trasplantes cutáneos libres en ovejas. Dieciocho años más tarde, Johann Dieffenbach publicó su tesis en trasplante experimental y la regeneración de tejidos.⁴²

A principios del siglo XVII, Charles Edouard Brown-Séuard sugirió que lo miembros amputados podrían ser reimplantados. Así fue capaz de implantar colas de rata y de gato en las crestas de los gallos. Incluso injertó testículos completos de caballos en perros viejos. El siglo XIX se caracterizó por el desarrollo de los injertos libres. El uso generalizado de estos permitió a su vez la utilización de una gran variedad de aloinjertos y xenoinjertos con múltiples reportes de resultados buenos y de larga duración.

La idea de trasplantar parte u órganos completos cambió, y las investigaciones cambiaron de lo técnico a lo biológico hacia finales del siglo XIX. Un problema que faltaba por resolver para para permitir la revascularización directa de órganos era el desarrollo de técnicas efectivas de anastomosis vasculares sin trombosis, hemorragias, ni estenosis.

Autor	Año	Contribución
Carrel y Lind-bergh	1938	Preservación (sin reimplante) de tiroides, ovarios, riñones y otros órganos con suero oxigenado.
Lapchinsky	1960	Reimplante exitosos de riñón con enfriamiento lento, manteniendo congelado 26 horas y recalentando lentamente.
Humphries, Jr.	1964	Preservación de riñón canino por 24 horas. con sangre diluida a 10 °C
Belzer	1967	Preservación de riñón canino por 72 horas.
Collins y Terasaki	1969	Almacenamiento helado de riñón canino por 30 horas e irrigado con una solución hiperosmolar helada.
Johnson	1972	preservación de riñón canino con FPPH (Fracción proteica de plasma humano)

⁴² Fly MW. History Trasplantation, In: Fly MW (ed). Principios of Organ Trasplantation. W.B. Saunders Company. Philadelphia. 1981,1.

Claes	1972	Preservación de riñones caninos por albúmina de suero humano.
Toledo-Pereyra	1973	Preservación de riñón, hígado, páncreas, corazón e intestino con FSG (Fracción de Sílica gel).
Kootstra	1978	Preservación de riñón canino por seis días por perfusión hipotérmica.
Suaudeau y Kolobow	1978	Preservación de 1-3 días de corazón con nuevas membranas y superficies de silicón sin sílica.

Tabla IV. Evolución Histórica de La preservación de los órganos.⁴³

Trasplante de riñón

Alexis Carrel fue quien invento el método de anastomosis vasculares utilizando agujas y suturas finas, el cual ha sido usado desde 1902, tan solo con unas cuantas modificaciones. ⁴⁴

Carrel y Emerick Ullmann fueron los primeros en estudiar la transferencia de órganos en los animales. Y realizaron los primeros trasplantes de riñón en masa de, removiendo ambos riñones, la aorta, la vena cava, los uréteres como los riñones, para permitir anastomosis vasculares amplias. Sin embargo la pérdida de los órganos injertados se debía a un problema un tanto diferente al infarto, las necrosis vasculares, la infección o la inflamación, surgiendo el término rechazo que indicaba un proceso por medio del cual el huésped negaba al órgano un lugar nuevo para residir.

El final de este periodo estuvo marcado por los experimentos de David Hume, George Thorn, Gustave Dammian, y el grupo del hospital Peter Bent Briagham en Boston. ⁴⁵. Ahí a partir de 1951, se trasplantaron riñones de un individuo a otro llevándolos al musculo como sitio receptor. La experiencia puso de manifiesto que, en tanto el riñón era rechazado, la función era buena por un tiempo corto.

Durante la década de los 50 se llevaron a cabo varios trasplantes renales en Paris y en Boston; todos ellos finalmente fallaron ya que aún no se utilizaba la inmunosupresión.

⁴³ Humphries Al, Jr. Y Dennis Aj, Jr. Historical Deploiments in preservation. In Luis H. Toledo-Pereyra (ed), Academic Press, Inc., New York , 1982.1

⁴⁴ Carrel A. LA Technique operatorie des anastomoses vasculares et la transplantation de vicerés. Lyon Med 1902; 98: 859.

⁴⁵ Hume D. Merrill J.P. Homologus transplantation of human Kidney. J Clin Invest 1952; 31:640.

Entre 1936 y 1949 Vonroy, un cirujano Ruso,⁴⁶ llevo a cabo 5 trasplantes renales sin éxito; pudo identificar, sin embargo, la perdida de los injertos por procesos inmunológicos. René Kuss ⁴⁷ y Charles Dubost de Paris y Mereau Servelle de Estrasburgo llevaron a cabo una serie de trasplantes renales de donadores cadavéricos. Más tarde, Jean Hamburger de Paris el trasplante de riñón de un donador voluntario.

En 1954, J. E. Murray Trasplanto un gemelo sano a uno enfermo, en la región pélvica. La función fue excelente y la sobrevida prolongada.⁴⁸El urólogo fue J. Hartwell Harrison, y el nefrólogo fue John P. Merrill. Se experimentó entonces con los corticoesteroides Adrenales. Y la radiación corporal total.

En 1954 y 1952, se trasplantaron más gemelos idénticos y se llevaron a cabo algunos ensayos experimentales en trasplante clínico con radiación corporal total como inmunosupresión. Luego vino la inmunosupresión química; a partir de 1962, todos los trasplantes de tejidos de individuos no relacionados que han hecho con el paciente bajo la influencia de agentes químicos para suprimir la respuesta inmunitaria.

Dres. Schwartz y Dames-Hek de la universidad de Tufts observaron los efectos de la 6-mercaptopurina en el soluto proteico xenogénico.⁴⁹

Utilizaron un modelo laboratorial en el que la albumina sérica de rata humana se administraba en ratas. Por medio de un mapeo radioactivo de la albumina, era posible identificar su curva de desaparición. Poco más tarde Roy calne y Zukowski en Londres aplicaron 6 –mercatopurina en un modelo de injerto renal.

Al mismo tiempo se llevaban a cabo experimentos con líneas similares de investigación por Starlz, Küss, y Hamburger en París. A partir de 1965, el trasplante de riñón se convirtió en una práctica de rutina para el tratamiento de falla renal. Muchos avances quirúrgicos y la mejor preservación del tejido fungieron como estructura bioenergética para mejorar los resultados de una forma sorprendente, por una parte estaba el descubrimiento de los tipos y la tipificación tisulares, introducida a lo EU por Paul Terasaki de la Universidad de California en los Angeles. Esto permitió saber realmente que tan cercanos son los familiares, o que tan

⁴⁶ Vonroy U. Sobre Bloqueo del aparato reticuloendotelial del hombre en algunas formas de intoxicación por el sublimado y sobre la trasplantación del riñón cadavérico como método de tratamiento de la anuria consecutiva a aquella intoxicación. Siglo medico 1937; 97: 296.

⁴⁷ Kuss r. Teintirier J, Milliez P. Quelques –essais de Greffe rein chez l’home. Med HospParis 1951; 67:1372.

⁴⁸

⁴⁹ Schwartz R., Stack J. Demmesheck W. Efecto de 6- mercapypirina en primera y segunda respuesta inmunológica. J Clin Invest. 1959; 38:1394.

similares antigénicamente, son dos individuos no relacionados. Esto a su vez condujo el mapeo genéticos de los antígenos de la histocompatibilidad.

Trasplante hepático

Welch quien experimentó con trasplantes ectópicos de hígado, es decir trasplante de hígado colocados en un sitio diferente en el abdomen, proporcionándole aporte arterial y venoso, y un lugar donde drenar la bilis. El trasplante hepático también tuvo sus orígenes en los laboratorios de los Dres. Starlz y Moore hacia finales de los 50 y principios de los 60. En 1963 Starlz llevo a cabo el primer trasplante hepático con resultados poco satisfactorios. No fue sino hasta 1967 en que realizo un trasplante hepático con resultados favorables y una sobrevivida prolongada. Más tarde, el advenimiento de la quimioterapia inmunosupresora revoluciono el trasplante hepático.

Para 1982 el trasplante hepático se practicaba en aproximadamente doce centros de Estados Unidos y en un número similar en Europa. Debido principalmente a la introducción de la ciclosporina como principal agente inmunosupresor.⁵⁰

Trasplante de Páncreas

En 1913 Hendon injertó un segmento de páncreas en el cuello de un perro diabético, siendo posible la observación de una baja transitoria en la glucosa sanguínea y en los niveles de glucosuria. No fue sino hasta 1966 en que Kelly y Lillehei de la universidad de Minnesota Trasplantaron el primer páncreas utilizando inmunosupresión. Desde entonces, el departamento de Najarim ha conducido estudios muy agresivos en trasplante pancreático, trabajando con células de los islotes y con el órgano completo, con resultados muy alentadores.⁵¹

Dubernard Fue responsable de introducir la técnica de trasplantar el cuerpo y la cola del páncreas con un pedículo vascular que comprendía la arteria esplénica/tronco celiaco y la vena Esplénica/vena porta. Se introdujo a la práctica clínica la inmunosupresión con ciclosporina. La omisión consecuente de dosis bajas de esteroides después del trasplante permitió una mejor evolución de la función directa endocrina del injerto y una mejor cicatrización de la herida.⁵²

⁵⁰ Starlz TE, Iwaatsuki S, Van Thiel DH. Evolución de la vida del trasplante orto tóxico. Hepatología 1982; 2: 613.

⁵¹ Flye MW. Op. cit pág. 13

⁵² Dubernard J.M. Et al. Un nuevo método de preparación segmental pancreática para trasplante: experimento entre perros y hombre. Surgery 1978; 45:633.

Trasplante de Corazón

El trasplante cardiaco tuvo sus orígenes en 1905 cuando Carrel y Guthrie llevaron a cabo el primer trasplante cardiaco en el cuello del receptor. Se vieron truncado por problemas de coagulación. La investigación se repuntó nuevamente en 1964, cuando Hardy realizo el primer xenoinjerto cardiaco de in chimpancé a un paciente de 68 años. El paciente vivió solo por una hora. Barnard de Sudáfrica llevo a cabo el primer trasplante cardiaco exitoso en un hombre de 54 años en 1967. Aunque el paciente vivió solo 18 días antes de morir por una neumonía de gram-negativos.

En 1968, un cirujano de la universidad de Stanford Norman Shumway daba inicio a su trabajo con trasplante cardiaco. La introducción de la biopsia endomiocárdica hizo posible el diagnóstico exacto de rechazo. La era moderna del trasplante cardiaco dio inicio a principios de los ochentas cuando la ciclosporina se convirtió en el principal elemento de inmunosupresión.⁵³

Trasplante de intestino delgado

En 1902 cuando Alexis Carrel describió la técnica para trasplantar segmentos de intestino delgado en el cuello de perros. Los resultados no fueron muy alentadores debido a los problemas de rechazo. A pesar de los pobres resultados experimentales entre 1960 y 1970, se intentaron algunos trasplantes de intestino delgado en humanos. En 1971, Monchik y Russel describieron una técnica quirúrgica para el trasplante heterotópico de intestino delgado en ratas, y en 1973 se describió la técnica, para el trasplante ortotópico, también en rata.

Desafortunadamente el desarrollo de la nutrición parenteral total (NPT) a principios de los 70 permitió mejorar la sobrevivencia de a muchos pacientes con intestino corto, lo que desvaneció el interés por el trasplante de intestino delgado en la comunidad quirúrgica.⁵⁴

2.5.2 Problemática en materia de donación de órganos

México tiene una necesidad de desarrollar una cultura de donación de órganos para preservar miles de vidas. Desacuerdo con datos del centro Nacional de Trasplantes existen más de 19 mil personas registradas en la listas esperando recibir la donación altruista de un órgano o tejido que les ayudará, además de curar su padecimiento, a reintegrarse activamente a la sociedad, de los cuales aproximadamente 20 % son menores de 15 años.

⁵³ Flye MW. Op. cit pág. 13

⁵⁴ Servelle M. Soulie p. Torturas trasplante renal debido tiene un solo paciente con riñón congénita, nefritis crónica lograr cambio hipertensivo. Bull soc Med Hosp Paris 1951; 67: 99.

Se estima que el 15% de estas personas morirá en un corto plazo a causa de su padecimiento, cuyo tratamiento podría haber sido curada a través del trasplante del órgano anhelado. Es oportuno señalar que, de las 18 mil personas en espera, alrededor de 4 mil 600 ya no pueden esperar mucho.⁵⁵

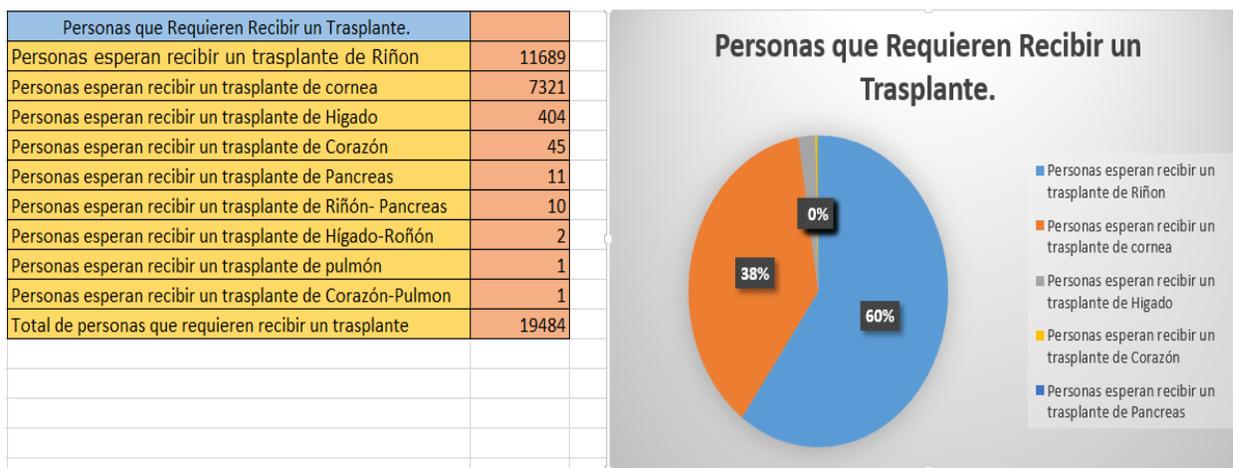


Tabla V. Estadísticas⁵⁶ de personas que requieren recibir un trasplante

El problema esencial no radica en la falta de equipo y de personal técnico especializado para llevar a cabo las cirugías que son requeridas, sino a la usencia de una cultura de donación que estimula a la sociedad a que proporcione voluntariamente los órganos vitales que se requieren para salvar muchas vidas.

Por otra parte, la Ley general de Salud, que es ordenamiento legal que regula estas actividades, no obliga a los individuos a ser donadores ni a los médicos y a las instituciones de salud a promover esta cultura, a diferencia de la tradición alemana en la cual los médicos deben promover que sus pacientes se conviertan en donadores de órganos, de los contrario son objeto de responsabilidad de acuerdo con la ley que los rige.⁵⁷

Aunada a lo anterior, la concepción de muerte a lo largo de la historia de la humanidad ha tocado la parte más sensible de los seres humanos; por tanto ha sido siempre objeto de las más profundas reflexiones y análisis por parte de la filosofía y la religión. De ahí que el tema de los trasplantes y la donación de órganos, al tener una estrecha relación con las donaciones cadavéricas, ha sido un tema, que por lo

⁵⁵ Carreño D. Centro nacional de Trasplantes. Registro Nacional de Trasplantes: estadísticas. México D.F [accesado 18 enero 2015], última modificación jueves 15 de enero de 2015 disponible en: http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html

⁵⁶ Carreño D. Centro nacional de Trasplantes Ibidem. Pág.

⁵⁷ Gordiño A. Trasplantes de órganos familiar y solidaridad humana. Civitas, España, 1987, pág. 14.

general, se evita platicar en familia. Es una decisión que no planeamos abiertamente y de la cual, por tanto, no se asume una posición que comentemos de manera explícita con nuestros seres queridos.

2.5.3 Marco legal.

Para lograr el objetivo de adecuar las disposiciones legales al mismo nivel de la ciencia médica, se han instrumentado diversas acciones por el gobierno federal y algunos legisladores que respalden cada una de las acciones realizadas en todo lo relacionado con la donación de órganos, y así evitar el mayor número de problemáticas sociales.

1. La Constitución Política de Los Estado Unidos Mexicanos consagra en su numeral cuarto, el derecho de todos los mexicanos a la protección a la salud. Existe una obligación de las instituciones gubernamentales de proporcionar al público usuario un servicio de calidad y calidez dentro de lo que se ha denominado Sistema Mexicano de Salud.⁵⁸
2. Para que sea posible lo anterior, el congreso de la unión emitió el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, ahora la ley general de salud, que es el instrumento rector encargado de normar, organizar, controlar y vigilar por conducto de las autoridades sanitarias, la prestación de los servicios de salubridad general. Que asigna su Título Décimo cuarto a la Donación, trasplantes y pérdida de vida. Contando con V Capítulos.⁵⁹
 - Capitulo I.- Disposiciones comunes. Art. 313-319
 - Capitulo II.- Donación. art. 320-329.
 - Capitulo III.- Trasplantes Art. 330-342.
 - Capitulo IV.- Perdida de Vida Art. 343-345.
 - Capitulo V.- Cadáveres Art. 346-350.
3. Norma oficial mexicana de emergencia nom-em-003-ssa-1994, para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos, excepto sangre y sus componentes. (derogada, excepto su art. 11).⁶⁰
4. Norma Técnica 323. Disposición de órganos y tejidos de los seres humanos con fines terapéuticos. Con el objeto de uniformar los criterios de operación

⁵⁸ Estados Unidos Mexicanos.

⁵⁹ Estados Unidos Mexicanos. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Distrito Federal Ley General de Salud. Protección de la Salud. Diario Oficial de la Federación (DOF) el (7 de febrero de 1984). Última reforma: DOF 25-01-2013.

⁶⁰ Estados Unidos Mexicanos. Cámara de diputados. Norma técnica sin número para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Publicada en el Diario Oficial de la Federación del 22 de mayo de 1986; [accesado 23 oct 2014], disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/240/1.htm?s=IS>

de los integrantes del sistema Nacional de Salud, misma que se encuentra integrada por 8 capítulos y 46 disposiciones.⁶¹

5. Norma Técnica 277. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.⁶² se viene aplicando por autoridades sanitarias desde su aparición.
6. Reglamento de la ley general de Salud en materia de Trasplantes. Fue decretada por el actual presidente Enrique Peña Nieto con el in de establecer un orden público, interés social y que su aplicación sea en todo el territorio Nacional.⁶³

2.5.4 Aspectos morales y éticos de los trasplantes de órganos y tejidos.

El aspecto moral de los trasplantes ha interesado siempre la opinión pública, la cual ha caído en falsa interpretaciones a causa de las erróneas afirmaciones de la prensa, que planteo inútiles interrogantes sin resolverlas, provocando confusión precisamente donde las directrices de la iglesia son bastante precisas y actualizadas. Para avanzar en ese sentido, la medicina ha echado mano de toda su capacidad para implementar el trasplante de órganos y tejidos como alternativa exitosa de salud, en orden de salvar vidas humanas que de otra forma se perderían.

A continuación veremos como la doctrina moral cristiana aporta su punto de vista al respecto:

- a) Autotrasplantes: siempre se tenido una gran convicción sobre la licitud, puesto que la motivación moral es el principio del sacrificio de la parte a favor del bien del todo. Esta misma concepción se tiene respecto de los trasplantes de carácter estético, puesto que implica que las razones que llevaron a tal intervención, son serias y razonables.
- b) Trasplantes homoplásticos: su aceptación es total, toda vez que se supone que la ausencia de una parte del propio cuerpo no limita la funcionalidad de la parte a favor del bien del todo. Como por ejemplo las transfusiones de sangre y de piel y hueso.

⁶¹ Estado unidos mexicanos. Secretaria de Salud. NORMA técnica número 323 para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos. Publicada DOF: 14/11/1988, disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4789142&fecha=14/11/1988

⁶² Estados unidos mexicanos. Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. 5. Norma Técnica 277. Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Publicada DOF: 29/01/1988, disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4718664&fecha=29/01/1988

⁶³ Estados unidos mexicanos. Reglamento de la ley general de Salud en materia de Trasplantes. Poder ejecutivo. Publicado DOF: 26/03/2014. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MT.pdf

- c) Trasplantes homoplásticos provenientes de un cadáver: ante todo ninguna ley divina prohíbe este tipo de intervenciones, de toda vez que se considera que la extirpación de un órgano de un cuerpo muerto no se daña ningún derecho, puesto que el cadáver no es ningún sujeto de derechos, en consecuencia no se daña ningún bien personal
- d) Extracción de órganos cadavéricos: a falta de voluntad explícita del sujeto ante mortem, los parientes en virtud de su deber y solidaridad, deben de dar de buen grado su consentimiento, de acuerdo con la convicción de que hacen alcanzar al cuerpo de su pariente, ya destinado a la degeneración, la finalidad de salvar de la muerte a una persona que puede recuperarse con la donación de esos órganos.
- e) Importancia del trasplante de corazón: ya que se piensa que se corre el riesgo de que el paciente que lo recibe altere su personalidad. Ante lo que hay que diferenciar la personalidad de la individualidad biológica de la persona. Que dice que la personalidad se expresa a través de un estilo de vida, de una manera de pensar, de amar, de querer, no se afecta ya que el órgano implantado le es sometido como un nuevo instrumento de servicio. Respecto a la individualidad biológica, vemos que el arraigamiento del órgano extraño se ve de acuerdo con los especialistas en la materia como un organismo sometido a la individualidad.

En conclusión, la esencia de este tipo de intervenciones quirúrgicas auxilia a los individuos con padecimientos que pueden ser curados reemplazándoles el órgano o tejido que no les funciona, respetando en todo momento su dignidad, procurando para el donador un trato respetuoso y de consideración, sin caer en excentricidades o por ignorancia en una falta de decisión.

2.5.5 ¿Qué se requiere para ser donador?

En México la Ley General de Salud (LGS. Título Décimo Cuarto) establece que todos los ciudadanos mexicanos son donadores de órganos, donador tácito. Asimismo también se puede manifestar de manera verbal o por escrito, la voluntad de ser donadora, donación expresa. Para lo anterior el Centro Nacional de Trasplantes cuenta con dos alternativas:

- La primera de ellas es través de la Tarjeta de Donador Voluntario que es un medio de comunicación con el cual se puede manifestar el deseo de ser donador de órganos y/o tejidos con fines de trasplante. El objetivo de esta tarjeta es que la misma sea entregada a un familiar para que en el momento

de la pérdida de la vida, sea él quien apoye su decisión. La Tarjeta de Donador Voluntario se puede obtener por medio del portal electrónico del CENATRA que realice campañas a favor de la donación de órganos y/o tejidos, para ello no se requiere de ningún trámite adicional. Este deseo no es revocable por terceros.

- La segunda de las alternativas, es a través del "Documento Oficial de la Donación" este radica en manifestar el consentimiento expreso de todas aquellas personas cuya voluntad, después de la vida, sea donar sus órganos y/o tejidos para que sean utilizados con fines terapéuticos. Este proceso consiste en que el documento antes referido, sea expedido por una autoridad Federal facultada para tal efecto (CENATRA) a solicitud expresa del ciudadano debiendo acudir de manera personal con identificación oficial a este Órgano Desconcentrado de la Secretaria de Salud a recibir el documento solicitado. Al igual que la tarjeta de donador, esta decisión no es revocable por terceros.

Sin embargo, la ley también reconoce el derecho de un ciudadano a no ser donador. Es decir, el camino está abierto para tomar cualquiera de las dos decisiones.⁶⁴

2.6 El Cuerpo.

2.6.1 Teorías sobre la corporeidad.

El mundo de la donación de órganos es el conjunto de reacciones que los familiares de los donantes experimentan durante esta desgarradora transferencia. En seguida se exponen algunas teorías acerca de la corporeidad que fundamentan y justifican el estudio de las actitudes humanas en la experiencia familiar alrededor de la donación de órganos.

2.6.1.2 Le Breton

En su libro *La Sociología del Cuerpo* David Le Breton explica que el campo de estudio de la sociología del cuerpo es la corporeidad humana como fenómeno social y cultural, materia de símbolos y objeto de representaciones.

⁶⁴ Carreño D. Centro Nacional de Trasplantes. ¿Cómo puede usted ser donador? [en línea], México D.F 2015. [accesado 06 abr.-15], Disponible en: http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/donacion_como_puede_ser_donador.html

En el campo social y cultural el cuerpo es un vector semántico por medio del cual se constituye la evidencia en la relación con el mundo. Comprende las actividades perceptivas, pero también la expresión de los sentimientos, las convenciones de los ritos e interacciones, gestuales y mímicos y la relación con el sufrimiento y el dolor. Al indagar qué parte tiene la carne en relación del hombre con el mundo, la sociología se enfrenta en un campo inmenso de estudio.

Del cuerpo nacen y se propagan las significaciones que constituyen la base de la existencia individual y colectiva. ⁶⁵

Le Breton en su libro Antropología del cuerpo y la modernidad dice que para él, “el cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí misma”. Una construcción sociocultural que en las culturas occidentales se ha tomado de la biomedicina. Lo que la gente sabe de su cuerpo es lo que le han enseñado en la escuela, lo que ha visto o leído, lo que ha compartido con otro, lo que los medios de comunicación le transmiten. El saber popular del cuerpo no está dissociado del hombre, como ocurren en la biomédica, “en las tradiciones el cuerpo está unido al mundo”. Cada cual constituye su propia visión del cuerpo como si fuera “un traje de arlequín”, es decir es un cuerpo parchado que toma ideas, conocimientos y percepciones de diferentes saberes. Es así que la “imagen del cuerpo es la representación que el sujeto se hace del cuerpo”, la manera en que se aparece más o menos conscientemente a través del contexto social y cultural de su historia personal. ⁶⁶

El autor señala la postura de Gisela Pankow, quien distingue “dos ejes cuyo entrecruzamiento estructura, existencialmente la imagen del cuerpo. Ésta se organiza alrededor de una forma: El sentimiento de la unidad de las diferentes partes del cuerpo, de su aprehensión de un todo, de sus límites precisos en el espacio; y de un contenido: es decir, la imagen del cuerpo como un universo coherente y familiar en el que se inscriben las sensaciones previsibles y reconocibles”⁶⁷

Le Breton cree que es necesario agregar otros dos ejes:

El del saber es decir el del conocimiento, aun cuando sea rudimentario, que el sujeto tiene la idea que la sociedad se hace del espesor invisible del cuerpo, saber cómo está constituido, como se organizan los órganos y las funciones. Estos tres ejes acompañan al hombre durante su existencia y van cambiando a medida que se suceden los acontecimientos... hay un último componente esencial: el valor, es

⁶⁵ Le Breton D. La sociología del cuerpo. 1 ed. Buenos Aires. Ed. Nueva visión. 2002. pp 7-8.

⁶⁶ Le Breton D. Antropología del Cuerpo y la Modernidad. Nueva visión. Buenos Aires. 1995. pp 13, 86,146.

⁶⁷ Ibidem Le Breton D. Antropología del Cuerpo ya la Modernidad. Pp.147

decir, la interiorización de que el sujeto hace del juicio social respecto de los atributos físicos que lo caracterizan (lindo/feo, gordo/flaco). De acuerdo con la historia personal y con la clase social en la que estructura su relación con el mundo, el sujeto se apropia de un juicio que marca con su importancia, la imagen que se hace del cuerpo y su autoestima.

Estos cuatro ejes o conceptos dependen del contexto cultural, social, personal e interpersonal del sujeto.

Le Breton hace un análisis del mundo moderno desde la perspectiva antropológica, tomando como guía al cuerpo, y hace una reflexión sobre los ideales del cuerpo que los medios de comunicación transmiten a la sociedad. De esta manera habla de un cuerpo-máquina que poseemos y al que hay que mantener en óptimas condiciones. “la juventud, la forma. La salud, la seducción, la resistencia física, la suavidad son valores cardinales de la publicidad, cada sujeto en su universo personal, y según su posición social debe, debe arreglárselas con la constelación de signos que le envían el, mercado de bienes de consumo, los medios masivos de comunicación, la publicidad. Es así como cada sujeto debe “mantener” su capital corporal, haciéndose necesario mantener la juventud, la salud, no sentir ni expresar cansancio; la salud y la forma son las claves de los valores de la modernidad.”⁶⁸

Este autor piensa que hay dos caminos divergentes que dan cuenta de la opinión del mundo moderno sobre la corporeidad.

Por una parte, la sospecha, la eliminación, a causa del débil rendimiento informativo, sobre la fragilidad, de la gravedad, de la falta de resistencia; el cuerpo es entonces: la parte maldita de la condición humana, parte que la técnica y la ciencia se afanan por remodelar, reciclar, volver no-material para, de alguna manera, librar al hombre de su molesto arraigo carnal. Por otra parte, por el contrario, como una manera de resistencia la salvación por medio del cuerpo, a través de lo que éste experimenta, de su apariencia, de la búsqueda de la mejor seducción posible, de la obsesión por la forma, por el bienestar, de la preocupación por mantener la juventud. En ambos casos el cuerpo ésta disociado del hombre al que encarna y encarado como un *en-sí*.⁶⁹

Respecto a los adelantos biomédicos y específicamente refiriéndose a las necesidades de los órganos y sustancias humanas, Le Breton piensa que éstos tiene al menos cuatro usos: la investigación, la fabricación de productos farmacéuticos, los trasplantes, y los usos tradicionales de las facultades de medicina. Le Breton cree que con los trasplantes de órganos “el cuerpo se convierte

⁶⁸ Ibidem Le Breton D. Antropología del Cuerpo ya la Modernidad pp. 165.

⁶⁹ Ibidem Le Breton D. Antropología del Cuerpo ya la Modernidad pp. 217

en un objeto disponible, inventando una forma inédita de canibalismo". Cada individuo, ya sea donante o receptor, se convierte en una prótesis potencial"; desde esta perspectiva, el cuerpo "ya no es más el rostro de la identidad humana sino una colección de órganos, una posición, una especie de vehículo al que el hombre utiliza y cuyas piezas son intercambiables con otras de la misma naturaleza dada la bio-compatibilidad.⁷⁰

El autor nos da a conocer las implicaciones que "convierten al cuerpo en el recinto del sujeto, el lugar de sus límites y de su libertad, el objeto privilegiado de una elaboración y de una voluntad de dominio". Muestra con ejemplos extraídos de la historia y de la antropología, que la noción misma de cuerpo es una invención de las sociedades industriales; su universalización es el resultado de su imposición mediante el sistema colonialista y la expansión del capitalismo. Muchos eran los pueblos indígenas y tribus como los antiguos "kanacks" de Nueva Caledonia, por ejemplo, para los cuales el cuerpo era un soporte del espíritu que no poseía características propias. Pero con la imposición de las naciones occidentales, del cuerpo como unidad orgánica autónoma, capaz de sobrevivir aún separado del cuerpo social pasó de la individualización al individualismo.⁷¹

El pensamiento razonado, indica Le Breton, hace del hombre un ser capaz de abstraerse de su condición natural y de sus pasiones. En la medida en que se disocia la personalidad del cuerpo, se animaliza al hombre y sus pasiones. El antropocentrismo se impuso en los distintos ámbitos de la sociedad. "Las nuevas formas de conocimiento, el naciente individualismo, el ascenso del capitalismo, liberan a algunos hombres de su fidelidad a las tradiciones culturales y religiosas", La invención de la razón hizo que el hombre se separara de sí mismo, de los otros, de la naturaleza y del cosmos.

Con Descartes, el cuerpo es reducido a una máquina, un reloj. Fue precisamente el pensamiento cartesiano el que profundizó esta disociación entre el individuo y su cuerpo: "esta filosofía —escribe Le Breton— es un acto anatómico, distingue en el hombre entre alma y cuerpo y le otorga al primero el único privilegio del valor". A partir de la Ilustración se otorga a la razón, de manera cada vez más unánime, la capacidad de discernir entre lo verdadero y lo falso, lo real y lo imaginario. Para los sabios de esa época, el cuerpo deja de ser el recipiente sagrado del misterio divino para convertirse en una unidad orgánica que conviene estudiar, comprender y explicar.

⁷⁰ Ibidem Le Breton D. Antropología del Cuerpo ya la Modernidad pp. 221-222.

⁷¹ Lut B. Reseña de "Antropología del cuerpo y modernidad" de David Le Breton. Revista de Ciencias Sociales. 2006; mayo-agosto; vol. 13, núm. 41; pp. 215-222.

Le Breton hace hincapié en que las disecciones de los primeros anatomistas occidentales (Galeano, Vesalio) muestran un cambio de mentalidad: al transgredir el tabú de la sacralidad del cuerpo, la piel deja de ser inviolable y el ser humano deja de ser intocable.

Las representaciones del cuerpo en los libros de anatomía pierden progresivamente su aura metafísica al ganar en precisión y realismo. El cuerpo es mostrado abierto, desollado, disecado. La visión supera la superstición. De hecho, santos y suplicados con frecuencia eran desmembrados: los primeros para convertirse en reliquias, los segundos para ser examinados por los barberos, cirujanos y médicos. Asimismo, de manera lenta, el cuerpo humano se volvió el instrumento de conocimiento de la medicina moderna. De esta forma la ciencia médica dictó la sentencia condenatoria del fin de la unidad del ser humano: a partir de entonces el hombre se compone de una unidad orgánica diferenciada que requiere especialistas y de un espíritu o mente. El ser humano se volvió dueño de su individualidad, mientras su cuerpo pasó a formar parte del acervo social.

El saber biomédico se constituyó mediante observaciones y experiencias con enfermos y cadáveres, en tanto que los conocimientos tradicionales eran relegados y denigrados. Le Breton tiene razón cuando afirma que la enfermedad, con el comienzo de la medicina moderna, empezó a ser vista como algo ajeno que hay que quitar y aniquilar. En cuanto al enfermo, era y sigue siendo visto como un cuerpo debilitado y disfuncional. Para curarlo necesita un remedio. Con el paso del tiempo la pastilla llegó a simbolizar un nexo social que tiende a compensar los efectos de relaciones anómicas.

Es importante señalar que el descubrimiento de la importancia de la higiene y de las virtudes de los ambientes estériles reforzó la idea de un saneamiento del cuerpo. El cuerpo del hombre moderno es un cuerpo libre de toda infección, incapaz de contagiar⁷². Cuidar su propio cuerpo previniendo enfermedades es también cuidarse de los demás. Al respecto, Le Breton nota acuciosamente que se borra el cuerpo mediante conductas de evitación. “Si nos comparamos con otras sociedades, más hospitalarias en cuanto al cuerpo, podemos decir que la sociedad occidental está basada en un borrado del cuerpo, en una simbolización particular de sus usos que se traduce por el distanciamiento”. El temor por las enfermedades es solamente una de las manifestaciones del temor por el cuerpo ajeno, de la angustia que provoca el otro. Frente a esta tendencia que inició a finales del siglo XIX, los

⁷² Martí J. Desvelando el cuerpo: perspectivas desde las ciencias sociales y humanas. España. Editorial CSIC - CSIC Press.2010 pag.322.

individuos resisten de diferentes maneras, individual o colectivamente, de manera espontánea u organizada.

Le Breton ve también el regreso de la figura del curandero a través del médico adepto de medicinas tradicionales y conocedor de terapéuticas diversas. Esta “desmodernización” del saber médico no debe sorprendernos: los enfermos buscan cada vez más una respuesta holista a sus padecimientos. La sociedad moderna ha fabricado nuevos enfermos pero no hay cómo tratarlos.

Desde su separación con el alma, el cuerpo entró en un proceso de reificación social sobre la base de las necesidades y expectativas médicas. La donación voluntaria de órganos post mortem y la entrega del cuerpo a la Ciencia, la donación, venta de sangre, esperma, óvulos y riñones, la fecundación in vitro, las mujeres que prestan su útero, la eutanasia, el encarnizamiento terapéutico, la clonación de células humanas son algunas de las técnicas y usos modernos del cuerpo a las cuales hay que agregar la de convertir el cadáver en objeto de arte. El cuerpo, durante muchos siglos, fue la sepultura del alma, hoy el alma sepulta al cuerpo en un destino incierto.

La competitividad propia de las sociedades capitalistas genera un proceso centrípeta de marginación y exclusión de los individuos. El sujeto de las metrópolis occidentales forja el saber que posee sobre el cuerpo con el que convive cotidianamente, a partir de una mezcla de modelos heteróclitos, mejor o peor asimilados, sin preocuparse por la compatibilidad de los préstamos. El amplio espectro de las terapéuticas alternativas frecuentemente aunadas a creencias sui generis y exóticas, ofrece múltiples oportunidades reales e imaginarias para curarse. *En este contexto, el trabajo sobre el cuerpo y sus representaciones posibilita el terminar con la enfermedad.* En relación con las implicaciones David Le Breton habla del cuerpo como de un “continente” debido a la extensión infinita de sus posibilidades, percepciones y usos. En base con las reflexiones sobre las consecuencias de las visualizaciones y el desarrollo de la tecnología y como el cuerpo del paciente se volvió transparente. De la misma manera se muestra una sociedad esclava de la divinización del cuerpo joven, atlético y sano es la respuesta de una sociedad que valora la presentación de sí. Pero en estas mismas sociedades industrializadas los individuos que no logran cumplir con estas expectativas sociales somatizan sus frustraciones; obesidad, anorexia y bulimia se volvieron problemas de salud pública. Por su parte “La vejez es un sentimiento” de la manifestación trágica pero tal vez no ineluctable del efecto del tiempo sobre el cuerpo, que aún la tecnología no ha dado resultados satisfactorios para la sociedad.

De la Imagen de Dios, el cuerpo se volvió imagen de la sociedad mediante el proceso histórico de materialización de los valores y ratificación de las relaciones sociales. Dividido en individuo (personalidad) y cuerpo, el hombre moderno vive una

esquizofrenia que tiende a hundirlo en la imposibilidad de ser lo que verdaderamente es. Esta enfermedad se manifiesta en el desarrollo de la tecnología paralizándola como es frente a la lista de enfermedades que se pueden remediar y personas que pueden seguir viviendo como es en el caso de la donación de órganos. La búsqueda de la felicidad ofrece innumerables caminos tanto a quienes anhelan vivir conforme al dictado de las modas como a los que exploran las posibilidades de re-encontrarse y volver a la unidad primordial del cuerpo y del espíritu.⁷³

2.6.1.2 López Ibor y López Ibor

En su libro “El cuerpo y la corporalidad”⁷⁴, siguiendo a Ortega y Gasset, los autores hablan de dos modos de conocer el cuerpo, la interior y la exterior; así usando los mismo términos que Ortega, intra cuerpo y extra cuerpo, realizan un análisis del cuerpo y la corporalidad desde la neurología. El cuerpo es “el cuerpo vivo desde adentro”, de tal manera que la llamada imagen corporal es una pura experiencia de existir, la corporalidad es, pues. La experiencia vivida, la del cuerpo como realidad fenomenológica” sin embargo, el cuerpo está dividido entre dos pertenencias, por un lado la pertenencia al mundo exterior en cuanto objeto material, y por el otro lado es parte de nosotros mismos. “Lo conocemos, en efecto, por fuera como el árbol, el cisne y la estrella, pero además, cada cual percibe su cuerpo desde dentro, tiene de él un aspecto o vista interior”. El idioma alemán distingue entre Körper (realidad objetiva), y Leib (realidad vivida o vivenciada)

Estos autores consideran que a las expresiones de Gabriel Marcel: “somos nuestro cuerpo” y “tenemos nuestro cuerpo”, habría que agregar una tercera: “nuestro cuerpo a su vez nos tiene”, por lo que nuestra envoltura corporal es, al mismo tiempo, personalidad y prisión, de ahí su dialéctica entre realidad y personalidad.

La imagen corporal se va formando poco a poco a lo largo de nuestra existencia, aunque es difícil entenderla: “la integración de la imagen corporal con la de la corporalidad exterior es cenestesia, no existe un esquema corporal como síntesis o agregación de todas las sensaciones que integran la cenestesia, la sensación corporal es, primeramente, única. No se halla localizada en parte alguna, si no que

⁷³ Ibídem. Martí J. Desvelando el cuerpo: perspectivas desde las ciencias sociales y humanas pp 221

⁷⁴ López Ibor J.J., López-Ibor Aliño J.J., “El Cuerpo y la corporalidad”, Gredos, Madrid, 1974.

su, “localización”, por así decirlo, es móvil. Se concentra en la parte del cuerpo que en aquel momento se halla, psicológicamente, activa.”⁷⁵

Generalmente, dentro de la imagen corporal se incluyen las imágenes que se producen cuando nuestro cuerpo entra en contacto con nuestro mundo exterior (imagen externa); sin embargo la noción del esquema corporal es más complicada, ya que en ella intervienen tanto las imágenes visuales como la cenestesia, y éste no es un simple acto perceptivo mismo”⁷⁶. La imagen corporal tiene límites móviles, ya que constantemente se está elaborando y deshaciendo, pasando de lo consciente a lo inconsciente.

La corporalidad, el cuerpo viviente, es ante todo una “experiencia de presencia”, así que cuando conocemos un cuerpo, el propio o el ajeno, lo hacemos como corporalidad. López Ibor y López Ibor piensan que la relación que se mantiene con la propia corporalidad no es unívoca,

Alternativamente vivimos nuestro cuerpo como objeto físico y como corporalidad animada, unas veces somos nuestra corporalidad otras, el cuerpo tiene más un carácter instrumental, mediante el me desplazo, subo o bajo, palpo. Tan es así que puedo utilizar un riñón de otro después de un trasplante, o infinidad de prótesis inanimadas, o donar alguna de sus partes como el que dona una finca. ⁷⁷

La corporalidad no tiene límites fijos, se extiende, por ejemplo, al vestir, en cuyo caso la ropa se ha convertido en una manifestación de la persona en sí.

2.6.1.3 Fernández Christlien

Pablo Fernández Chrostelien, desde la psicología colectiva, que estudia los pensamientos y sentimientos de una época y un lugar, en su libro *La Psicología Colectiva Un Fin De Siglo más Tarde*. ⁷⁸*Analiza, entre otras cosas, la transformación que ha sufrido el cuerpo a través de la historia. Con base en descripciones de cómo vivía la gente, qué espacios ocupaba y como se desenvolvía la vida social y doméstica, llega a la descripción de los cuerpos de cada época y las sentimientos y pensamientos que sobre él se tenían. Una de las pautas principales que emplea Fernández es la definición de centro y periferia; el primero es el “lugar donde se crea la comunicación y que rige para el resto del espacio.”*⁷⁹

⁷⁵ Ibidem. López Ibor J.J., López-Ibor Aliño J.J, “El Cuerpo y la corporalidad” Pp.53-56

⁷⁶Ibidem. López Ibor J.J., López-Ibor Aliño J.J, “El Cuerpo y la corporalidad” Pp. 63

⁷⁷ Ibidem. López Ibor J.J., López-Ibor Aliño J.J, “El Cuerpo y la corporalidad”p.126.

⁷⁸ Fernandez Chritelien, P. La Psicología Colectiva Un Fin De Siglo más Tarde, Anthropos, col. El Colegio de Michoacán, Morelia, 1994.

⁷⁹ Ibidem. ⁷⁹ Fernandez Chritelien, P. La Psicología Colectiva Un Fin De Siglo más Tarde p.319.

El centro como no puede desligarse de la periferia porque uno se define por oposición de la otra. Así concebido el espacio, se tiene que el cuerpo también está dividido en un centro y una periferia, según la cultura de la que se trate; puede concebirse como centro la cabeza o el corazón o el vientre, y como periferia todo lo demás. Pero el cuerpo y la percepción sobre él van más lejos; por ejemplo, en la Grecia antigua era fundamental la palabra y el hombre pensaba la mayor parte del tiempo en el ágora, dedicándose a discutir, el hombre adquiere un cuerpo, mientras que la mujer, que pasa el día en casa en las labores que ahí la entretienen, no busca un cupo, porque: su cuerpo es un espacio innato; mientras que el cuerpo masculino es un relleno repleto, el de la mujer es un recinto, una cámara, un espacio donde incluso cabe un ser humano, y por ende, en tanto espacio congénito, nada requiere de un buen suelo provisionado donde fincarse para ya no moverse, para atender y velar por su conocimiento, así mismo congénito e innato, sin voz y sin palabra: ella es inmóvil y fija, como todo espacio; solo se mueve dentro de él, dentro de su propio sitio, y por eso cuando se ensimisma, nadie puede encontrarla, el cuerpo masculino es móvil, inestable.⁸⁰

En la Edad Media, cuando las ciudades se construyen dentro de murallas que protegen lo inhóspito, de lo desconocido, de lo amenazante; cuando las casas se vuelven laberintos en el que cada espacio puede ser definido hoy como una cosa y mañana como otra, con el solo intercambio del mobiliario, el cuerpo sufre otra transformación. Por empezar, no existe un individualismo, solo hay gente. Se vive en un encierro, en una oscuridad, donde la mujer es dueña del espacio, pero al mismo tiempo es lo temido, lo amenazante para el hombre, como lo que está más allá de la fortaleza. Su cuerpo es un recinto de pasiones desbordadas que busca solamente hacer al hombre a su lugar de allá abajo, que es el pecado y el infierno, por eso el cuerpo de las mujeres es intocable excepto para la procreación.

El reducido espacio medieval “se topa, por necesidad, con el cuerpo humano”, de tal manera que la percepción que se tiene del espacio lo invade todo. Si el espacio está dividido en dentro/ fuera y arriba/abajo, el cuerpo también tiene su propia división,

Con el eje en cintura, lo que está ubicado de la cintura para arriba desciende del cielo y tiende a la reunión con las alturas del cosmos, que es como se concibe el hombre a sí mismo, no obstante tenga un bajo cuerpo que hay que controlar e ignorar, lleno de humores que hay que expulsar. La mujer, en cambio, surge de la tierra, como anfibio y está determinada de la cintura para abajo, y anuqué, tiene una parte superior, está suele ser débil y por lo tanto víctima de la bajeza.

⁸⁰ Ibidem, Fernandez Chritelien, P. La Psicología Colectiva Un Fin De Siglo más Tarde p. 336.

Para el siglo XIV, cuando se realizan las primeras disecciones, el cuerpo, este espacio, se ha transformado nuevamente. Se interpreta ahora como una envoltura. Pero este caparazón es susceptible a ser penetrado a través de los “huecos que horadan la muralla”, por lo que hay que estar en constante vigilancia, como si de un palacio se tratara, para que el enemigo no logre sus propósitos. Para esta época la caza está jerarquizada, tiene una parte noble y una parte de servicio y ambas se encuentran separadas por una barrera. De esta manera el cuerpo también sufre una división, el diafragma aísla la región baja, dedicada a la nutrición y a la evacuación, mientras que en la parte alta residen la fuerza y la sabiduría.

Para la época del renacimiento se comienza a formar una individualidad, las personas ya tienen un nombre y un apellido, aunque este nombre se refiera más a la caza que al nombre propio; sin embargo es un gran cambio, ya que en la edad Media se identificaba a las personas por su lugar de nacimiento.

El barroco marca la entrada de una característica importante del cuerpo, la apariencia, no sólo del cuerpo si no de la casa, de la vestimenta. Los espacios se “abren” para recibir y poco a poco se va haciendo desaparecer la interioridad, la “identidad de la persona empieza de la persona para afuera. El cuerpo es considerado como un maniquí, como un lienzo sobre el cual modelar y pintarla apariencia que se desee”⁸¹

En los siglos XVIII y XIX surge la confrontación de la máquina y el hombre. Todo lo que huele, se siente y funciona como carne es imperfecto y denigrante. En este ámbito, la mujer regresa a la postura medieval de carnalidad, mientras que el hombre y “sus pensamientos científicos, son ordenados, precisos, impecables, casi metálicos”.

Para mediados del siglo XIX, el cuerpo, nuestra máquina, debe mantenerse en forma y así es como surgen los deportes, que fortalecen los cuerpos, fabrican héroes y poco a poco se convierten en lo más sagrado de la sociedad; basta con ver hoy en día quienes son los modelos a seguir: si no son deportistas son artistas de cine y televisión; estos últimos por cierto, declaran realizar mucho deporte para mantenerse atractivos.

A principios del siglo XX las casas se transforman para dar lugar a espacios específicos para cada ocasión, para cada acción y para cada persona. Hay dentro de la casa lugares que son públicos y otros que son privados. Los primeros tienen características a casi opuestas a los segundos, en los lugares públicos de la casa todos los objetos parecieran ser “limpios, duros, respetables, como la plata, el cristal, la luz, los cuadros, la voz serena y la habitación, (mientras que los segundos)

⁸¹ *Ibidem.* Fernandez Chritelen, P. La Psicología Colectiva Un Fin De Siglo más Tarde p. 376.

son: relegados a otro cuarto (donde se encuentran) los amores, los gritos, los susurros, los niños, la ropa, las cartas y demás cosas tiernas, blandas palpitantes y perecederas”. Esto lleva a un nuevo cambio en el ámbito de la percepción del cuerpo: ahora la cara y el nombre son las propiedades que hacen a la gente. El cuerpo tiene la misma división de la casa, un espacio corporal íntimo que no deja “mostrar nada al exterior (y uno privado), de pudor, que muestra todo al interior, es el cuerpo de la gente que se abre un nuevo espacio, el espacio íntimo corporal”

Ahora bien, el cuerpo, dividido en interior y exterior, se convierte en el responsable de las oposiciones culturales individuo/sociedad, interioridad/exterioridad, subjetividad/objetividad, individualismo o egoísmo. Al mismo tiempo el cuerpo interior presenta coordenadas alto/bajo, y, como ya se anotó, público y privado. Lo público es todo aquello que puede ser comunicado, lo que está de acuerdo con la justicia, con la ley, con lo inteligente; mientras que lo privado es todo aquello que resulta incomunicable, bajo, vil, y que por ello debe estar enterrado en lo más profundo de cada quien hoy en día, como señala Fernández, cada persona es un espacio distinto, con sus propias características.

Con su temperamento, carácter, personalidad historia, orígenes, edades, proyectos distintos, y cuando el espacio se ocupa, la persona se activa. Así, una gente no es la misma en todas partes, sino que es cinco personas al día, con sus cinco historias, cinco ilusiones, cinco verdades, dependiendo del espacio en que se encuentre.

En la época moderna el cuerpo es un espacio que presenta tres circunstancias, si bien cada una de ellas es, no solo parte del todo, si no el todo mismo estas circunstancias las explica Fernández de la siguiente manera:

- Su interioridad: todo aquella manifestación vital no asequible a otros cuerpos: lo que sientan, piensan y callan.
- La apariencia: que contiene en la epidermis por supuesto, constituidos por la ropa, los cosméticos, el arreglo, los gestos, ademanes, posiciones y desplazamientos corporales, el tono y el acento de voz, igual que el nombre propio, el estatus socioeconómico, el nivel cultural, la escenografía en que actúa, tal como su casa, automóvil, familia y compañía.
- Su obra: todos aquellos objetos materiales o culturales constituidos por el cuerpo pero que son la misma identidad, de tal manera que la presencia de una es la existencia de la otra.

Hoy todo es apariencia; el cuerpo del siglo XX realiza todo a través de ella, de tal modo que si la apariencia de una persona está bien, según los cánones de la sociedad en la que vive, la interioridad de la gente se asume como correcta, o

simplemente no es importante. “Pensar y sentir se vuelven accesorios para lucir, la envoltura del cuerpo carece de intimidad, y el pudor sale sobrando.

2.6.1.4 Alfredo López Austin

En su libro cuerpo humano e ideología ⁸² López Austin, argumenta que nuestro cuerpo es un vínculo con el mundo, por lo que debe existir un sistema ideológico que lo explique. Afirma que los conceptos que desarrollamos acerca de nuestro cuerpo proyectan “las esferas físicas y sociales” que nos rodean, por lo que su estudio debe iniciarse en las sociedades que nos dan origen, y que es a partir de la “particular concepción del cuerpo humano” se establecen comportamientos, gobiernos, divisiones del trabajo, reglas de distribución, etcétera; el cosmos se concibe a partir del modelo corporal y éste, a su vez, a partir de aquél. ⁸³

López Austin intenta acercarse al pensamiento de los pueblos nahuas en el momento de la conquista a través del estudio del cuerpo humano.

El ser humano se mueve en diferentes campo: el político, el religioso, el moral, el estético, entre otros, lo que lo lleva a crear “una particular conciencia social que se manifiesta en dos planos.

- Concreto: en las intuiciones, las practicas, las normas, las reglas.
- Abstracto: en un sistema ideológico particular.

El individuo dice López Austin, es producto de la sociedad “pero el pensamiento se da en el individuo... Ningún individuo posee una cosmovisión idéntica a la de otro, pero la cosmovisión solo surge de las relaciones sociales. Cada miembro del grupo pese un caudal personal en constante trasformación que corrige y produce alteraciones durante los momentos de comunicación y de actuación.

Basándose en terminología de Sahagún y Molina, López Austin elabora una nómina que permite identificar las partes del cuerpo que eran más importantes entre los nahuas. El nombre más común del cuerpo humano en nahual era, nuestro conjunto de carne (tonacoyo)” el cual también se empelaba para designar al Maíz, “formándose metafóricamente un vínculo entre la corporalidad del hombre y el cereal al que debían su existencia.

También se le llamaba Chimoztoc, lugar de las 7 cuevas” origen mítico de los pueblos nahuas, y que hace alusión a los siete orificios del cuerpo” dos cuencas

⁸² López Austin A. Cuerpo humano E ideología. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, 2008 3ra. reimpresión 824 páginas.

⁸³ Ibidem. López Austin A. Cuerpo Humano e Ideología. Pp. 9.

oculares, dos fosas nasales, la boca el ano y el ombligo.⁸⁴ Los nahuas tenían tres formas de dividir el cuerpo:

Superior- inferior: se regían por la posición del ombligo y a la parte superior le daban el nombre de Tactli, se encuentran elementos míticos: “el monstruo Cósmico originario fue segmentado por el centro de su cuerpo para con ello dividir los sectores que continúan el cielo y la tierra, quedo dividido el universo en dos porciones llamadas Tactli y tlalchi.

Izquierdo-derecho: la mano derecha se liga a la vida cotidiana y tenía como característica la bondad, limpieza, pureza, suavidad, protección, hermosura, justicia, paz, conclusión, gracias, prueba, ensayo”. La mano izquierda estaba más asociada a lo sobrenatural, tenía el valor de ser la mano del lado del corazón y el lugar que ocupaban persona importantes, junto a la autoridad.

Adelante- atrás: se llamaba el pantli al pecho y cuitlapantli a la espalda. A los riñones correspondía “el nombre de testículos de la espalda” ya la parte superior de las caderas eran “las caras posteriores (cuitlaxayacatl.)

Los nahuas designaban tanto a los tejidos blandos como a los músculos, grasa, viseras, semen, y en general todo lo que no fuera hueso. López Austin hace mención de que se creía que en los huesos quedaban parte de las fuerzas vitales de un individuo, por lo que los fémures de los cautivos de guerra se les llamaba (el dios cautivo” al, que se sacrificaban para que el guerrero volviera con vida después del combate.

Las articulaciones eran de gran importancia para los nahuas, pues se consideraban “puntos débiles por lo que podían penetrar el organismo las fuerzas sobrenaturales, que se alojaban entre los huesos para causar trastornos.”

Las diferentes partes del cuerpo estaban atadas, unidas por medio de los nervios, ligamentos y tendones, y si alguno de sus movimientos era percibido, entonces se le atribuía “concentración de fuerza vital”

Se pensaba que la sangre flui por tubos y que las fracturas, las dislocaciones, y las dislocaciones dañaban la sangre. Y es que la sangre contenía “fuerza vital”, tenía como función fortalecer y hacer vivir y hacer crecer a la gente humedeciendo los músculos. Además de la sangre había otros componentes corporales que poseían fuerza vital: el calor, el aire.

El tejido graso era designado con una gran cantidad de términos, según su localización, apariencia, consistencia y calor, por ejemplo la grasa amarilla, la blanca

⁸⁴ Ibidem. López Austin A. Cuerpo Humano e Ideología.Pp.172-173.

y la casi líquida y la grasa un poco más densa, en esta última quedaban incluidas el tuétano y la riñonada.

La coronilla estaba bañada por una fuerza anímica, el tonalli, por lo que el cabello tenía características mágicas, tres son las regiones más importantes del cuerpo. La primera es la cabeza, región donde se encuentra la correspondencia cósmica, la capacidad de raciocinio, la comunicación, la naturaleza de centro de relación con la sociedad y el cosmos, y la ubicación como punto en el que aflora la leyenda.

III. Diseño de La investigación

3.1 Planteamiento Del Problema

Jaramillo (1993)⁸⁵, Querevalú-Murillo (2011)⁸⁶ y Rivera-Durón (2014)⁸⁷. Afirman que actualmente la donación de órganos se ha convertido en una terapéutica bien establecida que implica grandes avances para la salud en personas con un deterioro orgánico irreversible; sin embargo la desproporción entre candidatos de trasplante y la disponibilidad real de órganos es la principal limitante para ofrecer los beneficios a las personas en lista de espera.

De acuerdo a el Registro Mundial de Trasplantes, que gestiona la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) existen de 12,000 a 15,000 donadores potenciales sin embargo un alto índice estos casos no se convierten en donadores reales por diversas fallas, desde el mantenimiento y contraindicaciones clínicas, hasta la negativa familiar.⁸⁸ . Así mismo Rivera –Durón menciona que el principal factor que limita el número de donadores de órganos es el bajo porcentaje de familias que dan su consentimiento para la donación. A nivel mundial del total de los pacientes candidatos a donar, solo al 85% se les realiza la entrevista familiar, y de estos el 47% otorga el consentimiento para la donación de órganos.⁸⁹

Sobre las bases de las ideas expuestas es importante identificar las actitudes asociadas al conocimiento, experiencias y expectativas de los familiares de donadores potenciales y cómo influyen éstas en los ya conocidos factores de negativa familiar durante proceso de donación.

⁸⁵ Jaramillo Magaña J. donación de Órganos en el Paciente con Muerte Encefálica. Rev. México. Arnest.1993 N 16: 128-136.

⁸⁶ Querevalú-Murillo W. iniciativa Para aumentar la donación de órganos, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 2012; Enero-Febrero; vol.55; N 1:13-17.

⁸⁷ Rivera-Durón E. et al, Negativa Familiar en un Proceso de Donación, Arch Neurocién. (México). 2014; abril-junio; Vol.19; N 2: 83-87.

⁸⁸ Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad, Datos Recogidos En La Publicación Oficial De La Comisión De Trasplantes Del Consejo De Europa [en línea], Madrid (Newsletter Transplant) 2012 [accesado 25 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ont.es/prensa/NotasDePrensa/17%20Sep%202013%20%20Datos%20Registro%20Mundial%20de%20Trasplantes.pdf>

⁸⁹ Rivera-Durón E. Op. cit. 84

3.2 Pregunta de investigación para enfoque fenomenológico

¿Cómo se vive la experiencia de ser familiar de un donador de órganos por muerte encefálica?

¿Qué categorías subyacen al discurso de un familiar de donador de órganos?

3.3 Pregunta de investigación para enfoque cuantitativo

Cuál es el perfil sociodemográfico del potencial donador de órganos por muerte encefálica (estudio retrospectivo sobre el total de expedientes de donadores potenciales de órganos)

3.4 Hipótesis Direccional:

Las experiencias y tipología familiar son trascendentes en el logro del consentimiento de donación de órganos en pacientes con muerte encefálica. Además; estas experiencias vividas por los familiares de donadores potenciales son influenciadas por factores sociales y psicológicos.

3.5 Objetivos de investigación.

3.5.1 General

Identificar cuáles son las experiencias de la familia ante la condición potencial de donación de órganos en pacientes con muerte encefálica en el instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velazco Suarez”.

3.5.2 Específico

- Conocer las actitudes de los familiares de un donador potencial de órganos por Muerte encefálica y Saber cómo influyen en la predisposición o negativa de donar los órganos de la persona con diagnóstico potencial de donador de órganos por muerte encefálica.
- Conocer la actitud de los familiares hacia la donación de órganos
- Implementar líneas de acción a corto, mediano y largo plazo en el que el personal de enfermería pueda incursionar de manera directa en el proceso de la obtención del consentimiento de donación de órganos.

3.6 Tabla De Variables De Estudio.

VARIABLE	INDICADORES	ESCALA	ÍTEM
EDAD DEL DONADOR	18-24; 25 - 34; 35 – 44; 45-54; 55-64, 65 -+	ORDINAL	1
GÉNERO DEL DONADOR	1) Masculino; 2) Femenino.	Nominal	2
RELIGIÓN	Católica; Agnóstica; creyente; testigo de Jehová; evangélico; cristiano, mormón; otros	Nominal	3
OCUPACIÓN	Obrero, burócrata, estudiante, hogar, desempleado.	Nominal	4
ESCOLARIDAD	Básica, media, superior, posgrado; analfabeta.	Nominal	5
DX. INGRESO	Dx. médico que motivó el ingreso.	Nominal	6
DX. COMO DONADOR	Dx. al momento de la determinación de muerte encefálica.	Nominal	7
GRUPO Y RH	O, A, B, ab, + ó -	Nominal	8
ÓRGANOS DONADOS	Riñones; hígado, pulmón, corazón, páncreas; intestinos; piel, córneas, hueso.	Nominal	9
PROCEDENCIA	Norte, centro, sur, de México	Nominal	10
PARENTESCO	Esposa(o), Madre, Padre; hermana(o), amigo(a), otros.	Nominal	11
ACEPTACIÓN DE LA DONACIÓN	1.- sí, 2) no	Nominal	12
MOTIVOS DE LA DECISIÓN	Ético-morales, religiosas; socioculturales, jurídicas, personales; otras.	Nominal	13

3.7 Material Y Métodos

Tipo de diseño: Es un estudio Mixto Cuanti-cualitativo Retrospectivo, transversal.

3.7.1 Fase Cualitativa.

Universo de estudio: Familiares de donadores por muerte encefálica.

Población: Familias con un integrante potencial donador de órganos por muerte encefálica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Durante el periodo de Diciembre 2014- julio 2015.

Muestra teórica: 1 familia (el responsable) con un integrante donador real por muerte encefálica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Durante el periodo de Diciembre 2014- julio 2015 del Distrito Federal

- a. Límites de tiempo: Durante el periodo de julio 2015- septiembre 2015.
- b. Espacio: Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.
- c. Persona. Familiares de pacientes donadores por muerte encefálica.

Criterios de inclusión:

Familias con un integrante donador real por muerte encefálica en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Familias que acepten participar en la investigación.

Familias en las que se haya concretado la donación de órganos.

Familias que residan en el Distrito Federal y Estado de México.

Criterios De Exclusión

Familias que no acepten participar en la investigación

Familias que no sean del Distrito Federal o Estado de México

Familias que no cuenten con los datos suficientes para ser contactados

Procedimientos.

Para la recolección de datos. Entrevista directa grabada y transcrita.

Análisis de datos cualitativos: identificación de categorías y subcategorías relacionadas con la experiencia de tener un familiar potencial donador por muerte encefálica.

Instrumento de observación.

Descripción. Para entrevista se utilizará una guía de entrevista a profundidad.

Entrevista a profundidad.

Reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.⁹⁰

Las entrevistas en profundidad siguen el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas. Lejos de asemejarse a un robot recolector de datos, el propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista. El rol implica no sólo obtener respuestas, sino también aprender qué preguntas hacer y cómo hacerlas.

Pueden diferenciarse tres tipos de entrevistas en profundidad, estrechamente relacionados entre sí. El primero es la historia de vida o autobiografía sociológica.

- 1) Historia de Vida: el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esa persona aplica a tales experiencias. La historia de vida presenta la visión de su vida que tiene la persona, en sus propias palabras, en gran medida como una autobiografía común.

En la historia de vida se revela como de ninguna otra manera la vida interior de una persona, sus luchas morales, sus éxitos y fracasos en el esfuerzo por realizar su destino en un mundo que con demasiada frecuencia no coincide con ella en sus esperanzas e ideales.

- 2) Autobiografía Sociológica: se dirigen al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente. En este tipo de entrevistas nuestros interlocutores son informantes en el más verdadero sentido de la palabra. Actúan como observadores del investigador, son sus ojos y oídos en el campo. En tanto a los informantes, su rol no consiste simplemente en revelar sus propios modos de ver, sino que deben describir lo que sucede y el modo en que otras personas lo perciben.

⁹⁰ Taylor, S.J. y Bogdan R, Métodos cualitativos Aplicados. Antología CID. Madrid España; Editorial Paidós Básica, 1987; pp. 100-132

El tipo final de entrevistas cualitativas tiene la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas. Las entrevistas se utilizan para estudiar un número relativamente grande de personas en un lapso relativamente breve si se lo compara con el tiempo que requeriría una investigación mediante observación participante.

Rigor científico. Credibilidad y confiabilidad y ética de preguntas a realizar

3.7.2 Fase Cuantitativa:

Universo. Archivo clínico del INNN.

Población: Todos los Expedientes de pacientes donadores potenciales por muerte encefálica existentes en el archivo del INNN.

Muestra: No se toma muestra ya que se hará una revisión del total de expedientes haciendo un corte junio de 2015.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

- Se incluirán todos los expedientes de donadores potenciales por muerte encefálica.
- Excluyendo aquellos que no tengan la hoja del cuestionario a familiar, los que no tengan hoja de datos sociodemográficos, también aquellos los que hayan salido del archivo por razones administrativas durante el periodo del estudio.

3.7.3 Proceso De Datos:

Recolección de datos: lista de cotejo (ver anexo 2).

Clasificación por variables. Sociodemográficas y de actitud.

Recuento de datos: En Spss.- 23previo diseño de base de datos.

Presentación: en cuadros y gráficos por variable.

Análisis: estadística descriptiva con valores porcentuales.

3.7. 4 Prueba Piloto:

Se realizará para sondear la adecuación de los instrumentos y afinar el proceso de entrevista a familiares. Se revisarán 15 expedientes de 2015 y se probará la eficiencia de la base de datos y la confiabilidad del instrumento. El tiempo programado para el estudio piloto será en la tercera semana de junio de 2015.

Resultados que se esperan obtener y su posible impacto en la investigación

Conocer las experiencias y actitudes que los familiares de los donadores de órganos viven durante y después del proceso de obtención y decisión de donar órganos, así como los factores sociales y psicológicos que influyeron en él.

3.7.5 Aspectos Éticos: Investigación Para La Salud

Título Quinto Capítulo Único. ARTÍCULO 96. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

ARTÍCULO 97. La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

ARTÍCULO 98. En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

ARTÍCULO 99. La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizado un inventario de la investigación en el área de salud del país.

ARTÍCULO 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes;

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y

VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

ARTÍCULO 101. Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

ARTÍCULO 102. La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

- I. Solicitud por escrito;
- II. Información básica farmacológica y preclínica del producto;
- III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;
- IV. Protocolo de investigación, y
- V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

ARTÍCULO 103. En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

DE ACUERDO CON LA DECLARACIÓN MÉDICA MUNDIAL DE HELSINKI

Principios éticos para las investigaciones médicas en Seres Humanos.

Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la:

29ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975

35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983

41ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989

48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996

52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000

Nota de Clarificación del Párrafo 29, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002
Nota de Clarificación del Párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004

59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.

2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.

7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.

9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los

arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera

satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado

con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:

- El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.

- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

35. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

3.8 Etapas En Que Se Programa La Investigación

(Número de etapas que consideras que intervienen en el proyecto)

1. Elaboración del protocolo	10%
2. Elaboración del Marco teórico	30%
3. Revisión de expedientes	10%
4. Elaboración del instrumento	10%
5. Aplicación del instrumento	30%
6. Análisis de los resultados	5%
7. Publicación	5%

FECHA DE INICIO PROGRAMADA	<u>AGOSTO</u> MES	<u>2014</u> AÑO
FECHA DE INICIO REAL	<u>SEPTIEMBRE</u> MES	<u>2014</u> AÑO
FECHA DE TERMINACION PROGRAMADA	<u>MAYO</u> MES	<u>2015</u> AÑO
FEHCA DE TERMINO REAL	<u>JULIO</u> MES	<u>2015</u> AÑO

3.9 Cronograma de Actividades

López Cantera Guisety		LA EXPERIENCIA DE AUTORIZAR LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN UN FAMILIAR CON MUERTE ENCEFÁLICA																																			
ACTIVIDADES	AÑO	2014-2015																																			
	MES	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Investigación de objeto de estudio.																																					
Delimitación del problema																																					
Historia del arte																																					
<ul style="list-style-type: none"> Planteamiento del problema Pregunta de investigación Objetivos Justificación. 																																					
Marco teórico																																					
Metodología																																					
Consideraciones éticas.																																					
Aplicación de instrumentos																																					
Fase Cuantitativa																																					
Aplicación de instrumentos cualitativa																																					
Análisis de resultados y discusión																																					
Registro de trabajo de investigación																																					
Informe y evaluación																																					
Revisión																																					
Presentación Final																																					
Publicación																																					

3.10 Recursos con que Cuenta

Humanos:

- Pasante de la Lic. En enfermería
- Asesor del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suarez”
- Asesor académico en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
- Familiares de los donadores potenciales de órganos

Físicos (área y equipo)

- Área de investigación de enfermería en el INNN.
- Archivo Clínico de donación de Órganos en el INNN.

Financieros.

EQUIPO E INSUMOS	MARCA/PROVEEDOR	COSTO PROMEDIO
Computadora	Lap-Top HP	\$8,000.00
Dispositivos USB	Adata C008/16 GB	\$250.00
Grabadora	Sony - Grabadora digital de voz - Negro Modelo: ICDPX440 SKU: 467901	\$800.00
Cámara digital	Sony - Videocámara HD con memoria flash. Modelo: HDRCX405/B SKU: 296417	\$1500.00
Impresora	HP - Deskjet 1010 Impresora - Plateado Modelo: HP Deskjet 1010 SKU: 1686591	\$2,500.00
TOTAL		\$13,050.00

- El posible apoyo del programa de Becas Armstrong
- Personales

Tecnológicos

- Lap Top
- Dispositivo USB (2 DE 16 GIGAS)

- Libros (DISPONIBLES)
- Internet (DISPONIBLE)
- Expedientes (disponibles)
- Disponibilidad de teléfono o celular.

Recursos a solicitar

Materiales

- Hojas blancas para imprimir 1 PAQUETE DE 500
- Plumas
- Lápices
- Grabadora (1)
- Tóner para impresora (1)
- Libreta para bitácora (1)

IV. Descripción de Resultados tabulares.

TABLA No. 1

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DE LOS DONADORES POTENCIALES POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROUGÍA. “MANUEL VELASCO SUÁREZ” EN EL PERIODO 2013-2015. 2015

DX.	Fo.	%	%ac.
Hemorragia subaracnoidea	59	51.8*	51.8
Traumatismo craneoencefálico	4	3.5	55.3
Evento Vascular Cerebral.	11	9.6*	64.9
Criptocosis cerebral	2	1.8*	66.7
Trombosis venosa Cerebral	3	2.6	69.3
Adenoma de hipófisis.	7	6.1	75.4
Tumor cerebral	21	18.4*	93.9
otros	7	6.1	100.0
TOTAL	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO No. 1

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS DE LOS DONADORES POTENCIALES POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROUGÍA. “MANUEL VELASCO SUÁREZ” EN EL PERIODO 2013-2015.

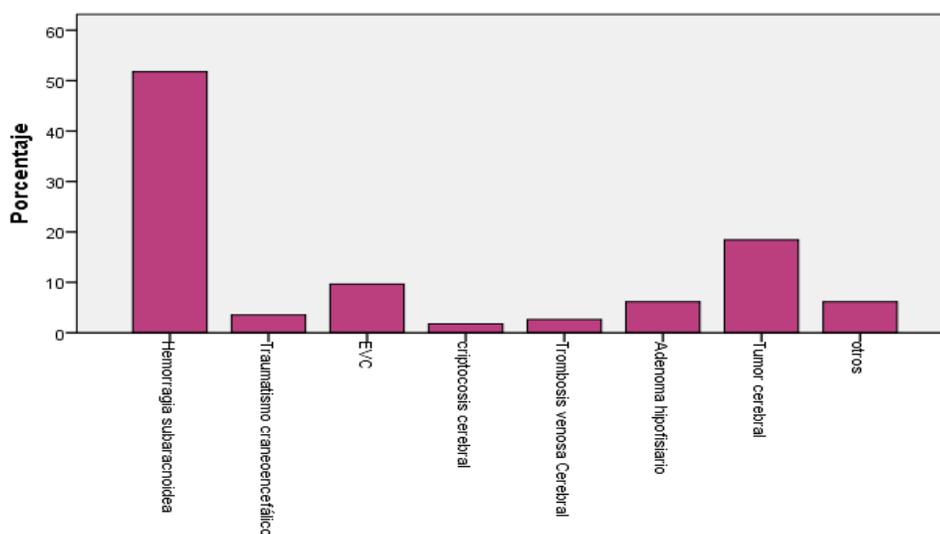


TABLA No. 2.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO Y RH DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA “MANUEL VELAZCO SUÁREZ” EN EL PERIODO 2013-2015.

Grupos sanguíneos	FO	%	%ac.
O Rh+	79*	69.3*	69.3
O Rh-	5	4.4	73.7
A Rh+	18	15.8	89.5
AB+	2*	1.8*	91.2
B Rh+	10	8.8	100.0
Total	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO No. 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO Y RH DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA “MANUEL VELAZCO SUÁREZ” EL PERIODO 2013-2015.

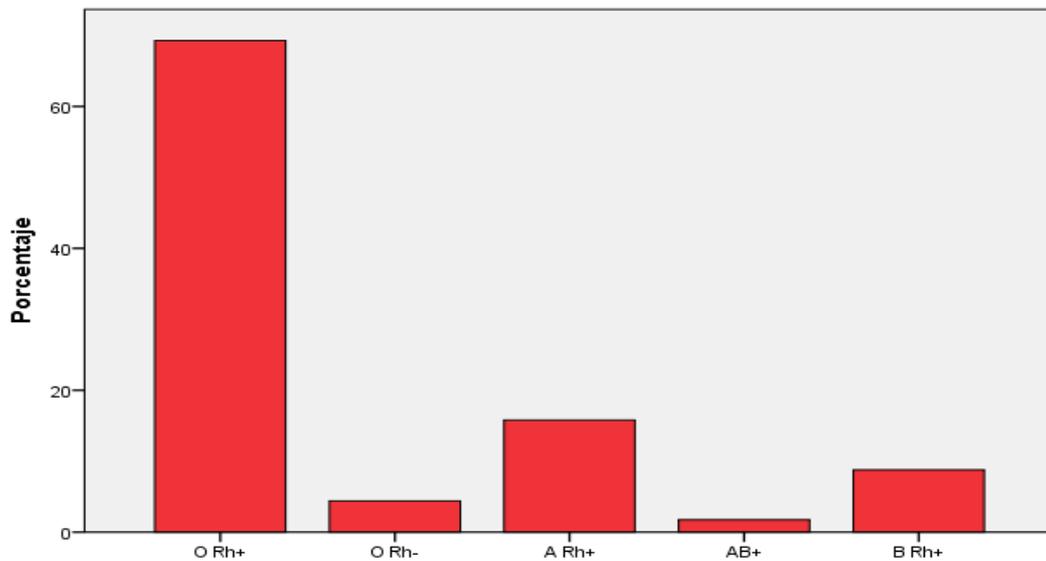


TABLA NO.3

PROCEDENCIA DE LOS DONADORES POR MUERTE ENCEFÁLICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA “MANUEL VELASCO SUAREZ” EN EL PERIODO DE 2013-2015.

Regiones	FO	%	%ac
Norte de México	2	1.8	1.8
Región Centro de México	106	93.0*	94.7
Región Sur de México	6	5.3	100.0
Total	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO No. 3.

PROCEDENCIA DE LOS DONADORES POR MUERTE ENCEFÁLICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA “MANUEL VELASCO SUAREZ” EN EL PERIODO DE 2013-2015.

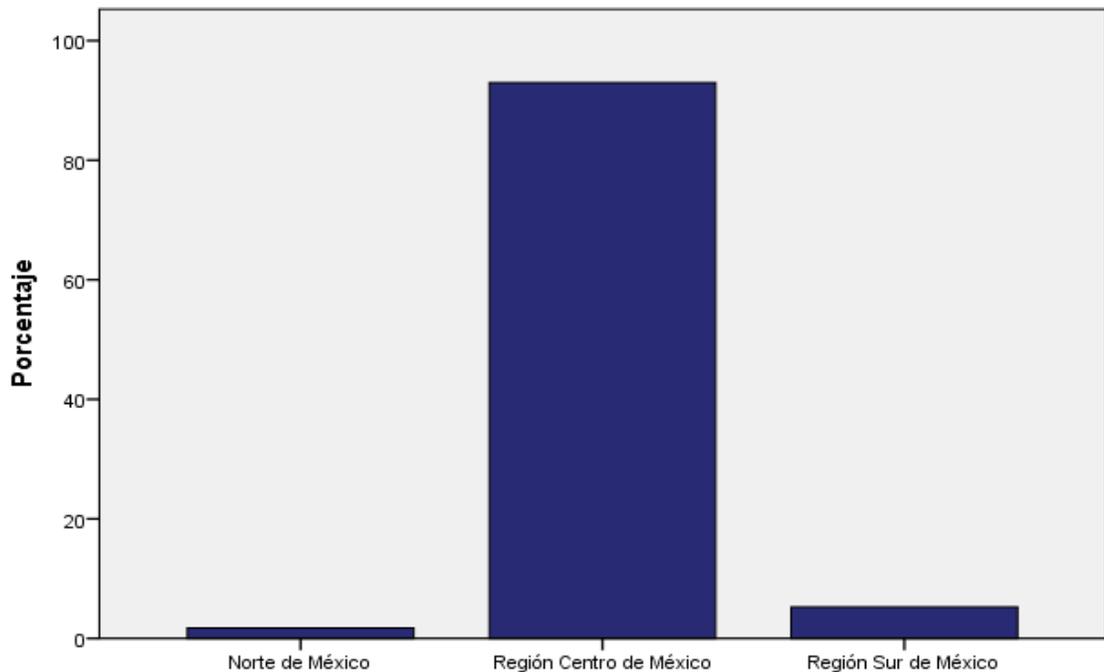


TABLA No. 4.
 ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA "DR. MANUEL
 VELASCO SUÁREZ" EN EL PERIODO DE 2013-2015.

DONÓ ÓRGANOS	Fo.	%	%ac.
SI	37	32.5	32.5
NO	77	67.5	100.0
TOTAL	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRÁFICO No. 4
 ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA EN
 EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA "DR.
 MANUEL VELASCO SUÁREZ"



TABLA NO. 5

EDAD DE LOS DONADORES POTENCIALES POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA “MANUEL VELASCO SUÁREZ” EN EL PERIODO 2013-2015.

Rangos de Edad	Fo.	%	%a.c
18 a 24	20	17.5	17.5
25 a 34	14	12.3	29.8
35 a 44	20	17.5	47.4
45 a 54	22	19.3*	66.7
55 a 64	25	21.9*	88.6
65 o +	13	11.4*	100.0
Total	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO NO. 5

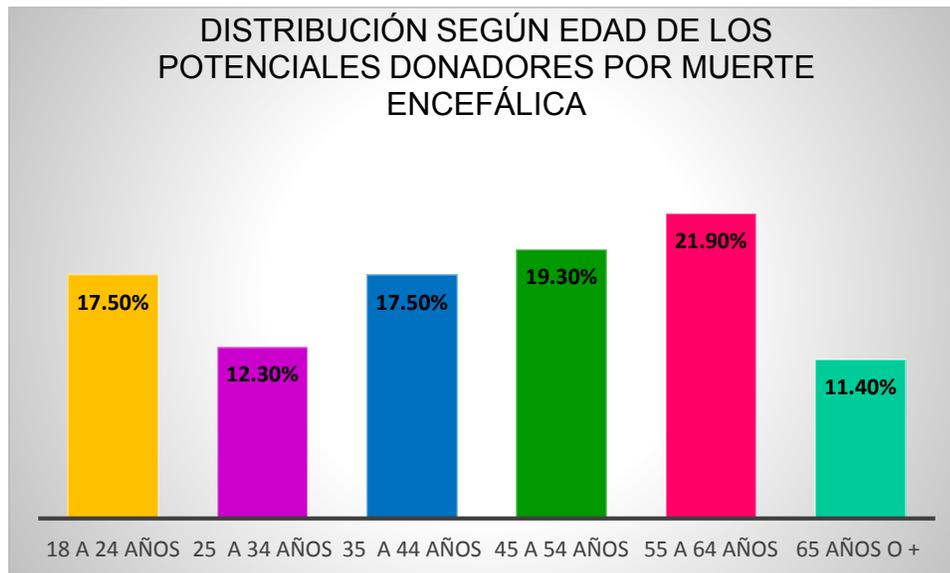


TABLA No. 6
 DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE LOS DONADORES POR MUERTE ENCEFÁLICA EN RELACIÓN CON EL NDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" EN EL PERIODO DE 2013-2015.

EDAD	ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA		Total
	SI	NO	
18 a 24	20.0%	80.0%	100.0%
25 a 34	14.3%*	85.7%	100.0%
35 a 44	30.0%	70.0%	100.0%
45 a 54	50.0%*	50.0%	100.0%
55 a 64	36.0%	64.0%	100.0%
65 o +	38.5%	61.5%	100.0%
TOTAL	32.5%	67.5%	100.0%

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO No. 6
 DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE LOS DONADORES POR MUERTE ENCEFÁLICA EN RELACIÓN CON EL NDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" EN EL PERIODO DE 2013-2015.

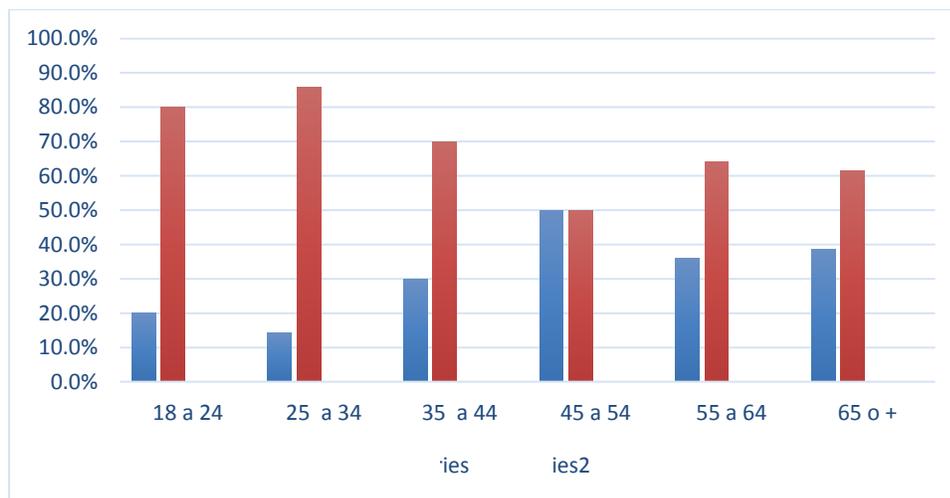


TABLA No. 7

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS DONADORES POTENCIALES POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ" EN EL PERIODO DE 2013-2015.

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS DONADORES POTENCIALES

Género	Fo.	%	%ac.
Masculino	53	46.5	46.5
Femenino	61	53.5	100.0
TOTAL	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

TABLA No. 8

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS DONADORES Y EL ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" EN EL PERIODO DE 2013-2015.

% dentro de DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS DONADORES POTENCIALES

		ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA		Total
		SI	NO	
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS DONADORES POTENCIALES	Masculino	43.4%*	56.6%	100.0%
	Femenino	23.0%	77.0%	100.0%
	Total	32.5%	67.5%	100.0%

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRÁFICO No. 7

DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS DONADORES Y EL ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" EN EL PERIODO DE 2013-2015.

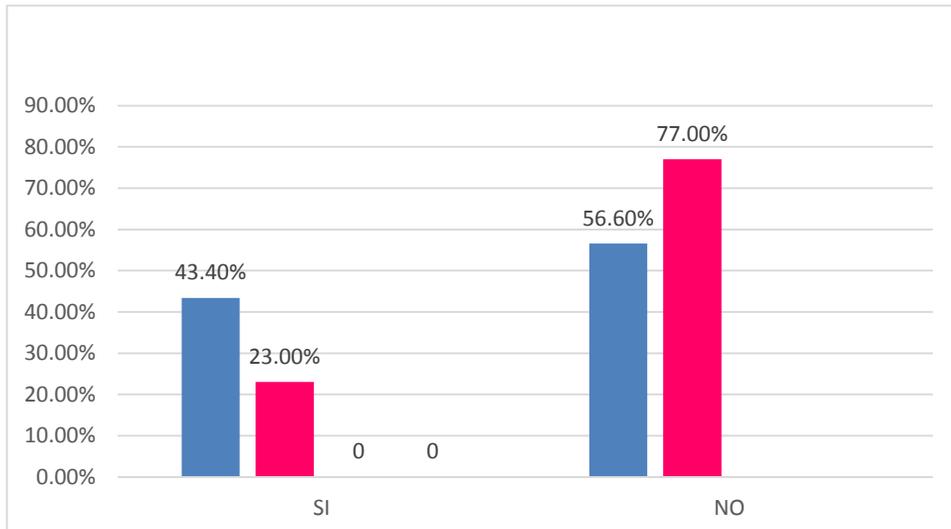


TABLA No. 9
 DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DEL DONADOR POTENCIAL
 POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
 NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ" EN EL
 PERIODO 2013-2015

	Frecuencia	%	% a/c
Soltero	37	32.5	32.5
Casado	67	58.8*	91.2
Viudo	5	4.4*	95.6
Divorciado	5	4.4*	100.0
Total	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

TABLA NO. 10
 DISTRIBUCIÓN ESTADO CIVIL DEL DONADOR POR MUERTE
 ENCEFÁLICA Y EL ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR.
 MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015

% dentro de DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL DEL DONADOR POTENCIAL
 POR MUERTE ENCEFÁLICA

		ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA		Total
		SI	NO	
ESTADO CIVIL DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA	Soltero	37.8%*	62.2%	100.0%
	Casado	29.9%	70.1%	100.0%
	Viudo	20.0%	80.0%	100.0%
	Divorciado	40.0%*	60.0%	100.0%
Total		32.5%	67.5%	100.0%

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO No. 8

DISTRIBUCIÓN ESTADO CIVIL DEL DONADOR POR MUERTE ENCEFÁLICA Y EL ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015

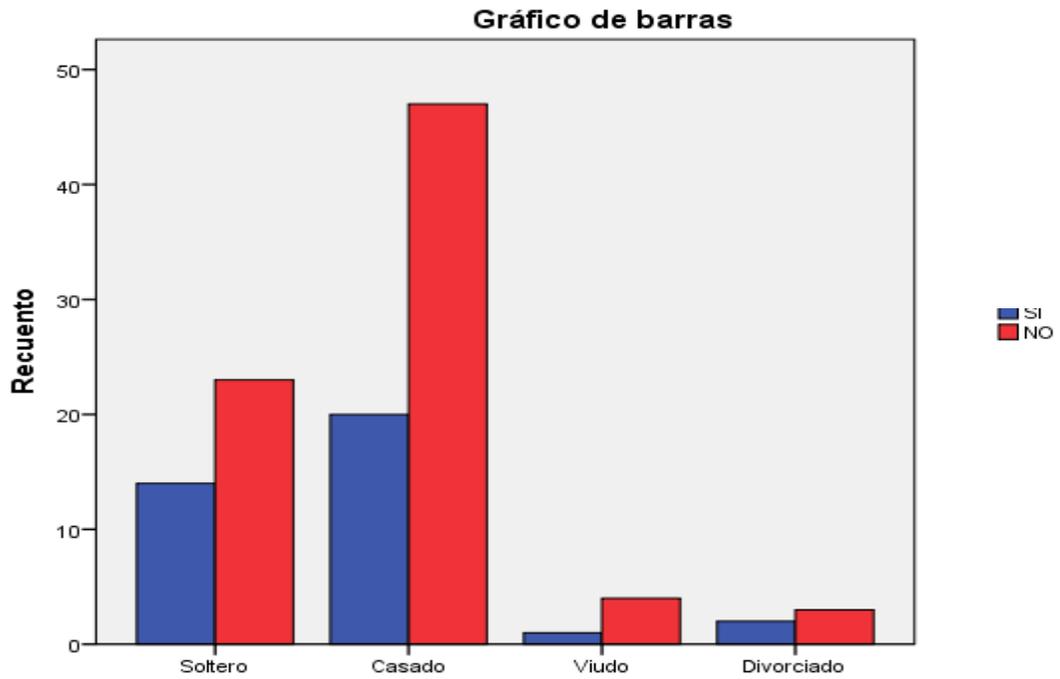


TABLA No. 11
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015

Ocupación	Frecuencia	%	% a/c
Burócrata	5	4.4	4.4
Obrero	23	20.2*	24.6
Estudiante	8	7.0	31.6
Hogar	44	38.6*	70.2
Desempleado	14	12.3	82.5
Comerciante	13	11.4	93.9
otro	4	3.5	97.4
Agricultor	2	1.8	99.1
Jubilado	1	.9*	100.0
Total	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

TABLA No. 12
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA Y EL ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015.

% dentro de DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA

		ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA		Total
		SI	NO	
DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA	Burócrata	60.0%*	40.0%	100.0%
	Obrero	30.4%	69.6%	100.0%
	Estudiante	37.5%	62.5%	100.0%
	Hogar	20.5%*	79.5%	100.0%
	Desempleado	28.6%	71.4%	100.0%
	Comerciante	69.2%*	30.8%	100.0%
	otro	25.0%	75.0%	100.0%
	Agricultor	50.0%*	50.0%	100.0%
	Jubilado		100.0%	100.0%
Total		32.5%	67.5%	100.0%

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO No. 9

DISTRIBUCIÓN SEGÚN OCUPACIÓN DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA Y EL ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015

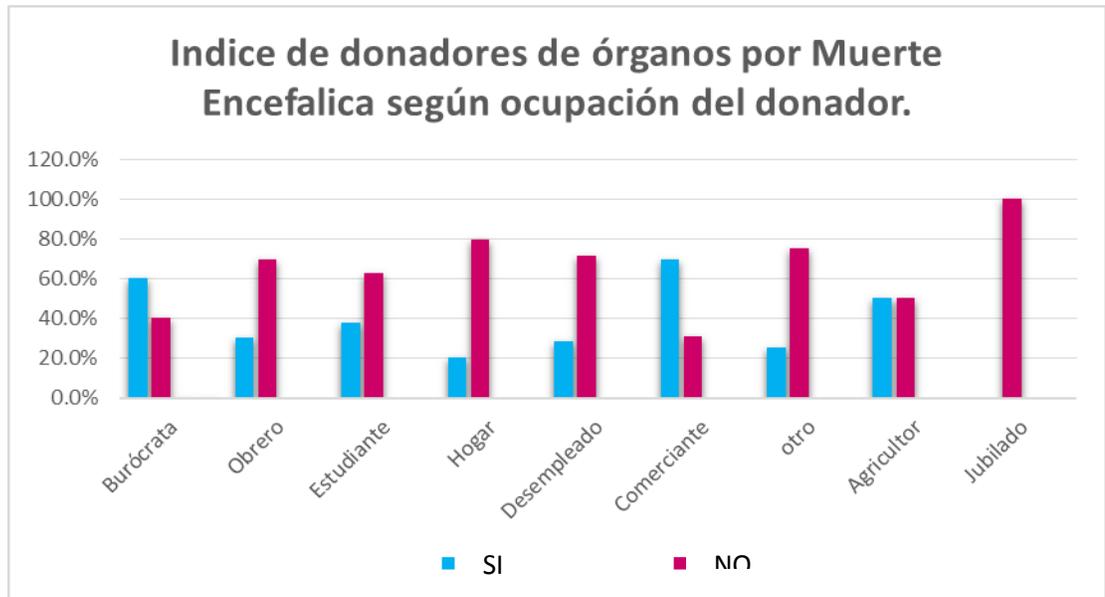


TABLA No. 12

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUAREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015

Escolaridad	Fo.	%	%ac
Básica	62	54.4*	54.4
Media Superior	28	24.6*	78.9
Superior	12	10.5	89.5
Posgrado	1	.9	90.4
Analfabeta	11	9.6	100.0
Total	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

TABLA No. 13
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA Y DE ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015.

% dentro de DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA

		ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA		Total
		SI	NO	
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA	Básica	27.4%	72.6%	100.0%
	Media Superior	42.9%*	57.1%	100.0%
	Superior	41.7%*	58.3%	100.0%
	Posgrado	*	100.0%	100.0%
	Analfabeta	27.3%	72.7%	100.0%
	Total	32.5%	67.5%	100.0%

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO No. 10

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA Y DE ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015

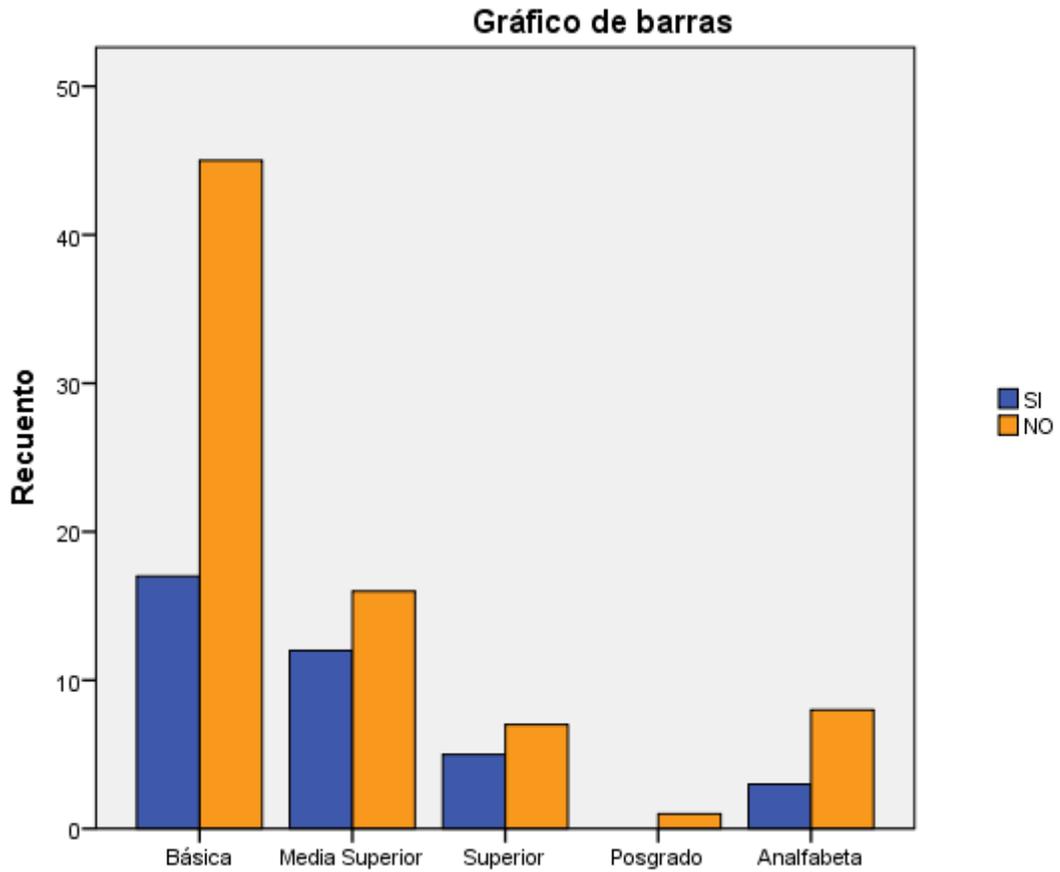


TABLA NO. 14

DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO DE 2013-2015.

	Frecuencia	%	% ac
Católica	103	90.4%	90.4
Creyente	1	.9	91.2
Agnóstica	1	.9	92.1
Testigo de Jehová	1	.9	93.0
Cristianos	5	4.4	97.4
Evangélica	2	1.8	99.1
Otros	1	.9	100.0
Total	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

TABLA NO. 15

DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA Y DE ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015.

% dentro de DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA

		ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA		Total
		SI	NO	
DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA	Católica	32.0%	68.0%	100.0%
	Creyente		100.0%	100.0%
	Agnóstica		100.0%	100.0%
	Testigo de Jehová	100.0%		100.0%
	Cristianos	40.0%	60.0%	100.0%
	Evangélica	50.0%	50.0%	100.0%
	Otros		100.0%	100.0%
Total		32.5%	67.5%	100.0%

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO NO.11

DISTRIBUCIÓN SEGÚN RELIGIÓN DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA Y DE ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015.

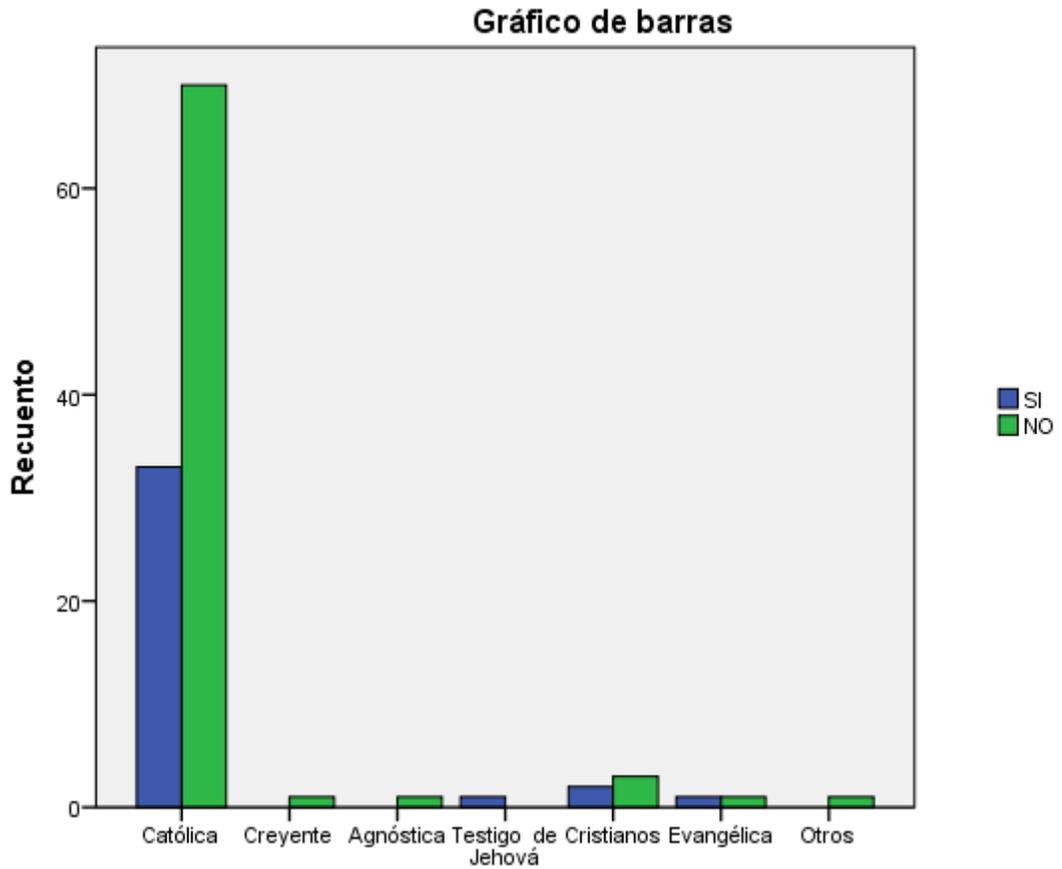


TABLA NO.16

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PARENTESCO DEL RESPONSABLE DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO DE 2013-2015.

Parentesco	Fo	%	%ac
Esposa	17	14.9	14.9
Esposo	14	12.3	27.2
Madre	11	9.6	36.8
Padre	3	2.6*	39.5
Hermano(a)	22	19.3*	58.8
Hijo (a)	19	16.7*	75.4
otro	8	7.0	82.5
No aplica	20	17.5	100.0
TOTAL	114	100.0	

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

TABLA NO.17

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PARENTESCO DEL RESPONSABLE DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA Y DE ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015.

% dentro de DISTRIBUCIÓN SEGÚN PARENTESCO DEL RESPONSABLE DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA

Parentesco	ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS POR MUERTE ENCEFÁLICA		Total
	SI	NO	
Esposa	76.5%*	23.5%	100.0%
Esposo	28.6%	71.4%	100.0%
Madre	45.5%	54.5%	100.0%
Padre	33.3%	66.7%	100.0%
Hermano(a)	45.5%	54.5%	100.0%
Hijo (a)	15.8%*	84.2%	100.0%
otro	12.5%	87.5%	100.0%
No aplica		100.0%	100.0%
TOTAL	32.5%	67.5%	100.0%

FUENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO NO.12

DISTRIBUCIÓN SEGÚN PARENTESCO DEL RESPONSABLE DEL DONADOR POTENCIAL POR MUERTE ENCEFÁLICA Y DE ÍNDICE DE DONACIÓN DE ÓRGANOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ" DURANTE EL PERIODO 2013-2015.

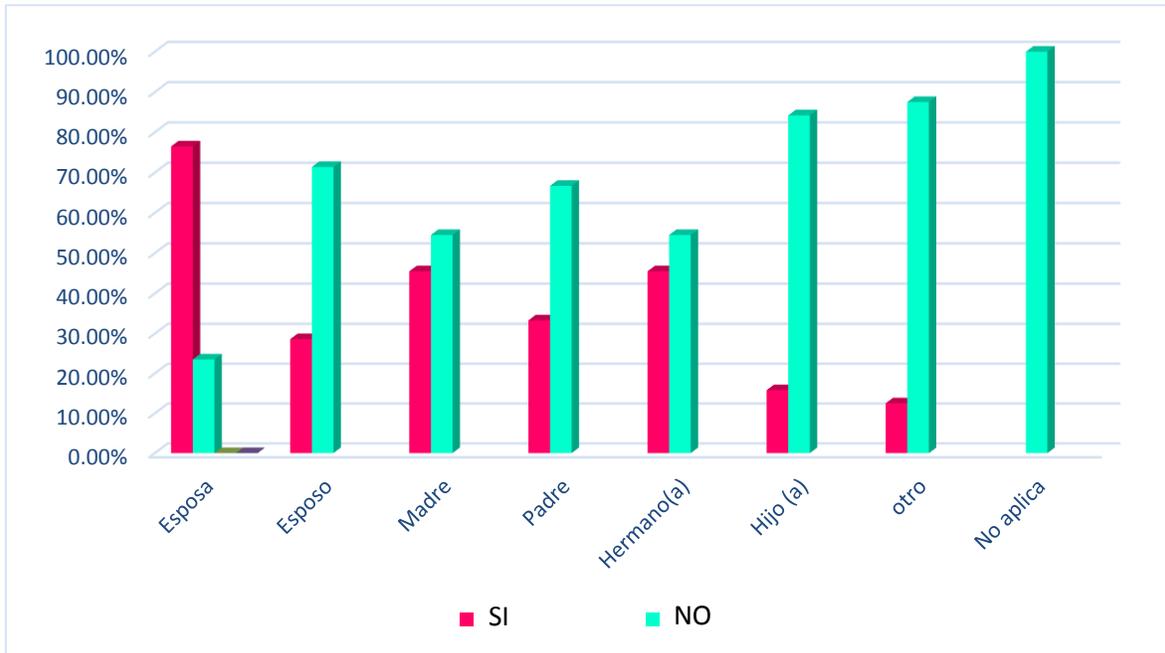


TABLA NO. 18

DISTRIBUCION DE PORCENTAJES SEGÚN EL TIPO DE ORGANOS DONADOS POR MUERTE ENCEFALICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA “MANUEL VELASCO SUÁREZ” DURANTE EL PERIODO DE 2013-2015.

		RESPUESTAS		% DE CASOS
		N	%	
ÓRGANOS	Riñones	30	24.2%*	81.1%
	Corneas	30	24.2%*	81.1%
	Corazón	5	4.0%	13.5%
	Piel	19	15.3%	51.4%
	Tejido Musculo esquelético	17	13.7%	45.9%
	Hígado	20	16.1%	54.1%
	Válvulas Cardiacas	3	2.4%*	8.1%
TOTAL		124	100.0%	335.1%

UENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

GRAFICO NO. 13

DISTRIBUCION DE PORCENTAJES SEGÚN EL TIPO DE ORGANOS DONADOS POR MUERTE ENCEFALICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA “MANUEL VELASCO SUÁREZ” DURANTE ENELPERIODO DE 2013-2015.

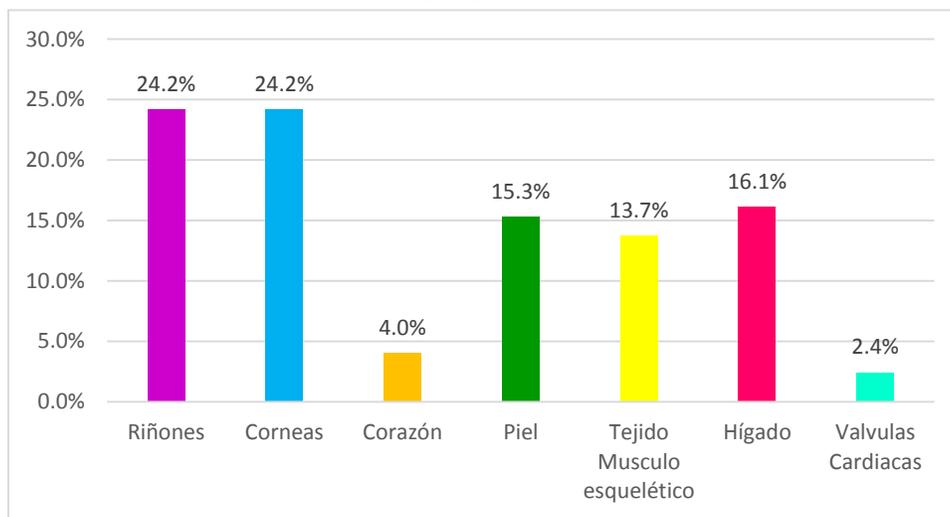


TABLA NO. 19

DISTRIBUCION DE ORGANOS DONADOS POR MUERTE ENCEFALICA SEGÚN INSTITUCION DE SALUD DE DESTINO PROCEDENTES DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA "MANUEL VELAZCO SUÁREZ" EN EL PERIODO DE 2013-1015.

		DESTINO								T o t a l	
		Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	Instituto Nacional de Pediatría	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición "Salvador Zubirán"	Hospital General Dr. Manuel Gea González	Instituto Nacional de Rehabilitación.	Hospital General de México	Instituciones EDOMEX		Banco de tejidos del Estado de México
134 ORGANOS DONADOS	Riñones	7	4	8	11	0	1	5	1	0	37
	Corneas	4	2	0	0	15	0	12	0	0	33
	Corazón	0	0	1	0	0	0	0	2	0	3
	Piel	0	0	0	0	0	15	0	0	4	19
	Tejido Musculo esquelético	0	0	0	0	0	2	0	0	15	17
	Hígado	3	0	0	13	0	0	4	2	0	22
	Válvulas Cardiacas	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Total	17	6	9	24*	15	18	21*	5	19	134	

UENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

TABLA 20.

DISTRIBUCION SEGÚN EL MOTIVO POR EL QUE NO DONARON LOS FAMILIARES DE LOS DONADORES POTENCIALES POR MUERTE ENCEFALICA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA “MANUEL VELASCO SUÁREZ” EN EL PERIODO DE 2013-2015.

Motivo	Respuestas		Porcentaje de casos
	N	Porcentaje	
La religión de mi familiar no lo permite.	3	0.9%	2.6%
Mi religión no me lo permite.	4	1.2%	3.5%
Creo que el cuerpo debe enterrarse completo.	19	5.6%	16.7%
Porque mi familia me dijo que no quería donar.	9	2.6%	7.9%
Creo que mi familiar no quería donar.	3	0.9%	2.6%
Mi familiar no manifestó su deseo de donar.	25	7.3%	21.9%
No conté con la información suficiente.	3	0.9%	2.6%
Porque la familia no se pone de acuerdo.	1	0.3%	0.9%
Por el qué dirán en mi familia o en la sociedad.	1	0.3%	0.9%
Creo que existe el tráfico de órganos.	1	0.3%	0.9%
Creo que no está completamente muerto, Espero un milagro.	5	1.5%	4.4%
Desconfianza del equipo médico tratante.	2	0.6%	1.8%
Desconfianza del equipo médico de trasplantes.	1	0.3%	0.9%
Porque estamos molestos con la atención médica.	1	0.3%	0.9%
Por muerte reciente de otro familiar.	1	0.3%	0.9%
Porque no deseo tomar decisiones en este momento	5	1.5%	4.4%
Otro	2	0.6%	1.8%
Contraindicación Médica	20	5.9%	17.5%
Acepta Donación	111	32.6%	97.4%
Perdida del donante	5	1.5%	4.4%
Sin otro Motivo	119	34.9%	104.4%
TOTAL	341	100.0%	299.1%
a. Grupo			

UENTE: Datos procesados por Guisety López Cantera. ENEO-UNAM. 2015

V. Descripción de resultados cuantitativos

El 51.8% de la población tuvo el Diagnóstico de hemorragia subaracnoidea; seguida del 18.4% con Diagnóstico de tumor cerebral. Y un 9.6% diagnosticados con evento vascular cerebral. Destaca un 1.8% con Diagnóstico De Criptocosis cerebral. (Ver cuadro 1).

Los datos muestran que el 69.3 % de los donadores potenciales tiene el grupo sanguíneo O Rh+, seguido del 15.8% con Grupo sanguíneo ARh+, destaca el 1.8 con AB Rh+. (Vea tabla N.2)

Los datos muestran que el 93.3% de la población proviene de la región Centro de México, seguido del 5.3% de la región sur. Destacando el 1.8% del norte del país.(vea tabla N.3)

Los datos de índice de donación muestran que del total de donadores potenciales a los que se les realiza la entrevista el 67.5% rechaza la donación de órganos y el 32.5 % se convierte en donador real. (vea tabla N.4)

El 21.9% de la población tiene entre 55 y 64 años, seguido del 19.3% con 45 y 54 años. Destaca el 11.4 % que se encuentra dentro de los 65 años o más. Al relacionar los datos la Edad con el índice de donación se muestra que la edad en que más aceptan la donación está entre los 45 a 54 años de edad siendo el 50% de la población de este rango la que acepta la donación de órganos. Destaca el 14.3% de la entre 25y 34 años de edad que aceptan la donación a diferencia del 85.7% de los que la rechaza. (vea tabla N.5 y 6)

Los datos muestran que el 53.5% de la población es de Sexo femenino y el 46.5% de sexo masculino, en la relación con el índice de donación el 43.3% de los hombres aceptan la donación a diferencia del 23% de las mujeres que se convierten en donadoras reales. (vea tabla N.7 y 8)

Los datos muestran que el 58.8% de la población es casado. Destacando el 4.4% de las personas que son viudas de la misma manera que los divorciados. Al realizar una relación con el índice de donación el 40% de las personas divorciadas aceptan la donación seguido del 37.8% de los solteros. Destaca el 20% del total de los viudos que rechazan la donación. (Vea tabla N.9 y 10)

Los datos muestran que el 38.6% de la población se dedica a el hogar, el 20.2% obreros y solo el 0.9% son jubilados. En la relación con el índice de donación el 69.2%

de los comerciantes aceptan la donación seguido por el 60% de los burócratas, sobresalen el 20.5% de las personas que se dedican al hogar y se convierten en donadores reales. (vea tabla N.11 y 12)

Los datos muestran que el 54.4% de la población tiene una escolaridad básica, seguido por el 24.6% en Media superior, destacando el 0.9% que realiza posgrado. En relación con el índice de donación el 42.9% de la población que tienen una escolaridad de media superior aceptan la donación, sobresale que el 100% de quienes tiene posgrado rechazaron la donación de órganos. (vea tabla N.13 y 14)

Los datos muestran que el 90.4% de la población practica como religión la católica, destaca que el 0.9% se consideran creyentes o agnósticos. Del total de los católicos el 32% acepta ser donador. Sobresale que el 100% de los testigos de Jehová aceptan la donación y de las personas que practican el evangelismo el 50% acepta la donación de órganos.

Los datos muestran que el 19.3% de la población el familiar responsable son los hermanos, seguido del 16.7% de los hijos. Destaca que el 2.6% de los responsables son el padre del donador. El 76.5% de las Esposas responsables aceptan la donación, sobresale que el 15.8% de los hijos rechazan la donación de órganos

Los datos muestran que el órgano más donado en el Instituto nacional de Neurología y Neurocirugía son los riñones y las corneas con el 24.2%, sobresale el 2.4% de las válvulas cardiacas

VI. Hallazgos cualitativos.

LA EXPERIENCIA DE SER FAMILIAR DE UN DONADOR REAL POR MUERTE ENCEFÁLICA.

Este texto resume las respuestas a la entrevista realizada a la esposa de un donador real por muerte encefálica. La estructura del texto atiende al orden en que fueron planteándose las preguntas y previa interpretación “filtración” del discurso descrito, se derivan las categorías y subcategorías subyacentes, mismas que se enuncias a manera de conceptos/teorías generales.

¿Por qué razón usted fue el responsable del donador?

Él siempre lo platicó conmigo...que el día que él falleciera le gustaría que se donaran sus órganos,... a mí me dijeron que estaban bien sus riñones y [con] eso yo tomé la decisión de donar.

¿Para usted que significa el diagnóstico de muerte encefálica?

Pues todo, o sea muerte encefálica es que sus organismos están latiendo pero su cerebro ya no. Cuando me dijeron que ya no [había muerto], yo dije, entonces:¿Porque se mueve? ¿Porque si yo le hablo? el si me entiende, el llora. ¿Porque su corazón sigue latiendo? Me explicaron que era por las maquinas pero que su cerebro se negaba a abandonarnos. Me explicaron muchas cosas que yo en ese momento no entendí.

¿Su familiar sabía en qué consistía este diagnóstico?

Su muerte fue instantánea, no estuvo internado [mucho tiempo]

¿Cuál fue su impresión al comunicarle que su familiar tenía el diagnostico de muerte encefálica?

Pues Imagínese, lo lleve con vida al hospital, me dijeron que ya no [había nada que hacer], él iba quejándose del dolor de cabeza, pero todavía hablaba, al llegar al hospital. Ya no hablo. El doctor dijo háblenle porque el escucha, al momento pues yo decía me están engañando.

¿Usted después de todo esto ha recibido alguna plática o ha acudido con alguien para superar su perdida?

No he hablado con nadie, hasta ahora [siento] que me encerré. Quisiera platicar con alguien lo que siento o que me pregunten ¿Cómo estás?, pero como puse una barrera toda mi familia también. La Madre de la entrevistada: se metió en una burbuja y se encerró completamente.

¿A usted le gustaría recibir apoyo psicológico o conversar con alguien?

Sí, Pero me gustaría que sea fuera del instituto porque no quiero revivir recuerdos. [Siento] que esto se repitió porque mi suegro falleció hace 22 años en febrero, le paso lo mismo que a mi esposo, madamas que mi suegro sí estuvo internado 3 meses .

¿Usted cómo reaccionó ante el diagnóstico?

Sí, entonces cuando pasó esto, yo sí le dije al doctor, que lo atendiera y que me lo entregara como quedara, que yo me hacía cargo, que yo lo iba a cuidar. El doctor me dijo ya no podemos hacer nada, van a venir de neurología a hacerle un estudio. Si el señor tiene remedio entrará a quirófano, pero no le damos esperanzas, puede quedar vegetal y para que quiere usted al señor en una cama o en una silla en un rincón. Me dijo muchas cosas, pero en ese momento uno no quiere es que te digan ya se murió, ya no tiene esperanzas.

¿Quién la apoyaba en ese momento?

Mi mamá, todos mis hermanos, le hablé a mi mamá para que me llevara mis papeles y toda la noche estuvo conmigo. Cuando lo ve el doctor me mueve la cabeza y dice su esposo ya viene muerto, yo le dije como va a venir muerto si está hablando, su esposo viene muy mal dice, pero el doctor con toda la sangre fría.

¿Fue difícil para usted?

Sí, yo jamás pensé vivir esto, él siempre me decía que cuando se muriera lo cremáramos y que no lo lleváramos a un panteón o a una iglesia, sus creencias de él sus ideas, Un día antes de esto platicamos, decía dame una hoja porque yo te la voy a llenar para que tu hagas lo que yo quiero, yo me salía, a mí no me gustaba hablar de eso, porque él siempre estuvo enfermo. Pero ese día yo dije bueno a ver qué quieres que haga, ahora si lo que nunca yo le puse atención en todo lo que él quería, y cuál fue mi sorpresa que a la media hora ya se había ido. Él era una persona muy buena, Entonces yo no me hago a la idea, yo siento que está conmigo y le hablo, [siento] que está ahí, su aroma, su presencia, para mí es muy difícil.

¿No se lo esperaba?

Pues no porque como él siempre estaba enfermo yo esperaba que esta vez también se recuperara, tres días se quedaba en el hospital y me lo entregaban, como que yo ya estaba acostumbrada a que se ponía malo y vámonos al hospital, entonces ese día dijo ahorita lo llevo al hospital y ya.

¿Qué sintió usted en el momento en que le dijeron que donara sus órganos?

Yo estaba bloqueada, le hable a mis hijos, tal vez yo no hubiera sido capaz de donar, [si no fuera su voluntad]. [Sin embargo] ahorita ya lo pienso y ya le dije a mis hijos el día que a mí me pase los mismo igual donen, porque yo ya vi que de todas maneras uno lo entierran o lo queman y todo se va. Mi esposo siempre decía hay si yo pudiera donaría, pero también a su

vez decía: nada va a servir porque soy diabético.[En realidad] yo le comente al doctor, sacaron todo su expediente, [y fue] entonces cuando el doctor me pregunto cuál era la posibilidad de que el fuera donador, y que podía donar a pesar de su enfermedad.

¿Qué órganos decidieron donar y por qué?

Se acercó una doctora diciéndome que mi esposo si podía ser donador que estaban funcionando sus riñones, de hecho también querían las corneas pero mis hijos dijeron que no, porque nosotros batallamos mucho para su tratamiento en el hospital de rehabilitación.

¿Cómo se siente ahora con esa decisión?

Fue muy pesado muy difícil para mí pero yo hice lo que él quiso. En ese momento yo estaba bloqueada y mis hijos me dejaron hacer lo que yo decidiera, entonces yo dije:

-si todo se está haciendo conforme él dijo, adelante. No me siento culpable. Él tiene hermanas que en su momento se me fueron encima y decían que yo lo quería matar, y que lo hice por la economía que vendí sus órganos.

¿Considera que la negativa a la autorización de donación de órganos se debe a la falta de cultura y de información?

Pues de hecho si, hasta que uno lo vive, porque yo decía ¿cómo vas a donar lo de tu familia? Se te hace difícil el hecho que este completo se lo llevan luego te lo entregan y ya sin nada no.

¿Qué pregunta considera que le debió hacer el comité de donación de órganos?

En ese momento no sabía nada, le comente al doctor todo lo que mi esposo quería, como a los 20 minutos se me “acercaron los doctores, es como cuando hay una oferta y todos se acercan. “-Lo analizo y siento que el momento en que se acercaron a mí, no era el momento ni el espacio. Yo siento que debe de salir de uno el querer ser donador, todos los seres humanos tenemos diferentes formas de pensar. Siento que nada más se escucha la palabra donador y se oye feo pero cayeron así como zopilotes.

A usted ¿Cómo le hubiera gustado que le hicieran la petición?

Entrevistada: Llegaron varios médicos, es como si un animal se hubiese muerto y bajan los animales de carroña, eso fue lo que yo sentí. No puede ser posible. Yo creo que [si] una persona sola nos lo dijera, de manera más tranquila. Me empezaron a presionar: apúrense porque se dañan. Ya después el doctor que atendió a mi esposo me dijo, no es tanto que se esté pasando el tiempo si no que el señor está sufriendo. Yo pensé, si usted me está diciendo que él ya se murió entonces porque está sufriendo. Fue cuando me explico que por la máquina que le estaba dando oxigeno me explico no, que eso era lo que le daba vida. En si no tenía mucho que pensar porque fue decisión de mi esposo, pero me sentía presionada en ese momento. Todavía tenía la esperanza de que me dijeran en neurología que el 30 por ciento

de su cerebro estaba vivo. Pero no en neurología me dijeron que no que las venas de su cerebro se habían reventado y la sangre de su cerebro era como agua, le hicieron estudios y ya no tenía remedio.

Mi esposo ya estaba en la morgue. Fui a reconocer el cuerpo, mi esposo estaba hasta abajo y ya cuando sacan la charola, fue cuando comprendí su muerte, cuando ya no tenía aparatos ni nada. Lo impresionante fue que me lo abrieran, yo no sabía que sería así. Por un momento me dio coraje y pensé que le dolió. Pensé que por un riñón lo abrirían de atrás donde no se vea, pero lo abrieron todo. Para mí fue muy fuerte, muy impactante verlo así. Nunca le pregunte nadie o más bien no hubo a quien preguntarle. Yo no he podido llorar por mis hijos, son hombres, mi mamá me dice -si tú te caes se van a caer tus hijos y su papá era su adoración- mi esposo fue un papá muy consentidor.

Mamá de Nidia: se ha encerrado. Aquí siempre se convive como familia pero ella siempre metida en un rincón con su hija. Son muchas cosas las que tengo adentro, que no he podido sacar.

¿Nos permitiría apoyarla para que usted llegue a un proceso de aceptación?

27 años con una persona pegados como muérganos son mucho tiempo, me siento sola. Mamá de Nidia: ella puso una barrera entre la familia, y digo no se vale porque es su esposo pero nosotros también éramos su familia.

Él era una persona con un ángel muy grande, porque tenía una paz en su semblante, hasta decían cómo es posible que una persona tuviera tanto amor, que lo quisiera tanto mi familia. Platicaba contigo, era muy amiguelo, daba consejos, te hacía ver lo malo y lo bueno, pero nunca estaba de parte de nadie, yo creo por eso lo querían tanto. Era una persona muy detallista. Él me decía el día que yo me muera quiero mariachis y música aparte que no quería que lo metiéramos a una caja, no quiero que llores y que nadie llore porque va a ser una fiesta para mí, ya no voy a sufrir. No tengo resentimiento con Nadie, pero me siento sola, estoy consciente que yo me he puesto una barrera.

Mamá de Nidia: en dos ocasiones se ha puesto pero a volverse loca, y que se quiero morir, quisiera desbaratar el mundo ella sola yo creo que no está bien pero comprendo las noches de soledad que uno pasa.

No he hablado con nadie ni con mi hijos, ni con mi hija hasta ahorita que estoy hablando con ustedes. Porque a veces salgo y veo que esta tan contentos y no voy a poner ahí mis dramas cuando mi mamá está muy contenta, veo tan tranquila a mi mamá. Él había cumplido 49 años entonces a mí no se me hace posible que una persona tan joven ya no esté.

VII. Conclusiones y recomendaciones.

Según Robert Burgo de Espriella las estadísticas el 40% de las hemorragias subaracnoideas culminan en la muerte. De lo anterior se deriva que lo más importante es aplicar medidas de prevención a nivel primario evitando que los padecimientos vasculares se compliquen y lleguen al tercer nivel de atención aumentando el número de casos de muerte encefálica.

Las experiencias de los familiares de donadores por muerte encefálica reflejan desde una disposición para donar. Sin embargo es evidente que se requiere una evaluación de las condiciones emocionales del familiar, en el momento de sugerirle la posibilidad de autorizar la donación. A fin de ser cuidadosos en la propuesta, no lastimar la dignidad de los involucrados, que la respuesta sea aprobatoria y repercuta en el incremento del índice de donación de órganos. Lo anterior se fundamenta en los hallazgos cualitativos que reflejan una percepción negativa hacia el cómo se les plantea la propuesta en ocasiones con cierta “urgencia” o un tipo de “acoso” escudándose en la preservación y viabilidad de los órganos y tejidos a donar o inclusive en el “sufrimiento” del paciente.

Otro elemento a considerar es asegurarse como equipo de trasplante de que se logre que familiar responsable de autorizar la donación sea sujeto de un acompañamiento profesional durante y después a la donación hasta que logre resolver adecuadamente su duelo evitándole que llegue a un proceso de duelo patológico. Por lo anterior se recomienda hacer un seguimiento sistemático por un lapso de seis meses como tiempo promedio para un proceso de duelo atendido. Es decir, el trabajo del equipo de trasplante no termina con la entrega del cadáver, sino que podría concluir hasta asegurarse que el familiar ha superado su proceso de duelo y tiene asimilado la pertinencia de su decisión.

Bajo el supuesto de que la experiencia y tipología familiar son trascendentes en el logro del consentimiento de donación de órganos y tejidos en pacientes con muerte encefálica los resultados del estudio revelan que la categoría de más peso en el momento de la decisión para autorizar la donación es el respeto de la voluntad anticipada expresada al familiar responsable legal del paciente.

También desde la hipótesis de que la decisión de autorizar la donación es influenciada por factores psicosociales se encontró en el estudio que efectivamente quienes asumen la responsabilidad de autorizar la donación son sujetos de juicios externos, por ejemplo el obtener un beneficio económico por la autorización otorgada; lo anterior está relacionado con la escasa información sobre el protocolo de donación

EL aumento de los índices de donación sigue siendo unos de los grandes retos para el sector salud, por lo que, además de lo que ya se hace; es deseable tener una claridad de los términos utilizados durante la entrevista y, desde luego es insoslayable fomentar, en la población abierta; la voluntad anticipada respecto a la donación.

Cabe destacar que en este estudio que son los hermanos quienes más autorizaron como familiares responsables la donación de órganos. Por género los hombres superaron el índice de donación.

VIII. Bibliografía.

Alonso Aranegui A., Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad, Datos Recogidos En La Publicación Oficial De La Comisión De Trasplantes Del Consejo De Europa [en línea], Madrid (Newsletter Transplant) 2012, accesado 25 de noviembre de 2014, Disponible en: <http://www.ont.es/prensa/NotasDePrensa/17%20Sep%202013%20%20Datos%20-Registro%20Mundial%20de%20Trasplantes.pdf>

Ambrosio M.T. Legislación de Muerte Cerebral en México. Rev. Med. Del Seguro Social. 2009 May-Jun. México. 1(1): 2-34.

Balderas P. Teoría general de las actitudes. Bistraen. [En línea]. 1999 Jun-Mar. [Accesado 13 de oct 2014]; Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/-8906/02CapituloPartel.pdf>

Bhandari M., Tewarai A. Is Trasplantation only 100 years old? Br J Urol 1997; 79:495

Carrel A. LA Technique operatorie des anastomoses vasculares et la transplantation de vicerres (en línea). Lyon Med 1902; [accesado 14 diciembre 2014] 98: 859.

Carreño D. Centro nacional de Trasplantes. Registro Nacional de Trasplantes: estadísticas. México D.F [accesado 18 enero 2015], última modificación jueves 15 de enero de 2015

Córdova I. Actividad de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células y Recomendaciones aprobadas por el Consejo Iberoamericano de Donación Trasplante. Newsletter 2010. Vol. 4 Núm 1. Aula Médica. Madrid, Noviembre de 2010. Disponible en: http://www.cenatra.salud.gob.mx/interior/trasplante_estadisticas.html

Dubernard J.M. Et al. Un nuevo método de preparación segmental pancreática para trasplante: experimento entre perros y hombre. Surgery 1978; 45:633.

Escalante JL, Escudero D. Muerte encefálica. Criterios diagnósticos. En: Francisco Ruza, et al. Tratado de cuidados intensivos pediátricos. Vol.2 Madrid Norma-capitel, 2002, p.2096-79.

Escudero D. Diagnóstico de Muerte Encefálica [en línea], Asturias España. Med. Intensiva. 2009, 33(4), [pág. 185-95] [accesado 22 oct 2014], Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sc-i_arttext&pid=S0210-56912009000400006

Estados Unidos Mexicanos. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Distrito Federal Ley General de Salud. Protección de la Salud. Diario Oficial de la Federación (DOF) el (7 de febrero de 1984). Última reforma: DOF 25-01-2013.

Expósito J. Proceso de Duelo. Feaps C.V. [en línea]. Mexico D.F. 2008. [Accesado 16 de oct 2014] Disponible en: <http://mail.feapsmurcia.org/aplicaciones/documentos->

.nsf/c0d7e4ddaa7b481ec1-25643b00616fb8/ab35562d698aa110c12578fe0033354d/\$-FILE/Proceso%20de%20Duelo%20-%20FEAPS%20-%20articulo.pdf

García A. Muerte Encefálica, Diagnóstico y Certificación. El Donante [en línea]. 2011 Jalisco México. [Accesado 23 nov 2014]; 22(9); [pág. 1-35]; Disponible en: [http://app.jalisco.gob.mx/Trasplantes.nsf/3c2a1-d46742d325186256fc500689382/7fd626e9ddb2b3df862578ca005ce296/\\$FILE/DONANTE%20MUERTE%20ENCEFALICA%202011.pdf](http://app.jalisco.gob.mx/Trasplantes.nsf/3c2a1-d46742d325186256fc500689382/7fd626e9ddb2b3df862578ca005ce296/$FILE/DONANTE%20MUERTE%20ENCEFALICA%202011.pdf)

García Martínez, Arturo, [Tesis] Hallazgos por angiotomografía para el diagnóstico de muerte encefálica / UNAM: TESIUNAM .2014

González, E. Psicología del Ciclo Vital. 2° edición, España. CCS. 2002, pág. 64.

Gordíño A. Trasplantes de órganos familiar y solidaridad humana. Civitas, España, 1987, pág. 14.

Hernández-Jiménez J, Hernández-Navarrete LS, Rodríguez-Fernández A, Jiménez-López L, Varela-Pérez V, Irigoyen-Castillo A, et al. Experiencia a largo plazo del programa de trasplante renal del Hospital Regional de Veracruz, México. Revista Mexicana de trasplantes. 2012; Sep.-dic; 1, Núm. (1): 15-21

Hume D. Merrill J.P. Homologous transplantation of human Kidney (en línea). J Clin Invest 1952; [accesado 23 Nov 2014], 31:640.

Humphries Al, Jr. Y Dennis Aj, Jr. Historical Developments in preservation. In Luis H. Toledo-Pereyra (ed), Academic Press, Inc., New York, 1982.1

Jaramillo Magaña J. donación de Órganos en el Paciente con Muerte Encefálica. Rev. México. Arnest.1993 N 16: 128-136.

Martínez F. Grupo de investigación Edufísica. Las actitudes. EDU-FISICA. [En línea]. Enero-Marzo 2006. [Accesado 27 de nov 2015]; 1(1) [p. 26]. Disponible en: <http://www.edufisica.com/Formato.pdf>

Matesanz R, Miranda B. A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: the Spanish model. [En línea] J Nephrol 2002; 15 (2); [pág. 22-28.], [accesado 23 dic 2014], Disponible en: http://www-.scielo.cl/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=4477685&pid=S0718-4026200800030001700014&lng=es.

Mendoza Sánchez F, Tanus R, Gracida Juárez C, Alberú Gómez J, Pérez Gómez H, Rivas Carrillo J, et al. Foro de bioética en trasplante de órganos y tejidos. «Declaratoria Guadalajara», revista Mexicana de trasplante. 2013; May-Agto. 2 (2): [pp 77-84.]

Michelle J. Irving, Allison Tong, Stephen Jan, Alan Cass, John Rose et al. Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature. [En línea]NDT.2011 dic; 10 (0); [pág. 1-8.]

Ortega MC, Alconero AR et. al. El Duelo. [En línea]. Enfermería científica. Cantabria. 2001 [accesado 1 dic 2014] 16 [3] pág. 236-238. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-ii/materiales/tema-11.pdf>

Ortiz Morales, Daniel, [Tesis] Muerte encefálica en pediatría / UNAM: TESIUNAM. 2014

Pérez P., Hernangómez L y Santiago C. (2000).Terapia de grupo en duelo complicado: un enfoque desde los factores de cambio positivo. Psiquiatría Pública, 12 (3), 273-284.

Querevalú-Murillo W. Iniciativa Para aumentar la donación de órganos, [en línea] Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 2012 Ene-Feb; 55 (1); [pág.13-17.]

Rivera-Durón E. et al, Negativa Familiar en un Proceso de Donación, Arch Neurocien. (México). 2014 abril-junio; 19 (2); [pág. 83-87.]

Rodriguez K. Psicología de las actitudes y estructuras cognitivas. [En línea] Scribe. Com San Luis México. 2003. [accesado 23 de nov 2014]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/37676022/Actitudes-Rodriguez-Kauth-Unidad-3#scribd>

Servelle M. Soulie p. Torturas trasplante renal debido tiene un solo paciente con riñón congénita, nefritis crónica lograr cambio hipertensivo. Bull soc Med Hosp Paris 1951; 67: 99.

Solar P.S. Tres factores que influyen en la actitud de las personas ante la donación de órganos. Rev Chil Cir. [En línea], 2008 Jun [accesado 5 enero 2015]; 60 (3); [pág. 262-267], disponible en: http://www.-scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262008000300017

Starlz TE. Iwaatsuki S, Van Thiel DH. Evolución de la vida del trasplante ortotópico. Hepatología 1982; 2: 613.

Urzúa Fletes, Betsabe, [Tesis] Manejo perioperatorio de los pacientes con muerte encefálica para procuración de órganos: experiencia en la UMAE Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez / UNAM: TESIUNAM. 2014



Anexos
ANEXO 1 GUÍA DE ENTREVISTA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE DONACION DE ORGANOS



Guía de entrevista a familiares de donadores reales de órganos por muerte encefálica.

INTENCIÓN: Esta entrevista tiene por intención y propósito conocer, describir y comprender desde la perspectiva del entrevistado; la experiencia de ser un familiar de donador real de órganos por muerte encefálica. Se trata de abordar dicha experiencia fenomenológicamente, es decir describir el cómo pasó y cómo fue percibido.

¿Qué lazo familiar o social le une con el donador?

¿Por qué razón usted fue el familiar responsable del donador?

¿Para usted qué significa el diagnóstico de muerte encefálica?

¿Cuál fue la primera impresión al comunicarle que su familiar tenía el diagnóstico de muerte encefálica?

¿Cuál fue su reacción ante la propuesta del Comité de Donación de órganos de otorgar la autorización del proceso de donación. ?

¿Cómo fue el proceso familiar para tomar la decisión de donar? (Qué tipo de familia y su dinámica).

¿Qué órganos decidieron donar y por qué?

¿Estuvo satisfecho con la decisión?

¿Qué pregunta considera que debe hacerse a todos los familiares de los donadores por muerte encefálica?

¿Hubiera querido que se le comunicara de manera diferente el diagnóstico y la petición de donación de órganos?

¿Cuál ha sido la experiencia de ser familiar de un donador real por muerte encefálica?

Elaboró. Guisety López Cantera. Junio 2015.

Anexo 2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE DONACION DE ORGANOS



Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por López Cantera Guisety, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia que pertenece a la Universidad Nacional Autónoma de México en conjunto con El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suarez”. La meta de este estudio es Identificar cuáles son las experiencias de la familia ante la donación de órganos en pacientes con muerte encefálica en el instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suarez”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

De antemano le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por López Cantera Guisety. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es Identificar cuáles son las experiencias

de la familia ante la condición potencial de donación de órganos en pacientes con muerte encefálica en el instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velazco Suarez

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 40 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a:

M.C.E. Angélica Guadalupe Dávalos Alcázar al teléfono 55 5606 3822 Ext. 5030 Departamento de Investigación de Enfermería.

MTRA. Teresa Sánchez Estrada

LE. López Cantera Guisety al teléfono 5525735283.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a LE. López Cantera Guisety al teléfono al teléfono anteriormente mencionado.

Fecha:

Hora:

Nombre y Firma del Participante

Nombre y firma del Conductor
L.E Guisety López Cantera

ANEXO 3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA
 MANUEL VELASCO SUÁREZ
 DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA
 DEPARTAMENTO DE DONACION DE ORGANOS



LISTA DE COTEJO PARA ESTUDIO RETROSPECTIVO.

DONACION DE ÓRGANOS			Folio.	
Fecha del proceso:		Diagnóstico:		
Nombre: RNT:		Expediente:	Género:	
Fecha de nacimiento:	Lugar de Nacimiento:	Estado civil:	Ocupación:	
Escolaridad:	Religión:	Teléfono:	Fecha de ingreso:	
Pérdida de vida:		Grupo Rh:	Edad:	
Dirección:				
Persona a la que se le realiza la entrevista:			Parentesco:	
Decidió donar:			SI	NO
Dx. Como donador por muerte encefálica:				
Motivo por el que no se concretó la donación:				
Órgano y tejido	Hospital de destino	Iniciales del receptor	Edad del receptor	IDRNT

Elaboró: Guisety López Cantera. 2015. Dcto. En fase de validación.

ANEXO 4. TABLA DE TRABAJO PARA FILTRO DE ENTREVISTA

PREGUNTA	RESPUESTA	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
¿Por qué razón usted fue el responsable del donador?	Él siempre lo platicó conmigo...que el día que él falleciera le gustaría que se donaran sus órganos,... a mí me dijeron que estaban bien sus riñones y [con] eso yo tomé la decisión de donar.	Decisión razonada del donador.	Altruismo del donante. Comunicación de pareja.
¿Para usted que significa el diagnóstico de muerte encefálica?	Pues todo, o sea muerte encefálica es que sus órganos están latiendo pero su cerebro ya no... cuando me dijeron que ya no [había muerto], yo dije, entonces: ¿Por qué se mueve? porque si yo le hablo el si me entiende, el llora. ¿Porque su corazón sigue latiendo? me explicaron que era por las maquinas pero que su cerebro se negaba a abandonarlos. Me explicaron muchas cosas que yo en ese momento no entendí.	Aceptación del diagnóstico de muerte encefálica.	Claridad del diagnóstico. Contradicciones sobre el diagnostico. Confirmación de diagnostico
¿Su familiar sabía en qué consistía este diagnóstico?	Su muerte fue instantánea, no estuvo internado [mucho tiempo]	Proceso de muerte instantánea.	
¿Cuál fue su impresión al comunicarle que su familiar tenía el diagnóstico de muerte encefálica?	Pues imagínese, lo lleve con vida al hospital, me dijeron que ya no [había nada que hacer], él iba quejándose del dolor de cabeza, pero todavía hablaba, al llegar al hospital. Ya no hablo. No me lo esperaba porque como él siempre estaba enfermo yo esperaba que esta vez también se recuperara, tres días se	Impacto de la muerte encefálica	Hospitalización inesperada Deterioro instantáneo

	<p>quedaba en el hospital y me lo entregaban, como que yo ya estaba acostumbrada a que se ponía malo y vámonos al hospital, entonces ese día dijo ahorita lo llevo al hospital y ya.</p> <p>El doctor dijo háblenle porque el escucha, al momento pues yo decía me están engañando</p>		Negación del diagnóstico
¿Usted después de todo esto ha recibido alguna plática o ha acudido con alguien para superar su pérdida?	<p>No he hablado con nadie, hasta ahora [siento] que me encerré. Quisiera platicar con alguien lo que siento o que me pregunten ¿cómo estás?, pero como puse una barrera toda mi familia también.</p> <p>Madre de la entrevistada: se metió en una burbuja y se encerró completamente.</p>	Resistencia al cambio.	<p>Dolor psíquico.</p> <p>Desesperación</p>
¿A usted le gustaría recibir apoyo psicológico o conversar con alguien?	<p>si</p> <p>Pero me gustaría que sea fuera del instituto porque no quiero revivir recuerdos.</p> <p>[siento] que esto se repitió porque mi suegro falleció hace 22 años en febrero, le paso lo mismo que a mi esposo, madamas que mi suegro sí estuvo internado 3 meses .</p>	Relación de eventos.	Pérdidas previas.
¿Usted participo en este proceso?	<p>Sí, entonces cuando pasó esto, yo sí le dije al doctor, que lo atendiera y que me lo entregara como quedara, que yo me hacía cargo, que yo lo iba a cuidar.</p> <p>El doctor me dijo ya no podemos hacer nada, van a venir de neurología a hacerle un estudio. Si el señor tiene remedio entrará a quirófano, pero no le damos esperanzas, puede quedar vegetal y para que quiere usted</p>	<p>Agotamiento de recursos para recuperación</p> <p>Protocolos institucionales vs. Expectativa familiares.</p>	Esperanza

	<p>al señor en una cama o en una silla en un rincón. Me dijo muchas cosas, pero en ese momento uno no quiere es que te digan ya se murió, ya no tiene esperanzas.</p>	Vida vegetativa.	
¿Quién la apoyaba en ese momento?	<p>Mi mamá, todos mis hermanos, le hablé a mi mamá para que me llevara mis papeles y toda la noche estuvo conmigo.</p> <p>Cuando lo ve el doctor me mueve la cabeza y dice su esposo ya viene muerto, yo le dije como va a venir muerto si está hablando, su esposo viene muy mal dice, pero el doctor con toda la sangre fría.</p>	<p>Apoyo familiar</p> <p>Comunicación médico-persona</p> <p>Diagnóstico de muerte encefálica.</p>	Incomprensión
¿Fue difícil para usted?	<p>Sí, yo jamás pensé vivir esto, él siempre me decía que cuando se muriera lo cromáramos y que no lo lleváramos a un panteón o a una iglesia, sus creencias de él sus ideas.</p> <p>Un día antes de esto platicamos, decía dame una hoja porque yo te la voy a llenar para que tu hagas lo que yo quiero. Él me decía el día que yo me muera quiero mariachis y música aparte que no quería que lo metiéramos a una caja, no quiero que llores y que nadie llore porque va a ser una fiesta para mí, ya no voy a sufrir. Yo me salía, a mí no me gustaba hablar de eso, porque él siempre estuvo enfermo. Pero ese día yo dije bueno a ver qué quieres que haga, ahora si lo que nunca yo le puse atención en todo lo que él quería, y cuál</p>	Voluntad anticipada	<p>Creencias</p> <p>Cultura en relación a la voluntad anticipada.</p>

	fue mi sorpresa que a la media hora ya se había ido.		
<p>¿Qué sintió usted en el momento en que le dijeron que donara sus órganos?</p> <p>¿Cómo se siente ahora con esa decisión?</p>	<p>Yo estaba bloqueada, le hable a mis hijos, tal vez yo no hubiera sido capaz de donar, [si no fuera su voluntad].</p> <p>[Sin embargo] ahorita ya lo pienso y ya le dije a mis hijos el día que a mí me pase los mismo igual donen, porque yo ya vi que de todas maneras uno lo entierran o lo queman y todo se va.</p> <p>En realidad] yo le comente al doctor, sacaron todo su expediente, [y fue] entonces cuando el doctor me pregunto cuál era la posibilidad de que el fuera donador, y que podía donar a pesar de su enfermedad.</p> <p>Fue muy pesado muy difícil para mí pero yo hice lo que él quiso.</p> <p>Mis hijos me dejaron hacer lo que yo decidiera, entonces yo dije: -si todo se está haciendo conforme él dijo, adelante.</p> <p>No me siento culpable</p>	<p>Aceptación de donar</p>	<p>Conocimiento no causa duda</p> <p>Apoyo a donación de órganos.</p> <p>Expresión voluntaria</p> <p>Seguridad de decisión.</p>
¿Qué órganos decidieron donar y por qué?	Se acercó una doctora diciéndome que mi esposo si podía ser donador que estaban funcionando sus riñones, de hecho también querían las corneas pero mis hijos dijeron que no, porque nosotros batallamos mucho para su tratamiento en el hospital de rehabilitación.	Viabilidad de los órganos donados	Acuerdos familiares

	<p>Él tiene hermanas que en su momento se me fueron encima y decían que yo lo quería matar, y que lo hice por la economía que vendí sus órganos.</p>	Tráfico de órganos.	Desconocimiento
<p>¿Considera que la negativa a la autorización de donación de órganos se debe a la falta de cultura y de información?</p>	<p>Pues de hecho si, hasta que uno lo vive. Porque yo decía ¿cómo vas a donar lo de tu familia?</p> <p>Se te hace difícil el hecho que este completo se lo llevan luego te lo entregan y ya sin nada no.</p>	Experiencia de donar	<p>Protección al cuerpo</p> <p>Cultura ante la donación de órganos.</p>
<p>¿Qué pregunta considera que le debió hacer el comité de donación de órganos?</p>	<p>En ese momento no sabía nada, le comente al doctor todo lo que mi esposo quería, como a los 20 minutos se me “acercaron los doctores, es como cuando hay una oferta y todos se acercan. “</p> <p>-Lo analizo y siento que el momento en que se acercaron a mí, no era el momento ni el espacio.</p> <p>Yo siento que debe de salir de uno el querer ser donador, todos los seres humanos tenemos diferentes formas de pensar.</p> <p>Siento que nada más se escucha la palabra donador y se oye feo pero cayeron así como zopilotes.</p> <p>En si no tenía mucho que pensar porque fue decisión de mi esposo, pero me sentía presionada en ese momento.</p>	Percepción de la propuesta de autorización	<p>Respeto.</p> <p>Postura ética: donación-oferta.</p> <p>Momento y espacio indicados.</p> <p>Sensibilidad del equipo de procuración de órganos.</p> <p>Estrés ante la decisión</p>
<p>A usted ¿Cómo le hubiera gustado que le hicieran la petición?</p>	<p>Entrevistada: llegaron varios médicos, es como si un animal se hubiese muerto y bajan los animales de carroña, eso fue lo que yo sentí. No puede ser posible.</p>	Opinión de familiares indirectos.	Calidad de asistencia al donante y su familia.

	<p>Yo creo que [si] una persona sola nos lo dijera, de manera más tranquila. Me empezaron a presionar: apúrense porque se dañan.</p> <p>Ya después el doctor que atendió a mi esposo me dijo, no es tanto que se esté pasando el tiempo si no que el señor está sufriendo.</p> <p>Yo pensé, si usted me está diciendo que él ya se murió entonces porque está sufriendo. Fue cuando me explico que por la máquina que le estaba dando oxígeno me explico no, que eso era lo que le daba vida.</p>	Respeto al estado emocional familiar	Utilitarismo
	<p>Todavía tenía la esperanza de que me dijeran en neurología que el 30 por ciento de su cerebro estaba vivo.</p> <p>Pero no, en neurología me dijeron que no, que las venas de su cerebro se habían reventado y la sangre de su cerebro era como agua, le hicieron estudios y ya no tenía remedio.</p>	Expectativa de un milagro	
	<p>Mi esposo ya estaba en la morgue. fui a reconocer el cuerpo, mi esposo estaba hasta abajo y ya cuando sacan la charola, Fue cuando comprendí su muerte, cuando ya no tenía aparatos ni nada.</p> <p>Lo impresionante fue que me lo abrieran, yo no sabía que sería así. Por un momento me dio coraje y pensé que le dolió.</p>	"Reconocimiento del cuerpo en la morgue".	Momento de aceptación de la muerte. Integridad del cuerpo.

	<p>Pensé que por un riñón lo abrirían de atrás donde no se vea, pero lo abrieron todo. Para mí fue muy fuerte, muy impactante verlo así.</p> <p>Nunca le pregunte nadie o más bien no hubo a quien preguntarle.</p>		<p>Ver el cuerpo después del procedimiento.</p> <p>Necesidad de acompañamiento.</p>
	<p>Yo no he podido llorar por mis hijos, son hombres, mi mamá me dice -si tú te caes se van a caer tus hijos y su papá era su adoración- mi esposo fue un papá muy consentidor. Veo que están contentos y no voy a poner ahí mis dramas, veo tan tranquila a mi mama. Yo siento que está conmigo y le hablo, [siento] que está ahí, su aroma, su presencia, para mí es muy difícil.</p> <p>Madre de la entrevistada: en dos ocasiones se ha puesto pero a volverse loca, y que se quiero morir, quisiera desbaratar el mundo ella sola yo creo que no está bien pero comprendo las noches de soledad que uno pasa.</p> <p>Madre de la entrevistada: se ha encerrado. Aquí siempre se convive como familia pero ella siempre metida en un rincón con su hija.</p> <p>-Son muchas cosas las que tengo adentro, que no he podido sacar.</p>	<p>Duelo no resuelto.</p>	<p>Protección de la familia.</p> <p>Etapas del duelo.</p> <p>Aislamiento</p>

	<p>Él había cumplido 49 años entonces a mí no se me hace posible que una persona tan joven ya no este.</p> <p>No he hablado con nadie ni con mi hijos, ni con mi hija hasta ahorita que estoy hablando con ustedes.</p>		Apertura al dialogo
¿Nos permitiría apoyarla para que usted llegue a un proceso de aceptación?	<p>27 años con una persona pegados como muérganos es mucho tiempo, me siento sola.</p> <p>Madre de la entrevista: ella puso una barrera entre la familia, y digo no se vale porque es su esposo, pero nosotros también éramos su familia.</p>	Apropiación del dolor excluyendo al resto de la familia.	
	<p>Él era una persona muy buena, entonces yo no me hago a la idea.</p> <p>Él era una persona con un ángel muy grande, porque tenía una paz en su semblante, hasta decían cómo es posible que una persona tuviera tanto amor, que lo quisiera tanto mi familia. Platicaba contigo, era muy amiguelero, daba consejos, te hacía ver lo malo y lo bueno, pero nunca estaba de parte de nadie, yo creo por eso lo querían tanto. Era una persona muy detallista.</p>	Idealización del familiar perdido	
	No tengo resentimiento con nadie, pero me siento sola, estoy consciente que yo me he puesto una barrera.	Aceptación del proceso de duelo complicado	Perdón de sí

Fuente: Elaborada por López Cantera Guisety. ENEO-UNAM.2015.

ANEXO 5

CONCEPTUALIZACIÓN DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS ASOCIADAS A LA EXPERIENCIA DE SER FAMILIAR DE UN DONADOR REAL POR MUERTE ENCEFÁLICA.

CATEGORÍA	CONCEPTUALIZACIÓN	SUBCATEGORÍA	CONCEPTUALIZACIÓN
Decisión razonada del donador	<p>Desde un análisis moral la decisión de donar está sustentada en 4 principios:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Respeto a la autonomía -No maleficencia -La beneficencia -La justicia. <p>Desde la perspectiva de autonomía que consiste en el autogobierno o la auto determinación deliberada, tomando decisiones razonadas propias.</p> <p>La capacidad para tomar decisiones razonadas supone la principal característica moral que nos distingue de otros animales y es lo que denota la importancia de la autonomía siempre y cuando no se afecte la autonomía de los demás.</p> <p style="text-align: right;">91</p>	Altruismo del donante	Diligencia en procurar el bien ajeno aun a costa del propio. ⁹²
		Comunicación de pareja.	La comunicación es esencial en cualquier relación de pareja porque es a través de ella es cómo podemos conocernos, comprendernos y por tanto, amarnos.
Aceptación del diagnóstico de muerte encefálica	La percepción de la gravedad y la eminente muerte son situaciones traumáticas para la familia, al no sentirse preparada para aceptar la pérdida de un ser querido,	Claridad del diagnóstico	Las familias tienen el derecho de saber y comprender cuál es el diagnóstico de su familiar para esto lo primordial es delimitar las definiciones diagnósticas. Y evitar

⁹¹ Thomasma David C., Thomasine Kushner, "De la vida a la Muerte, Ciencia y Bioética", Ed. Cambridge University, 3º ed., Madrid España, 2005. Pp. 124-126.

⁹² Real Academia Española, Asociación de Academias de la Lengua Española. [Diccionario de la lengua española](#). 23.ª ed., Edición del Tricentenario, [en línea]. Madrid: Espasa, 2014. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=altruismo>.

	lo que origina diversas emociones. ⁹³		futuras confusiones intelectuales y emocionales.
		Contradicciones sobre el diagnóstico.	Para la familia, la muerte representa no solo un proceso biológico, también un proceso emocional y cognitivo, considerado bastante perturbador. En lo que concierne al diagnóstico de Muerte encefálica algunas personas llegan a tener una esperanza en la recuperación del cuadro clínico lo que evita la posibilidad de una mejor comprensión.
Proceso de muerte imprevista.	Lo que aparece de modo inesperado en personas aparentemente sanas o como producto de enfermedades agudas o crónicas. ⁹⁴		
Impacto de la muerte encefálica	No todas las pérdidas son iguales y por tanto, no todas tendrán la misma repercusión y está determinado por el lazo familiar con el paciente y la trascendencia del diagnóstico. En el caso del diagnóstico de la muerte encefálica se observa que es un diagnóstico de difícil comprensión por las diferentes vertientes que lo envuelven, por lo que el impacto generalmente lleva a un estado de intranquilidad e incertidumbre.	Hospitalización inesperada	El Hospital puede ser una experiencia llena de ansiedad para cualquiera persona y si es algo que no esperado puede llegar a ser traumática.
		Deterioro instantáneo	Si hay una emergencia médica necesario llevar a la persona a la sala de urgencias, sin embargo los cambios de salud pueden ser variantes llevando a la persona a un estado de deterioro de un momento a otro.
		Negación del diagnóstico	Negamos el hecho de la muerte, negamos la posibilidad de que no tengamos nunca más la posibilidad de estar con el ser querido, negamos que

⁹³ Moraes EL A. El rehusó familiar del proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante, Ed. Enfermagem, Universidad de Sao Paulo, 2007, Brasil.

⁹⁴ Romo O., "Medicina Legal: Elementos De Ciencias Forenses", Ed. Jurídica de Chile, 2° ed., Chile, 2005. Pp. 587.

			en algún momento podamos recuperarnos de esta pérdida. Existe tristeza y ansiedad.
Resistencia al cambio	Resistencia se define como la oposición a la acción de una fuerza; y el cambio es lo relativo a cambiar que significa Dejar una cosa o situación para tomar otra. En conjunto es la fuerza que se opone a dejar una situación o persona en este caso para pasar a otra.	Dolor psíquico	El dolor es una sensación molesta y aflictiva en una parte del cuerpo por una causa interior o externa, el dolor psíquico deriva de las perturbaciones de la relación del sujeto con el objeto y se expresa como ansiedad por la pérdida de la gratificación del objeto (interpersonal, Internalizado) o como consecuencia de la influencia ambiental (interpersonal).
		Desesperación	Pérdida total de la esperanza.
Relación de eventos.	Un evento es un hecho imprevisto, cuando se vive en repetidas ocasiones se llega a tener la sensación de desesperación y se expresa por ansiedad.	Pérdidas previas.	En toda pérdida significativa se despierta en nuestro interior una serie de emociones y sentimientos que van desde la tristeza y el dolor a la rabia y la agresión; desde la protesta a la desesperanza; desde la rivalidad y los celos contra el objeto perdido hasta la envidia hacia él; lo que nos llevara a relacionarla con un evento futuro por el grado de impacto.
Agotamiento de recursos para recuperación	Agotamiento de recursos significa Gasto o consumo completo de los elementos disponibles para resolver una necesidad, que en este caso es el restablecimiento de la salud de la persona o familiar.	Esperanza	Estado del ánimo en el cual se nos presenta como posible lo que deseamos.

Protocolos institucionales vs. Expectativa familiares.	Un protocolo es Plan escrito y detallado de manera ordenada que es llevado a cabo por las instituciones para lograr objetivos planteados en relación a temas específicos. Las expectativas familiares son la esperanza de realizar o conseguir algo en beneficios del bien colectivo familiar.		
Vida vegetativa	Despliegue de potencias vegetativas (nutrirse, crecer, reproducirse). Movimiento local: actualizar potencias vitales mediante tropismos No poseen conocimiento interno ni externo.		
Voluntad anticipada	Es el conjunto de preferencias que una persona tiene respecto del cuidado futuro de su salud, de su cuerpo y de su vida, y que decide cuando está en pleno uso de sus facultades mentales, en anticipación a la posibilidad de que en algún momento en el futuro se encuentre incapacitada para expresar esas preferencias y tomar decisiones por sí misma. La voluntad anticipada contiene no sólo las preferencias sino también los valores de la persona, su entorno cultural y sus creencias religiosas.	Creencias	Firme asentimiento y conformidad con algo.
		Cultura en relación a la voluntad anticipada	Es el Conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico en relación a la expresión de las preferencias respecto al cuidado futuro de su persona y salud.
Aceptación de Donar	Aprobar, dar por bueno la decisión de ceder	Conocimiento no causa duda.	El conocimiento nos causa certeza y por lo tanto seguridad de no

	voluntariamente sus órganos.		cometer un error en relación a un asunto.
		Apoyo a donación de órganos	Es el fundamento que confirma la donación de órganos.
		Expresión voluntaria	Cuando la persona por elección propia actúa sumándose a una causa.
		Seguridad de decisión	Libre y exento de todo peligro por la resolución que se dio al problema.
Viabilidad de los órganos donados	Son condiciones de orden clínico bioquímico, morfológico y funcional que deben cumplir los donantes y sus órganos con el fin de orientar la decisión sobre que órganos de un donante se pueden utilizar.	Acuerdos familiares	Un acuerdo familiar es una Resolución premeditada de una persona o de varias sobre un tema en específico de la situación colectiva.
Tráfico de órganos	Transporte y cesión de órganos con el fin de obtener un beneficio económico. Esta actividad se considera ilegal en gran parte del mundo.	Desconocimiento	Falta de entendimiento y saber en relación a un tema en específico.
Experiencia de donar	Es el Hecho de haber sentido, conocido o presenciado el Ceder voluntariamente un órgano, sangre o tejido.	Protección al cuerpo	Es el resguardo al Conjunto de los sistemas orgánicos que constituyen un ser vivo.
		Cultura de donación.	Conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico en lo relacionado a ceder voluntariamente un órgano a otra persona.
Percepción de la propuesta de autorización	Perspectiva de la donación, Aprobar, dar por bueno la decisión de ceder voluntariamente la donación de órganos.	Respeto	Es un valor que permite al ser humano reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el Reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad. ⁹⁵

⁹⁵ Mézerville, Gaston de. "Ejes de salud mental. los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés". Ed. Trillas, México: 2004.

		Postura ética: donación-oferta.	Se relaciona con el estudio de la moral y de la acción humana, define lo que es bueno, malo, obligatorio, permitido, en lo referente a una acción o a una decisión, no influir en la toma de decisiones, permitir la autonomía de los individuos.
		Momento y espacio indicados.	Es la búsqueda de circunstancias adecuadas para realizar las intervenciones de procuración.
		Sensibilidad del equipo de procuración de órganos.	El Equipo multidisciplinario, la coordinación institucional de donación y procuración de órganos y tejidos, deben contar con las cualidades de compasión, humanidad y ternura, en su actuar profesional.
		Estrés ante la decisión	Las situaciones difíciles, llevan a un estado de alarma, confusión, desorientación, que no lograr visualizar o afirmar una idea.
Opinión de familiares indirectos.	El grado de posición de la verdad respecto a la donación de órganos y tejidos por parte de parientes allegados al donador.	Calidad de asistencia al donante y su familia.	Cuidado u atención con la mejor eficiencia y eficacia a los familiares de los donadores.
Respeto al estado emocional familiar	Es un valor que permite al ser humano reconocer, aceptar, apreciar, valorar las cualidades y emociones de los integrantes del núcleo familiar.	Utilitarismo	Se entiende una concepción de la moral según la cual lo bueno no es sino lo útil, según el cual juzgar la moralidad de nuestros actos. ⁹⁶
Expectativa de un milagro	Es la esperanza de recibir un hecho no explicable por las leyes de la naturaleza y que se atribuye a una		

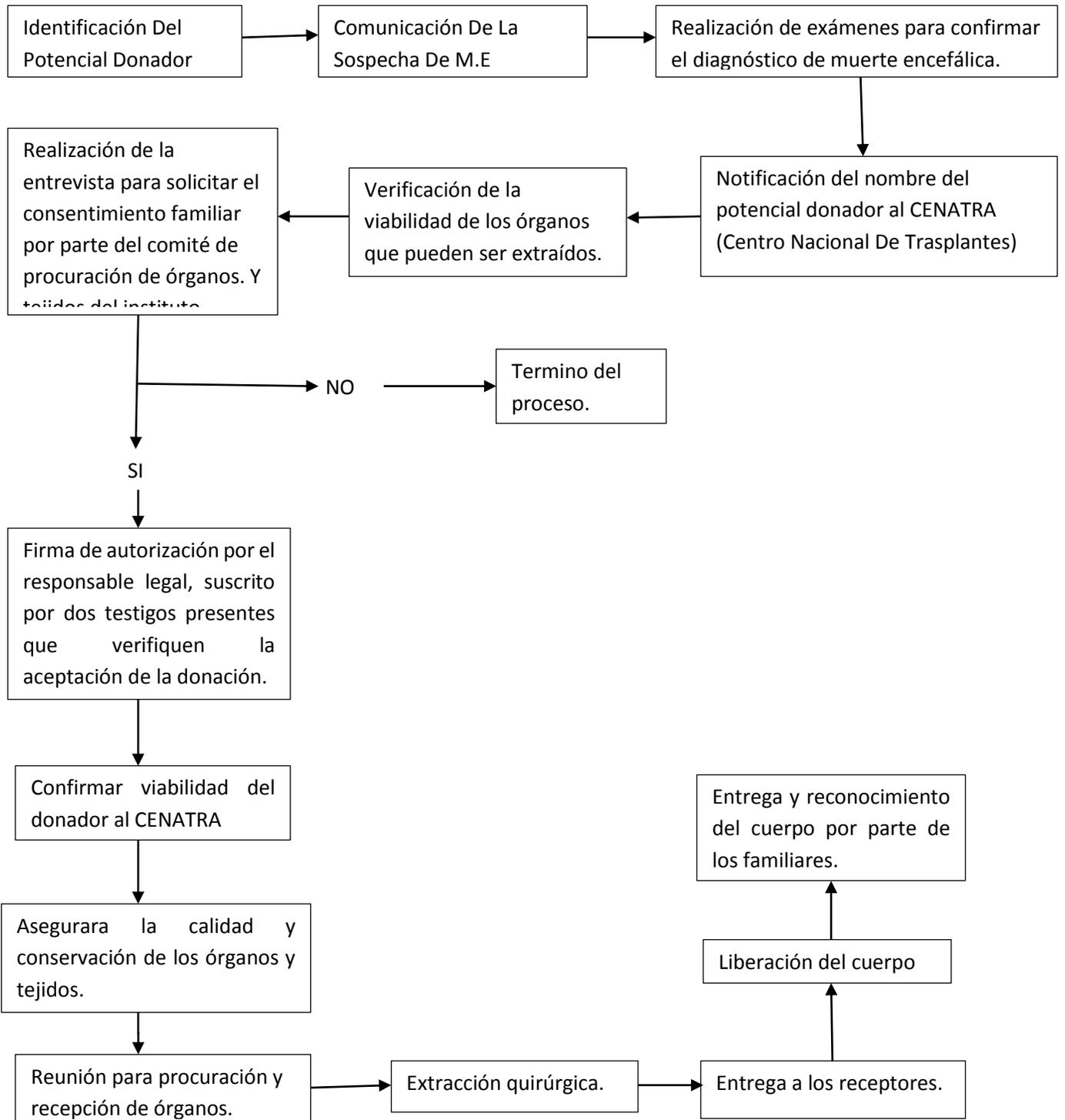
⁹⁶Op.cit. Real Academia Española

	intervención sobrenatural por origen divina.		
Reconocimiento del cuerpo en la morgue	Distinción de una persona o cosa entre las demás por sus rasgos o características.	Momento de aceptación de la muerte.	El duelo es el proceso que cada ser humano experimenta de diferentes formas e intensidades que varían según la edad, el sexo, el vínculo afectivo, la fortaleza emocional y espiritual y hasta la cultura a la que pertenecemos.
		Integridad del cuerpo.	Integridad física implica la preservación de todas las partes y tejidos del cuerpo, La integridad moral hace referencia al derecho de cada ser humano. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y emocional.
		Impresión	Es el efecto o sensación que causa el reconocimiento del cuerpo del donador en del estado de ánimo.
		Necesidad de acompañamiento.	Existir o hallarse en una persona especialmente una cualidad o habilidad en común.
Duelo complicado	Cuando la persona no resuelva adecuadamente sus tareas y siente que no consigue seguir con su vida, sin que la pérdida interfiera en esta de manera significativa, si se mantiene un tiempo prolongado puede desenfocar en un duelo patológico.	Protección de la familia.	Es resguardar a la familia de un perjuicio o peligro, poniendo por encima de si mismo.
		Aislamiento	Aparta de alguien de la comunicación y trato con los demás.
		Apertura al dialogo	Interrelación con la familia, donde alternativamente manifiestan sus ideas o afectos.
Apropiación del dolor y exclusión de la familia	Hacerle perteneciente o dar la facultan exclusiva a un sentimiento de pena y aflicción. Rechazando o negando la posibilidad a los demás integrantes de la		

	familia de vivir ese sentimiento		
Idealización del familiar perdido	Elevar la realidad sensible por medio de la inteligencia o la fantasía en relación a un integrante del núcleo familiar.		
Aceptación del proceso de duelo complicado		Perdón de sí	Es la acción de liberarse de los rencores y disponer a verse como una persona digna de compasión.

PROPUESTAS DERIVADAS DEL ESTUDIO

DIAGRAMA SOBRE PROCESO DE DONACION DE ÓRGANOS Y TEJIDOS



Fuente: Figura elaborada por López Cantera Guisety. ENEO-UNAM. 2015.

TABLA DE FACTORES FAMILIARES ASOCIADOS A LA DECISIÓN DE DONAR

FACTORES QUE PUEDE MODIFICAR LA AUTORIZACIÓN PARA DONAR ÓRGANOS Y TEJIDOS				
	Procedimiento	Factor familiar	Valor del factor	Recomendación
Evaluación y detección del donante potencial por muerte encefálica.	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluación para confirmación de muerte encefálica -Comunicación familiar del diagnóstico de muerte encefálica. -Descartar contraindicaciones médicas para la donación de órganos. -Verificar viabilidad de la entrevista familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> -El tiempo de confirmación del diagnóstico de muerte encefálica puede causar estrés y ser traumático para la familia. -Baja comprensión del concepto de muerte encefálica. -Contradicciones en el concepto de muerte encefálica por el personal de salud que confunden a la familia. -Situación familiar problemática. 	(-)	<ul style="list-style-type: none"> -Verificar el diagnóstico de muerte encefálica antes de ser comunicada al familiar. -Garantizar la comunicación entre los profesionales de salud y el comité de donación de órganos. -Valoración previa de la situación familiar para abordar al familiar responsable.
Entrevista familiar para procuración de órganos	<ul style="list-style-type: none"> -Explicación del proceso de donación de órganos. -Firma del consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desconocimiento del proceso de donación de órganos. -Diferencias sociales, culturales y religiosas. 		Mejorar la calidad de asistencia al potencial donante y su familia.

		-impacto del comité de donación de órganos en la familia.		
Procuración de órganos	-Cuidados al donador. -Entrega de órganos y tejidos a receptores. -Liberación del cuerpo. -Reconocimiento del cuerpo.	-Proceso agotador para la familia. -Necesidad de llevarse a su familiar. -Impresión de cómo le entregan el cuerpo de su familiar después de la extracción quirúrgica.	(+/-)	-Respetar la integridad del cuerpo en la medida de lo posible para que no cause impacto al familiar.
Consideraciones posteriores a la donación de órganos	-Entierro -Proceso de duelo	-Sentimiento de tranquilidad del tutor legal por respetar el deseo en vida de su familiar. -Existencia de deseo de fomentar la donación de órganos.	(+)	-Fomentar la satisfacción de ayuda a través de la donación de órganos. -Acompañamiento de los familiares durante y después del proceso de donación de órganos, tomando en cuenta que el proceso de duelo puede ser complicado y desfavorecer la cultura de donación de órganos.

Fuente: Datos elaborados por López Cantera Guisety. ENEO-UNAM. 2015