

## Modelo de regresión logística para la intención de hacerse el carnet de donante de órganos y tejidos

B. Rando, M. J. Blanca y M. A. Frutos  
Universidad de Málaga

El objetivo de este estudio ha sido conocer las variables que se asocian a la intención de firmar un carnet de donante de órganos y tejidos. Para ello, se ha llevado a cabo una encuesta telefónica a una muestra representativa de la población general andaluza sobre las cuestiones más relevantes en el ámbito de la donación y trasplante (N=1.111). Como resultado de la aplicación del análisis de regresión logística se ha configurado un modelo multivariante según el cual las variables que se asocian a la intención de hacerse el carnet son las creencias religiosas, la actitud hacia el cuerpo intacto tras la muerte, actitud hacia la autopsia, grado de preocupación por una extracción prematura de los órganos, grado de confianza en los profesionales sanitarios, percepción del grado de información que se posee sobre donación y trasplante, haber recibido información a través de folletos y carteles publicitarios, la experiencia de donar sangre, y no poseer el carnet por desconocer el procedimiento para hacérselo, por no disponer de tiempo, no poseer suficiente información y por sentir miedo a tenerlo.

*Logistic regression model on the willingness to sign an organ and tissue donor card.* The aim of the present study has been to know the variables associated with willingness to sign an organ and tissue donor card. To this end, a telephone survey has been carried out by interviewing a representative sample of the Andalusian population on several relevant questions related to donation and transplant of organs (N=1.111). A logistic regression analysis was applied to the willingness to sign a donor card as dependent variable and the other variables as predictors. A multivariate model has been elaborated, including variables such as religious beliefs, concerns about body integrity after death, attitude towards autopsy, degree of confidence in medical staff, concerns on premature declaration of death in order to harvest organs, variables related to the level of information about organ donation and transplantation, available resources to sign a donor card and others reasons for not having done so before.

Uno de los momentos clave en el proceso de obtención de órganos y tejidos para trasplante tiene lugar cuando se realiza la petición de órganos a los familiares del fallecido, de los cuales depende en última instancia la donación. Las investigaciones revelan que los familiares suelen dar una respuesta acorde con la decisión del difunto, tanto para donar como para no donar, cuando esta decisión es conocida por ellos, mientras que el desconocimiento del deseo del fallecido actúa como barrera para la donación (Durand-Zalenski et al., 1996; Frutos et al., 1994; Painter, Laglands y Walker, 1995). Uno de los medios para transmitir la intención de donar a quienes nos rodean es la firma del carnet de donante de órganos. Sin embargo, a pesar de su utilidad y del elevado porcentaje de encuestados que manifiestan intención de donar los órganos propios, sólo un pequeño sector ha firmado el carnet (Blanca, Frutos y Rosel, 1993; Evers, Farewell y Halloran, 1988; Horton y Horton, 1990; Rosel et al., 1996). Por otro lado, se tiene evidencia de que la cifra de personas con intención de hacérselo es muy in-

ferior a la de quienes tienen intención de donar (Blanca, Frutos y Rando, 1996; Parisi y Katz, 1986; Rosel et al., 1996; Shaheen et al., 1997). Con objeto de conocer el conjunto de variables que se asocian a la intención de hacerse el carnet, se ha llevado a cabo una encuesta telefónica a una muestra representativa de la población general andaluza sobre las cuestiones más relevantes en el ámbito de la donación y trasplante.

### Método

#### *Participantes*

La encuesta se ha administrado a una muestra de 1.111 ciudadanos de la Comunidad de Andalucía. El tamaño de la muestra se ha calculado sobre la población mayor de edad que figura en el censo de 1993, con un nivel de confianza del 95% (2s) y un error de estimación del 3%. Se ha llevado a cabo un muestreo aleatorio estratificado proporcional, con la provincia de residencia como único criterio de estratificación inicial, administrándose la encuesta a la primera persona que ha atendido la llamada. Tras la recogida de datos se ha realizado una post-estratificación o reequilibrado en función de las restantes variables marcadoras que aparecen en el censo (edad, sexo y nivel de estudios), ya que la muestra ha quedado descompensada debido a la técnica de se-

---

Correspondencia: B. Rando  
Facultad de Psicología  
Universidad de Málaga  
29071 Málaga (Spain)  
E-mail: brando@uma.es

lección de los participantes. Para ello, ha sido necesario ampliar el número de encuestas a 1.130, para evitar casillas vacías con frecuencias esperadas iguales o mayores a uno. A partir de las variables marcadoras se han calculado los coeficientes correctores que se aplican a cada individuo. El reequilibrado y todos los cálculos se han hecho sobre el tamaño muestral inicial de 1.111 participantes.

**Material**

La encuesta consta de un total de 78 preguntas relacionadas con los siguientes tópicos: variables personales y cuestiones relacionadas con las creencias religiosas; actitud general hacia la donación; intenciones de donar los órganos propios y de un familiar fallecido; cuestiones relacionadas con el carnet de donante y la intención de hacerse el carnet; aspectos relativos a la muerte y la manipulación sobre el cuerpo; conocimientos sobre donación y trasplante, creencias erróneas y preocupaciones derivadas del grado de información; confianza en los profesionales sanitarios; la donación de órganos como conducta prosocial; la experiencia de donar sangre; variables relacionadas con la familia; y percepción del estado de salud.

Respecto al formato de respuesta, la mayoría de las preguntas son cerradas siguiendo una escala tipo Likert, a excepción de la edad y algunas preguntas complementarias. Las cuestiones relacionadas con creencias, actitud e intención de donar siguen un formato de respuesta de una escala graduada con cinco o siete puntos mutuamente excluyentes.

**Procedimiento**

La aplicación propiamente dicha de la encuesta la llevaron a cabo dos psicólogas con formación básica en donación y trasplante y entrenamiento para la administración de encuesta por teléfono. El período de recogida de datos abarcó desde mayo de 1995 hasta enero de 1996, respetando domingos, festivos y período de vacaciones de verano y Navidad.

Para la selección de los participantes se elaboraron listas de 1.000 números aleatorios de seis dígitos, con base en el procedimiento *random digit dialing (RDD)*, con objeto de tratarlos como números de teléfono. Se elaboraron diversas listas para cada provincia, las cuales se confeccionaron con el subprograma *2D* del paquete estadístico *BMDP*, aleatorizándose todos los dígitos. El orden de administración a través de las provincias fue al azar. En todos los casos se dividió el listado de números aleatorios al azar entre las encuestadoras. La selección del ciudadano a encuestar se hizo por el primer interlocutor elegible, es decir, la primera persona mayor de edad disponible en el momento, que normalmente era quien descolgaba el teléfono.

**Resultados**

Los resultados indican que un 86% de los encuestados muestra intención de donar los órganos propios, mientras que este porcentaje se reduce a un 63,6% para la intención de firmar un carnet de donante. Con objeto de conocer qué variables se asocian a esta intención se han analizado, en primer lugar, las relaciones bivariadas

*Tabla 1*

Resultados derivados de la regresión logística multivariante para la intención de firmar el carnet de donante. Categorías de referencia: (1) Católico no practicante; (2) Totalmente de acuerdo; (3) De acuerdo; (4) Mucho; (5) No; (6-7) Ninguna; (8) No; (9-12) En desacuerdo

Variables	$\beta$	Error típico	Wald	g.l.	P	R	e <sup>b</sup>
<b>Religión (1)</b>			16,6472	3	0,0008	0,1026	
<i>Cat. practicante</i>	0,7026	0,2266	9,6134	1	0,0019	0,0868	2,0190
<i>Otra religión</i>	-1,1379	0,7572	2,2582	1	0,1329	-0,0160	0,3205
<i>Ateo/agnóstico</i>	1,5226	0,6284	5,8714	1	0,0154	0,0619	4,5840
<b>Cuerpo intacto (2)</b>			60,0618	3	0,0001	0,2313	
<i>Total desacuerdo</i>	3,5679	0,5201	47,0638	1	0,0001	0,2112	35,4405
<i>Algo en desacuerdo</i>	2,2274	0,6007	13,7512	1	0,0002	0,1078	9,2756
<i>Algo de acuerdo</i>	2,3556	0,6207	14,4032	1	0,0001	0,1108	10,5448
<b>Autopsia (3)*</b>			15,7992	2	0,0004	0,1081	
<i>Desacuerdo</i>	-1,0220	0,2822	13,1154	1	0,0003	-0,1049	0,3599
<i>Indiferente</i>	-1,8535	0,9523	3,7881	1	0,0516	-0,0421	0,1567
<b>Extracción prematura de órganos (4)</b>			15,3813	3	0,0015	0,0964	
<i>Nada</i>	0,7621	0,2947	6,6874	1	0,0097	0,0681	2,1428
<i>Casi nada</i>	0,4255	0,4377	0,9449	1	0,3310	0,0000	1,5303
<i>Algo</i>	1,2342	0,3772	10,7069	1	0,0011	0,0928	3,4356
<b>Información por folletos, carteles, etc. (5)</b>	0,4545	0,2309	3,8758	1	0,0490	0,0431	1,5755
<b>Percepción del grado de información (6)</b>			17,6310	3	0,0005	0,1073	
<i>Poca</i>	1,2365	0,3728	11,0029	1	0,0009	0,0944	3,4435
<i>Regular</i>	1,3468	0,3753	12,8769	1	0,0003	0,1038	3,8452
<i>Mucha</i>	1,7689	0,4428	15,9608	1	0,0001	0,1175	5,8646
<b>Confianza en los profesionales (7)</b>			7,9854	3	0,0463	0,0443	
<i>Poca</i>	2,4974	0,9818	6,4702	1	0,0110	0,0665	12,1505
<i>Alguna</i>	2,5304	0,9190	7,5821	1	0,0059	0,0743	12,5589
<i>Mucha</i>	2,2685	0,9031	6,3094	1	0,0120	0,0653	9,6644
<b>Donar sangre (8)</b>	1,3365	0,3095	18,6499	1	0,0001	0,1284	3,8056
<b>No saber cómo hacerse el carnet (9)</b>	0,8287	0,3577	5,3670	1	0,0205	0,0577	2,2904
<b>Falta de tiempo (10)</b>	0,9396	0,3236	8,4307	1	0,0037	0,0798	2,5590
<b>Falta información(11)</b>	1,1453	0,2982	14,7468	1	0,0001	0,1123	3,1434
<b>Sentir miedo (12)</b>	-2,0200	0,2627	59,1097	1	0,0001	-0,2377	0,1327
<b>Constante</b>	-6,6758	1,1391	34,3484	1	0,0001		

\* Las categorías de esta variable se han colapsado en desacuerdo, indiferente y de acuerdo

entre la variable criterio y el resto de variables incluidas en la encuesta, a través de la prueba de independencia y la regresión logística simple. La variable de respuesta ha sido tratada como dicotómica, agrupándose sus categorías en *probable que sí* y *probable que no*, para evitar el exceso de casillas vacías. Posteriormente, se ha aplicado análisis de regresión logística multivariante, introduciendo como variables predictoras aquéllas con más de un 10% de casos en cada casilla y con una probabilidad asociada al estadístico  $\chi^2$  inferior a 0,25 en las tablas de contingencia. El método de estimación seguido ha sido por pasos con selección proactiva. Para las variables categóricas y ordinales se ha empleado codificación ficticia. No obstante, cuando el análisis de regresión logística simple ha mostrado que el logit era lineal en una variable predictora ordinal, se ha introducido como cuantitativa en el análisis multivariante.

El resultado ha sido un modelo de efectos principales conformado por variables tales como las creencias religiosas del encuestado, su actitud hacia la idea de mantener el cuerpo intacto tras la muerte, su actitud hacia la autopsia y hacia la incineración, el grado de preocupación ante la posibilidad de una extracción prematura de los órganos en caso de donación, el grado de confianza en los profesionales sanitarios, haber recibido información a través de folletos y carteles, la percepción del grado de información sobre el tema, la experiencia previa de donar sangre, y no haberse hecho el carnet por desconocer el procedimiento, por falta de tiempo, por falta de información y por miedo (ver anexo 1). En la tabla 1 se exponen estas variables, los coeficientes de regresión correspondientes ( $\beta$ ), el error típico de estimación, el estadístico W de Wald, con los grados de libertad (g.l.) y la probabilidad asociada (p), el coeficiente de correlación parcial (R) y la *odds ratio* o razón de productos cruzados ( $e^\beta$ ).

La razón de productos cruzados obtenida para cada variable nos indica que la asociación de cada una con la intención de firmar el carnet de donante se expresa de la siguiente forma:

1. El propósito de hacerse el carnet entre los *católicos practicantes* es 2,01 veces más probable que entre *católicos no practicantes*, mientras que la probabilidad de expresar la intención de hacerse el carnet entre los *ateos* y *agnósticos* es 4,58 veces la del grupo de referencia. Por último, no es significativa la comparación con las personas que pertenecen a *otras religiones*.

2. La *odds* condicional del deseo de hacerse el carnet entre las personas *totalmente en desacuerdo* con la idea de mantener el cuerpo intacto tras la muerte es 35,44 veces la de quienes están *totalmente de acuerdo* con ello. A su vez, la probabilidad de una decisión positiva en los grupos que están *algo en desacuerdo* y *algo de acuerdo* es 9,27 y 10,5 veces, respectivamente, la probabilidad de ésta en el grupo de referencia.

3. La probabilidad de firmar un carnet por parte de las personas *en desacuerdo* o *indiferentes* hacia la autopsia es 0,35 y 0,15 veces, respectivamente, la probabilidad de este propósito en las personas que se manifiestan *de acuerdo* con él. La última comparación presenta tendencia a la significación estadística.

4. El propósito de firmar el carnet entre las personas *nada* o *sólo algo* preocupadas por la posibilidad de una extracción prematura de los órganos es 2,14 y 3,4 veces más probable, respectivamente, que entre quienes están *muy preocupadas* por esta posibilidad. La comparación del grupo de referencia con el de las personas que se muestran *casi nada* preocupadas no es significativa.

5. El hecho de haber recibido información a través de folletos, carteles y/o vallas publicitarias se relaciona con la intención de firmar el carnet, con una *odds* estimada de este propósito 1,57 veces el de quienes no han obtenido información de esta forma.

6. La *odds* ajustada de la intención de firmar un carnet de quienes piensan que tienen *mucha* información es 5,86 veces la de quienes creen que no tienen *ninguna*, seguido por la *odds* de la intención de quienes consideran que tienen *regular* y *poca* información, que son 3,84 y 3,44, respectivamente, la del grupo de referencia.

7. En cuanto al grado de confianza en los profesionales sanitarios, el deseo de firmar el carnet en las personas que tienen *mucha* y *alguna* confianza es 9,66 y 12,55 veces más probable, respectivamente, que en los que no sienten *ninguna* confianza. A su vez, quienes manifiestan *poca* confianza deciden firmar un carnet 12,15 veces más que el grupo de referencia.

8. El deseo de firmar el carnet es 3,8 veces más probable entre quienes son donantes o han donado alguna vez respecto a quienes no han donado sangre nunca.

9. En relación con las razones que pueden justificar que aún no se haya firmado el carnet, se comprueba que el propósito de hacerse el carnet de quienes manifiestan no tenerlo por *no saber cómo hacerse* es 2,29 veces más probable que el de quienes no consideran que esta sea una razón que lo justifique.

10. Otra razón que influye es la *falta de tiempo*, de forma que la intención de hacerse el carnet es 2,55 veces más probable cuando las personas indican esta explicación para no tenerlo, respecto a las que piensan que ésta no es una razón.

11. El deseo de hacerse el carnet se encuentra afectado por la información que se posee sobre el tema, siendo 3,14 veces más probable entre quienes afirman que la falta de información justifica no haberse hecho, respecto a quienes están en desacuerdo con que este argumento lo explique.

12. Por último, el miedo influye negativamente sobre la intención de hacerse el carnet, con una probabilidad de manifestar una decisión positiva 0,13 veces la de quienes consideran que ésta no es una justificación para no tenerlo.

Respecto al ajuste del modelo, el cambio significativo en la desviación muestra un ajuste global ( $\chi^2= 434,33$ , g.l.= 23 y  $p<0,0001$ ), confirmado por el Test de Hosmer-Lemeshow ( $\chi^2=12,7$ , g.l.= 8 y  $p= 0,12$ ). El coeficiente  $R^2$  de Nagelkerke indica que el 57,1% de la variabilidad en la variable de respuesta viene explicada por el modelo de regresión logística. Asimismo, en la tabla de clasificaciones de los casos según el valor observado y el valor pronosticado se observa que el porcentaje total de coincidencias es del 87,26%, con una tasa de falsos negativos de 0,17 y de falsos positivos de 0,10, lo que implica que el modelo permite pronosticar con bastante seguridad la intención de firmar el carnet de donante de órganos.

#### Discusión y conclusión

Las variables que conforman el modelo son de diversa índole: de tipo religioso, cuestiones relativas a la muerte y la manipulación sobre el cuerpo del fallecido, grado de confianza en los profesionales sanitarios, cuestiones relacionadas con el grado de información sobre donación y trasplante, la experiencia previa en torno a otras conductas prosociales y diversas razones que justifican no haber firmado el carnet de donante hasta el momento.

Las diferencias entre los católicos practicantes y no practicantes son inesperadas, ya que los estudios previos sobre las intenciones y la conducta de firmar el carnet no muestran asociación entre éstas y la religión (v.g. Blanca, Frutos y Rando, 1996; Nolan y Spanos, 1989). No obstante, es posible que en la práctica religiosa se transmitan valores morales relacionados con la ayuda a los demás que puedan de alguna manera afectar positivamente. Asimismo, puede que los católicos perciban con mayor frecuencia una influencia de su religión sobre la decisión, como se ha visto en otros estudios (Blanca, Frutos y Rosel, 1993).

Por otro lado, en relación con las variables relacionadas con la manipulación sobre el cuerpo tras el fallecimiento, como se esperaba, se observa que el propósito de actuar es más frecuente entre aquellas personas que no están totalmente de acuerdo con la idea de mantener el cuerpo intacto y entre quienes poseen una actitud favorable hacia la autopsia. Este resultado es coherente si se tiene en cuenta que la donación de órganos implica la extracción de los mismos mediante una intervención quirúrgica, lo que supone una manipulación sobre el cuerpo sin vida. Estas actitudes están relacionadas con el valor que se otorga a la integridad del cuerpo y con el culto al mismo.

La participación de la conducta de donar sangre, con una mayor probabilidad de adoptar una decisión positiva entre los donantes, es muy significativa, porque es una forma de donación en vida que comparte con la donación de órganos el carácter prosocial. Como indica la literatura, la realización de acciones sociales positivas aumenta la probabilidad de otras acciones similares en el futuro, ya que pueden reforzar la imagen de persona altruista cuando la motivación para la conducta anterior ha sido interna, pueden configurar valores morales, afectar a la evaluación de utilidad de conductas prosociales futuras, así como aumentar la sensibilidad a la necesidad de los otros y la capacidad de ponerse en el lugar de ellos (Eisenberg, 1986). Además, los resultados son consistentes con los trabajos de Horton y Horton (1991), quienes elaboran un modelo causal para explicar la conducta de firmar un carnet de donante en el que la donación de sangre no sólo se relaciona con la actitud hacia la donación y la intención de donar, sino que contribuye de forma directa a predecir la conducta.

Por lo que se refiere a la falta de información general y sobre el procedimiento para hacerse el carnet y la falta de tiempo, estas razones indican la ausencia de algunos recursos necesarios para llevar a cabo la conducta, esto es, la firma del carnet. Se observa que entre las personas que eligen estos argumentos como justificación de su inactividad es más frecuente el propósito de firmar el carnet, frente a quienes consideran que estas razones no explican su comportamiento conservador, tal y como se cita en otros estudios (Blanca, Frutos y Rando, 1996; Basu, Hazariwala y Chipman, 1989; Horton y Horton, 1990, 1991). En el proceso de toma de decisión sobre la realización de una conducta, la percepción de control que posea la persona sobre la posibilidad de llevarla a cabo juega un papel primordial. Esta percepción está en función de los obstáculos que anticipa la persona para la realización, lo cual depende de los recursos de los que dispone (Ajzen, 1988, 1991; Borghida, Conner y Manteufel, 1992; Eagly y Chaiken, 1993; Ronis, Yates y Kirscht, 1989). Esta autoeficacia percibida se contempla en diversos modelos sobre la relación entre la actitud y la conducta (Ajzen, 1988; Eagly y Chaiken, 1993), donde se comporta como un predictor directo de la intención de actuar. Además, puede ser predictor directo de la conducta, si los recursos disponibles no

cambian y no surgen elementos nuevos y poco familiares en la situación. Como sugiere Eisenberg (1986) en su modelo sobre conducta prosocial, la persona debe disponer de las competencias que le habilitan para emitir la conducta y, si transcurre cierto tiempo entre la decisión adoptada y la oportunidad de ejecución, los posibles cambios en las características situacionales y personales (v.g. aumento de los costes) pueden reducir la probabilidad de la conducta. El hecho de que estas explicaciones se asocien a una mayor frecuencia de decisiones positivas podrían, a su vez, justificar que con frecuencia las personas decididas a tener el carnet no lleguen a firmarlo.

Por otra parte, el temor a una posible extracción prematura de los órganos y el miedo a tener el carnet son preocupaciones que pueden explicar el retraimiento de un sector de ciudadanos a tenerlo, ya que en la literatura demuestran ser un impedimento para el propósito de firmar un documento de este tipo (Blanca, Frutos y Rando, 1996; Parisi y Katz, 1986) y en este caso se corrobora. Concretamente, la decisión de hacerse el carnet es menos frecuente en el grupo de personas que manifiestan que el miedo justifica el hecho de no tenerlo, a diferencia de quienes no eligen este argumento. Asimismo, puesto que en el proceso de obtención y trasplante de órganos hay factores que quedan fuera del control de las personas, como el diagnóstico de muerte, la extracción y la distribución de los órganos, parece coherente que la confianza en la labor de los profesionales sanitarios contribuya al modelo, siendo menos probable la intención de hacerse el carnet cuando las personas no poseen confianza en el personal sanitario.

La mayoría de las variables que participan en el modelo elaborado son modificables a través de una adecuada información sobre el tema, con la que se reducirían o eliminarían los temores observados, generando, a su vez, una mayor confianza en los profesionales sanitarios entre las personas que dudan de la transparencia del proceso de obtención de órganos. Por tanto, uno de los objetivos que debe contemplar cualquier campaña es transmitir toda la información necesaria para proporcionar suficientes elementos de juicio en los que basar la decisión que se adopte, insistiendo en las cuestiones que han resultado relevantes para la intención de firmar el carnet y, especialmente, en dar a conocer los procedimientos para hacerse donante. Se podrían emplear mensajes persuasivos donde se propusiera un plan de actuación paso a paso. Además, se debería facilitar el acceso al carnet, evitando la burocracia (v.g. distribución en buzones, en los centros de salud, centros de donación de sangre y sus unidades móviles, en las organizaciones no gubernamentales, etc.), con objeto de aumentar la percepción de control y de reducir el tiempo que transcurre desde que se adopta la decisión positiva hasta que se realiza la conducta.

En torno a la experiencia previa de donación de sangre, puede ser útil la propuesta de Piliavin (1990) relativa a usar de forma indirecta, para la donación de órganos, las acciones que se lleven a cabo para aumentar las donaciones de sangre. En este sentido, es adecuada la distribución de folletos informativos y carnets de donantes en los centros de donación de sangre.

Respecto a las cuestiones relacionadas con la manipulación sobre el cuerpo y la integridad de éste, es posible que sea de utilidad introducir en las campañas de concienciación social una noción del cuerpo distinta, por ejemplo como un jardín, donde los órganos pueden ser cosechados e implantados, o como una máquina, cuyas piezas pueden ser extraídas y repuestas, tal y como propone Belk (1990).

**Anexo 1**  
**Encuesta sobre donación**

(Sólo se indican las cuestiones que forman parte del modelo de regresión logística multivariante).

¿Se haría usted el carnet de D.O.?

SI

- Muy probable que sí
- Bastante probable que sí
- Algo probable que sí

NO

- Muy probable que no
- Bastante probable que no
- Algo probable que no
- No sabe
- No contesta

1. Su religión es:

- Católico practicante
- Católico no practicante
- Agnóstico
- Ateo
- Otra religión, ¿cuál? .....

2. ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con que es preferible que el cuerpo permanezca intacto tras la muerte?

- Totalmente de acuerdo
- Algo de acuerdo
- Algo en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo
- No sabe
- No contesta

3. En caso de necesidad, ¿está de acuerdo o en desacuerdo con la práctica de la autopsia para sí mismo (cuando no se sabe bien la causa de la muerte y se estudia el cadáver)?

Acuerdo

- Totalmente
- Bastante
- Algo
- Indiferente

Desacuerdo

- Totalmente
- Bastante
- Algo
- No sabe
- No contesta

4. ¿Le preocupa la posibilidad de que la persona no esté realmente muerta cuando le extraigan los órganos?

- Mucho
- Algo
- Casi nada
- Nada
- No sabe
- No contesta

5. ¿Desde qué medios de comunicación oye o ha oído más información sobre donación y trasplante?. Le voy a decir algunos de ellos y usted me responde Sí o No. ¿Por carteles o vallas publicitarias, folletos, etc.?

- Sí
- No
- NS
- NC

6. ¿Cuánta información cree que tiene sobre donación y trasplante de órganos?

- Mucha
- Regular
- Poca
- Ninguna
- No sabe  No contesta

7. En general, ¿tiene usted confianza en los médicos y profesionales sanitarios?

- Mucha
- Alguna
- Poca
- Ninguna
- No sabe
- No contesta

8. ¿Es o ha sido usted donante de sangre?

- Sí
- No
- NC

¿Por qué no se ha hecho el carnet?. Le voy a decir algunas razones y usted me responde si está o no de acuerdo con ellas.

¿Está de acuerdo o en desacuerdo con que no se lo ha hecho el carnet por esta razón?

9. Por no saber cómo hacerse lo

- No sabe
- No contesta

10. Por falta de tiempo

- No sabe
- No contesta

11. Por falta de información

- No sabe
- No contesta

12. Por miedo

- No sabe
- No contesta

¿Totalmente o sólo algo?

Totalm	Algo	Algo	Totalm
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1

## Referencias

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Great Britain: Open University Press.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Basu, P.K., Hazariwala, K.M. y Chipman, M.L. (1989). Public attitudes toward donation of body parts, particularly the eye. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 24 (5), 216-220.
- Belk, R.W. (1990). Me and thee versus mine and thine: how perceptions of the body influence organ donation and transplantation. En Shanteau, J. y Harris, R.J. (eds.). *Organ donation and transplantation: psychological and behavioral factors* (pp. 139-149). Washington: American Psychological Association.
- Blanca, M.J., Frutos, M.A. y Rando, B. (1996). Carné de donante de órganos: papel actual. *Revista de Psicología Social*, 11 (1), 19-32.
- Blanca, M.J., Frutos, M.A. y Rosel, J. (1993). *Actitudes de la población de Málaga hacia la donación y trasplante de órganos*. Málaga: Universidad de Málaga.
- Borgida, E., Conner, C. y Manteufel, L. (1992). Understanding living kidney donation: a behavioral decision-making perspective. En Spacapan, S. y Oskamp, S. (eds). *Helping and being helped. Naturalistic studies* (pp. 183-211). California: SAGE.
- Durand-Zaleski, I., Waissman, R., Lang, P., Weil, B., Foury, M. y Bonnet, F. (1996). Nonprocurement of transplantable organs in a tertiary care hospital: a focus on sociological causes. *Transplantation*, 62 (9), 1.224-1.229.
- Eagly, A.H. y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Florida: HBJ.
- Eisenberg, N. (1986). *Altruistic emotion, cognition and behavior*. New Jersey: LEA.
- Evers, S., Farewell, V.T. y Halloran, P.F. (1988). Public awareness of organ donation. *Canadian Medical Association Journal*, 138, 237-239.
- Frutos, M.A., Blanca, M.J., Rando, B., Ruiz, P. y Rosel, J. (1994). Actitudes de las familias de donantes y no-donantes de órganos. *Revista Española de Trasplante*, 3 (3), 163-169.
- Horton, R.L. y Horton, P.J. (1990). Knowledge regarding organ donation: identifying and overcoming barriers to organ donation. *Social Scientific Medicine*, 31 (7), 791-800.
- Horton, R.L. y Horton, P.J. (1991). A model of willingness to become a potential organ donor. *Social Scientific Medicine*, 33 (9), 1.037-1.051.
- Nolan, B.E. y Spanos, N.P. (1989). Psychosocial variables associated with willingness to donate organs. *Canadian Medical Association Journal*, 141, 27-32.
- Painter, L.M., Langlands, J.M. y Walker, J.I. (1995). Donor families experience of organ donation: a New Zealand study. *New Zealand Medical Journal*, 108, 295-296.
- Parisi, N. y Katz, I. (1986). Attitudes toward posthumous organ donation and commitment to donate. *Health Psychology*, 5 (6), 565-580.
- Piliavin, J.A. (1990). Role identity and organ donation research. En Shanteau, J. y Harris, R.J. (eds.). *Organ donation and transplantation: psychological and behavioral factors* (pp. 150-158). Washington: American Psychological Association.
- Ronis, D.L., Yates, J.F. y Kirscht, J.P. (1989). Attitudes, decisions, and habits as determinants of repeated behavior. En Pratkanis, A.R., Breckler, S.J. y Greenwald, A.G. (eds). *Attitude structure and function* (pp. 213-239). New Jersey: LEA.
- Rosel, J., Guasch, J., Jara, P., Oliver, J.C., Caballer, A., Pallarés, J. y Fenollosa, C. (1996). *Actitudes hacia la donación de órganos. Encuesta telefónica realizada a una muestra representativa española*. Informe no publicado presentado a la Dirección General de Investigación Científica y Técnica.
- Shaheen, F.A.M., Souqiyyeh, M.Z., Al-Attar, B., Jaralla, A. y Al Swailem, A.R. (1997). Survey of opinion of secondary school students on organ donation. Manuscrito presentado en *The Fourth International Society for Organ Sharing Congress and Transplant Congresses*. Washington, DC.