

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERIA



**Actitud sobre la procuración de órganos y tejidos para trasplante en el personal de enfermería de las Unidades de Cuidados Críticos de la Ciudad de Rosario**

Por: Bessone, Luciano

Director: Lic. en Psicología Rigalli, Alejandra.

Docente asesor: Dra. Simonetti, Graciela

Lic. Canelo Daniela

Rosario, diciembre 2018.

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

## RESUMEN Y PALABRA CLAVE

La procuración de órganos y tejidos es una actividad hospitalaria asistencial, que permite brindar respuesta a miles de ciudadanos que esperan un trasplante para mejorar su expectativa de vida o seguir viviendo. El accionar del personal de enfermería durante el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante es de mayor importancia. Enfermería tiene un papel fundamental en la asistencia al posible donante de órganos y tejidos, ya que son necesarios cuidados específicos e intensivos. El objetivo es determinar las relaciones entre las actitudes sobre la procuración de órganos y tejidos para trasplante, nivel de formación, sexo y antigüedad en la profesión de los enfermeros que trabajan en las Unidades de Cuidados Críticos de Adultos de la Ciudad de Rosario en el año 2019.

Se realizará un estudio de diseño no experimental transversal descriptivo correlacional prospectivo. La población estará conformada por los enfermeros que trabajan en las Unidades de Cuidados Críticos de Adultos seleccionadas. Se utilizará para la recolección de datos un cuestionario autoadministrado realizado por el autor para medir las actitudes de tipo Likert. Se cruzarán con los datos nivel de formación, sexo y la antigüedad en la profesión, para interpretar los resultados con el grado de aceptación, indiferencia o rechazo de la procuración de órganos y tejidos para trasplantes por los enfermeros de las Unidades de Cuidados Críticos de Adultos de las diferentes instituciones de la ciudad de Rosario.

## PALABRAS CLAVES

Actitud sobre donación de órganos y tejidos. Sexo, nivel de formación y antigüedad en la profesión. Enfermería. Unidad de Cuidados Críticos de Adultos.

## **INDICE GENERAL**

	Pág.
<b>Resumen y Palabras Claves</b>	
<b>Índice General</b>	
<b>Introducción</b>	
Estado actual de conocimiento o estado del Arte	4
Planteamiento del problema en estudio	8
Hipótesis y objetivos	9
<b>Marco Teórico</b>	11
<b>Material y Métodos</b>	
Tipo de estudio o Diseño	30
Sitio o contexto de la investigación	31
Población y Muestra	32
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	34
Personal a cargo de la recolección de datos	37
Plan de análisis	38
Plan de Trabajo y Cronograma	40
<b>Anexos</b>	
I.Guia de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios	42
II.Instrumento de recolección de datos	44
III.Resultados del estudio exploratorio	47
<b>Bibliografía</b>	

## **INTRODUCCION**

### **Estado actual de conocimiento o Estado del Arte.**

Los avances científicos durante los últimos años han permitido encontrar tratamiento a enfermedades anteriormente incurables. Uno de los avances más relevantes son los trasplantes, donde el injerto permite la función del resto del organismo. (Solar y otros, 2008). La práctica del trasplante se consolidó en Argentina a fines de la década del setenta con la incorporación de nuevos fármacos inmunosupresores. Desde entonces, los avances en la actividad han sido notables y la indicación de los trasplantes ha ido en progresivo aumento (Lopez Silva, 2017).

Actualmente, en nuestro país, hay un cambio de paradigma en la donación de órganos y tejidos con la creación de la nueva Ley de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células; Ley 27447, conocida popularmente como Ley Justina.

El sistema de procuración en Argentina surge como una responsabilidad del ámbito de la salud para dar respuesta a un problema sanitario concreto: los miles de pacientes que necesitan un trasplante de órganos o tejidos para tratar su enfermedad. Por este motivo, el INCUCAI, autoridad nacional responsable, y los organismos jurisdiccionales de ablación e implante, forman parte de las estructuras de la salud pública nacional y provincial.

La actividad de procuración de órganos comienza a fines de la década del 70, momento en que predomina un modelo de organización extra hospitalaria en los programas institucionales de procuración. Por ello, en 1977 dictó la Ley 21.541 que dio nacimiento al Centro Único Coordinador de Ablación e Implante (CUCAI). El CUCAI, que comenzó a funcionar en 1978, surgió entonces como el organismo de procuración nacional a cargo de la normalización de la actividad.

En un comienzo se desarrollaron programas de trasplante renal en el área metropolitana de Buenos Aires. A principios de los '80, con un marco regulatorio y el control de la inmunosupresión, se fueron constituyendo organismos de procuración provinciales en Córdoba, Santa Fe y Mendoza. Luego, se desarrolló el criterio de organización del país en regionales, cada una con una jurisdicción cabecera que centralizaba las acciones locales, modelo que afirmó la tendencia de crecimiento.

La necesidad de hacer frente al aumento de los pacientes en lista de espera en los últimos años genera un cambio cualitativo en la estrategia nacional, plasmado en el diseño del Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos. Lanzado en 2003, éste plantea la procuración

como una tarea médico asistencial ubicada dentro de la organización intra hospitalaria, que se suma a las acciones propias de los establecimientos sanitarios (Marta, Vilchez, 2016)

La procuración de órganos y tejidos es una actividad hospitalaria asistencial, que permite brindar respuesta a miles de ciudadanos que esperan un trasplante para mejorar su expectativa de vida o seguir viviendo.

El hospital es la clave para dar respuesta a la demanda de órganos. La dificultad de dar la respuesta oportuna a los pacientes inscriptos en la lista de espera es consecuencia directa de la disponibilidad limitada de órganos y tejidos para trasplante.

Todos los hospitales tienen la potencialidad de generar donantes de órganos y tejidos. Por su lugar estratégico, el hospital es la institución sanitaria que garantiza la posibilidad real de llegar al trasplante. Es el nexo entre donantes y receptores. La comunidad hospitalaria debe involucrarse con la problemática y lograr visualizar a todo paciente fallecido como un potencial donante. Esto se expresa en la incorporación del tema de la procuración a la agenda cotidiana y en la implementación de protocolos de abordaje para el cuidado de los órganos y el inicio de procesos de procuración ante la muerte encefálica (Lopez Silva, 2017).

Según la Ley 27.447, Ley de trasplante de órganos, tejidos y células, Capítulo V:

“Art. 14, Los establecimientos que reúnen las características definidas en la reglamentación, deben de contar con servicios destinados a la donación de órganos y tejidos, que permitan garantizar la correcta detección, evaluación y tratamiento del donante.

Art. 15, Los establecimientos asistenciales públicos, privados y de la seguridad social deben de promover la capacitación permanente del personal afectado al proceso de donación, a cuyos efectos pueden realizar acuerdos de cooperación y asistencia técnica con las autoridades sanitarias nacionales, provinciales o municipales.

Art. 16, Servicios de procuración. Los servicios de referidos precedentemente deben de contar, como mínimo, con un profesional especializado que desempeñe o coordine las siguientes funciones:

- a) Detección, evaluación y tratamiento de potenciales donantes.
- b) Proveer a la familia la información completa y precisa sobre la donación de órganos y/o tejidos, y su relevancia sanitaria y social.
- c) Garantizar el desarrollo del proceso de donación-trasplante en el marco de las normas y programas vigentes.
- d) Generar acciones de procuración, difusión y capacitación dentro de la institución.

Para hacerse efectiva la donación de órganos, la muerte del donante debe ocurrir bajo condiciones de cuidados que permitan realizar el mantenimiento artificial de los órganos, muerte encefálica. En caso de tejidos, los cuidados necesarios para que un paciente fallecido pueda ser donante son mínimos, aunque precisos”...

El operativo de procuración, es el proceso de obtención de órganos y tejidos para trasplante; dentro de este proceso intervienen hasta 150 profesionales especializados, Este trabajo se realiza al mismo tiempo entre diferentes sectores, en diferentes establecimientos de país, con diferentes organismos de ablación y de implante y diferentes centros de trasplantes.

El accionar del personal de enfermería durante el proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante es de mayor importancia. Enfermería tiene un papel fundamental en la asistencia al posible donante de órganos y tejidos, ya que son necesarios cuidados específicos e intensivos. Esta asistencia que proporciona el personal de enfermería abarca no sólo al paciente, sino también a la familia del posible donante y en ocasiones al posible receptor de los mismos. (Freire, Kamal Lauria Santos y otros, 2014). Para Jean Watson, la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que otra persona los experimenta. Al brindar estos cuidados durante el proceso de procuración posibilita optimizar la calidad de los órganos ofrecidos asegurando la viabilidad de los injertos. (Freire, Kamal Lauria Santos y otros, 2014)

Sobre este último aspecto, se pudo observar durante la recolección bibliográfica que existen diversos estudios realizados sobre los conocimientos que tienen el personal de enfermería o los conocimientos que brindan los equipos de procuración al personal que trabajan en unidades de cuidados críticos, pero referidos sobre la actitud frente al proceso de procuración de órganos y tejidos en muy pocas ocasiones se han encontrado trabajos de investigación. (Freire, Kamal Lauria Santos y otros, 2014) (Padilla Cuadra, J. y otros, 2015) (De Aguiar, B. y otros, 2014). En muchos países de Latinoamérica, se ha investigado sobre la comprensión de la muerte encefálica, si hay o no formación en los estudiantes de enfermería o sobre las representaciones sociales que representa la donación de órganos y tejidos y actitudes frente a la donación de órganos y tejidos de la población en general. (Freire, Kamal Lauria Santos y otros, 2014) (Pereira Ramirez, M. y otros, 2016) (Caballer Miedes y Martinez Sando, M., 2010). En cambio, en nuestro país solo se han encontrado monografías o recopilaciones bibliográficas relacionadas con el tema de estudio. (Marta, Vilchez, 2016) Con respecto a los estudios realizados sobre actitud del personal de

enfermería, los mismos fueron realizados frente a la donación de órganos de personas con muerte cerebral o fallecida y no así con donantes vivos.

Debido a esto y a que trabajo en el Centro Único de Donación Ablación e Implantes de Órganos de la Provincia de Santa Fe (C.U.D.A.I.O). Surgen ciertas preguntas: ¿Cuáles son las principales actitudes frente a la donación de órganos y tejidos para trasplante? ¿Cuál es la actitud frente a los mitos y creencias sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante? ¿Cómo el personal de enfermería vivencia la procuración de órganos y tejidos para trasplante? ¿Cómo se relacionan con el equipo de procuración? ¿Cómo se relaciona el personal de enfermería con la familia del donante de órganos y tejidos? El nivel de formación del personal de enfermería ¿Optimiza la calidad de los órganos procurados?

Se puede decir que el proceso de procuración y donación de órganos y tejidos es complejo, y el personal de enfermería a cargo del posible donante genera sentimientos de diversas índoles; y por lo tanto, cada uno vive este proceso de diferentes maneras.

El proceso de procuración de órganos y tejidos se relaciona con valores éticos, sociales, morales y religiosos; de cómo el personal de enfermería expresa su visión de las vivencias y actitudes de la vida profesional cotidianamente inserto en el contexto donde se encuentra. Muchas veces se les presenta una incómoda dicotomía vivencial, **defender la vida combatiendo la muerte y la continuidad de la vida después de la muerte mediante el trasplante de órganos y tejidos.** (Pereira Ramirez, M. y otros, 2016)

Este proyecto de investigación tiene como propósito determinar las relaciones de las actitudes sobre la procuración de órganos y tejidos para trasplantes, el nivel de formación, sexo y antigüedad en la profesión de los enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados críticos para determinar el grado de aceptación, indiferencia o rechazo hacia la donación de órganos y tejidos para trasplante.

Al identificar estas actitudes en el quehacer cotidiano permite interpretar, recrear y transformar el comportamiento del personal de enfermería de las unidades de cuidados crítico hacia la procuración de órganos y tejidos para trasplantes en procesos futuros.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA EN ESTUDIO**

¿Qué relación existe entre las actitudes sobre la procuración de órganos y tejidos para trasplante, el nivel de formación, sexo y antigüedad en la profesión, de los enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados críticos de adultos de la ciudad de Rosario en el año 2019?

## HIPOTESIS

- ✓ La aceptación por el personal de enfermería del proceso de donación de órganos y tejidos para trasplante en las unidades de cuidados críticos posibilita mayor contacto con el equipo de procuración.
- ✓ A menos nivel de formación del personal de enfermería de las unidades de cuidados críticos aumentan las actitudes de rechazo frente a la procuración de órganos y tejidos para trasplantes.
- ✓ A mayor año de antigüedad en la profesión del personal de enfermería de las unidades de cuidados críticos disminuyen las actitudes de aceptación hacia las creencias y mitos sobre la donación de órganos y tejidos para trasplantes.
- ✓ El personal de enfermería de sexo masculino de las unidades de cuidados críticos tiene mayor actitud de aceptación para la atención de pacientes adultos jóvenes donantes de órganos y tejidos para trasplantes internados.

## OBJETIVOS GENERALES

- Determinar las relaciones entre las actitudes sobre la donación de órganos y tejidos para trasplantes, el nivel de formación, sexo y antigüedad en la profesión; de los enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados críticos de adulto de la ciudad de Rosario en el año 2019.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las actitudes de los enfermeros durante la atención de pacientes donantes de órganos y tejidos para trasplante en las unidades de cuidados críticos de adultos.
- Identificar las actitudes de los enfermeros durante la atención de pacientes y a la familia de los donantes de órganos y tejidos para trasplante en las unidades de cuidados críticos de adultos.
- Determinar si los mitos y creencias hacia la donación de órganos y tejidos para trasplantes modifican la actitud hacia la donación de órganos y tejidos de los enfermeros de las unidades de cuidados críticos de adultos.
- Identificar el grado de aceptación hacia la donación de órganos y tejidos de los enfermeros de las unidades de cuidados críticos de adultos.
- Describir las actitudes que presentan el personal de enfermería de las unidades de cuidados críticos de adultos hacia el equipo de procuración.
- Identificar si el nivel de formación del personal de enfermería de las unidades de cuidados críticos de adultos modifica las actitudes frente a la donación de órganos y tejidos para trasplante.
- Analizar si el sexo del personal de enfermería de las unidades de cuidados críticos de adultos interfieren en las actitudes hacia la donación de órganos y tejidos para trasplante.

- Determinar si la antigüedad en la profesión de los enfermeros de las unidades de cuidados críticos de adulto incide ante las actitudes frente a la donación de órganos y tejidos para trasplante.

## MARCO TEÓRICO

La muerte, evento que marca el fin de la vida de los seres humanos, ha sido tema de numerosos debates desde los comienzos de la humanidad, desde diversos saberes y cosmovisiones antropológicas y culturales. El reconocimiento de la muerte y la búsqueda de signos inequívocos para certificarla, que han ido variando con el correr de los siglos de acuerdo al desarrollo de la tecnología, fue preocupación permanente en la comunidad médica. (Freire, Kamal Lauria Santos y otros, 2014)

La tecnología permite, en el caso de pacientes que mueren a consecuencia de graves lesiones cerebrales, el sostén artificial y mecánico de algunas funciones del cuerpo, como la oxigenación a través del respirador y el apoyo cardio-circulatorio. En definitiva, se trata del cuerpo de una persona fallecida que está conectado a una máquina. Tradicionalmente, se la ha denominado muerte cerebral o encefálica, aunque sólo hay que llamarla muerte, porque lo único que ha variado en esta forma de fallecer son los signos médico-legales para certificarla. En primer lugar, no todas las personas mueren de esta forma, ya que estos casos se producen sólo cuando la causa de la muerte destruye la delicada estructura encefálica -el cerebro y el tronco encefálico-. Las lesiones que producen este cuadro son, en la gran mayoría de los casos: traumas graves de cráneo, heridas de bala, hemorragia cerebral, infarto cerebral extenso, asfixia por ahogamiento. Estas lesiones llevan a la muerte porque en esta estructura están localizados centros vitales sin los cuales es imposible vivir. Entre otros, los centros que regulan y permiten la respiración, la regulación cardio-circulatoria, o funciones más complejas como el despertar o la conexión con los estímulos tanto externos como internos, cuya función es indispensable para la vida. (Albaros, 2013)

La muerte encefálica (ME) se certifica a través de los signos neurológicos, no del paro cardio-respiratorio. Para ello, el médico debe demostrar:

- La causa de la muerte: certificar la gravedad y extensión de la lesión encefálica.
- Paro respiratorio definitivo. (Apnea definitiva).
- Pérdida definitiva de las funciones y reflejos encefálicos, como ausencia de respuesta a la luz, el dolor, etc.
- Inactividad encefálica, certificada a través de estudios adicionales; entre otros: electroencefalograma que muestre desaparición de la actividad eléctrica cerebral o estudios que muestren ausencia definitiva de circulación cerebral (INCUCAI, 2010)

La muerte encefálica invariablemente es seguida de paro cardíaco (a pesar de las medidas de sostén artificial). Durante este proceso se producen importantes cambios fisiopatológicos en los sistemas cardiovascular y respiratorio, así como desarreglos metabólicos y hormonales. El diagnóstico precoz de esta situación, la corrección de estas alteraciones y el mantenimiento de las funciones vitales pueden crear una oportunidad de donación de órganos.

El diagnóstico de ME tiene gran importancia médico-legal y trascendencia clínica. A pesar de que hay similitud en los criterios diagnósticos en la mayoría de los países, existen diferencias fundamentalmente en los tiempos de observación requeridos, en la necesidad de exámenes complementarios confirmatorios y en la cantidad de médicos que certifiquen el diagnóstico. (Albaros, 2013)

En Argentina existe un criterio único de muerte que es independiente de si existe o no donación de órgano. Según la Ley 27447:

Art 36 El fallecimiento de una persona puede certificarse tras la confirmación del cese irreversible de las funciones circulatorias o encefálicas. Ambos se deben reconocer mediante un examen clínico adecuado tras un período apropiado de observación.

Art. 37 los criterios de diagnósticos clínicos, los períodos de observación y las pruebas diagnosticas que requiera de acuerdo a las circunstancias médicas, para la determinación del cese de las funciones encefálicas, se debe ajustar al protocolo establecido por La Secretaria de Salud de la Nación con el asesoramiento del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI).

En el supuesto párrafo anterior la certificación del fallecimiento debe ser suscripta por dos médicos, entre los que tiene que figurar por lo menos un neurólogo o neurocirujano. Ninguno de ellos debe ser el médico o integrante del equipo que realice ablaciones o implantes de órganos del fallecido.

La hora del fallecimiento del paciente es aquella en que se completó el diagnóstico de muerte.

Después de comprobar este diagnóstico, los médicos deben denunciar el hecho al director o responsable del establecimiento, y ambos deberán notificarlo de forma inmediata a la autoridad de contralor jurisdiccional o nacional. (INCUCAI, 2010)

Siempre se valorará al paciente como un donante potencial de órganos, iniciando las medidas de mantenimiento oportunas, y se comunicará el hecho al ente coordinador de trasplantes. En caso de que la donación de órganos estuviera contraindicada, después de informar adecuadamente a la familia, se procederá a retirar todas las medidas de soporte artificial. El retiro de los medios de

soporte al paciente fallecido en ME que no es donante es una decisión consecuente con el diagnóstico clínico-legal. Diferentes sociedades científicas y bioéticas la apoyan, y es una recomendación del Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes del cual Argentina es miembro.

La comunicación de la muerte a la familia debe realizarse en un marco de contención y respeto ante el dolor, lo más precozmente posible para brindarles tiempo para ajustarse a la situación. Hay que explicar con claridad que la ME es igual al fallecimiento de la persona a efectos científicos, éticos y legales.

En nuestro país con la implementación de la nueva Ley de Trasplante de órgano, y tejidos y células Ley 27447, rige según:

Art. 33 La ablación de órganos y tejidos puede realizarse sobre toda persona capaz mayor de dieciocho años, que no haya dejado constancia expresa de su oposición a que después de su muerte se realice la extracción de sus órganos o tejidos.

En caso de no encontrarse registrada la voluntad del causante, de acuerdo a lo previsto en los artículos 31 y 32, el profesional a cargo del proceso de donación debe verificar la misma conforme lo determine la reglamentación.

En las unidades de cuidados críticos o terapias intensivas, es en donde se asiste al paciente con daño neurológico grave ofreciendo la mejor atención dentro de las posibilidades del neurointensivismo, pero cuando el paciente evoluciona hacia la muerte encefálica, se tiene una doble obligación con la familia y la sociedad.

La detección y mantenimiento de un posible donante de órganos es una tarea sanitaria con implicancias sociales más amplias, repercute positivamente sobre las familias de los donantes y sobre los posibles receptores. (INCUCAI, 2010)

Desde el momento en que se diagnostica la muerte encefálica, los cuidados se transforman en medidas de mantenimiento cadavérico, convertido en un donante de órgano según la Ley 27447.

En esta situación el equipo de la unidad de cuidados crítico, logra perfundir adecuadamente los órganos y tejidos para que sean viables y puedan ser implantados a pacientes receptores que los necesiten.

A partir de esta etapa del proceso, se deberá actuar en forma conjunta con el responsable de procuración de la institución y/o con el organismo jurisdiccional de ablación e implante. En este

caso sería C.U.D.A.I.O. Centro Único de Ablación Implante de Órganos de la Provincia de Santa Fe.

Las familias de pacientes críticos se encuentran ante una muerte inesperada enfrentando una crisis vital. Es el momento en el que se comunica e informa a la familia la muerte del familiar, se la contiene y se informa sobre el comienzo del proceso de donación de órganos. Previamente se corrobora si la persona fallecida es donante.

Con diferentes datos recabados durante el proceso, medidas antropométricas, grupo sanguíneo, laboratorio clínicos y de inmunogenética, se puede comenzar a asignación de órganos a pacientes en las listas de espera para cada órgano que estén en condiciones de ser implantados. Esta información se ingresa al sistema del INCUCAI llamado SINTRA (Sistema Informático Nacional de Trasplante), en donde se encuentra toda la información de los procesos de donación y trasplantes de toda la Argentina durante las veinticuatro horas los trescientos sesenta y cinco días del año. Esto es en tiempo real y con un equipo de guardia de control de los procesos y procedimientos y coordinación operativa de todo el País; por cual se garantiza la transparencia y la velocidad del sistema de procuración.

Una vez cargados los datos a este sistema, automáticamente se conforma la lista de espera o de potenciales receptores para cada órgano del donante; así se posibilita la comunicación con cada equipo de trasplante que está a cargo de los posibles receptores de los órganos.

Una vez finalizada esta etapa, se comienza con la coordinación con los equipos de trasplantes para hacerse presentes en la institución en donde se encuentra el donante de órgano para comenzar con la ablación de los órganos en condiciones. El procedimiento de ablación se realiza en quirófano bajo un estricto control de la esterilidad. Los equipos de trasplantes presentes se van retirando con los órganos asignados a cada uno, para su posterior implante en las instituciones de referencia.

Finalizado la etapa operatoria, el cuerpo del donante es entregado a la familia para su posterior sepultura.

No existe un momento más difícil para tomar una decisión, que cuando se acaba de morir un ser querido. En estos momentos es muy fuerte el sentimiento de “no puede ser, no poder creer lo que sucede”; si sobre todo es una muerte violenta o repentina. (Rivera Lopez, Eduardo, 2015)

Con la nueva implementación de la Ley en la Argentina, la familia es la que recibe la comunicación de la muerte cerebral, la aplicación de protocolos y los procedimientos que se

llevaran a cabo posteriormente, los órganos a extraer y las vidas que posibilitarán salvar mediante este procedimiento.

La comunicación es la herramienta que el equipo de procuración de órganos y tejidos tiene para sobrellevar esta situación. En este marco de actuación es en donde se da margen para ver la donación de órganos y tejidos como una salida positiva y sobrellevar el duelo de la mejor manera y seguir con la vida cotidiana.

También es frecuente encontrar dificultades o tensiones para integrar esta información en los profesionales del equipo de atención, muchas veces se tiende a observar en las mismas actitudes de evasión. (Gironés Guillen, Ma. Purificación, 2012)

El equipo a cargo de la procuración, es el encargado de todos los procedimientos de donación de órganos y tejidos para trasplante. Va desde el diagnóstico de la muerte encefálica, pasando por la comunicación de los procedimientos de ablación, el contacto con el equipo de salud de las instituciones la logística interna y externa con las mismas; y para finalizar, brinda apoyo emocional y psicológico a la familia del fallecido para sobrellevar este episodio. (CUDAIO, 2011)

Un factor que influye claramente en la fuerza de las actitudes y, en consecuencia, en la consistencia actitud-conducta, es el auto-interés o interés personal. Un objeto de la actitud que tiene importantes consecuencias personales percibidas debe juzgarse como sumamente personal. Las actitudes muy personales están funcionalmente relacionadas con la conducta. (Crano, 1994)

Diferentes autores han considerado que la formación de las actitudes podía darse por un proceso de condicionamiento clásico y que éstas podían afectar a posteriores respuestas comportamentales.

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba:

“un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones”. (Crano, 1994)

Esta definición plantea ya algunas características centrales de la actitud: es un constructo o variable no observable directamente; implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos; tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción -aunque no se debe confundir con ella y también influencia la percepción

y el pensamiento; es aprendida; es perdurable; y tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado. (Perales Quenza, C.J. y Vizcaino Gutierrez M., 2007)

Desde la perspectiva del condicionamiento clásico sugieren que nuestras actitudes pueden ser teñidas sin querer por el contexto en que un objeto se ha experimentado, siendo un proceso bastante funcional cuando la relación entre el estímulo y el contexto es estable.

Podemos considerar la actitud como la evaluación de un objeto social. En este sentido, tanto las actitudes como los valores suponen evaluaciones generales estables de tipo positivo-negativo. A pesar de ello, no se deben confundir ambos constructos. Los valores, a diferencia de las actitudes, son objetivos globales y abstractos que son valorados positivamente y que no tienen referencias ni objetos concretos. Los valores sirven como puntos de decisión y juicio a partir de los cuales el sujeto desarrolla actitudes y creencias específicas. Los valores se tratarían, de alguna forma, de actitudes generalizadas.

Con respecto a las actitudes y opiniones. Existe una cierta similitud entre estos dos constructos si se tiene en cuenta su aspecto cognitivo. Las opiniones son verbalizaciones de actitudes o expresiones directas de acuerdo-desacuerdo sobre temas, que no necesariamente tienen que estar asociadas a actitudes ya desarrolladas. Además, las opiniones son respuestas puntuales y específicas, mientras que las actitudes son más genéricas.

Las actitudes frente a las creencias son cogniciones, conocimientos o informaciones que los sujetos poseen sobre un objeto actitudinal. La diferencia entre creencia y actitud reside en que, si bien ambas comparten una dimensión cognitiva, las actitudes son fenómenos esencialmente afectivos.

Tanto las actitudes como los hábitos son fenómenos aprendidos y estables. Los hábitos son patrones de conducta rutinizados generalmente inconscientes. Sin embargo, las actitudes son orientaciones de acción generalmente conscientes. Además, la actitud es un conocimiento de tipo declarativo, es decir, que el sujeto puede verbalizar, lo que ocurre difícilmente con el hábito que es un conocimiento de tipo procedimental.

Clásicamente se ha planteado que las actitudes cumplen funciones:

Mediante las actitudes los sujetos ordenan y categorizan el mundo de manera coherente, función de conocimiento, satisfaciendo así la necesidad de tener una imagen clara y significativa del mundo. Las actitudes ayudan al sujeto a ordenar, entender y asimilar las informaciones que pueden resultar complejas, ambiguas e impredecibles; Otras actitudes permiten maximizar las recompensas y minimizar los castigos, satisfaciendo una necesidad hedónica (función

instrumental). Así, las actitudes ayudan a las personas a lograr objetivos deseados y evitar aquellos que no se desean; c) Función ego-defensiva. La actitud permite afrontar las emociones negativas hacia sí mismo, externalizando ciertos atributos o denegándolos. Las actitudes ayudan a proteger la autoestima y a evitar los conflictos internos -inseguridad, ansiedad, culpa. También las actitudes permiten expresar valores importantes para la identidad o el auto-concepto. Las personas a través de sus actitudes pueden expresar tendencias, ideales y sistemas normativos. Y otra función importante es la función de adaptación o ajuste social, la misma permiten integrarse en ciertos grupos y recibir aprobación social. Las actitudes pueden ayudar a cimentar las relaciones con las personas o grupos que se consideran importantes, es decir, permiten al sujeto estar adaptado a su entorno social -ser bien vistos, aceptados, etc.-. (Ubillos, S. Mayordomo S. y Paez D.)

Las actitudes pueden considerarse componentes de las representaciones sociales desde un enfoque más heurístico solo en la medida en que las representaciones sociales y las actitudes sean entendidas como esquemas con historia, ligadas a la actividad de los grupos y enraizadas en la cultura y la vida social. La estructura, en este caso, corresponde a una creación colectiva y no a una organización mental. En una perspectiva de representaciones sociales, las actitudes recuperan el carácter fundamental y primigenio en la estructuración de creencias y se enriquecen al reconsiderar la importancia del contexto en el que se producen (Perales Quenza, C.J. y Vizcaino Gutierrez M., 2007).

Los profesionales de enfermería tienen contacto directo con diferentes tipologías de pacientes que presentan necesidades y atenciones diversas, entre ellos se encuentran los usuarios que requieren un trasplante de órganos. Desde el momento en el que aparece la posibilidad de trasplante, enfermería tiene un papel vital en todo el proceso ya que como se ha mencionado anteriormente, es el único profesional que está presente en todo el transcurso permitiendo desde su visión enfermera, ofrecer una atención integral a la persona teniendo en cuenta las dimensiones que ésta atesora: la dimensión física, psíquica, social y espiritual.

Los factores por los que cada enfermera tiene una actitud positiva respecto a la donación, pueden estar influenciados por la interacción con el sistema de atención de la salud, por el nivel de conocimientos y la información sobre la donación de órganos, por influencias familiares, por experiencias previas relacionadas con la muerte y la enfermedad, por hechos sociales, culturales o creencias religiosas.

El profesional de la salud tiene conocimientos específicos que le sitúan en una posición privilegiada en términos de conocimientos de la salud respecto al resto de la población, además

de conocer de primera mano los beneficios del trasplante de órganos, el profesional sanitario tiene especial sensibilidad en el trato con pacientes con patologías de diversa etiología.

La actitud favorable hacia la donación influye hacia la promoción de órganos.

Si la enfermera tiene una actitud desfavorable hacia la donación creará un temor hacia esta terapéutica entre las personas que la escuchen. Entre las razones más frecuentes para no estar a favor de la donación se encontraron: la negativa asertiva (el "no" sin razón alguna) y el miedo a la muerte aparente.

Los profesionales que trabajan en centros generadores de donantes de órganos, tienen una actitud más positiva que los de centros sin relación con los trasplantes. (Calenzo Caballero, 2015)

El cuidado es una actividad que concierne a todos los profesionales de la salud, sin embargo enfermería, como profesión sanitaria, es la que destina más esfuerzo, tiempo y dedicación a los cuidados. El cuidado tiene dos dimensiones: una inmersa en la cultura, con sus prácticas individuales y colectivas; y la otra, la moral, que asigna al cuidado un valor, un bien, que legitima el actuar.

Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería.

Los cuidados en nuestra cultura y tiempos históricos actuales necesitan una fuerte reconsideración hacia la humanización de la salud, en la que los cuidados se sitúan ética y profesionalmente, pero que están en una tensión con los discursos dominantes, a saber: la tecnología, la enfermedad y la práctica basada en la evidencia. Nos situamos además en un mundo globalizado, pluri-cultural y secular donde la negación del otro se ha transformado en una práctica cotidiana.

Las enfermeras/os no estamos ajenas/os a ello, es por esta razón que teoristas como Watson son vigentes y oportunas para que podamos reflexionar y repensar nuestras formas de conducirnos en el trabajo diario.

Watson y su trabajo meticuloso, profundo y acabado sobre lo que los cuidados significan, tanto para la humanización de la praxis de enfermería como para su colectivo profesional. (Urrea M. Eugenia, Jan aA. Alejandra, Garcia V: Marcelo, 2011)

Jean Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados (FC). En primer lugar, los supuestos, que son premisas asumidas como verdad sin comprobación, se detallan a continuación: El cuidado sólo puede ser demostrado y practicado efectivamente en una relación interpersonal, es decir, el cuidado se transmite de acuerdo a las prácticas culturales que tienen las distintas comunidades; y en forma particular, en enfermería de acuerdo a las necesidades humanas, sociales e institucionales. El cuidado está condicionado a factores de cuidado, destinados a satisfacer necesidades humanas. El cuidado tiene destino, efectos y objetivos. El cuidado efectivo promueve la salud y crecimiento personal y familiar. El cuidado promueve la satisfacción de necesidades, por tanto propende a la relación armónica del individuo consigo mismo y su ambiente. Un ambiente de cuidado es aquel que promueve el desarrollo del potencial que permite al individuo elegir la mejor opción, para él o ella, en un momento preciso. La ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia curativa. El cuidado no es sólo curar o medicar, es integrar el conocimiento biomédico o biofísico con el comportamiento humano para generar, promover, o recuperar la salud. La práctica del cuidado es central en la enfermería. Un individuo debe ser acompañado en las fases de toma de decisiones y no sólo ser un receptáculo de información. El acompañar es necesario para que, paulatinamente, el individuo descubra cómo, desde una situación particular, puede encontrar la mejor solución desde su propia realidad. Enfermería, entonces, debe focalizarse en un acompañar sensible pero responsable, basado en el conocimiento y en la práctica de una actitud terapéutica. (Urta M. Eugenia, Jan aA. Alejandra, Garcia V: Marcelo, 2011)

En segundo lugar, el Proceso Caritas de Cuidados (PCC): Formación humanista-altruista en un sistema de valores, se convierte luego en la práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente. Watson asume que el “día a día” de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral. Es importante una acabada reflexión sobre el propio desarrollo moral, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente. Watson otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos. Incorporación de la fe - esperanza, se convierte luego en Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado. Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a

lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana. El permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación. El cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los otros será redactado más tarde como El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión. Para Watson el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando éstos no son positivos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. Por otra parte, se tiende a proteger al paciente de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos. Las conductas de evitación también tienden a ser habituales, como el temor a enfrentarse al paciente que va a morir, la aprensión a contestar preguntas, y enfrentar situaciones de duelo y dolor. El desarrollo de una relación de ayuda y confianza. El cuidar la relación humana se convierte en Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza. Una relación de cuidado depende de los factores de cuidados enunciados anteriormente. Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual “contestador telefónico”, ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias.

Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos. Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como:

“estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida”.

Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son:

“Una ventana por la cual se visualiza el alma”. (Urra M. Eugenia, Jan aA. Alejandra, Garcia V: Marcelo, 2011)

La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial se convierte en el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia. Watson se refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería. Esto es importante, porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas. El mal uso de los formatos impide visualizar la profundidad del fondo, cuando se realizan mecánicamente, esto es relevante, es lo que distingue a un técnico de un profesional. La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal. Luego deriva a: Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro. Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos.

Personalizar los cuidados es, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población. La generalización tiende a neutralizar los sujetos, a masificarlos y, además, a no obtener buenos resultados. La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural se convierte en: creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo. La asistencia con la gratificación de necesidades humanas. Las que posteriormente llama: La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger. Las necesidades humanas están estratificadas. De acuerdo a Watson, el primer nivel está

representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación. En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo - actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra e interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal. El reconocimiento de fuerzas fenómeno- lógicas y existenciales. Este último factor de cuidado es el método para lograr trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define así: “se refiere al énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos. Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades”. (Urrea M. Eugenia, Jan aA. Alejandra, Garcia V: Marcelo, 2011) (Vazquez Calatayud, M. y Esevenri Azcoiti M. C., 2010)

Plantear en términos conceptuales la problemática de la donación de órganos invita a una primera reflexión/articulación de cuestiones claves que la atraviesan, a saber, la cuestión del don, la muerte y el cuerpo, a los fines de conocer las estructuras de significaciones y valores que se organizan en torno a dicha problemática, incidiendo profundamente sobre las prácticas y los procesos de toma de decisión.

El concepto de representación social ha demostrado su utilidad para indagar categorías de mediación entre el sujeto y la estructura social. Dice Piera Aulagnier:

“En nuestro espacio tiempo, la escuela, los medios de comunicación de masas, el discurso circulante, van a imponer a todos los sujetos la apropiación de ciertos elementos de conocimiento más o menos fragmentarios, más o menos confusos, pero gracias a los cuales dispondrán de un discurso teórico sobre el cuerpo ... el sujeto extraerá de este discurso cierto número de enunciados gracias a los cuales ese saber teórico sobre el cuerpo, y por lo tanto sobre la realidad, podrá formar parte de su compromiso global. La elección de los enunciados dependerá de cuan aptos sean para conciliarse con un cuerpo fantasmales e invertible por la psique”. (Pereira Ramirez, M. y otros, 2016)

Entendemos al concepto de representación social como el conjunto de procesos subjetivos articulados que implican modos dinámicos de percibir, categorizar y significar los diversos campos de la vida social. Son construcciones mediadas por categorías históricas y subjetivas, dirigidas hacia la comunicación, comprensión, interpretación y relación con la realidad. En el discurso espontáneo, las representaciones aparecen organizadas en

términos de conocimientos, valores, actitudes, creencias y opiniones con elementos más o menos estables y otros diversos y contradictorios. (Pereira Ramirez, M. y otros, 2016)

La palabra donación no es inherente a nuestra cultura, sino que nos trasciende y su sentido se disemina haciendo repercutir una heterogeneidad y polisemia en esta operación de dar.

Según nuestra lógica y nuestra lengua corriente, cualquier acontecimiento de don, la operación de dar; supone un sujeto, un verbo y un objeto, una gramática. Implica una estructura ternaria. Es preciso que alguna persona dé alguna cosa a otro alguien. Es decir, es preciso: un sujeto que también puede ser un sujeto colectivo quien, a través del gesto del don, trata de constituir su propia unidad y de hacer que se reconozca, justamente, su propia identidad para que ésta vuelva a él, para reapropiársela. Y alguna cosa material, simbólica, persona, discurso dada a otro alguien. (Rigalli, 1998)

Las complejas constelaciones acerca de la muerte es otro de los puntos nodales en toda la problemática de la procuración de órganos para trasplante.

Los rituales funerarios de los pueblos antiguos fueron engendrados por el misticismo y la superstición, perpetuados por el orgullo. Son testimonios de las distintas formas de creencias religiosas y el grado de civilización de esos pueblos. (Rigalli, 1998)

La muerte no se produce en un instante preciso, excepto para el médico, que está obligado a extender un certificado. La muerte es un proceso, no un estado. De no ser por la urgencia en determinar el momento adecuado para la extracción de órganos y la cremación no habría ninguna definición legal de muerte. El deseo de la muerte del otro subsiste en el inconsciente. Conjuntamente con esto se despliegan las complejas constelaciones de la culpabilidad. Únicamente alcanzamos a tener una representación de nuestra propia muerte a través de la identificación ambivalente con la persona que amamos, cuya muerte deseamos y tememos a la vez.

El tabú de los muertos es una de las prohibiciones más permanentes y que ha subsistido como tal en nuestro Inconsciente, tanto respecto de su contacto como de nombrar a la persona fallecida. Tocar o alterar el cadáver era tabú y traía graves consecuencias para la persona que realizaba este acto

Según el artículo Ficciones acerca del don y la muerte. El proceso de entrevista familiar en la dinámica de la procuración de órganos para trasplante:

“Freud marca la característica siniestra de la muerte, núcleo típico de los miedos humanos y sus consecuentes construcciones en el arte y la literatura en un intento simbólico. Un paciente en muerte encefálica tiene todas las características de un muerto - vivo, y provoca no sólo miedo por su característica siniestra sino también, al generar dudas acerca de su carácter viviente, activa todo un complejo de culpas sobre la responsabilidad de su muerte. La fragmentación del cuerpo, como temor a la pérdida de la unidad imaginaria obtenida en el narcisismo, es otros de los aspectos que Freud presenta como siniestro. (Rigalli, 1998)

La representación del propio cuerpo y del cuerpo del otro puede ser un componente importante en la predisposición a la donación de órganos. Se concibe a éste como una construcción imaginaria del sujeto realizada en la experiencia de la relación con el otro.

El cuerpo como cada uno de sus órganos puede tomar un valor determinado, que generalmente no tendrá que ver con su función, sino con una concepción histórica, social e individual, con algo puramente imaginario. Sobre el corazón y los ojos pueden construirse representaciones no comparables con las del páncreas, por ejemplo. Este hecho puede observarse en la decisión a donar ciertos órganos y otros no.

Un sujeto es mucho más que un cuerpo. El cuerpo del otro, del ser amado, es también un cuerpo imaginado y por otro lado, investido de afecto. Desde esta posición, el cuerpo no es algo “natural”, no es un concepto, sino algo que se confecciona por una operación de corte a partir del discurso del Otro. (Rigalli, 1998)

Se dice que los mitos forman parte del sistema religioso de una cultura, que los considera como historias verdaderas. Tienen la función de otorgar un respaldo narrativo a las creencias centrales de una comunidad. (Longarte, 2009)

En su origen, el mito es un relato oral. Con el correr del tiempo, sus detalles van variando de acuerdo a la transmisión del conocimiento de generación en generación. Una vez que las sociedades desarrollaron la escritura, el mito fue reelaborado en forma literaria, con lo que extendió sus versiones y variantes.

Las principales causas de miedos e inseguridades a la hora de considerar la posibilidad de donar los órganos, son generalmente la resultante de la falta de educación e información acerca de esta temática que nos involucra a todos: ¿Quién puede ser donante de órganos? ¿Quién garantiza la transparencia en el acto de la donación de órganos “No quiero que se mutile mi cuerpo”. “Puedo querer donar un órgano, pero no todos”. Si saben que quiero ser donante, los doctores no tratarán

de preservar mi vida”. “Mi religión no apoya la donación de órganos”. “Nadie va a querer mis órganos por mi edad o condición médica.” “Debo pagar para realizar la donación”. “Los ricos y famosos avanzan en la lista de espera mientras que los demás deben aguardar más tiempo”“Tráfico de órganos”. (CUDAIO, 2011) (Hepático, Fundación Argentina de Trasplante, 2014)

Los mitos que existen en torno a la donación de órganos son muchos en todo nuestro país. La mayoría son historias ficticias que afectan la cultura de la donación y por dicha causas que más personas fallezcan en las listas de espera. En las diferentes salas de cine del país comenzó a exhibirse la película “Animal” de Armando Bo, protagonizada por Guillermo Francella. El filme, trata sobre un hombre de familia Antonio (interpretado por Francella) cuya vida ideal se derrumba ante la necesidad de un trasplante de riñón y encuentra una única oportunidad de sobrevivir en dos vagabundos, que le ofrecen darle el riñón que necesita a cambio de una casa. Desbordado por la situación, el hombre acaba aceptando el trato. En esta relación afloran cuestiones turbias, el egoísmo, la desesperación y la venta de órganos. Original desde el lado irónico pero también dramático, muestra lo que piensa un sector de la sociedad, que todo tiene un precio, que parte de tu cuerpo tiene un precio y que todo se compra y se vende. (CUDAIO, 2011) (Rigalli, 1998)

Es un Tema delicado, sobre el que muchas veces se realizan campañas para sensibilizar y desmitificar publicaciones sobre: el tráfico de órganos, la venta de riñones o las mayores posibilidades que puede tener un paciente con recursos económicos para acceder a un trasplante que otros que ni siquiera cuentan con obra social. La realidad es que el procedimiento de trasplante de cualquier órgano requiere de una alta complejidad institucional ya que cada donación está cuidadosamente regulada a nivel nacional y cada trasplante reúne a un grupo numeroso de profesionales expertos. Implica una red coordinada de profesionales que dejan cada paso minuciosamente documentado. No hay ningún lugar para procedimientos clandestinos y de origen dudoso. (CUDAIO, 2011)

En la unidad de cuidado intensivo, los enfermeros tienen especial habilidad para establecer las relaciones con los pacientes, a pesar de las dificultades que se presentan debido al estado de salud y a las limitaciones a las que están sometidos, a causa de las manifestaciones del cuadro clínico, de las complicaciones clínicas y de las medidas terapéuticas tales como inserción de tubos, catéteres, administración de medicamentos e incluso la inmovilización física a la que se recurre para evitar retiros accidentales. (Pereira Ramirez, M. y otros, 2016)

La relación enfermero-paciente involucra variados contactos físicos en la realización de procedimientos, la interpretación de gestos, movimientos y posiciones con las cuales los pacientes, sometidos a ventilación mecánica, comunican sus emociones, sentimientos y percepciones, debido a que no pueden expresarlos por medio del lenguaje hablado. Así mismo, los enfermeros tienen la habilidad para buscar opciones comunicativas cuando el lenguaje hablado no es posible; negocian movimientos y gestos del lenguaje simbólico, a los cuales atribuyen significados en la comunicación; además, recurren a papeles y elementos para escribir lo que no es posible decir oralmente.

Los contactos con los pacientes en estado crítico son más frecuentes, y el tiempo de permanencia de los enfermeros al lado de la cama es más prolongado; los pacientes requieren frecuentes procedimientos que hacen que los enfermeros permanezcan más tiempo con ellos.

De esta interacción, el beneficio para el paciente se expresa en recuperar la salud, presentar menos complicaciones o morir tranquilamente; pero también, aprender a vivir con sus limitaciones, secuelas y con sus tratamientos en forma permanente. Los enfermeros, por su lado, reciben la satisfacción de cumplir con su deber, de haber contribuido a la resolución de los problemas de otros seres humanos, y por este camino avanzar hacia la experticia como profesionales.

La contribución de los enfermeros a la superación de los problemas de los pacientes parte de la identificación e interpretación de múltiples signos clínicos aportados por monitores, ventiladores mecánicos, reportes de laboratorio y examen físico con los cuales los enfermeros construyen el “perfil clínico” de los pacientes, que luego servirá de base para la toma de decisiones; las fuentes de información son múltiples, incluso se puede llegar a pensar que el paciente es quien menos información aporta; lo que no debe olvidarse es que es el paciente, en coordinación con los aparatos e instrumentos, quien en realidad genera la información y expresa sus necesidades. (A., Beltran Sarloza Oscar, 2008)

La familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo; por ello, cuando una persona ingresa en un hospital, es importante no solo cuidar al paciente sino también a su familia. Es habitual encontrar que en las unidades la visita de los familiares sea restringida, e incluso que, durante esta, la enfermera aproveche para realizar otras actividades, evitándose, así, el contacto con las familias.

Según Jane Watson en el artículo El cuidado de los familiares en las unidades de cuidados intensivos:

“el proceso de cuidado humano implica que se puedan establecer las transacciones del cuidado humano y, a su vez, que pueda darse el momento del cuidado, presente en la vida de la enfermera y de la persona que recibe el cuidado más allá de la ocasión física”.

(Urrea M. Eugenia, Jan aA. Alejandra, Garcia V: Marcelo, 2011)

En este momento, en el que se establece una relación de cuidado, se permite que tanto la enfermera como la familia puedan compartir sus mundos subjetivos, mediante las denominadas transacciones intersubjetivas del cuidado. De este modo, si el momento del cuidado es transpersonal y se permite la presencia de la mente o el espíritu de ambos, entonces el momento rebasará los límites de apertura y permitirá expandir las capacidades humanas.

La teoría del cuidado de Watson puede ser útil para el cuidado de las familias de UCI, esta teoría promueve un clima favorecedor para el crecimiento personal del cuidador y de las personas cuidadas. En esta relación entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, la enfermera expresa y comparte conocimientos, sensibilidad, habilidad técnica y espiritualidad elevando al otro, es decir, ayudándolo a crecer. A su vez, la familia puede desarrollar y compartir su ser, su conocimiento y sus necesidades favoreciendo el proceso transpersonal del cuidar. Este cuidado debería ir más allá del paciente, involucrando a la familia. (Vazquez Calatayud, M. y Esevenri Azcoiti M. C., 2010)

La profesión de enfermería se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y a las necesidades de los cuidados que la población y el sistema sanitario han ido demandando.

La enfermería de Urgencias y emergencias aparece en un mundo en constante evolución, en el que los cambios se desarrollan vertiginosamente, con una capacidad técnica y científica como hasta ahora jamás conocida. Esta adquiere su desarrollo en un momento en el que la enfermería trata de potenciar su identidad, con un aumento de su autonomía, de investigación propia, de búsqueda crítica de teorías y caminos que fundamenten la profesión y los cuidados.

La profesionalidad constituye el crecimiento de la especialidad, la formación y el mantenimiento de relaciones interpersonales. (Fernandez Rodriguez & Morillo Rodriguez, 2004)

El personal de enfermería que trabaja en cuidados críticos toman regularmente decisiones más amplias o sus funciones, tales como actuar en situaciones de urgencia, proveer seguridad y un cuidado más competente.

Esto está dado por las experiencias vividas, el estudio alcanzado, la preparación individual de cada personal. (Moran, I; Quezada, Y; Garcia, A; Gonzalez, P; Godinez, S y Aguilera, M., 2016)

La enfermería se ha presentado como profesión desde hace mucho tiempo y la delimitación de sus funciones según su nivel de formación es de vital importancia, ya que ha desarrollado la práctica con base de conocimientos propios y de otras ciencias. La función surge de la naturaleza misma del proceso de trabajo; permite identificar la contribución específica del cuidado enfermero a realizar. (Torres Esperón Maricela, 2006)

Durante toda la historia de la enfermería ha sido considerada como un trabajo para mujeres, aunque actualmente la situación está cambiando, y el personal masculino está más presente en la profesión. Se ha subestimado que el personal de enfermería masculino pudiera realizar técnicas de tipo manuales con respecto al personal femenino. También se debe tener en cuenta que a la hora de toma de decisiones no es la misma, debido a la naturaleza del género humano. (Du Gas, Bervely Witter, 2000) (A., Beltran Sarloza Oscar, 2008)

La enfermería tiene un rol significativo en esta área por su conocimiento de la dinámica Institucional, su capacidad profesional, su estrecho vínculo con los equipos médicos y técnicos y la posibilidad de vincularse con las familias mejor que ningún otro actor del equipo de salud.

La enfermería constituye el recurso humano sanitario con mayor cercanía con las familias, resultando indispensable si pensamos en el acompañamiento y contención cuando fallece un paciente, que al mismo tiempo constituye un potencial donante.

La actividad de la enfermería asignada a procuración dentro del Hospital Donante no solo tiene actividad cuando hay un donante, sino que debe mantener constante relación con todo el entorno sanitario para facilitar la detección de los posibles donantes. (CUCAIBA, 2004)

Los enfermeros/as que sean designados a la tarea de procuración deben conformar un equipo de trabajo junto al coordinador hospitalario de trasplante en los hospitales que lo posean o bien desarrollar las capacidades necesarias para un adecuado desempeño, es necesario que se aboquen a esta función de modo exclusivo y posean los requisitos indispensables que conforman el perfil del enfermero de procuración ideal; enfermeros profesionales con compromiso personal con esta actividad, conocimiento de la dinámica cotidiana del centro sanitario en el que se desempeñan,

con capacidad de establecer empatía con los agentes sanitarios y con pacientes/familiares, con comportamiento adecuado ante autoridades y profesionales de otros establecimientos, que posean conocimientos de informática y tareas administrativas (Vilchez , Marta, 2016)

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO O DISEÑO**

Diseño no experimental transversal, descriptivo correlacional, prospectivo.

Se realizará la medición entre las variables investigadas, actitud hacia la procuración de órganos y tejidos para trasplante, el nivel de formación, sexo y la antigüedad en la profesión mediante un estudio no experimental transversal, ya que se recolectarán los datos en un momento y tiempo seleccionado; de nivel descriptivo correlacional, debido a que permitirá identificar la relaciones existentes entre las variable estudiadas. A su vez se comenzará la recolección de datos en la actualidad y los mismos serán analizados transcurridos un tiempo futuro.

## **SITIO O CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.**

Los sitios en donde se seleccionaron para realizar la recolección de datos son las Unidades de Cuidados Críticos de Adultos (UCCA) del Sanatorio de la Mujer, Hospital Centenario, Hospital Provincial, Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez, Hospital Español de la ciudad de Rosario.(Ver Anexo III) Las mismas fueron elegidas por que en ellas se encuentran internados pacientes neurocríticos, y a su vez se realizaron operativos de procuración de órganos y tejidos para trasplantes los últimos 5 años. Presenta personal de enfermería entrenados para prestar esta atención. En las instituciones se realizan algún tipo de trasplante o implante de órgano o tejidos. También porque solamente estas instituciones nos dieron la información solicitada en la guía de convalidación de sitio (Ver Anexo I) y permitirán realizar en un futuro la recolección de datos en las instituciones.

La guía de convalidación de sitio de estudio fue confeccionada por los jefes de departamentos de Enfermería, o Enfermeros jefes de servicios de las instituciones que aceptaron participar de este proyecto. Para autenticar mi participación del mismo se presento certificación de apoyo brindado por la Cátedra Tesina de la Escuela de Enfermería de la UNR.

En la Ciudad de Rosario se encuentran 21 UCCA, de las cuales 16 unidades faltantes se negaron a dar información sobre las mismas. Por lo cual se excluyen del proyecto.

## POBLACIÓN Y MUESTRA

### UNIDAD DE ANÁLISIS:

Cada uno de los enfermeros de las Unidades de Cuidados Críticos de Adultos de las Instituciones seleccionadas de la Ciudad de Rosario.

### CRITERIO DE INCLUSIÓN /EXCLUSIÓN:

Personal de enfermería asistencial de planta o efectivo de las Unidades de Cuidados Críticos de Adultos de la ciudad de Rosario.

### SELECCIÓN DE MUESTRA

Para determinar la cantidad de enfermeros en incluir en la muestra, se utilizará la calculadora de muestreo on line; se calculará con un **margen de error de 5%** y un **nivel de confianza de 95%**.

Calculadora de muestra

Nivel de Confianza :  95%  99%

Margen de Error:

Población:

Tamaño de Muestra:

Fuente: [www.questionpro.com/es](http://www.questionpro.com/es)

POBLACIÓN TOTAL: 203

MUESTRA OBTENIDA: 133

Se utilizará una muestra probabilística estratificada: con este tipo de muestreo podré asegurarme que en cada estrato estarán representado adecuadamente en la muestra seleccionada. En cada estrato, la población de las mismas son heterogéneas, de diferentes sexos, edades, y de diferentes años de antigüedad en la profesión de enfermería.

El tamaño de la muestra para cada estrato es proporcional. Se utilizará el siguiente cálculo para obtener la muestra de cada estrato:

$$fc = \frac{mu}{Pt}$$

$$fc: 0.6551 = (133/203)$$

**fc:** fracción constante  
**mu:** muestra obtenida  
**Pt:** población total

Luego se realizará la siguiente multiplicación para así obtener la cantidad de muestra para cada estrato:

$$fc \times Pte = me$$

**fc:** fracción constante  
**Pte:** Población total del estrato  
**me:** muestra obtenida para el estrato

**fc: 0.6551**

INSTITUCIÓN	POBLACION	MUESTRA
Hospital Centenario	54	35
Sanatorio de la Mujer	10	7
Hospital Provincial	52	34
Hospital de Em. Clem. Alvarez	61	40
Hospital Español	26	17
	203	133

La selección de cada unidad se realizará al azar.

## TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizará un cuestionario auto-administrado impreso elaborado por el autor del presente proyecto. (Ver anexo II)

El cuestionario cuenta con tres partes:

Primera parte: Presentación del autor del proyecto, se explica sobre los objetivos del instrumento y se solicita consentimiento informado, en donde el encuestado deberá de dar el consentimiento para continuar. Se aclara que los datos son anónimos y confidenciales.

La segunda parte: se referirá a datos generales del encuestado, cuenta con 5 ítems para completar. Los ítems son edad, sexo antigüedad en la profesión y nivel de formación.

Y una tercera parte en donde se mide las actitudes hacia la donación de órganos y tejidos para trasplante en el personal de enfermería de las unidades de cuidados críticos de adultos. Se aplicará un cuestionario tipo Likert con 28 reactivos relacionados con las dimensiones en estudios, atención del paciente, contacto con la familia del posible donante de órganos y tejidos, creencias y mitos sobre la donación de órganos y tejidos, aceptación del proceso de donación de órganos y tejidos y contacto con el equipo de procuración; que se contestarán con cinco opciones, con sus respectivos valores:

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo - ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

La sumatoria de los 28 reactivos se compara con los rangos establecidos para demostrar al finalizar las actitudes de aceptación, indiferencia o rechazo hacia la donación de órganos y tejidos.

Se considera este tipo de cuestionario, ya que es una herramienta útil y fiable para medir las actitudes hacia la donación de órganos y tejidos para trasplante. Cada afirmación o reactivo calificarán las actitudes que se está midiendo con sus respectivos valores numéricos.

Al utilizarse como una medición ordinal, se trabajará con intervalos para señalar las opciones de respuestas (aceptación, indiferencia o rechazo), de las cuales se presentarán con sus valores de sumatoria. La percepción medida se considerara como tendencia y se conceptualizaran para efectuar su posterior análisis.

La aplicación del instrumento de recolección de datos se realizará a cada uno de los enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados críticos de adultos seleccionados previamente. Los mismos serán seleccionados al azar hasta alcanzar el número de la muestra para cada institución.

La prueba piloto del instrumento se realizó en la Unidad De Cuidados Críticos del Hospital Escuela Eva Perón de la ciudad De Granadero Baigorria. En la misma se atienden pacientes neuro críticos, con politraumatismos, con ACV, de las cuales son las principales causas que lleven a la muerte cerebral y el personal de enfermería se encuentra especializado en la atención de cuidados críticos de adultos.

Se considero que las preguntas realizadas fueron las necesarias, los reactivos fueron claros y entendidos por el encuestado y de fácil aplicación del instrumento.

## **VARIABLES, DIMENSIONES E INDICADORES**

### **Actitud hacia la procuración de órganos y tejidos para trasplante**

**Definición:** Manera en que el personal de Enfermería se comporta frente a la procuración de órganos y tejidos para trasplantes. Expresándose en forma de rechazo, indiferencia o aceptación hacia la procuración de órganos y tejidos para trasplantes.

#### **1. Atención del paciente**

- Atender a pacientes donantes de órganos y tejidos dentro de la Unidad de Cuidados Críticos modifica el ritmo de trabajo de la misma.
- El personal de enfermería acepta atender a los pacientes donantes de órganos y tejidos para trasplantes en la Unidad de Cuidados Críticos.
- Al personal de enfermería le molesta atender a un paciente donante de órganos y tejidos dentro de la Unidad de Cuidados Críticos.
- Atender a pacientes jóvenes donante de órganos y tejidos fallecidos genera ansiedad en el equipo de enfermería.
- Las experiencias previas en la atención de donantes de órganos y tejidos posibilita una mejor atención de los pacientes en el futuro
- El personal de enfermería debe de evitar involucrarse en el proceso de donar órganos y tejidos.
- Es necesario que el personal de enfermería reciba mayor información sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante

#### **2. Contacto con la familia del posible donante de órganos y tejidos**

- El personal de enfermería debe brindar información clara a la familia del paciente donante de órganos y tejidos para trasplante.
- El personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos debe participar activamente en el proceso de contacto con la familia para brindar apoyo emocional durante el proceso de donación órganos y tejidos para trasplante.
- El personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos están preparados para dar información sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante a los familiares que lo soliciten
- Las preguntas sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante de los familiares incomoda al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos.
- El personal de enfermería debe de respetar siempre la decisión familiar que toman sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante.

#### **3. Creencias y mitos sobre la donación de órganos y tejidos**

- El principal miedo que existe es que la ablación de los órganos y tejidos se extraigan estando vivo
- Las creencias religiosa van contra la toma de decisión hacia la donación de órganos y tejidos
- La donación de órganos y tejidos alteran el aspecto corporal y estético del paciente donante
- El tráfico de órganos y tejidos está instaurado en la Republica Argentina
- La ley Nacional N° 27447 “Ley Justina” es una Ley que genera desconfianza en la sociedad.
- La atención de los pacientes críticos se minimiza cuando son identificados como donantes de órganos y tejidos

- El personal del CUDAI O o INCUCAI recibe remuneración económica por cada órgano o tejido obtenidos.

#### 4. Aceptación del proceso de donación de órganos y tejidos

- Estoy de acuerdo con la donación de órganos y tejidos
- La decisión de donar órganos y tejidos es personal, voluntaria y altruista.
- Toda persona debe manifestar su voluntad de ser donante de órganos y tejidos para trasplante estando en vida.
- Como personal de salud debo de aceptar la condición del paciente de no ser donante de órganos y tejidos en vida
- Colocar en el DNI la aceptación de donar órganos y tejidos después de la muerte, no es necesario para acelerar el proceso.

#### 5. Contacto con el equipo de procuración

- El equipo de procuración de órganos y tejidos brinda información adecuada al personal de enfermería.
- El equipo de procuración de órganos y tejidos brinda adecuada información a la familia del donante.
- El contacto con el equipo de procuración de órganos y tejidos es adecuado con el personal de enfermería que atiende al posible donante
- Me gustaría formar parte del equipo de procuración y de órganos y tejidos para trasplante

### **Nivel de formación**

- Auxiliar de enfermería
- Enfermero profesional
- Licenciado en enfermería

### **Sexo**

- Masculino
- Femenino

### **Antigüedad en la profesión**

- Años cumplidos en la profesión

### **PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCION DE DATOS:**

Se capacitará a compañeros de estudio de la licenciatura de enfermería, sobre la aplicación y la forma correcta de llenado del cuestionario, la cantidad necesaria para completar la muestra. Se le administrará las copias de los cuestionarios necesarios y lapiceras para que el personal de enfermería rellene los mismos. También se le administrará un número de teléfono para contacto. Los encuestadores irán a los cuatros turnos de trabajo del personal de enfermería y esperarán a que los participantes contesten el cuestionario. Luego el encuestador observará que los cuestionarios estén completos, para así retirarse.

## PLAN DE ANALISIS

Después de la recolección de datos se procederá a elaborar una tabla con códigos para procesar los datos con el programa Excel 2007.

Los datos generales se presentarán en tablas de simple entradas para su posterior análisis e interpretación.

La EDAD de los encuestados será recolectada colocando el número de edad actual de los mismos. Luego se los trabajará con una escala nominal, separándolas por grupo etarios: adultos jóvenes, adultos maduros y adulto mayor.

La variable SEXO, será medida con una escala nominal, para así realizar su posterior cruce con la variable actitud sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante.

Con respecto a la variable ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN, la misma será recolectada colocando los años que tiene el encuestado de recibido en la presión de Enfermería. Luego se trabajará con una escala nominal, separándolas en intervalos de 0 a 10 años, 11 a 20 y 21 a 30 o más.

En cuanto a la variable ACTITUD SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA TRASPLANTES, los rangos de actitudes establecidos se cruzarán con los datos: edades, el sexo y el nivel de formación de los encuestados. Los resultados serán presentados en tablas de dobles entradas y con gráficos de ser necesarios para su mejor visualización y posterior análisis e interpretación. Los mismos serán analizados e interpretados según las dimensiones de la misma: atención del paciente, contacto con la familia del posible donante de órganos y tejidos, creencias y mitos sobre la donación de órganos y tejidos, aceptación del proceso de donación de órganos y tejidos y por último contacto con el equipo de procuración con respecto a la aceptación indiferencia o rechazo de la procuración de órganos y tejidos para el trasplante.

ACEPTACIÓN	140 – 101
INDIFERENCIA	100 – 51
RECHAZO	50 – 28

Con respecto al análisis estadístico se utilizarán las medidas de tendencia central, modo y media; y se usaran las técnicas inferenciales como el coeficiente de correlación de Pearson y de Spearman.

Con estos coeficientes se medirán la correlación entre las variables que tienden a cambiar en un mismo tiempo, tanto la fuerza como la dirección de las reacciones medidas de las variables en estudio. Se visualizarán los resultados con la confección de gráficos de barras.

Se solicitará colaboración de un licenciado en estadística y se utilizará el programa estadístico para el análisis de los datos EPI INFO 7.2.

## PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AÑO 2019											
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Capacitación del personal a cargo de la recolección de datos												
Recolección de datos: aplicación del instrumento en diferentes sitios.												
Análisis e interpretación de datos												
Elaboración de conclusiones												
Presentación de informe final												

## ANEXOS



○ ¿Se realizan trasplantes o implantes de órganos y tejidos en la institución?

SI

NO

Rellena lo que corresponda

¿Qué tipos de trasplantes e implantes se realizan en la institución?

.....

.....

.....

.....

Firma

.....

Aclaración

.....

Cargo

## ANEXO II

### INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### Instrucciones:

El cuestionario cuenta con tres partes, La primera el consentimiento informado en donde deberá dar el consentimiento para seguir adelante. La segunda parte corresponde a los datos generales en donde se completarán los casilleros solicitados. Y la tercera parte en donde se conocerá sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante.

#### I. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Estimado/a compañero Soy Luciano Bessone, estudiante de la Carrera Licenciatura en Enfermería, estoy realizando un estudio de investigación para obtener el Título de Grado. La Investigación tiene por objetivo la recolección de datos sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante, en el personal de enfermería de las unidades de cuidados críticos de la ciudad de Rosario.

Por lo tanto solicito que respondan el cuestionario, el cual será anónimo y confidencial.

ACEPTO  NO ACEPTO

(Tacha lo que corresponde)

#### II. DATOS GENERALES

EDAD  SEXO M  F

ATIGUEDAD EN LA PROFESIÓN  (en años)

NIVEL DE FORMACION (tildar lo que corresponda)

AUXILIAR DE ENFERMERIA	<input type="checkbox"/>
ENFERMERO PROFESIONAL	<input type="checkbox"/>
LICENCIADO EN	<input type="checkbox"/>

ENFERERIA	
OTRO	

INSTITUCION A LA QUE PERTENECE: .....

**II. DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS PARA TRASPLANTE**

Se muestran las 5 opciones de respuestas.

Se colocará sólo una X en la respuesta seleccionada.

<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
<b>TED</b>	<b>ED</b>	<b>NANE</b>	<b>DA</b>	<b>TDA</b>

<b>TED</b>	<b>ED</b>	<b>NANE</b>	<b>DA</b>	<b>TDA</b>
1	2	3	4	5

- |  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Atender a pacientes donantes de órganos y tejidos dentro de la Unidad de Cuidados Críticos modifica el ritmo de trabajo de la misma.  | <input type="radio"/> |
| 2. El personal de enfermería acepta atender a los pacientes donantes de órganos y tejidos para trasplantes en la Unidad de Cuidados Críticos.  | <input type="radio"/> |
| 3. Al personal de enfermería le molesta atender a un paciente donante de órganos y tejidos dentro de la Unidad de Cuidados Críticos.   | <input type="radio"/> |
| 4. Atender a pacientes jóvenes donante de órganos y tejidos fallecidos genera ansiedad en el equipo de enfermería.   | <input type="radio"/> |
| 5. Las experiencias previas en la atención de donantes de órganos y tejidos posibilita una mejor atención de los pacientes en el futuro  | <input type="radio"/> |
| 6. El personal de enfermería debe de evitar involucrarse en el proceso de donar órganos y tejidos.   | <input type="radio"/> |
| 7. Es necesario que el personal de enfermería reciba mayor información sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante  | <input type="radio"/> |
| 8. El personal de enfermería debe brindar información clara a la familia del paciente donante de órganos y tejidos para trasplante.  | <input type="radio"/> |
| 9. El personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos debe participar activamente en el proceso de contacto con la familia para brindar apoyo emocional durante el proceso de donación órganos y tejidos para trasplante. | <input type="radio"/> |

- |   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 10. El personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos están preparados para dar información sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante a los familiares que lo soliciten. | <input type="radio"/> |
| 11. Las preguntas sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante de los familiares incomoda al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos.                                | <input type="radio"/> |
| 12. El personal de enfermería debe de respetar siempre la decisión familiar que toman sobre la donación de órganos y tejidos para trasplante.   | <input type="radio"/> |
| 13. El principal miedo que existe es que la ablación de los órganos y tejidos se extraigan estando vivo   | <input type="radio"/> |
| 14. Las creencias religiosa van contra la toma de decisión hacia la donación de órganos y tejidos   | <input type="radio"/> |
| 15. La donación de órganos y tejidos alteran el aspecto corporal y estético del paciente donante  | <input type="radio"/> |
| 16. El tráfico de órganos y tejidos está instaurado en la Republica Argentina   | <input type="radio"/> |
| 17. La ley Nacional N° 27447 “Ley Justina” es una Ley que genera desconfianza en la sociedad.   | <input type="radio"/> |
| 18. La atención de los pacientes críticos se minimiza cuando son identificados como donantes de órganos y tejidos   | <input type="radio"/> |
| 19. El personal del CUDAI O INCUCAI recibe remuneración económica por cada órgano o tejido obtenidos.   | <input type="radio"/> |
| 20. Estoy de acuerdo con la donación de órganos y tejidos   | <input type="radio"/> |
| 21. La decisión de donar órganos y tejidos es personal, voluntaria y altruista.   | <input type="radio"/> |
| 22. Toda persona debe manifestar su voluntad de ser donante de órganos y tejidos para trasplante estando en vida.   | <input type="radio"/> |
| 23. Como personal de salud debo de aceptar la condición del paciente de no ser donante de órganos y tejidos en vida   | <input type="radio"/> |
| 24. Colocar en el DNI la aceptación de donar órganos y tejidos después de la muerte, no es necesario para acelerar el proceso.  | <input type="radio"/> |
| 25. El equipo de procuración de órganos y tejidos brinda información adecuada al personal de enfermería.  | <input type="radio"/> |
| 26. El equipo de procuración de órganos y tejidos brinda adecuada información a la familia del donante.   | <input type="radio"/> |
| 27. El contacto con el equipo de procuración de órganos y tejidos es adecuado con el personal de enfermería que atiende al posible donante  | <input type="radio"/> |
| 28. Me gustaría formar parte del equipo de procuración y de órganos y tejidos para trasplante.  | <input type="radio"/> |

MUCHAS GRACIAS.

## **ANEXO III**

### **RESULTADOS DEL ESTUDIO EXPLORATORIO**

Hospital Provincial del Centenario:

Establecimiento de dependencia pública provincial. La UCCA cuenta con 54 personales de Enfermería, de cuales 41 son enfermeros profesionales, 8 licenciados en enfermería y 1 auxiliar de enfermería.

Se nos permitirá colocar el nombre de la institución y realizar el cuestionario auto dirigido al personal de enfermería para la recolección de datos. También nos permitirán seleccionar a un personal de enfermería para que se haga cargo de la entrega de los cuestionarios.

En la institución se realizaron procesos de donación y trasplantes en los últimos cinco años. En el establecimiento se realizan trasplantes renales e implantes óseos.

Sanatorio de la Mujer:

Establecimiento de dependencia privada. La UCCA cuenta con 10 personales de Enfermería, de cuales 10 son enfermeros profesionales, no hay licenciados en enfermería ni auxiliar de enfermería.

Se nos permitirá colocar el nombre de la institución y realizar el cuestionario auto dirigido al personal de enfermería para la recolección de datos. También nos permitirán seleccionar a un personal de enfermería para que se haga cargo de la entrega de los cuestionarios.

En la institución se realizaron procesos de donación y trasplantes en los últimos cinco años. En el establecimiento se realizan trasplantes renales e implantes óseos.

Hospital Provincial de Rosario:

Establecimiento de dependencia pública provincial. La UCCA cuenta con 52 personales de Enfermería, de cuales 40 son enfermeros profesionales, 12 licenciados en enfermería y ningún auxiliar de enfermería.

Se nos permitirá colocar el nombre de la institución y realizar el cuestionario auto dirigido al personal de enfermería para la recolección de datos. También nos permitirán seleccionar a un personal de enfermería para que se haga cargo de la entrega de los cuestionarios.

En la institución se realizaron procesos de donación y trasplantes en los últimos cinco años. En el establecimiento se realizan implantes óseos.

Hospital de Emergencias “Clemente Álvarez”:

Establecimiento de dependencia pública municipal. La UCCA cuenta con 61 personales de Enfermería, de cuales 29 son enfermeros profesionales, 31 licenciados en enfermería y 1 auxiliar de enfermería.

Se nos permitirá colocar el nombre de la institución y realizar el cuestionario auto dirigido al personal de enfermería para la recolección de datos. También nos permitirán seleccionar a un personal de enfermería para que se haga cargo de la entrega de los cuestionarios.

En la institución se realizaron procesos de donación y trasplantes en los últimos cinco años. En el establecimiento se realizan trasplantes de córneas e implantes óseos.

Hospital Español:

Establecimiento de dependencia privada. La UCCA cuenta con 26 personales de Enfermería, de cuales 25 son enfermeros profesionales, 1 licenciados en enfermería y ningún auxiliar de enfermería.

Se nos permitirá colocar el nombre de la institución y realizar el cuestionario auto dirigido al personal de enfermería para la recolección de datos. También nos permitirán seleccionar a un personal de enfermería para que se haga cargo de la entrega de los cuestionarios.

En la institución se realizaron procesos de donación y trasplantes en los últimos cinco años. En el establecimiento se realizan implantes óseos.

## BIOBLOGRAFIA

- A., Beltran Sarloza Oscar. (2008). *La práctica de enfermería en cuidados intensivos*. Universidad de La Sabana, Colombia.
- Albaros, L. y. (Abril - Junio de 2013). Muerte encefálica - Situación legal en Argentina. *Neurología Argentina*, 5(2), 57 - 140.
- Caballer Miedes y Martinez Sando, M. (2010). Variables influyentes en la actitud hacia la donación de órganos. *Psicothema*, 12(2), 100 - 102.
- Calenzo Caballero, C. (2015). *Factores que influyen en Enfermería para promover la donación de órganos*. Escolles Universitaries Ginbernat: Enfermerie, Barcelona.
- Comisión Interministerial. Convenio 296/02 Ministerio de Salud y Ambiente. Ministerio de Educación, Ciencia y tecnología. (2002). *Enfermera/o*.
- Crano, W. (Mayo de 1994). Interés Personal, Actitudes simbólicas y Consistencias actitud - conducta. *Psicología Política*(8), 103 - 106.
- CUCAIBA. (2004). *Programa Hospital Donante de Buenos Aires - Manual de enfermería en procuración trasplante*. Buenos Aires.
- CUDAIO. (2011). *Cuando se habla de donación se piensa en muerte y en realidad es todo lo contrario*. rosario: imgbiblio.vaneduc.edu.ar.
- De Aguiar, B. y otros. (2014). *Finitud y la donación de órganos en la visión de los enfermeros*. Estudio Descriptivo, Universidad Federal Fluminense - Escuela de Enfermería Aurora de Afonso Costa, Colombia.
- Enfermería, Revista de Actualizaciones de. (2015). *Encolombia.com*. Obtenido de <http://encolombia.com>
- Fernandez Rodriguez, B., & Morillo Rodriguez, J. (2004). *Atención enfermera en urgencias y emergencias*. Madrid: Ediciones DAE (grupo Paradigma).
- Freire, Kamal Lauria Santos y otros. (Octubre de 2014). Conocimiento del personal de enfermería sobre la muerte cerebral y donación de órganos. *Electrónica Trimestral de Enfermería*(36), 194 - 207.
- Hepático, Fundación Argentina de Trasplante. (2014). *Mitos*.
- Hernandez Sampieri, Roberto. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill Education.
- INCUCAI. (Noviembre de 2010). Procurar para Curar. *Manual de Mantenimiento del Potencial Donante a Corazón Batiente*. Argentina.
- INCUCAI. (2010). [www.incucai.gov.ar](http://www.incucai.gov.ar). Recuperado el Septiembre de 2018

- Ley 27447. (26 de Julio de 2018). *Ley de trasplante de órganos, tejidos y células*. Buenos Aires, Argentina.
- Longarte, C. (6 de enero de 2009). mitos y prejuicios sobre de la donacion de organos. *lanacion.com*.
- Lopez Silva, G. y. (2017). Donación de órganos y tejidos para trasplante. En S. A. Intensiva, *Programa de Actualización en Enfermería en Cuidados Críticos - Segundo Ciclo* (Vol. 2, págs. 103 - 118). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana S.A.C.F.
- Marta, V. (2016). *El rol del profesional de enfermería en el programa de hospital donante*. Trabajos Integrados, Escuela de Enfermería - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Padilla Cuadra, J. y otros. (Octubre de 2015). Actitudes y conocimientos sobre la donación de órganos, trasplante y muerte cerebral en estudiantes de ciencias de la salud. *Actos Médicos*, 57, 179 - 183.
- Perales Quenza, C.J. y Vizcaino Gutierrez M. (2007). Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual. *Latinoamericana de Psicología*, 39(2), 351 - 361.
- Pereira Ramirez, M. y otros. (Diciembre de 2016). Representaciones sociales acerca de la donación de órganos en enfermeros de una unidad de pacientes críticos. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), 34 - 40.
- Rigalli, A. (1998). Ficciones acerca del don y la muerte. El proceso de entrevista familiar en la dinámica de la procuración de órganos para trasplante. Rosario, Santa Fe, Rosario.
- Solar y otros. (Junio de 2008). Tres factores que influyen en la actitud de las personas ante la donación de órganos. *Revista Chilena de cirugía*, 60(3), 262-267.
- Ubillos, S. Mayordomo S. y Paez D. (2010). Actitudes: Definición y Medición - Componentes de la Actitud, modelo de la acción razonada y acción planificada. En *Psicología Sociual, Cultura y Educación* (págs. 1 - 37).
- Urta M. Eugenia, Jan aA. Alejandra, Garcia V: Marcelo. (2011). Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jeane Watson y su teoría de cuidados transpersonales. *Ciencia y Enfermería*(XVII), 11 - 22.
- Vazquez Calatayud, M. y. (Mayo de 2010). El cuidado de los familiares en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jeane Watson. *Enfermería Intensiva*.
- [www.questionpro.com/es](http://www.questionpro.com/es). (2018).