

FACTORES SOCIALES Y PSICOLOGICOS QUE INFLUYEN EN LA DONACION DE ORGANOS

M. A. PEREZ SAN GREGORIO, J. M. DOMINGUEZ ROLDAN,
F. MURILLO CABEZAS y A. NUÑEZ ROLDAN

Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

En el presente artículo se realiza un estudio de revisión de la literatura sobre algunas variables sociales y psicológicas que dificultan el proceso de la donación de órganos: (1) variables sociales (sexo, edad, nivel cultural, nivel económico, raza y tipología familiar), (2) variables psicológicas (muerte, religión, cuerpo, autoestima, locus de control, psicopatología, motivo de logro, altruismo, estabilidad emocional y capacidad intelectual), (3) razones que justifican la no donación de órganos (información errónea, desconfianza en los médicos, creencias religiosas, temor a la muerte, respetar o desconocer los deseos de los familiares, ausencia de información o planteamientos y otras razones) y por último (4) otros obstáculos que dificultan la donación (problemas legales y judiciales, insatisfacción con el actual sistema de Sanidad Pública y demanda de camas y personal en la Unidad de Cuidados Intensivos).

Palabras clave: Psicología; Sociología; Donación; Organos.

Social and psychological factors influencing the organ donation. The aim of these studies was the analysis of the literature pertaining to the social and psychological aspects of organ donation: (1) social variables (sex, age, cultural level, economic level, race and family environment), (2) psychological variables (death, religiosity, body, selfesteem, locus of control, psychopathology, motive of achievement, altruism, emotional stability and intellectual capacity), (3) reasons for refusal the organ donation (erroneous information, lack of confidence to the doctors, religious beliefs, fear to death, respect or unknown if deceased wished to donate organs and others reasons) and (4) others problems which prevent or make more difficult the altruistic act of donating organs (legal and judicial problems, dissatisfaction with public health and few beds and doctors in the Intensive Care Units).

Key words: Psychology; Sociology; Donation; Organos.

La actividad trasplantadora de órganos ha crecido a lo largo de los años. No obstante, a pesar de esta progresiva mejora, en la actualidad, la oferta de órganos sigue sin cubrir la demanda existente. Si bien este es un problema generalizado en toda España, se agudiza en Andalucía, donde el cómputo anual de donantes es bastante bajo. Con la finalidad de responder a este problema nos planteamos un estudio de revisión de la literatura, sobre algunos factores sociales y

psicológicos que dificultan el proceso de la donación de órganos. Los estudios existentes sobre este tema, podríamos desglosarlos en cuatro áreas temáticas.

ESTUDIOS COMPARATIVOS DE ALGUNAS VARIABLES SOCIALES ENTRE DIVERSOS GRUPOS

Nos referimos a los siguientes factores: sexo, edad, nivel cultural, nivel económico, tipología familiar y raza.

Sexo

La mayoría de los autores, coinciden en señalar, que la conducta de ser donante o el tener una actitud favorable hacia la donación, no está influida por el sexo de la persona. No obstante y a pesar de que la diferencia porcentual entre los dos sexos es mínima, la balanza se inclina ligeramente a favor del sexo femenino (Lewis, 1987; Perkins, 1987; Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1988).

Edad

La literatura revisada muestra que los jóvenes, en comparación con las personas mayores, tienen una visión más positiva del trasplante y de la donación de órganos (Perkins, 1987; Gabel y Lidskoug, 1989). Concretamente, en un estudio realizado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (1988), se comprueba que suelen ser las personas jóvenes, entre 16 y 30 años, las que poseen la tarjeta de donante (63.4%). El porcentaje más bajo se halla en las personas mayores de 50 años (7.3%) y menores de 16 años (1.51%).

Nivel cultural

Los sujetos con un alto estatus educacional tienen actitudes más favorables hacia la Ciencia y la Medicina y en concreto, actitudes más positivas hacia el trasplante y la donación de órganos (Manninen y Evans, 1985; Perkins, 1987; Gabel y Lidskoug, 1989). Por lo que se refiere a nuestro país, a medida que el nivel cultural descende, la predisposición a donar es menor. Se pasa del 72% en estudiantes universitarios, al 41% en la categoría de "leer y/o escribir" (Martín y cols., 1991). Este factor podría explicar la alta tasa de negativas familiares en algunas de nuestras provincias. Así por ejemplo, en la Comunidad Extremeña, donde la tasa de negativas familiares a la donación es la más elevada del país; cerca del 60% (Cubero y cols., 1990), es también

donde se halla el mayor índice de analfabetismo (Franco y cols., 1991).

Nivel económico

Este es un hecho importante a valorar en la donación, pues los sujetos con un elevado estatus económico, es decir; unos ingresos per cápita más altos, tienen una actitud más favorable hacia el trasplante y la donación de órganos (Manninen y Evans, 1985; González, 1988; Gabel y Lidskoug, 1989). Por ello, la alta tasa de negativas familiares existente en Extremadura, no es sólo explicable por el elevado índice de analfabetismo, sino también porque la renta per cápita de la Comunidad Extremeña es la más baja de España (Franco y cols., 1991).

Tipología familiar

El rechazo a donar los órganos es superior en las familias más desunidas y con menor grado de cohesión entre sus miembros. Igualmente, la decisión de donar los órganos de un familiar, se hace más difícil en las familias numerosas; ya que en éstas se dan unas pautas de relación y unas líneas de autoridad mucho más complejas (Prottas, 1983; Perkins, 1987; Fernández y cols., 1991).

Raza

La mayoría de los estudios comparativos que se han realizado entre la población blanca y negra proceden de Estados Unidos y en líneas generales, concluyen que la población negra se halla en una situación más desfavorable en lo referente a la donación (actitudes, conductas, nivel de conocimientos, etc): (1) el 67% de blancos apoya la donación de órganos, frente a un 20% de negros, (2) el 27% de blancos desea donar sus órganos después de la muerte, frente a un 10% de negros, (3) el 17% de blancos rechaza la donación de órganos, frente a un 45% de negros, (4) el 76% de la población americana conoce las tarjetas de donantes, sólo el 18% lleva tarjeta.

El 65% de la población negra conoce las tarjetas de donantes, sólo un 5% lleva tarjeta y (5) el 50% de blancos permite la donación de órganos, frente a un 30% de negros (Manninen y Evans, 1985; Callender, 1987; Sumrani y cols., 1990).

ESTUDIOS COMPARATIVOS DE ALGUNAS VARIABLES PSICOLÓGICAS ENTRE DIVERSOS GRUPOS

Nos referimos a los siguientes factores: muerte, religión, cuerpo, autoestima, locus de control, psicopatología, motivo de logro, altruismo, estabilidad emocional y capacidad intelectual.

Muerte

Tres son las razones que justifican la no donación de órganos: (1) miedo ante la posibilidad de una muerte tan sólo aparente, (2) temor de ser declarado muerto prematuramente con el único propósito de extraer los órganos y (3) no aceptar la propia mortalidad (Parisi y Katz, 1986; McIntyre y cols., 1987; Townsend y cols., 1990; Martín y cols., 1991). Por otro lado, el perfil psicológico que diferencia los donantes de los no donantes podría resumirse en los siguientes

puntos (Hessing y Elffers, 1986; Pérez-SanGregorio y cols., 1991a y 1992a): (Tabla 1)

En íntima conexión con el tema de la donación y trasplante de órganos aparece el término muerte cerebral; introducido con la Ley 30/1979. La muerte cerebral se define como la situación en que el cerebro está extensa e irreversiblemente dañado, no puede mantener la homeostasia externa e interna, no siendo posible su recuperación. El principal problema radica en que algunos sectores de la sociedad ni aceptan ni comprenden dicho concepto. Así por ejemplo, Jasper y cols. (1991) exploran los posibles errores concernientes a este término. Concretamente, a 320 estudiantes de Psicología de la Universidad de Kansas City, le plantearon la siguiente cuestión: "Si escuchas que Jack fué diagnosticado de muerte cerebral, por tres médicos diferentes, ¿cuál de las siguientes interpretaciones sería la más apropiada de este diagnóstico?": (Tabla 2)

Sólo 95 sujetos (30%), eligieron la alternativa correcta; la opción "F". Estos datos corroboran el estudio realizado por Shanteau y Linin (1990), los cuales utilizando la técnica de asociación de palabras, concluyen que los sujetos comprendieron la muerte cerebral de forma incorrecta; concretamente, como una situación que realmente no era terminal.

DONANTES	NO DONANTES
— Menor preocupación por la muerte	— Mayor preocupación por la muerte
— Menor preocupación hacia la integridad personal	— Mayor preocupación hacia la integridad personal
— Mayor aceptación de la propia mortalidad	— Menor aceptación de la propia mortalidad
— Experimentación de la muerte como algo ligeramente positivo	— Experimentación de la muerte como algo negativo
— Menos ansiedad ante la muerte	— Más ansiedad ante la muerte
— Actitud positiva hacia la muerte	— Actitud negativa hacia la muerte
— Menor temor a la muerte	— Mayor temor a la muerte

Tabla 1. Resumen de diferencias entre donantes y no donantes.

RESPUESTAS	PORCENTAJES
a. Su cerebro ha sido dañado y quedará inútil, quizás por años	48%
b. El se halla en una situación muy crítica, con sólo un 50% de probabilidad de sobrevivir	1%
c. El está en coma y ahora no responde a nada, aunque otros indicadores son normales.	19%
d. El está gravemente enfermo y sólo tiene una escasa posibilidad de sobrevivir	1%
f. El realmente está muerto y no existe posibilidad de que sobreviva	30%

Tabla 2. Resumen del estudio de Jasper y cols. (1991).

Muy clarificadores en este área han resultado los trabajos realizados por Jasper y cols. (1991); los cuales empleando la metodología de Harris y cols. (1990), basada en simulaciones de laboratorio, enfrentan a una familia con la decisión de donar o no los órganos de un pariente que ha muerto trágicamente en un accidente. Escriben 23 escenarios de 55-125 palabras que dividen en 3 experimentos: I (488 sujetos), II (395 sujetos) y III (288 sujetos). Los escenarios más relevantes para el propósito de nuestro trabajo son los siguientes:

A. Las variables “muerto cerebralmente” y “muerto”, fueron ortogonalmente cruzadas con la “presencia” y “ausencia” de explicación sobre la muerte cerebral (muerte permanente sin la posibilidad de recuperación).(Tabla 3).

B. Igual que el escenario anterior, con la única diferencia que en las 4 versiones, la

víctima había firmado una tarjeta de donante. (Tabla 4).

A partir de estos hallazgos, los autores concluyen que hay un efecto positivo, aunque no significativo, al proporcionar una explicación de la muerte cerebral y que el factor más importante es el hecho de que el fallecido haya firmado una tarjeta de donante.

Religión

Una importante figura que aparentemente ha contribuido al olvido o al desánimo de las donaciones, es la tradicional enseñanza cristiana de la doctrina de la resurrección del cuerpo, en concreto; la idea de conservar el cuerpo intacto después de la muerte (Dechesser, 1986). Así mismo, algunos individuos creen que las donaciones y trasplantes de órganos están en contra de Dios (Hessing y Elffers, 1986; Lewis, 1987).

Variables	Si	No	Indecisos	N
Muerto cerebralmente + no explicación	76,0%	11,0%	13,0%	100
Muerto cerebralmente + si explicación	76,3%	9,3%	14,4%	97
Muerto + no explicación	70,4%	7,1%	22,4%	98
Muerto + si explicación	74,0%	10,0%	16,0%	100

Tabla 3. *Muerto cerebralmente* y *muerto* fueron ortogonalmente cruzadas con la “presencia” y “ausencia” de explicación sobre la muerte cerebral.

Variables	Si	No	Indecisos	N
Muerto cerebralmente + no explicación + tarjeta de donante	91,7%	1,4%	6,9%	72
Muerto cerebralmente + sí explicación + tarjeta de donante	98,6%	0,0%	1,4%	74
Muerto + no explicación + tarjeta de donante	88,4%	2,9%	8,7%	69
Muerto + sí explicación + tarjeta de donante	93,2%	2,7%	4,1%	73

Tabla 4. Igual que en la Tabla 3 pero en este caso la víctima había firmado una tarjeta de donante.

En función de las creencias de la población en los diversos dogmas y doctrinas defendidos por el cristianismo, aparecen una serie de diferencias entre los donantes y los no donantes; tanto en España, como en otros países. Así por ejemplo, en un estudio realizado por Simmons y cols. (1974), aparecen las siguientes diferencias entre 80 sujetos donantes (con tarjeta) y 100 sujetos no donantes (sin tarjeta). (Tabla 5).

De estos resultados, podemos deducir que los donantes son menos religiosos, menos tradicionales, tienden a ver la religión y la moral como congruentes con la Ciencia, presentan poco interés por mate-

rias religiosas y no pertenecen a una religión formal (Simmons y cols., 1974; Perkins, 1987; Gabel y Lindskoug, 1989).

En un excelente trabajo realizado por Delong (1990) en Estados Unidos, se estudian las actitudes de los sacerdotes hacia la donación de órganos. La muestra estaba constituida por 56 sacerdotes en los que analiza sus creencias religiosas y profesionales. A continuación se exponen, por orden de importancia, los problemas hallados:

A. Creencias religiosas de los sacerdotes: "¿Qué problemas sobre donación de órganos, deben proceder desde una perspectiva exclusivamente religiosa o teológica?": (1)

	Donantes (n = 80)	No donantes (n = 100)
Asisto a la iglesia una vez a la semana	36%	46%
La religión me da sentimientos de seguridad en este difícil mundo	50%	64%
Sin la religión la humanidad no tendría conceptos sobre lo justo y lo injusto	33%	59%
Una persona que no cree en ninguna religión debe sentirse insegura	19%	26%
Después de la muerte no creo en nada: ni en el cielo, ni en el infierno	39%	11%
No es inmortal estudiar al hombre por métodos científicos	93%	59%
No creo que los deseos de la ciencia por rechazar las creencias tradicionales hayan contribuido a la confusión y desorden del mundo actual	48%	28%
Existen incongruencias entre lo que enseña la ciencia y la religión	39%	55%

Tabla 5. Estudio realizado por Simmons y cols. (1974).

respeto del donante, (2) resurrección del cuerpo en el momento final, (3) sufrimiento del paciente y (4) conservar el cuerpo intacto.

B. Creencias profesionales de los sacerdotes: “¿Qué problemas sobre donación de órganos, deben proceder desde una perspectiva exclusivamente personal o profesional?”: (1) obligación potencial de tener que tomar una decisión, (2) educación pública sobre donación, (3) tiempo para solicitar la donación y (4) creencias éticas.

Cuerpo

Los no donantes o los que tienen una actitud desfavorable o negativa hacia la donación, temen en mayor medida que los donantes la desfiguración del cuerpo; de ahí la preferencia por un cuerpo intacto e íntegro después de la muerte (Robinette y cols., 1985; McIntyre y cols., 1987; Ripoll, 1988). Esta creencia parece estar profundamente arraigada en el inconsciente y tener poco contenido racional; ya que las técnicas para la extracción de órganos, son relativamente simples e inequívocas. Parece poco probable que la gente piense en un error en los procedimientos quirúrgicos que dé lugar a alteraciones en el cuerpo; más bien se trata de una creencia que involucra aspectos religiosos, místicos o supersticiosos (Parisi y Katz, 1986).

Existen numerosas y marcadas diferencias entre los donantes y los no donantes. Concretamente, los donantes poseen una imagen corporal más definida y no se aferran a la idea de un cuerpo intacto después de la muerte (Cleveland, 1975). En un estudio realizado por Simmons y cols. (1974), se comparan las actitudes hacia el cuerpo entre 80 sujetos donantes (con tarjeta) y 100 sujetos no donantes (sin tarjeta). (Tabla 6).

Por otro lado, Jasper y cols. (1991), utilizando la metodología de simulaciones de laboratorio, enfrentan a una familia con la decisión de donar o no los órganos de un

pariente que ha muerto trágicamente en un accidente. Realizan 4 versiones de un mismo escenario y cruzan ortogonalmente las variables tipo de funeral planeado (“incineración” o “inhumación”), con la “presencia” y “ausencia” de una explicación sobre la no desfiguración del cuerpo como consecuencia de la donación de órganos. (Tabla 7).

Los autores detectaron que cuando presentaron los escenarios con la ayuda de una explicación consistente en la no desfiguración del cuerpo como consecuencia de la donación de órganos, hallaron un aumento significativo de los porcentajes que recomendaron la donación; tanto en las familias que tradicionalmente preferían la incineración, como en las que preferían la inhumación. Esta simple explicación a los familiares ya fué surgida por Winkel (1984) y Parisi y Katz (1986) como de gran utilidad.

Autoestima

La donación de órganos, en función de la autoestima alta o baja poseída por el sujeto, puede proporcionar la posibilidad de mantenerla o mejorarla. Así por ejemplo, los sujetos con alta autoestima, no están preocupados por mejorarla, saben que si mueren súbitamente, han tenido una autoimagen positiva. Sin embargo, para los sujetos con baja autoestima, la muerte sería la última oportunidad para mejorarla a través de un acto altruista en ese momento. Ello dependería de la actitud hacia la muerte; si es negativa, es difícil que consideren la donación de órganos, pero si es positiva o no del todo negativa, sería una oportunidad para mejorar su autoestima firmando una tarjeta de donante (Hessing y Elffers, 1985 y 1986; Hessing, 1988).

Locus de control

Se refiere a la tendencia humana consistente en asignar a los acontecimientos una causa de origen personal, basada en la

	Donantes (n = 80)	No donantes (n=100)
El cuerpo es sagrado después de la muerte	14%	36%
Después del entierro el cuerpo tiene significado religioso	19%	38%
Prefiero la inhumación antes que la incineración	31%	65%
Apruebo la incineración	68%	51%

Tabla 6. Resumen del trabajo de Simmons y cols.

habilidad y conocimientos poseídos por las personas (locus de control interno), o no personal, basada en factores tales como el “azar” o el “destino” (locus de control externo) (González, 1988). Cleveland (1975), compara un grupo de 30 personas que donaron su cuerpo a la ciencia médica después de su muerte, con otro grupo de 30 personas que se negaron. Concluye que los donantes puntúan más alto en la determinación interna de la conducta que los no donantes, quienes recurren más a factores externos; tales como la “suerte” o el “destino” para explicar su conducta. Sin embargo, los resultados obtenidos en nuestro país por González (1988), no apuntan en esta misma dirección. Este autor utiliza la Escala I-E de García-Torres (1983) y compara 106 donantes (con tarjeta) y 92 no donantes (sin tarjeta). Concluye que la variable locus de control en su doble vertiente, no puede ser utilizada como agente causal y predictor de las conductas de donación y de no donación de órganos. Quizás, las discrepancias entre los resultados de ambos estudios se deban, por un lado, a que se trata de diferentes me-

dios socioculturales y por otro, a que los propósitos son diferentes; investigación versus trasplante.

Psicopatología

La incidencia que sobre la donación ejerce la psicopatología mostrada por los familiares de donantes potenciales ingresados en UCI, es realmente importante. Como demostrábamos en otro lugar (Pérez-San-Gregorio y cols., 1991b y 1992b), los signos propios de la esfera depresiva, aparecen significativamente incrementados en los familiares que no están dispuestos a donar sus órganos ni los de sus allegados. Así mismo, no podemos olvidar que algunas familias cuando son informadas de la muerte de un allegado y se les solicita la donación de órganos, reaccionan con “histeria colectiva”. Esta situación es difícil de controlar y cuando aparece, la comunicación verbal es prácticamente imposible (Fernández y cols., 1991).

Motivo de logro

González (1988) realiza un estudio comparativo de esta variable, entre 106 do-

Variables	Sin	No	Indecisos	N
Incineración + no explicación	55,0%	29,0%	16,0%	100
Incineración + sí explicación	74,0%	12,5%	13,5%	97
Inhumación + no explicación	46,9%	21,4%	31,6%	98
Inhumación + sí explicación	74,0%	12,0%	14,0%	100

Tabla 7. Resumen de resultados de Jasper y cols. (1991).

nantes (con tarjeta) y 92 no donantes (sin tarjeta). Para este propósito emplea 4 Escalas del cuestionario LEPAM (Castaño, 1982): Escala L (Motivo de Logro; la necesidad de acometer cosas difíciles, de sobrepasar obstáculos y de obtener un alto nivel), Escala E (Expectativas de Exito; grado en que el sujeto espera conseguir las metas que se propone), Escala P (Perseverancia; grado en que el sujeto percibe que está poniendo los medios para alcanzar los objetivos que se propone) y Escala M (Motivación hacia lo que se está haciendo). Concluye que tan sólo en la Escala P (Perseverancia), las diferencias entre los 2 grupos resultaron estadísticamente significativas; en el sentido de que los donantes obtuvieron puntuaciones superiores.

Altruismo

El hecho de donar un órgano se integra dentro de una visión altruista de la vida. En este sentido, está demostrado que los donantes de órganos (con tarjeta) en comparación con los no donantes (sin tarjeta), muestran más conductas altruistas: (1) reúnen dinero para ofrecer a la caridad (38% versus 29%), (2) han sido miembros de grupos de caridad (68% versus 48%) y (3) han donado sangre (49% versus 30%) (Simmons y cols., 1974).

Estabilidad emocional

Los sujetos con mayor estabilidad emocional, presentan actitudes más positivas hacia las donaciones y trasplantes de órganos, que los sujetos con menor estabilidad emocional (Gabel y Lindskoug, 1989).

Capacidad intelectual

Los sujetos con una capacidad intelectual alta, presentan actitudes más positivas hacia las donaciones y trasplantes de órganos, que los sujetos con una baja capacidad intelectual (Gabel y Lindskoug, 1989).

ESTUDIOS DESCRIPTIVOS SOBRE LAS RAZONES QUE JUSTIFICAN LA NO DONACION DE ORGANOS

Estos trabajos utilizan muestras de diversa procedencia: sujetos que no desearían donar sus órganos, sujetos que no quieren firmar una tarjeta de donante, creencias que tienen los sujetos de por qué la gente no se hace donante, sujetos que no desearían donar los órganos de un familiar y familias que rechazaron la extracción de órganos de sus allegados. Todos estos estudios se han realizado en diferentes medios sociales y culturales, comprobándose que las creencias o razones en las que se basa un individuo para no donar, se integran en uno de los 7 apartados siguientes: información errónea, desconfianza en los médicos, creencias religiosas, temor a la muerte, respetar o desconocer los deseos de los familiares, ausencia de información o de planteamientos y otras razones (Corlett, 1985; Winkel y Huismans, 1986; Batten y Protas, 1987; Smith y cols., 1989; Townsend y cols., 1990; Domínguez y cols., 1991).

Información errónea

Temor de un posible comercio y tráfico de órganos, creer que la extracción de los órganos desfiguraría al cadáver, creer en la existencia de desigualdades y desequilibrios en el reparto y distribución de los órganos donados, creer que los órganos no serán útiles para trasplante, ser demasiado viejo y pensar que los órganos no serán útiles, temor al sufrimiento del donante, creer que se le ofertaría al receptor una mala calidad de vida, creer que el trasplante será un fracaso y creer que si se firma una tarjeta de donante uno no podrá retractarse.

Desconfianza en los médicos

Temor de recibir un tratamiento médico inadecuado tanto en cantidad como en calidad, temor de que los médicos realicen

una precipitada extracción de los órganos, temor de que los médicos declaren la muerte prematuramente, desconfianza en los médicos sobre todo lo relativo a la donación de órganos, temor de que los médicos extraigan los órganos sólo para experimentos de laboratorio e investigación, creer que los médicos y la sanidad son los responsables de la muerte del familiar y rechazo de que los médicos soliciten los órganos justo cuando la muerte acaba de ocurrir.

Creencias religiosas

Creer en la necesidad de un cuerpo intacto para una vida posterior (resurrección final), no aceptar la mutilación del cadáver, dudas por razones religiosas, preferencia por los rituales funerarios tradicionales (velatorio, traslado del cadáver al domicilio, etc) que se verían interferidos por la donación y creer que el cuerpo es sagrado e inviolable después de la muerte.

Temor a la muerte

Incomprensión del concepto de muerte cerebral, barreras psicológicas que impiden enfrentarse con la muerte, respeto y miedo que causan los muertos ("Hay que dejar a los muertos en paz") y ser demasiado joven y no haberse planteado nunca la muerte.

Respetar o desconocer los deseos de los familiares

Respetar la voluntad del fallecido cuando éste había dejado constancia de que no deseaba donar, no saber si el fallecido deseaba donar y no tener la responsabilidad de tener que tomar esa decisión.

Ausencia de información o de planteamientos

Ausencia de información sobre la donación de órganos (necesidad, tarjeta de donante, etc) y no haberse planteado ni pensado en ningún momento la donación de órganos.

Otras razones

Sentimientos de indiferencia ante los problemas de otros (posibles receptores de órganos), irrealidad de la muerte del familiar, rechazo de que un cuerpo ajeno lleve los órganos pertenecientes a otro cuerpo, fatalismo y superstición (Ejemplo: "Si firmo una tarjeta de donante moriré muy pronto"), temor de estar sometido a numerosas críticas por parte de los familiares y/o amigos, sentimiento de venganza contra la sociedad por la muerte del familiar, existencia de algunas personas (posibles receptores) a las que no gustaría donar los órganos, no creer un deber realizar este tipo de comportamiento por no haber recibido nada de la sociedad y no poder seguir en la cama después de la extracción y ser rápidamente inhumado o incinerado.

OTROS OBSTACULOS QUE DIFICULTAN EL PROCESO DE LA DONACION DE ORGANOS

En este apartado nos referimos a 4 puntos principales: problemas legales y judiciales, insatisfacción con el actual sistema de sanidad pública, publicidad negativa y demanda de camas y personal en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Problemas legales y judiciales

La Ley 30/1979 sobre Extracción y Trasplante de Organos ("la extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos podrá realizarse con fines terapéuticos o científicos, en el caso de que éstos no hubieran dejado constancia expresa de su oposición"), puede considerarse una de las más avanzadas del mundo en su género. Sin embargo, su alcance se ha visto limitado por una aplicación restringida, debido a 2 tipos de dificultades que se analizan a continuación (Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo, 1985):

A. Aplicación incompleta de la Ley: aunque no figura alusión alguna a una posible intervención de la familia, todos los

equipos de extracción solicitan sistemáticamente el permiso familiar. Los motivos de esta actitud son: (1) temor a suscitar una reacción pública contraria a los trasplantes, (2) temor a ser objeto de demandas judiciales y (3) exigencia del permiso familiar por parte de los jueces.

B. Retrasos en la tramitación del permiso judicial: los individuos en muerte cerebral tienen con frecuencia una situación hemodinámicamente muy precaria; un retraso en la extracción, aún de pocas horas, puede dar lugar a una parada cardíaca con la consiguiente pérdida de las condiciones de los órganos precisos para su trasplante. Entre los problemas suscitados, destacaríamos: (1) necesidad de comparecencia en el juzgado del solicitante, generalmente un miembro del equipo de extracción, (2) variación de un juez a otro de los requisitos concretos a aportar o en la redacción de las solicitudes y (3) no redacción de la autorización hasta que el forense ha comprobado todos los aspectos necesarios. La necesidad de desplazarse al hospital, regresar al juzgado y comunicarse con el juez, puede hacer que la firma de la autorización se retrase incluso horas.

Insatisfacción con el actual sistema de sanidad pública

El hecho de donar o dar significa estar convencido de lo que se hace y "agradecido" para quien lo hace; no se puede dispensar una deficitaria sanidad pública y después pedir un bien social (Anaya, 1991). El trato inadecuado a los familiares de presuntos donantes, la masificación de las salas de espera, la falta de información sobre el curso clínico de los pacientes, etc, son obstáculos que dificultan la donación (Deulofeu y cols., 1985). Este hecho no sólo se ha comprobado en nuestro país, sino también en Estados Unidos, donde Fulton y Simmons (1977) y Harris y Jasper (1991), hallaron que aumentaba el porcentaje de donaciones cuando

las familias eran atendidas correctamente por el personal sanitario. Si el donante y sus familiares confiaban en los médicos, el porcentaje de donación fué del 88%. Este descendió a un 66%, cuando el donante confiaba en los médicos pero sus familiares no.

Publicidad negativa

En algunas ocasiones, la información queda reducida a los aspectos más anecdóticos y a una serie de hechos no confirmados. Entre otros, los ejemplos más significativos son las siguientes notas y noticias: "Varios niños perdidos en grandes almacenes aparecieron con un órgano menos" (Cantarovich y cols., 1989), "América latina se ha convertido en el centro mundial de tráfico de órganos infantiles: los niños son asesinados, descuartizados y enviados a sus compradores" (ABC, 1991a), "Enfermos graves son convertidos en donantes obligatorios" (ABC, 1991b).

Demanda de camas y personal en la Unidad de Cuidados Intensivos

Existe un insuficiente número de personal y camas en Unidades adecuadas para aquellos pacientes que requieren cuidados intensivos; ello hace que muchos profesionales rechacen iniciar el proceso de la donación, entre otras razones, porque supondría una sobrecarga e interrumpiría el ritmo normal de trabajo (Hoffenberg, 1987; Le-Poidevin, 1987). Probablemente, esto no sólo ocurra en otros países, sino también en el nuestro, donde imaginamos que se manejarían más donantes potenciales, si se incrementase el número de camas, equipos y personal en UCI.

En resumen, la desconfianza en el personal sanitario, la falta de información y de mentalización previas, la situación traumática y dolorosa que los familiares experimentan ante la muerte de sus allegados, los respetos humanos, el miedo al "qué dirán", los ritos funerarios tan anclados en nuestra

tradición y quizás también, el temor que aún hoy día siguen ocasionando los muertos, dificulta o impide el acto altruista de la donación de órganos.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS-90/4039 y FIS-90/0053).

REFERENCIAS

- ABC (1-8-91a), p. 60.
 ABC (8-9-91b), p. 74.
 Anaya, F. (1991). Factores negativos que influyen en el programa de extracción renal. Experiencia de 14 años. *Nefrología*, 11, 46-48.
 Batten, H.L., Prottas, J. M. (1987). Kind strangers: The families of organ donors. *Health Affairs*, 35, 35-47.
 Callender, C.O. (1987). Organ Donation in the black population: Where do we go from here?. *Transplantation Proceedings*, 19, 36-40.
 Cantarovich, F., Castro, L., Dávalos, M., Cantarovich, M., Cerrajería, A.M., Cumpian, E., Abad, M., Ahumada, J. y Rodríguez, R. (1989). Sectarianism, uncertainty and fear: Mechanisms that may reserve attitudes toward organ donation. *Transplantation Proceedings*, 21, 1409-1410.
 Castaño, C. (1982). *Relación entre algunas variables de personalidad con la estimación del logro vocacional*. Comunicación presentada en el VII Congreso Nacional de Psicología. Santiago de Compostela.
 Cleveland, S. E. (1975). Personality characteristics, body image, and social attitudes of organ transplant donors versus nondonors. *Psychosomatic Medicine*, 37, 313-319.
 Corlett, S. (1985). Public attitudes toward human organ donation. *Transplantation Proceedings*, 17, 103-110.
 Cubero, J. J., Robles, N. R., Espárrago, J. F. y Sánchez-Casado, T. (1990). Donación de órganos. Ausencia de comprensión social. *Nefrología*, 10, p. 212.
 Dechesser, A. D. (1986). Organ donation: The supply/demand discrepancy. *Heart and Lung*, 15, 547-551.
 Delong, W. R. (1990). Organ donation and hospital chaplains. *Transplantation*, 50, 25-29.
 Deulofeu, R., Jane, E., Sabater, R. y Vidal, C. (1985). Organización de la red de obtención de órganos en Cataluña. *SEDYT*, 7, 107-112.
 Domínguez-Roldán, J. M., Murillo Cabezas, F., Muñoz-Sánchez, M. A., Pérez-San-Gregorio, M. A. y Barrera-Chacón, J. M. (1991). Aspectos culturales de la percepción de la muerte. Su influencia en la donación de órganos. *Nefrología*, 11, 52-54.
 Fernández, M., Zayas, E., González, Z.A., Morales-Otero, L. A. y Santiago-Delpín, E. A. (1991). Factors in a meager organ donation pattern of a hispanic population. *Transplantation Proceedings*, 23, 1799-1801.
 Franco, A., Santiago, C. y Gómez, P. (1991). Aspectos socioeconómicos ante la donación. *Nefrología*, 1, 23-25.
 Fulton, J. y Simmons, R. (1977). The cadaver donor and the gift of life. In Simmons, R.; Klein, S.D. (eds.), *Gift of life: The social and psychological impact of organ transplantation*. New York: Wiley.
 Gabel, H. y Lindskoug, K. (1989). *A survey of public attitudes to cadaveric organ donation in a swedish community*. Sweden. Department of Surgery and Community Medicine. Malmo General Hospital.
 García-Torres, B. (1983). *Análisis y delimitación del constructo autoestima*. Madrid. Tesis Doctoral.
 González Felipe, M. A. (1988). *Imagen social, determinantes sociodemográficos, personales y no personales de la donación de órganos*. Punto de partida para la so-

- lución de un problema comunitario. Madrid. Tesis Doctoral.
- Harris, R. J., Jasper, J. D., Shanteau, J. y Smith, S. A. (1990). Organ donation consent decisions by the next of kin: An experimental simulation approach. In Shanteau, J.; Harris, R.J. (eds.), *Psychological research in organ donation*. Washington: Americal Psychological Association.
- Harris, R. J. y Jasper, J. D. (1991). Consenting to donate organs: Whose wishes carry the most weight?. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 3-14.
- Hessing, D. J. (1988). *The social dilemma of organ donation. Opting in or opting out, is that the cuestion*. Paper presented for the Conference on Research on the Psychological aspects of organ donation. Manhattan (Kansas).
- Hessing, D.J. y Elffers, H. (1985). General and physical self esteem and altruism behavior. *Psychological Reports*, 56, p. 930.
- Hessing, D.J. y Elffers, H. (1986). Attitude toward death, fear of being declared dead too soon, and donation of organs after death. *Omega*, 17, 115-126.
- Hoffenberg, R. (1987). *Report of the working party on the supply of donor organs for transplantation*. Conference of Medical Royal Colleges and Their Faculties in the UK. Department of Health and Social Security.
- Jasper, J. D., Harris, R. J., Lee, B.C. y Miller, K. E. (1991). Organ donation terminology: Are we communicating life or death?. *Health Psychology*, 10, 34-41.
- Junta de Andalucía. (1985). Consejería de Salud y Consumo. *Informe sobre la situación del trasplante renal en Andalucía y su problemática médico-legal*. Programa Sectorial de Insuficiencia Renal Crónica. Dirección General de Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas.
- Junta de Andalucía. (1988). Consejería de Salud. *Estudio social sobre donaciones*. Servicio de Participación Comunitaria. Dirección General de Ordenación Sanitaria.
- Le-Poidevin, S. (1987). *The management of bereaved relatives and approaching the next of kin about organ donation*. London Hospital. Psychiatry Department.
- Lewis, B. R. (1987). *Kidney donor survey*. Manchester: UMIST.
- Ley 30/1979 de 27 de Octubre sobre Extracción y Trasplantes de Organos.
- Manninen, D. y Evans, R. (1985). Public attitudes and behavior regarding organ donation. *Journal of the American Medical Association*, 253, 3111-3115.
- Martín González, A., Martínez García, J. M. y Manrique Domingo, S. (1991). Donación de órganos para trasplantes. Aspectos psicosociales. *Nefrología*, 11, 62-68.
- Mcintyre, P., Barnett, M. A., Harris, R. J., Shanteau, J., Skowronski, J. y Klassen, M. (1987). Psychosocial factors influencing decisions to donate organs. In Wallendorf, M.; Anderson, P.F. (eds.), *Advances in Consumer Research*. Kansas State University: Association of Consumer Research.
- Parisi, N., Katz, I. (1986). Attitudes toward posthumous organ donation and commitment to donate. *Health Psychology*, 5, 565-580.
- Pérez San Gregorio, M. A., Núñez Roldán, A., Murillo Cabezas, F., Domínguez Roldán, J.M. y Blanco Picabia, A. (1991a). El temor a la muerte influencia la donación de órganos en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 3, 201.
- Pérez San Gregorio, M. A., Blanco Picabia, A., Domínguez Roldán, J. M., Murillo Cabezas, F. y Núñez Roldán, A. (1991b). El perfil psicológico de los familiares de pacientes con traumatismo grave determina la donación de órganos en cuidados intensivos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 3, p.201.
- Pérez San Gregorio, M. A., Núñez Roldán, A., Domínguez Roldán, J. M., Murillo Cabezas, F. y Blanco Picabia, A. (1992a). The attitude toward death influences the donation of organs in intensive care units. *Transplantation Proceedings*, 24, 24.
- Pérez San Gregorio, M. A., Blanco Picabia, A., Murillo Cabezas, F., Domínguez Roldán, J. M. y Núñez Roldán, A. (1992b).

- Psychological profile of families of severely traumatized patients. Relationship to organ donation for transplantation. *Transplantation Proceedings*, 24, 27-28.
- Perkins, K. A. (1987). The shortage of cadaver donor organs for transplantation: Can psychology help?. *American Psychologist*, 42, 921-930.
- Prottas, J. (1983). Encouraging altruism: Public attitudes and the marketing of organ donation. *Health and Society*, 61, 278-306.
- Ripoll, J. (1988). Navarra's youths attitudes to organ donation. *ETCO-Newsletter*, 6, 7-11.
- Robinette, M. A.; Marshall, W. J.; Arbus, G. S.; Beal, K.; Bennett, R. C.; Brady, W. J.; Harris, D.; Rimstead, D.; Morrin, P.; Seaver, R.; Stiller, C. R. (1985). The donation process. *Transplantation Proceedings*, 17, 45-65.
- Shanteau, J.; Linin, K. A. (1990). Subjective meaning of terms used in organ donation: An analysis of word associations. In Shanteau, J.; Harris, R.J. (eds.), *Psychological research in organ donation*. Washington: American Psychological Association.
- Simmons, R. G.; Bruce, J.; Bienvenue, R.; Fulton, J. (1974). Who signs an organ donor card donor card: traditionalism versus transplantation. *Journal of Chronic Diseases*, 27, 491-502.
- Smith, F.; Pearson, I. Y.; Tyler, C.; Roby, H.; Currow, H.; Wincop, P.; Francis, A. (1989). Brain death and organ donation: A two year experience in ICU, Westmead Hospital. *Transplantation Proceedings*, 21, 3828-3829.
- Sumrani, N.; Delaney, V.; Butt, K. M.; Hong, J. H. (1990). The pattern of organ donation in a large urban center. New York State. *Journal of Medicine*, 90, 396-399.
- Townsend, M. E.; Rovelli, M. A.; Schweizer, R. T. (1990). Value of discussion groups in educating blacks about organ donation and transplantation. *Transplantation Proceedings*, 22, 324-325.
- Winkel, F. W. (1984). Public communication on donor cards: A comparison of persuasive style. *Social Science and Medicine*, 19, 957-963.
- Winkel, F.W.; Huismans, S. E. (1986). Refutational messages on donor cards: A test of boomerang effects. *Psychological Reports*, 59, 899-910.