



UNIVERSIDAD DE MURCIA

**DEPARTAMENTO DE CIRUGIA , PEDIATRIA, OBSTETRICIA Y
GINECOLOGIA**

**Actitud hacia la donación y el trasplante de órganos de
cadáver entre los inmigrantes latino-americanos
residentes en Florida (USA)**

D. José Antonio García Hernández

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA

Departamento de Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología

TESIS DOCTORAL

**Actitud hacia la donación y el trasplante de órganos de
cadáver entre los inmigrantes latino-americanos
residentes en Florida (USA)**

Memoria presentada por **D. Jose Antonio García Hernández** para aspirar al grado de doctor en medicina por la Universidad de Murcia, bajo la dirección de los Dres.:

D. Antonio Ríos Zambudio

D. Pablo Ramírez Romero

Murcia, 2015

AGRADECIMIENTOS

A Lola, mi mujer

A mis hijos y nietos, por ser el motor de mi vida.

A mi madre, que le debo todo.

A mis hermanos, a los que quiero mucho.

A la memoria de mi padre y mi tío Antonio, urólogo, que me inculcó la vocación por mi especialidad.

Agradecer su colaboración a todas las personas que me han ayudado durante todos estos años de trabajo y que han contribuido a que la realización de esta tesis sea posible.

Al Dr. Antonio Ríos, Director de esta tesis. Sin él habría sido imposible haber realizado esta tesis doctoral y por haberme hecho sentir joven de nuevo.

Al Dr. Pablo Ramírez, Coordinador Autonómico de Trasplantes y Co-Director de esta tesis, por su apoyo.

A Don Francisco J. Mora Sr. (P.O. Box 112104. Hialeah, Florida, 33011-2104), cuya colaboración en el trabajo de campo ha sido fundamental para la realización del estudio.

A la Universidad de Miami y al Jackson Hospital de Miami por el apoyo al Dr Ríos y al proyecto desde sus inicios

A todos mis amigos y compañeros que me han animado a continuar con la tesis y a no desfallecer en el camino.

Y por último, y no por ello menos importante, dar las gracias a todos los centros de inmigración de Florida que se han implicado en el proyecto, el cual no hubiera sido posible sin su colaboración.

ÍNDICE

I.-INTRODUCCIÓN	13
I.1.-Revisión bibliográfica	14
I.1.1.-Inmigración Latinoamericana en Estados Unidos	14
I.1.2.-Donación y trasplante de órganos entre los latinos en Estados Unidos	18
I.1.3.-Donación y trasplante de órganos en Latinoamérica	19
I.1.4.-Coordinación del proceso de donación de órganos	23
I.1.5.-Bioética en la donación y el trasplante de órganos	27
I.1.6.-Percepción social de la donación de órganos sólidos	32
I.1.7.-Estudios psico-sociales hacia la donación de órganos	36
I.1.8.-Factores psico-sociales relacionados con la actitud hacia la donación	41
I.1.9.-Actitud hacia la donación entre la población latinoamericana emigrante	47
I.2.-Justificación del estudio	49
I.3.-Hipótesis de trabajo y análisis de objetivos	51
I.3.1.-Hipótesis de trabajo	51
I.3.2.-Objetivos	51
II.-MATERIAL Y MÉTODOS	52
II.1.-Diseño del estudio	53
II.1.1.-Características del estudio	53
II.1.2.-Período de estudio	53
II.1.3.-Población a estudio	53
II.2.-Selección de la muestra	57
II.2.1.-Tamaño muestral	57
II.2.2.-Estratificación de la muestra	57
II.3.-Diseño del trabajo de campo	63
II.3.1.-Localización de la población latinoamericana	63
II.3.2.-Proceso del trabajo de campo	64
II.3.3.-Cumplimentación del cuestionario	64
II.4.-Instrumento de medida	65
II.5.-Variables a estudio	69
II.5.1.-Conceptos básicos y actitudes hacia la donación	69
II.5.2.-Perfil psico-social hacia la donación de órganos	69
II.6.-Estudio piloto	72
II.7.-Estadística	73
III.-RESULTADOS	75
III.1.-Grado de cumplimentación del estudio	76
III.2.-Conceptos básicos y actitudes hacia la donación	78
III.2.1.-Actitud hacia la donación de órganos propios al fallecer	78

III.2.2.-Razones a favor y en contra de la donación de órganos propios al fallecer	80
III.2.3.-Conocimiento del concepto de muerte encefálica	82
III.3.-Perfil psico-social hacia la donación de órganos	83
III.3.1.-Variable demográfica	83
III.3.2.-Variables socio-personales	84
III.3.3.-Variables de conocimiento sobre donación y trasplante de órganos	89
III.3.4.-Variables de interacción social	92
III.3.5.-Variables religiosas	96
III.3.6.-Variables de actitud hacia el cuerpo	98
III.3.7.-Análisis multivariante	102
IV.-DISCUSIÓN	106
IV.1.-Aspectos metodológicos	107
IV.2.-Actitud hacia la donación de los latinoamericanos	111
V.-CONCLUSIONES	118
VI.- ABREVIATURAS	120
VII.- BIBLIOGRAFÍA	122

INTRODUCCIÓN

I.1.-REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

I.1.1.-INMIGRACION LATINOAMERICANA EN ESTADOS UNIDOS

I.1.1.1.-Situación de la Inmigración Latino-Americana en Estados Unidos

Estados Unidos (EEUU) es junto con Europa uno de los grandes receptores de inmigración, dado su atractivo económico, político y social. Dada su proximidad a los países de habla hispana, este flujo migratorio es uno de los mayores que recibe. Así, la comunidad de origen hispano en EEUU es la minoría étnica con mayor número de miembros.

A principios de los años 90 representaba el 10% de la población residente en EEUU, el 60% de los cuales eran de origen mejicano (más de 13 millones). Esta cifra de hispanos residentes en EEUU se ha ido incrementando con el paso del tiempo¹. Así, en el año 2000 presentaba el 13% de la población estadounidense (30 millones), incrementándose hasta el 16% en el año 2010 (50,5 millones)¹⁻³.

De acuerdo con la Oficina de Censos de EEUU, se considera a una persona “hispana” o “latina” si se autoidentifica como de origen mejicano, puertorriqueño, cubano o de otra cultura de origen español (ni portuguesa ni de origen portugués), cualquiera que sea su raza. Por lo tanto, el carácter latino / hispano es, para propósitos legales y administrativos, una clasificación étnica (U.S. Bureau of the Census, 1993 d,p. 1).

Curiosamente, se puede dar el hecho de que alguien sea clasificado como “latino” o “hispano” sin que sepa hablar español, como sucede con hijos de inmigrantes latinos de 3ª o 4ª generación, que sólo hablan inglés. Algunos autores, ya se adelantan al desgaste que tendrá el término “latino” como etiqueta aceptada para esta enorme comunidad. Ya hay publicaciones promocionadas por latinos en EEUU que comienzan a utilizar el término “americano”, lo cual ofrecería la opción de compartir la designación de “Americans” que se asignaron a sí mismos los estadounidenses de origen angloparlante.

A pesar de compartir una misma lengua, cultura e historia, la población latina residente en Estados Unidos es muy heterogénea. Así, teniendo en cuenta las diferentes nacionalidades latinas, hay que indicar que los cubanos tienen un nivel cultural y socioeconómico casi equiparable a la población blanca, siendo el de los mexicanos y puertorriqueños bastante inferior. Así mismo, la población hispana de origen mejicano

tenía en los años ochenta un nivel socioeconómico equiparable al de la población negra, aunque con diferentes valores culturales.

En cuanto al origen de los latinoamericanos en EEUU, la mayoría son de ascendencia mejicana, seguidos de puertorriqueños y cubanos, gracias al hecho de que los EEUU y Méjico comparten frontera y porque una gran parte del oeste de EEUU fue territorio mejicano hasta 1848.

En la revista Migration News, Philip Martin (jefe del Programa Comparativo de Integración e Inmigración de la Universidad de California) y Elizabeth Midgley (analista de tendencias inmigratorias y de formación de políticas en EEUU), analizaron patrones y políticas de inmigración que mostraron tanto continuidad como cambios. La continuidad se reflejaba, en el año 2010, en la llegada de 104.000 extranjeros por día a los EEUU. De este grupo:

- a) 3.100 personas recibían la "visa de inmigrantes", que les permitía establecerse y convertirse en ciudadanos naturalizados después de cinco años;
- b) 99.200 turistas y visitantes, entre ellos empresarios o estudiantes; y
- c) aproximadamente 2.000 extranjeros indocumentados por día se quedaban a vivir en los EEUU.

De éstos, más de la mitad, eludiendo a las autoridades migratorias por la frontera con Méjico, y el resto ingresando legalmente, pero no cumpliendo con los términos de sus "visas de visita" al quedarse a trabajar o al no regresar a sus países de origen.

Todo esto explica, que además de los 50,5 millones de latinoamericanos censados en el año 2010, fuentes independientes del Censo estimen en un mayor número la población de latinoamericanos en EEUU³.

El Pew Hispanic Center, estimó en el año 2005, que más de 10 millones de inmigrantes latinoamericanos sin documentar vivían y trabajaban ilegalmente en EEUU; lo que posicionaba a los EEUU como el 2º país con más población latinoamericana en el mundo, después de Méjico con 107,5 millones de habitantes.

De la población total de latinoamericanos hay que destacar que, según el Centro de Recursos Demográficos de EEUU, gran parte se concentra en el sur y oeste americano. En California se concentran 14 millones y en Texas más de 8 millones. Hay cinco estados que tienen poblaciones de latinoamericanos que superan un millón de habitantes: Nueva York, Florida, Illinois, Arizona y Nueva Jersey.

Por otro lado, el Censo desveló que los estados hacia donde más migran los latinoamericanos son California (27,8%), Texas (17,8%), Florida (8,4%) y Nueva York (6,8%).

Destacar que el estado donde más se incrementó el censo de los años 2000 al 2010 fue Florida con un 57,4%, mientras que en California fue del 27,8%.

Este incremento de la población latina en EE.UU. tiene su repercusión en la economía, la sociedad, la demografía de los Estados Unidos, pero también en su sistema de salud. Así, un alto porcentaje de latinos no cuentan con seguro médico y consultan con poca frecuencia a los servicios médicos⁴.

1.1.1.2.-Situación de la Inmigración Latinoamericana en Florida

El estado de Florida, conocido en EEUU. como el "Sunshine State", está situado al sudeste de Norteamérica, formando una península. Su capital es Tallahassee, Jacksonville la ciudad más grande y Miami, junto con Orlando, la ciudad más conocida y emblemática. El estado, linda al norte con los estados de Georgia y Alabama, y está rodeado por el Océano Atlántico al este y el golfo de Méjico al oeste.

Florida ocupa el vigésimo segundo lugar, por extensión geográfica, entre los 50 estados de la Unión, con 140.093 Km² de terreno y 11.577 Km² de extensión de aguas dentro de su territorio. Como curiosidad, si Florida fuese un país independiente, sería la economía nº 18 del mundo, siendo la octava economía del hemisferio oeste. Es el sexto estado de los EEUU. en lo que se refiere a la exportación, representando el 3,9% de las exportaciones totales del país.

Sobre una población cercana a los 19 millones de habitantes, el censo realizado en el año 2010, determinó que el 22% de los habitantes correspondía a la población latinoamericana residente en Florida. Estos datos representan un crecimiento del 57,4% en los últimos 10 años; siendo el mayor porcentaje de crecimiento de todos los estados de EEUU entre los años 2000 al 2010. Esta cifra incluye todos los residentes latinoamericanos en situación legal. A esta cantidad habría que sumar la población en situación ilegal o sin permiso de residencia.

Al analizar las distintas nacionalidades de LA en Florida, se observa que aunque los cubanos siguen siendo el grupo con mayor presencia (alrededor de 1.200.000 residentes), la población latinoamericana se ha

hecho más diversa con la llegada de otros grupos, asentados mayormente en el centro y sur del estado, donde la economía se sustenta en gran medida de la agricultura y el turismo.

De acuerdo con los datos del censo del año 2010, los puertorriqueños (76%) y los mejicanos (73%), fueron los grupos de mayor crecimiento en la última década, a la cabeza de los inmigrantes centro y sudamericanos. Así, a pesar de que los cubanos no han dejado de llegar a Florida, su crecimiento se ha desacelerado en comparación con el de otros latinos.

Esta diversificación poblacional latinoamericana, ha marcado patrones de segregación residencial y de asentamiento en los distintos condados de Florida. De esta forma, es conocida la apetencia de la población cubana por el condado de Dade (Miami) donde representa más del 50%. Los puertorriqueños han optado por establecerse sobre todo en el centro y el sudeste del estado, en los condados de Orange y Osceola (donde está la ciudad de Orlando), en Hillsborough (ciudad de Tampa) en la costa atlántica, y también en el condado de Dade (Miami).

Los mejicanos, atraídos por las oportunidades de empleos agrícolas, se han asentado fundamentalmente en los condados de Hillsborough, Dade, Polk y Palm Beach.

Así, la situación demográfica en Florida, ha sufrido un vuelco radical tanto en aumento de la cifra poblacional como en la diversidad de la misma, con cubanos, puertorriqueños y mejicanos liderando los números, aunque cabe mencionar que si se sumaran la cifra de residentes oriundos de Centro y Sudamérica, superarían, juntos, a cualquier otro grupo latinoamericano en particular.

Tal y como se indicaba para el global de EEUU, este incremento de la población latinoamericana en Florida, tiene una repercusión importante en la economía, cultura, sociedad y demografía local; pero también en su sistema de salud, donde un alto porcentaje de latinos no cuentan con cobertura médica.

I.1.2.-DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS ENTRE LOS LATINOS EN EEUU

El aumento de la población latina en EEUU ha tenido sus consecuencias en el mundo del trasplante de órganos. Así, ha aumentado progresivamente el número de hispanos en las listas de espera para trasplante de órganos⁴⁻⁶. Sin embargo, las tasas de negativas a la donación de órganos entre los latinos residentes en EEUU es muy alta, con frecuencia superior al 60%.

La donación de órganos entre el grupo poblacional latino es más que necesaria, entre otras razones porque la probabilidad de encontrar órganos compatibles es más alta entre donantes y receptores de la misma raza^{1,7-8}. Además, la prevalencia de diabetes mellitus y nefropatía diabética es muy alta entre la población latina estadounidense^{6,9}, lo que provoca un aumento de pacientes de este grupo étnico en las listas de espera para trasplante renal.

Las tasas de donación entre la población latinoamericana son inferiores a las de la población estadounidense de origen angloamericano, pero son superiores a los de la población afroamericana^{4,8-14}. Esta situación se da tanto para el trasplante de adultos como el pediátrico¹⁵⁻¹⁷.

En cuanto a la actitud hacia la donación de órganos entre la población latino-americana residente en EE.UU. hay datos contradictorios, si bien la mayoría de estudios coinciden en una peor actitud que la población nativa^{15,18}. Así, Goldberg et al¹⁵ muestran que la actitud de los latinos es menos favorable hacia la donación de órganos que la de la población blanca no latina (67% a favor versus 77%), sin embargo indican que es más favorable que la de la población afroamericana (55%) y asiática (48%).

Las diferencias tan importantes encontradas entre la población latinoamericana residente en EEUU respecto a la donación de órganos, aunque sin datos concluyentes, se ha atribuido a las diferentes culturas que agrupa el concepto latino^{12,18}. Así, Pérez et al¹² analizan la situación en tres ciudades norteamericanas y muestran mayor proporción de negativas familiares entre los hispanos y la población negra que entre la población blanca. Además, indican que la proporción de negativas es mayor entre los hispanos residentes en Nueva York respecto a Miami. Se considera que estas diferencias son debidas a factores culturales, ya que en Miami hay una mayoría de latinos de origen cubano, frente a Nueva York donde predominan otras nacionalidades como la de origen mejicano. A pesar de ello, en Nueva York, algunas unidades de

coordinación, mediante coordinadores hispanos bien entrenados han conseguido reducir la proporción de negativas familiares e incrementar la donación de forma muy significativa¹⁹⁻²⁰.

No queda claro cuál es la justificación para las bajas tasas de donación de órganos entre los latinos residentes en EEUU. Una razón importante puede ser la actitud hacia la donación de órganos. Sin embargo, no está claro cuál es dicha actitud, ya que los estudios presentan datos contradictorios y poco fiables¹⁰⁻²⁰. Por ello son precisos estudios estratificados y validados para conocer con fiabilidad la actitud de este grupo poblacional.

Hay autores que indican que hay una discriminación racial en la asignación de órganos para trasplante y en la gestión de las listas de espera para trasplante en EEUU²¹, y que las minorías étnicas de Norteamérica son trasplantadas con menor frecuencia y con peores órganos que la población blanca²²⁻²³. El racismo, la exclusión y las desigualdades sociales pueden ser factores que induzcan a la desconfianza en el sistema sanitario y contribuyan a la menor tasa de donación en las minorías étnicas.

I.1.3.-DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS EN LATINOAMERICA

I.1.3.1.-Situación Socio-Económica de América Latina

Latinoamérica es un conjunto de países que tiene en común una historia, cultura y lenguaje. Incluye un país en Norteamérica (Méjico) y todos los países de Centroamérica y Sudamérica. Es una extensa región donde se encuentran países de amplísima extensión y población, y otros mucho más pequeños. El grado de desarrollo económico es altamente variable, teniendo algunos países como principales actividades económicas la agricultura y la ganadería, mientras que otros han alcanzado un grado considerable de industrialización.

Los países latinoamericanos comparten lazos históricos, culturales, lingüísticos, religiosos e incluso étnicos, pero también una gran diversidad en varios aspectos, además del económico²⁴. Étnicamente, la población es una mezcla fundamentalmente de nativos indios precolombinos, europeos del sur (sobre todo españoles), negros africanos y europeos del norte. La influencia genética de la raza negra es marcada en los

países del Caribe y Centroamérica (Cuba, República Dominicana, Colombia, Venezuela, y Brasil) y la de europeos del Norte es minoritaria, aunque destacable en países como Brasil, Argentina y Chile.

Quizás debido a la diversidad étnica por causas históricas o culturales, los países de América Latina, teniendo unas lenguas comunes, han resistido la unificación territorial durante 200 años. Aunque política y militarmente la unificación no ha sido posible, los países latinos sí tienen una identidad cultural similar y en el terreno económico, varios mercados comunes²⁵.

Latinoamérica está considerada como un área importante de desarrollo, económico y social, aunque no todas los países se han desarrollado con la misma celeridad, y de hecho, hay una gran heterogeneidad en materia económica²⁶.

Durante el periodo comprendido entre los años 2003 y 2012 hubo una fuerte expansión económica, con tasas de crecimiento mayores al 5%, muy por encima de los demás países emergentes y del G7. Sin embargo, entre los años 2012 y 2014 las economías regionales experimentaron tasas de crecimiento relativamente bajas, de entre 2% y 2,5% del PIB²⁷⁻²⁸ y, aunque se espera un repunte para el 2015, no será suficiente para restaurar las anteriores tasas de crecimiento de la región. Además, el crecimiento se verá lastrado por la desaceleración de economías importantes como Argentina y Brasil²⁷⁻²⁹.

Durante la última década se han producido conquistas y avances sociales: América Latina logró sacar de la pobreza a más de 70 millones de personas; mientras, su clase media se expandía hasta representar más del 50% de la población. Educación, infraestructura, seguridad y servicios de atención a la salud de mejor calidad son ahora el núcleo de las demandas de la creciente clase media de la región²⁷. Sin embargo, los beneficios del crecimiento económico no se han repartido por igual; los más ricos acapararon casi el 50% de los ingresos totales de la región, mientras los más pobres recibieron solo el 5%³⁰. La región a su vez enfrenta el desafío de tener una buena parte de su población, unos 130 millones de personas, viviendo en la “pobreza crónica”. Así, uno de cada cinco latinoamericanos no pudo beneficiarse de la reciente bonanza, permaneciendo en la pobreza, los denominados “pobres crónicos”²⁷.

A pesar de los impresionantes avances de los últimos tiempos (una creciente clase media y menos pobres) América Latina y el Caribe sigue siendo una región muy desigual; alrededor de 82 millones de personas viven con menos de 2,50 dólares estadounidenses al día. La desigualdad social y la alta tasa de

pobreza y analfabetización son patentes³¹, y aunque se ha avanzado en el acceso a la educación, la calidad de ésta es un problema²⁷.

El acceso a servicios públicos de calidad sigue siendo un desafío. Existe un creciente descontento dentro de la nueva clase media con la calidad y el nivel de los servicios prestados por el Estado (incluidas educación y seguridad, entre otros)²⁷.

Hay una gran heterogeneidad en cuanto al Producto Interior Bruto (PIB), la financiación y políticas sanitarias en Latinoamérica, que son causa de las desigualdades en Salud. Éstas derivan de desigualdades económicas, sociales, laborales y sanitarias, entre otras. Los países con mayor porcentaje de pobreza y menor PIB suelen tener una situación menos favorable en relación los indicadores de salud³¹, como ocurre en Haití, Guatemala, Bolivia u Honduras.

También ha habido, con algunas excepciones, una estabilidad política creciente en la mayoría de países, afianzándose la democracia como forma política duradera y estable. El crecimiento económico y la estabilidad permiten fijarse unos objetivos difíciles de conseguir, aunque posibles: la erradicación de la pobreza, la desigualdad, el analfabetismo y una mayor inversión en sanidad y en educación³².

1.1.3.2.-El trasplante de órganos en América latina

Los inicios del trasplante de órganos en Latinoamérica se remonta a 1957, cuando se realiza el primer trasplante renal en Argentina. Tras este primer trasplante se incorporan Chile, Brasil, Uruguay y Méjico, y posteriormente se van integrando prácticamente todos los países. Si bien, hay que indicar que el desarrollo del trasplante es muy dispar según el país, siendo los países sudamericanos los que han logrado tener programas con gran actividad, alcanzando resultados comparables a los países occidentales³².

Hasta los años noventa del siglo XX el trasplante de órganos en Latinoamérica era "marginal", si bien algunos países tenían todos los programas desarrollados y con gran actividad³².

A partir de la década de los años 90 se dan una serie de circunstancias que provocan un cambio espectacular en materia de trasplantes en Latinoamérica. Entre estas razones destacan la concienciación por parte de los profesionales de la salud y de los políticos en la necesidad de desarrollar un tratamiento que suponía la mejoría de la calidad de vida y la salvación de muchas vidas. Además, fue clave el desarrollo

económico y social en América Latina que permitió desarrollar aspectos fundamentales para la implantación del trasplante de órganos³². Así, permitió la formación de los profesionales en materia de trasplantes en los mejores centros; permitió la formación de Organizaciones y Sociedades de Trasplante a Nivel Nacional y supranacional, como la Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT), Sociedad de Trasplante de América Latina y el Caribe; y se redactaron leyes que favorecían el trasplante³³. La conjunción de la voluntad de mejorar, sobre todo por los profesionales sanitarios relacionados con el tema, y la disposición de los medios que permitían el cambio, consiguieron la implantación de muchos programas de trasplante en muchos hospitales en Latinoamérica³⁴.

Sin embargo, aún persisten muchos problemas y hay un largo camino por recorrer en el mundo del trasplante en Latinoamérica. Actualmente, a pesar de las mejoras, la falta de recursos, de organización y educación sanitaria al respecto son las barreras prioritarias a mejorar³³.

Respecto a las tasas de donación, hasta los años 90 eran muy bajas, estando la mayoría de los países por debajo de los 5 donantes por millón de población (pmp). Hasta el siglo XXI la donación se basaba principalmente en la donación renal procedente de donante vivo. A partir de los años 2000-2005 se va incrementando la donación cadavérica hasta convertirse en la actualidad en la mayoritaria.

Hay una gran heterogeneidad en cuanto a las tasas de donación cadavérica. Así, Puerto Rico y Uruguay tienen las tasas más altas de toda Latino-América (Puerto Rico tuvo 26,30 donantes pmp en 2012 y Uruguay 18,3 donantes pmp. en 2013). Le siguen Argentina y Brasil con algo más de 13 donantes pmp, y Cuba, Chile y Panamá con unas tasas entre 5-10 donantes pmp. El resto de países tiene tasas de donación por debajo de los 5 donantes pmp.

La tasa de donación cadavérica en los países de América latina ha aumentado en los últimos 20 años, debido en parte a la asimilación del modelo español de trasplante³³. En algunos países el incremento ha sido claro, mantenido y constante, como en Puerto Rico y en Uruguay. En el resto la implantación ha sido muy dispar. Uno de los grandes problemas son las tasas de negativas familiares a la donación, que en general son muy altas³⁵⁻³⁶.

I.1.4.-COORDINACIÓN DEL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

1.1.4.1.-Fases del proceso de obtención de órganos del donante en muerte encefálica

El proceso de obtención de órganos es complejo y consta de una serie de fases, que son correlativas y en ocasiones simultáneas.

1ª.-Detección del donante potencial

Si no se realiza adecuadamente es en esta fase donde se registra el mayor número de pérdidas de donantes potenciales³⁷⁻⁴¹. Las tres vías fundamentales para la detección de donantes son⁴²⁻⁴³: la vía administrativa, mediante el control diario de los ingresos hospitalarios por urgencias, analizando edad, diagnóstico y destino intrahospitalario; la vía asistencial, para lo cual el coordinador visita las distintas áreas o unidades en las que pueden encontrarse ingresados los posibles donantes, y debe avisar al personal sanitario responsable de la unidad correspondiente ante la presencia de un paciente en situación de muerte encefálica (M.E.); y a través de relaciones con centros sanitarios que carezcan de medios diagnósticos de M.E. o de infraestructura adecuada para el correcto mantenimiento del donante.

2ª.-Diagnóstico precoz de muerte encefálica

El diagnóstico precoz de la M.E., entendiéndose como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales; es esencial para poder emprender las medidas fisiológicas adecuadas de mantenimiento del donante potencial, organizar la solicitud de autorización de la donación a la familia y agilizar el proceso de extracción^{37,44-47}.

3ª.-Evaluación del donante

Esta evaluación es fundamental para descartar cualquier enfermedad potencialmente transmisible al receptor y valorar individualmente la funcionalidad de cada órgano. Esto es fundamental para descartar la

existencia de contraindicaciones para la donación. Además, cada hospital tiene sus propios criterios y un órgano que no es aceptado por un equipo puede serlo por otro⁴⁸.

Las contraindicaciones relativas para el trasplante son cada vez menos, dada la aceptación del donante subóptimo, y mientras se mantenga la función del órgano normal, no existe un límite claro⁴⁹⁻⁵³. Actualmente, son contraindicaciones absolutas de donación: 1) Causa del fallecimiento no aclarada; 2) Neoplasias malignas, excepto los tumores de piel de bajo grado, los carcinomas "in situ" del cérvix uterino, algunos de los tumores primitivos del sistema nervioso central, neoplasias malignas tratadas con seguimiento durante al menos diez años y sin recidivas (excepto el carcinoma de mama, los sarcomas de partes blandas, y los melanomas cutáneos)⁴⁹; 3) Virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.): ésta podría dejar de ser una contraindicación absoluta. Para los pacientes infectados por el V.I.H., los donantes fallecidos infectados por el V.I.H. podrían atenuar la escasez de órganos y la mortalidad en lista de espera⁵³; e 4) Infecciones diseminadas (viral, tuberculosa, fúngica) que hayan sido causa de muerte, la sepsis bacteriana que se acompaña de shock y/o disfunción orgánica, la meningitis por *Listeria monocytogenes*, *M. tuberculosis*, hongos o protozoos y encefalitis herpética, las enfermedades causadas por priones, y la exclusión de los órganos con infección diagnosticada⁵⁴.

4ª.-Mantenimiento del donante

El correcto y adecuado mantenimiento fisiológico exige una monitorización clínica y biológica continua⁴⁵⁻⁴⁶, y debe continuarse durante el traslado del donante al quirófano y durante la intervención quirúrgica de extracción de órganos, pues son frecuentes los episodios de inestabilidad hemodinámica y/o parada cardíaca^{44,55}. El resultado de un mantenimiento inadecuado es la pérdida de órganos para trasplante y el incremento de la morbimortalidad del receptor, y la disminución de la supervivencia del injerto y receptor^{37,45-46,56}.

5ª.-Solicitud de la donación a la familia

La solicitud de donación no debe efectuarse antes de la última fase de la comunicación de la mala noticia, se debe centrar en dispensar ayuda y alivio emocional a los familiares. Esta ayuda psicológica, además de proporcionar alivio emocional, puede ser un elemento favorecedor del adecuado clima de confianza y comprensión que permita efectuar la petición de órganos en el apropiado contexto emocional, aumentando las probabilidades de donación^{42,57-58}. El proceso de la donación en sí mismo puede tener un efecto beneficioso en el proceso del duelo, disminuyendo la sintomatología depresiva de los familiares⁵⁹. Por el contrario, si los familiares sienten algún aspecto negativo en el proceso de la donación, aumentará su estrés postraumático⁶⁰.

6ª.-Autorización judicial

En aquellos casos en que se produce un fallecimiento que deba seguir tramitación judicial, el coordinador de trasplantes debe solicitar autorización al Juzgado correspondiente a través del forense. En la mayoría de ocasiones no hay ningún impedimento dado que la normativa vigente lo único que exige es que la obtención de los órganos y tejidos no interfiera con la posterior investigación judicial⁴⁴.

7ª.-Organización logística intra/inter-hospitalaria y extra-hospitalaria

La logística intra/inter-hospitalaria en la extracción de órganos supone una serie de pasos a seguir entre los que se encuentran: a) localización y aviso a los profesionales de los equipos extractores y transplantadores, b) organización de traslados de equipos y de órganos-tejidos, c) localización y aviso del candidato a trasplante, y, d) oferta de donante con el fin de asignar el órgano al candidato correspondiente^{44,61}.

Estas tareas de coordinación varían en función del país y de las instituciones encargadas de las mismas. Por ejemplo, en España es la oficina central de la ONT la que realiza las tareas de coordinación extrahospitalaria⁶².

1.1.4.2.-Criterios de distribución de órganos

Los criterios de distribución de los órganos se deben fundamentar en ofrecer las mismas oportunidades a todos los pacientes en las listas de espera. Es fundamental que dichos criterios estén consensuados entre todos los equipos trasplantadores, sean revisados periódicamente y de obligado cumplimiento una vez aceptados^{44,63-64}.

Dado que la mayoría de los países latinoamericanos aplican el modelo español, indicar que dicho sistema de distribución se basa en el centro, y los principios que lo regulan son el de cercanía y el de urgencia médica. Esta forma de distribución motiva a cada centro trasplantador a generar más donantes, ya que las normas permiten que trasplanten a sus propios receptores en su propio hospital o región⁶¹. El principio de cercanía, indica que los órganos generados en un centro serán implantados en dicho centro si dispone de programa de trasplante para los órganos obtenidos y de los receptores adecuados. Si el centro no dispone de programa de trasplante o de receptores idóneos, los órganos se ofrecen siguiendo un orden ascendente por zona geográfica⁶³.

El principio de urgencia médica, se refiere al acuerdo existente entre todos los equipos trasplantadores de la prioridad en la adscripción del órgano generado en cualquier hospital al equipo de trasplante que haya referido tener en su lista de espera un paciente que por su estado clínico requiera el trasplante urgente, porque de lo contrario el pronóstico del paciente es la muerte inmediata en pocas horas o escasos días⁶³.

I.1.5.-BIOÉTICA EN LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Desde los inicios de su investigación, el trasplante de órganos y tejidos ha planteado un buen número de dilemas bioéticos. La naturaleza de estos dilemas ha ido evolucionando de forma paralela a la evolución de la propia historia del trasplante:

I.1.5.1.-La década de los 50 y el inicio del trasplante renal: la ética de la mutilación

A partir del exitoso trasplante entre hermanos gemelos idénticos realizado por Joseph Murray en 1954, se inicia un debate en torno a dos cuestiones éticas: la licitud de generar una mutilación a una persona sana para beneficiar a otra enferma y la cuestión acerca de la posible obligatoriedad de un individuo en el acto de donar un órgano.

La solución a estas cuestiones se obtuvo anteponiendo el principio de beneficencia al de maleficencia: sólo será ético poner en peligro la salud de un individuo para beneficio de otro si se realiza de forma altruista, gratuita y voluntaria.

Estas conclusiones se materializaron paulatinamente en las leyes europeas promulgadas en los diferentes países.

I.1.5.2.-La década de los 60 y la investigación en las posibilidades de trasplante: la ética de la experimentación

A partir del reconocimiento de la implicación del sistema inmune en el rechazo del trasplante renal, y tras el primer implante realizado entre personas vivas no emparentadas en 1960 por René Küss⁶⁵, proliferaron múltiples intentos por implantar diferentes órganos. Además, en los años 1962-1964, y en vista de las posibilidades ofrecidas por la inmunosupresión farmacológica, volvieron a practicarse, como a principios de siglo, xenotrasplantes por parte de algunos grupos americanos. Los resultados de estos injertos fueron muy pobres y las complicaciones sépticas muy importantes por lo que los ensayos fueron

abandonados, no volviéndose a retomar interés por el tema hasta los años 80 ante una franca escasez de donaciones.

Todos estos acontecimientos fueron mal vistos por la opinión pública y suscitaron numerosas críticas entre la comunidad científica al considerarse “trasplantes experimentales”, lo cual puso de manifiesto la imperiosa necesidad de establecer unos requisitos éticos para poder involucrar seres humanos en estudios experimentales⁶⁶.

Por todo ello, y todavía bajo la sombra que para la comunidad médica internacional supuso la lacra de los acontecimientos ocurridos en los campos de concentración nazis durante la Segunda Guerra Mundial, en 1964 la Asociación Médica Mundial publicó la “Declaración de Helsinki”⁶⁷, considerada el cuerpo fundamental de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y cualquier grupo humano dedicado a la experimentación con seres humanos. Los puntos esenciales establecidos en la Declaración de Helsinki son los siguientes:

- a.-La investigación con seres humanos debe basarse en la investigación experimental inicial en laboratorio y en la experimentación previa con animales.
- b.-Los protocolos de investigación deben ser revisados por un comité independiente.
- c.-El consentimiento informado del paciente es imprescindible.
- d.-La investigación debe ser realizada por médicos u otros investigadores adecuadamente cualificados.
- e.-Los riesgos a los que se somete un ser humano no deben superar los posibles beneficios buscados.

A finales de la década de los 60 se crearon los Comités de Ensayos Clínicos. Ya no se consideró suficiente el criterio ético de los investigadores involucrados en cada estudio sino que se estableció como preciso que un comité ajeno a los mismos velase por el bienestar y el cumplimiento de los principios bioéticos fundamentales, además de asegurar la existencia del consentimiento informado, incluyendo el modo en el que éste se recaba, y la relación riesgo/beneficio a la que se sometía a los participantes en cada ensayo⁶⁸.

1.1.5.3.-La década de los 70 y la ética en el diagnóstico de muerte: el trasplante con órganos procedentes de donante cadáver

En la década de los 70 se iniciaron las primeras unidades de cuidados intensivos. La carencia de órganos para el trasplante procedentes de donante vivo hizo que la atención se orientara hacia la donación de cadáver, cuya primera y fundamental dificultad estribaba en la propia definición de muerte.

En 1968, con el establecimiento de los Criterios de Harvard⁶⁹, se revisó la definición introducida por Mollaret y Goulon⁷⁰ en 1959 de coma dépassé o coma irreversible. La muerte cerebral fue definida entonces como la ausencia de respuesta, pérdida de receptividad, ausencia de movimiento, de respiración y de reflejos cerebrales. Estos criterios entran en continua revisión y van redefiniéndose. En 1981 la Comisión Presidencial para el estudio de los problemas éticos en Medicina e Investigación Biomédica y Comportamental publicó un documento llamado Defining Death⁷¹ que contribuyó en gran medida a la obtención de órganos de cadáver durante estos años.

1.1.5.4.-La década de los 80: La ética de la distribución de órganos

Los problemas éticos relacionados con los trasplantes al inicio de la década de los 80 se derivaron precisamente del éxito de los mismos. Este éxito condicionó un aumento exponencial de los pacientes candidatos a trasplante sin un aumento paralelo del número de donantes, lo que condujo a una mayor probabilidad de fallecimiento en lista de espera.

Esta situación obligó a buscar la organización más ética y eficaz de la distribución de los recursos. Los criterios éticos utilizados, derivados de la escasez de órganos, son estrictamente médicos y excluyen de manera unánime, como no éticos, otros criterios que se fundamentaran en factores económicos, sociales o culturales. Se discuten y pactan los siguientes principios⁷²:

- La igualdad de los pacientes en el acceso a las listas de espera.
- La equidad en su selección en base a unas prioridades establecidas por criterios estrictamente médicos: infancia, gravedad del paciente, tiempo en lista de espera, compatibilidad HLA, grupo sanguíneo, adecuación de peso y talla entre donante y receptor, etc.

- Absoluto respeto al principio de altruismo en la obtención de órganos rechazando toda posibilidad de obtención de los mismos mediante cualquier tipo de comercio.
- Criterios de indicación y contraindicación absolutos y relativos para la inclusión de los pacientes en la lista de espera, con una variabilidad reducida a límites razonables y también los de exclusión, en su caso. Se elaboran protocolos y guías de actuación práctica.
- Una gestión eficaz de las listas de espera, que combine la protección “al más desfavorecido” (urgencia 0) con una optimización de los resultados.

1.1.5.5.-La década de los 90: la ética de la organización

Los factores organizativos son fundamentales para el éxito de un programa de trasplantes que demanda un incremento continuo de las donaciones y canalizar el órgano donado para que llegue en las mejores condiciones al receptor más adecuado. Esto quiere decir, en el menor tiempo posible y en cualquier momento del día o de la noche y su envío a una zona geográfica extensa. Los trasplantes requieren pues una red de estructura muy compleja, ágil y poco burocratizada, que pueda coordinar un número elevado de personas procedentes de distintos lugares y distintas profesiones, como coordinadores hospitalarios, equipos de extracción y trasplante, otro personal hospitalario y extrahospitalario (policía, bomberos, aeropuerto).

La alta calidad en todo el proceso va a depender de un elevado nivel de motivación de todos los que intervienen en él, una buena gestión y del mantenimiento de un gran compromiso ético en todas sus actuaciones.

El modelo de organización español, gestionado desde la ONT a nivel nacional y desde las Comunidades Autónomas a nivel autonómico y hospitalario, ha resultado ser muy eficaz. Estudiado e incluso aplicado en otros países, tiene unos aspectos importantes a resaltar:

- Un control estricto y riguroso del diagnóstico de muerte encefálica, que genera confianza en los profesionales que llevan a cabo esta determinación, tanto en los hospitales como en la sociedad en general.

- Unos criterios rigurosos de inclusión en la lista de espera y selección del receptor, que evitan priorizaciones ilícitas o incorrectas y criterios claros de exclusión de esa lista , en su caso.
- La formación sistemática de los Coordinadores de Trasplante, especialmente en técnicas (“como dar malas noticias”, “como afrontar los conflictos emocionales”, “el mantenimiento de un donante”) y principios éticos en el trato con los familiares del donante.
- Oposición frontal a la comercialización de los órganos, que prioriza el altruismo frente al beneficio económico.

A finales del siglo XX se cierra el ciclo iniciado y desarrollado en la teoría y la práctica de los trasplantes a mediados de los 50. Asume todos los logros de etapas anteriores, situándolos a un nivel muy alto de eficacia y calidad. Los trasplantes, totalmente consolidados como procedimientos terapéuticos de la máxima importancia para mejorar la calidad de vida o posibilitar su continuidad en muchos pacientes, son actualmente reconocidos y valorados tanto por la sociedad como por las autoridades sanitarias.

1.1.5.6.-El siglo XXI: nuevos horizontes éticos

Una vez desarrollado el trasplante de órganos, y ante el déficit importante de órganos, se plantean nuevas aportaciones al mundo del trasplante, donde la ética tiene importantes connotaciones. Actualmente, se están desarrollando los siguientes campos:

- 1.-La donación de vivo en diferentes órganos, con las implicaciones tanto para el donante como para el receptor.
- 2.-El donante en asistolia, sobre todo el tipo Maastricht III. La limitación del esfuerzo terapéutico es el punto clave en este proceso.
- 3.-El desarrollo de órganos bio-artificiales
- 4.-Investigación en células madre aplicada al trasplante de órganos
- 5.-Investigación en el xenotrasplante de órganos y tejidos

I.1.6.-PERCEPCIÓN SOCIAL DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS SÓLIDOS

I.1.6.1.-Opinión, Actitud y Conducta hacia la donación de órganos

El éxito logrado en las últimas décadas por los trasplantes de órganos, hace que cada día exista una mayor desproporción entre el número de donantes y potenciales receptores, siendo la escasez de órganos su principal limitación. El proceso de obtención de órganos de cadáver pasa, en última instancia, por una opción personal o familiar, que se halla fuertemente mediatizada por diferentes factores del ámbito psico-social⁷³⁻⁸¹. Dada la importancia de este tema, sólo pocos años después de los primeros éxitos con los trasplantes, diversos autores iniciaron el estudio de los factores psico-sociales que influían en la donación^{73,82-88}.

En el ámbito de la psicología social se ha cuestionado mucho la relación que existe entre la actitud y la conducta. Si consideramos que se interrelacionan, podríamos decir que, como norma general, las actitudes sociales sirven como indicadores o predictores de la conducta y por tanto, el cambio de las mismas es indispensable para modificar el comportamiento. De ahí, la importancia de analizar la actitud de la población hacia la donación como paso previo al diseño de programas de intervención⁸⁹.

Teniendo en cuenta que la actitud se puede expresar a través del lenguaje como una determinada opinión hacia un tema, se consideran opiniones y actitudes como variables que interactúan entre sí. Así, resulta de interés analizar la actitud hacia la donación a través de la opinión expresada hacia este tema. Se puede asumir que cuando cambia una opinión, existe la posibilidad de que la actitud mediatizada por esa opinión cambie de igual modo.

I.1.6.2.-Perspectiva histórica de los estudios de actitud hacia la donación de órganos

Desde principios de los años 80 los avances en investigación biomédica no han hecho sino consolidar la realidad del trasplante. Un mejor control de las infecciones, los avances en cirugía abierta y laparoscopia, las mejoras en las técnicas anestésicas y en las soluciones de preservación de órganos extraídos aumentan continuamente la supervivencia del injerto y, con ella, la sobrevida de cada paciente trasplantado. Todos estos adelantos y los resultados con ellos obtenidos han redundado en un mayor reconocimiento de la sociedad hacia los programas de donación y trasplante de órganos, alentando y

respaldando de este modo el interés común por obtener un mayor número de órganos disponibles para su realización⁹⁰.

Así, salvadas las grandes dificultades técnicas iniciales y a la luz de los resultados exitosos que iban obteniéndose, parte de la comunidad científica orientó su investigación, a partir de finales de los años 80, hacia la búsqueda de explicación y con ello solución a la escasez de órganos para trasplante. Autores como Parisi y Katz⁹¹, Perkins⁹², Olbrish⁹³ o Shanteau⁹⁴ empezaron a abordar, desde el punto de vista de la Psicología Social, el análisis de los factores relacionados con la donación de órganos y el proceso de trasplante.

Es a partir de este momento cuando la publicación de trabajos acerca de la actitud poblacional frente a la donación de órganos para trasplante aumentó exponencialmente, abordándose la materia tanto desde el punto de vista psicológico como desde el punto de vista médico.

Multitud de autores y equipos de investigación⁹⁵⁻¹⁰⁰ realizaron estudios destinados a conocer la percepción de distintos grupos poblacionales, en zonas geográficas concretas, mayoritariamente EEUU y Europa, acerca de la donación y el proceso de trasplante de órganos.

Ya en 1991 Pérez San Gregorio et al¹⁰⁰ publicaron una revisión de la literatura que abarcaba desde 1974 hasta 1988 e incluía 228 referencias bibliográficas de 213 trabajos publicados en 116 revistas. Estos autores objetivaron en su revisión 13 áreas de investigación principales en los trabajos revisados. Entre estas áreas destacaban la evolución psicológica de los pacientes trasplantados, las actitudes de la población frente a la donación de órganos para trasplante, los aspectos éticos implicados en la donación y trasplante de órganos (incluyendo en este área diversos aspectos religiosos, legales, étnicos, económicos, etc. así como la responsabilidad del personal sanitario en el proceso de donación y trasplante) y el estudio descriptivo del donante de órganos (variables psicosociales como el locus de control, la preocupación por la propia muerte, la actitud hacia el propio cuerpo...).

En relación a este gran número de artículos publicados en la literatura nacional e internacional acerca de la actitud de la población frente a la donación de órganos para trasplante, Martínez et al¹⁰¹ destacaron, en su revisión publicada en el año 2001, las importantes carencias metodológicas de buen número de esos trabajos, muchos de los cuales incluían muestras poblacionales no representativas o ni

siquiera aleatorias, que eran, sin embargo, utilizadas para ofrecer porcentajes de prevalencia de determinadas opiniones o valoraciones.

Además, a la dificultad metodológica implícita que tienen los estudios poblacionales debido a la necesidad de medios económicos y humanos que conlleva la realización de muestreos correctos, el uso de herramientas validadas, etc. se une la complejidad inherente a la relación que existe entre actitudes, intenciones y comportamientos.

El diseño de intervenciones educativas que tengan como objetivo mejorar la actitud de distintos sectores poblacionales hacia la donación de órganos debe fundamentarse, obligatoriamente, en el previo conocimiento de la percepción que el grupo diana tiene hacia el proceso de donación y trasplante de órganos¹⁰¹. Es por esto que, pese a todas las dificultades comentadas anteriormente, el interés acerca de los factores que influyen en la donación de órganos para trasplante no ha hecho sino incrementarse en los últimos años¹⁰²⁻¹⁰⁷.

1.1.6.3.-Perspectiva social de la donación de órganos

De la importancia del estudio de la elaboración de creencias, opiniones y actitudes en los individuos surgió la motivación para que, sólo pocos años después de los primeros éxitos con los trasplantes de riñón procedentes de donante cadáver, parte de la comunidad científica internacional encaminase sus esfuerzos a investigar aquellos factores psicosociales que influían en la donación.

Estos primeros estudios^{92,98} tomaron como punto de partida la variable de poseer o no tarjeta de donante para llevar a cabo el análisis de los perfiles psicológicos relacionados con la actitud hacia la donación. Desde esta primera perspectiva se perfilaba psicológicamente al potencial donante como un sujeto independiente, autónomo, más resistente a las influencias externas y con una mayor confianza hacia sus propios valores y principios. Los sujetos que poseían tarjeta de donante se mostraban, además, menos preocupados acerca de su propia muerte o la deformación de su propio cuerpo y estaban más predispuestos a ayudar a personas enfermas o a participar en el avance de las ciencias médicas. Por el contrario, los participantes que no poseían tarjeta de donante mostraban más ansiedad y rechazo hacia la posibilidad de su propia muerte así como mayor repulsión hacia la posible mutilación de su cuerpo fallecido.

En cuanto a las razones verbalizadas por los sujetos investigados, varios análisis bibliométricos realizados hasta el momento, han destacado entre aquellas razones que con mayor frecuencia se señalan para argumentar la disposición personal a donar el sentimiento de solidaridad, el altruismo y la idea de reciprocidad. Entre las razones argumentadas en contra destacan fundamentalmente el miedo a la muerte aparente, las dudas hacia una justa distribución de los órganos extraídos, el temor a la mutilación del cuerpo, la falta de información específica, no haber reflexionado previamente sobre el tema y la no aceptación de la propia muerte¹⁰⁸.

I.1.7.-ESTUDIOS PSICO-SOCIALES HACIA LA DONACION DE ORGANOS

I.1.7.1.-Situación General

A la hora de valorar la actitud hacia la donación de órganos hay que diferenciar la actitud hacia la donación en general, y la actitud hacia la donación de órganos propios. Como norma general la actitud hacia la donación en general suele ser más favorable. De esta forma, los que presentan una actitud favorable hacia la donación de órganos propios suelen presentar una actitud favorable hacia la donación en general, aunque al revés no siempre ocurre igual¹⁰⁹⁻¹¹².

La actitud en general es favorable en más de la mitad de encuestados a nivel mundial, con algunas excepciones en países de América del Sur y en Asia.

I.1.7.2.-Situación en Europa

Se han publicado diversos estudios sobre actitud hacia la donación de órganos en la población general en Europa, mostrando una actitud favorable hacia la D.T.O. en general entre el 60-98%, y, hacia la donación de órganos propios, entre el 50-86%^{87-89,113-147}.

En España los estudios realizados muestran que la actitud favorable hacia la donación en general oscila entre el 95-98%, y, la actitud favorable hacia la donación de órganos propios, entre el 63-86%^{89,116-124}. Destacar dos estudios realizados a nivel nacional. Así, en 1995, Martínez et al¹¹⁵ en una muestra estratificada de 1.288 ciudadanos con una edad igual o superior a 18 años, señalan que el 65% de la población estaría a favor de la donación de órganos propios. Scandroglio et al¹¹³, en el año 2011, muestran resultados similares en 1.206 ciudadanos pertenecientes a 39 comunidades españolas. Un 67% de los encuestados estarían a favor de la donación de órganos propios.

Con respecto al resto de continente europeo, la actitud hacia la donación, en general, es favorable en torno al 90% de encuestados en los estudios realizados en Francia¹²⁵⁻¹²⁶, y Alemania¹²⁷⁻¹²⁸. En Italia, la actitud favorable hacia la donación se sitúa entre el 70-95%¹²⁹⁻¹³⁰. Datos similares a los observados en el Reino Unido¹³¹⁻¹³³ y en los países del Norte de Europa (Dinamarca, Suecia, Noruega) (60%-90%)^{88,134-138}.

En relación a la actitud hacia la donación de órganos propios, los estudios muestran un rango de actitud favorable entre el 50-86%. En Alemania, en Suiza y en Suecia, el rango de actitud favorable oscila entre el 50-70%^{88,127,136,139}. En los Países Bajos, algo más de la mitad de los adultos estarían dispuestos a donar sus órganos, según datos del centro nacional de estadística (Central Bureau voor de Statistiek) en el año 2012¹⁴⁰. En Bélgica¹⁴¹ se describe una actitud favorable del 76%. Resultados similares se observan en Dinamarca y en Noruega¹⁴²⁻¹⁴⁴, siendo el porcentaje algo superior en Polonia¹⁴⁵.

1.1.7.3.-Situación en América

En el continente americano, la actitud favorable hacia la donación en general es incluso superior al 90% de encuestados, oscilando la actitud favorable hacia la donación de órganos propios entre el 24-80%¹⁴⁸⁻¹⁷⁸, con algunos estudios en América del Sur que muestran peores resultados, con una actitud favorable hacia la donación de órganos propios inferior al 40% de encuestados¹⁷⁷⁻¹⁷⁸.

En EE.UU durante la década de los años 80' se fueron instaurando la mayoría de los programas de trasplante. Sin embargo, la población no estaba muy sensibilizada. Los primeros estudios realizados en los años 80 y principios de los 90, mostraban que sólo la mitad de la población estaba a favor de donar sus órganos¹⁴⁸⁻¹⁵¹. En 1993, la encuesta Gallup¹⁵¹, mostró una actitud más desfavorable, sólo el 30% de los encuestados había decidido ser donante.

Posteriormente, en el año 2010, Volk et al¹⁵² realizaron un estudio a nivel nacional en una muestra de 1.631 estadounidenses, mostrando una actitud favorable hacia la donación de órganos propios del 75%. Los estudios que han investigado las diferencias poblacionales existentes entre los diferentes grupos étnicos, bien afroamericanos, como asioamericanos, o latinoamericanos, han mostrando en general una actitud más desfavorable entre estos grupos¹⁵³⁻¹⁶³, si bien son estudios pequeños y sin estratificar.

En Canadá, los estudios realizados desde principios de los años 80' muestran una actitud favorable hacia la donación en general en torno al 90% de los encuestados¹⁶⁴⁻¹⁶⁶. Actitud que se mantiene en los estudios más recientes¹⁶⁷⁻¹⁶⁹.

A diferencia de Europa y Norteamérica, América del Sur incluye un gran número de países con una gran diversidad de parámetros, pero en general, con altos índices de pobreza y con unas prioridades sociales más básicas que el trasplante¹⁷⁰. En relación a los estudios poblacionales realizados en las diferentes naciones, la actitud a favor de la donación de órganos propios oscila entre el 50-80%¹⁷¹⁻¹⁷⁶, con algunas excepciones. En Brasil, la actitud favorable hacia la donación de órganos propios encontrada oscila entre el 52-63%¹⁷²⁻¹⁷³. Esta actitud es más favorable en México (66%)¹⁷⁴, Puerto Rico (75%)¹⁷⁵ y en Chile (80%)¹⁷⁶. Algunos de los estudios más recientes muestran resultados algo desalentadores, con una actitud hacia la donación de órganos que oscila entre el 24-38%. Así, un estudio realizado en Perú en el año 2006¹⁷⁷ en 2.000 estudiantes muestra que sólo el 38% estaría dispuesto a donar los órganos de un familiar. En este mismo sentido, en Argentina¹⁷⁸ se describen datos donde sólo el 24% de los encuestados reflejan su deseo de ser donantes. Destaca el miedo y la desconfianza, y hasta el 76% de los encuestados piensa que existe tráfico de órganos, y el 55% tiene miedo de una extracción prematura de los órganos¹⁷⁸.

1.1.7.4.-Situación en Oceanía

Los estudios epidemiológicos realizados en Australia muestran una actitud favorable hacia la donación en general que oscila entre el 55-90%¹⁷⁹⁻¹⁸¹. Destaca el estudio de Irving et al¹⁸¹ donde muestran que el 55% de los encuestados refieren tener una actitud positiva hacia la donación de órganos.

1.1.7.5.-Situación en Asia

La actitud favorable hacia la donación de órganos por lo general es baja en Oriente Medio, con algunas excepciones. La actitud favorable hacia la donación en general oscila entre el 35-88%, y la actitud favorable hacia la donación de órganos propios, entre el 37-85%.

La donación de vivo es el tipo de donación más extendido en Oriente Medio. La donación de cadáver tiene un gran potencial, aunque aún hay escasa conciencia en la población general con respecto a este tipo de donación¹⁸². La idea de que el concepto de muerte encefálica no es aceptado por el Islam está desapareciendo, aunque lentamente¹⁸³⁻¹⁸⁵, siendo necesarias campañas informativas poblacionales en relación a este tema¹⁸⁶⁻¹⁸⁷.

Los estudios realizados en Arabia Saudí en los años 90 muestran una actitud favorable hacia la donación en general de hasta el 88%¹⁸⁸, y hacia la de órganos propios inferior al 50%¹⁸⁹. En los países limítrofes como Omán¹⁸⁶ y el desierto de Néguev, al sur de Israel¹⁹⁰, se describen peores resultados, con una actitud hacia la donación en general y hacia la de órganos propios inferior al 40% de encuestados.

En Turquía, no se han realizado estudios en población general, pero sí en universitarios, donde sólo el 50% tiene una actitud favorable hacia la donación de órganos propios¹⁹¹. Recientemente, un estudio en Irán, muestra resultados esperanzadores con un 85% de los encuestados dispuestos a donar sus órganos¹⁹².

En el resto del continente asiático la situación no es homogénea, coexistiendo países con gran desarrollo como Japón, frente a otros más pobres¹⁹³⁻¹⁹⁶. Estos países presentan fuertes arraigos tradicionales, con un rechazo general del concepto de la muerte encefálica¹⁹⁷⁻¹⁹⁸, lo que ha ido cambiando desde 1997, con el cambio de legislación que permite las donaciones en muerte encefálica¹⁹⁹⁻²⁰¹.

La actitud favorable hacia la donación en general varía entre el 50-85%, y la actitud hacia la donación de órganos propios, entre el 21-65%. En general, la actitud hacia la donación de órganos de cadáver entre la población va mejorando, lenta pero progresivamente²⁰²⁻²⁰⁶. Así, en China, Liu et al²⁰² en el año 1997 en una muestra poblacional de 3012 personas entre 20 y 45 años halla una actitud favorable superior al 80% de los encuestados. En Japón, en el año 1991, antes del cambio de legislación que permitía las donaciones en muerte encefálica, los estudios poblacionales mostraban una actitud favorable en el 51%

de los encuestados²⁰⁷. Estudios posteriores muestran una mayor concienciación social, con una actitud favorable hacia la donación de órganos propios superior al 60%²⁰⁴⁻²⁰⁶.

En la India, un estudio realizado en el año 1999 (n=350) muestra una actitud favorable hacia la donación en general del 59%²⁰⁸. En Malasia, la actitud favorable hacia la donación de órganos se ha descrito sobre el 40%, mostrando diferencias por nacionalidad. Así, los malayos propiamente están menos predispuestos a donar (21%), con respecto a los chinos (37%) o los indios (51%)²⁰⁹.

1.1.7.6.-Situación en Africa

En el continente africano es primordial el establecimiento de la cobertura de necesidades básicas de salud. Aunque pocos, hay países que sí tienen desarrollado un programa de trasplantes. En ellos se ha descrito una una actitud favorable hacia la donación de órganos propios que oscila entre el 50-84%.

Así, por ejemplo, Sudáfrica, presenta un programa completo de trasplante de órganos sólidos y además, la actitud poblacional hacia la donación favorable que oscila entre el 70-85%²¹⁰⁻²¹². En Túnez el 50% de la población estaría a favor de donar sus órganos²¹³.

I.1.8.-FACTORES PSICO-SOCIALES RELACIONADOS CON LA ACTITUD HACIA LA DONACION

I.1.8.1.-Introducción

Se han descrito varios factores psico-sociales asociados a la actitud hacia la donación de órganos. Es importante poder determinarlos en los diferentes grupos poblacionales o sociales si se quieren realizar campañas selectivas y que sean efectivas para promover la donación de órganos.

Aunque no hay consenso, a continuación se va a realizar una revisión de los principales factores asociados con la actitud hacia la donación de órganos.

I.1.8.2.-Variables socio-personales.

1.-Sexo

La actitud hacia la donación de órganos es más favorable en el sexo femenino^{83,122,175,214-219}, aunque no se confirma en todos los estudios^{73,117-118,120,149,208}.

2.-Edad

La mayoría de estudios muestran una mejor disposición hacia la donación entre los sujetos más jóvenes^{73,83,88-89,113,115,118,121-122,135,139,142-142,147,149,151,172,175,204,214-216,218,220-229}, con algunas excepciones, donde la actitud es más favorable en edades intermedias de la vida^{189,230-231}. Sin embargo, algunos estudios recientes, muestran un empeoramiento de la actitud entre los jóvenes²³².

3.-Estado civil

Los solteros suelen estar más predispuestos a donar sus órganos^{113,119,122}, posiblemente en relación con la edad más joven.

4.-Descendencia

En cuanto a la descendencia se encuentran resultados dispares. Hay estudios que muestran que los sujetos que no tienen descendencia presentan una actitud más favorable hacia la donación¹¹⁹, y al contrario¹²²⁻¹²³.

5.-Nivel socioeconómico

Se ha evidenciado una mejor intención de donación en sujetos de mayor status socioeconómico^{73,75,83,115,119,121,148,159,187,215,224,227,231,233-237}. Así, diferentes autores²³³⁻²³⁴ indican que las diferencias en la actitud hacia la donación y en las tasas de donación de diferentes regiones de un mismo país pueden estar relacionadas con el nivel socio-económico de la población. En este sentido, Martínez et al¹¹⁵ y Scandroglio et al¹¹³ confirman una opinión más favorable hacia el tema entre las clases sociales alta y media-alta con respecto a las clases sociales más bajas.

6.-Localización geográfica

Por lo general existe una mejor actitud entre las poblaciones con un mayor número de habitantes¹¹⁸. Así, vivir en el medio rural, se asocia a una opinión más negativa^{115,117,238-240}; aunque algunos estudios no observan estas diferencias^{120,148}.

7.-Situación laboral

Aunque no todos los estudios analizan esta variable, como norma general las personas que están trabajando o estudiando suelen tener una mayor predisposición a donar sus órganos con respecto a los que están desempleados o jubilados^{113,119}.

8.-Nivel educativo

Las personas con un alto nivel de estudios suelen tener actitudes más favorables hacia la Ciencia y la Medicina, y en concreto, más positivas hacia la donación^{73,83,88-89,113,115,118,121,123,142,154,172,187,215,230,236-237,241-247}. Así, a medida que el nivel educativo es menor, la predisposición a donar también es menor^{75,83,89,115,117-118}.

En este sentido López Navidad et al²⁴⁸ muestran que el factor más influyente en la autorización de la familia de un fallecido potencial donante de órganos es el nivel cultural de dicha familia. Así, la negativa a la donación de órganos fue del 40% en familias con nivel cultural bajo o medio-bajo, mientras que dicha negativa fue del 4,6% en familias con nivel cultural medio o superior²⁴⁹.

9.-Diferencias raciales

Los sujetos pertenecientes a minorías étnicas suelen presentar una menor predisposición a la donación^{148,156,210,215,224,247,250-251}. En ello influyen diferentes factores, tanto sociales, religiosos, como de marginalidad social^{156-157,159,252-253}. Estos aspectos han sido estudiados en EE.UU., donde existen grandes grupos raciales, tanto de afro-americanos, coreano-americanos, latino-americanos, nativos americanos, árabe-americanos, etc^{153-163,254-255}.

En España, la población inmigrante es un colectivo heterogéneo¹²²⁻¹²⁴ en aumento en los últimos años, que requiere de estrategias de intervención diferenciadas según su cultura y costumbres para promover la donación de órganos, y que cada vez va adquiriendo más relevancia¹¹⁴.

1.1.8.3.-Variables de información y conocimiento sobre donación

El conocimiento sobre los diferentes aspectos de la donación y el trasplante de órganos, hace perder el miedo hacia lo desconocido y en general predispone a una actitud más favorable hacia la donación de órganos^{89,118-119,135,187,215,224,226,236-237,240,242,245-246,256-257}.

1.-Calidad de la información sobre donación y trasplante de órganos

La mayoría de estudios muestran que en la población la información sobre la donación y el trasplante de órganos es insuficiente y superficial, lo cual condiciona en la mayoría de casos su actitud hacia

la donación de órganos^{89,115,248}.

2.-Información recibida

Los medios de comunicación son una importante fuente de información acerca de problemas de salud²⁵⁸⁻²⁶². Normalmente los trasplantes de órganos tienen una presencia en los medios, y es evidente que una buena imagen facilita la donación, siendo importante que esta información sea adecuada²⁶³. Respecto a qué tipo de medios transmiten información sobre el tema, en general, se objetiva que la televisión es el medio más importante en la transmisión de noticias y datos sobre donación de órganos^{115,118,264-266}. En relación a los medios de masas la televisión puede tener una influencia negativa^{119,264,266-267}. En este sentido destaca en 1980, el “efecto Panorama”, donde después de un único programa de televisión en el Reino Unido que cuestionaba la validez de los criterios clínicos de muerte encefálica²⁶⁷ se necesitaron 15 meses para recuperar las tasas de donación de órganos.

3.-Experiencia previa con la donación y el trasplante de órganos

El hecho de haber tenido una relación con el proceso de donación y trasplante, a través de un familiar o conocido que ha precisado un trasplante o ha sido donante, favorece a sensibilizar sobre el tema y a tener una actitud favorable hacia la donación de órganos^{75,83,115,118,122-123,135,175,215,217,222,236-237}.

4.-Conocimiento del concepto de Muerte Encefálica

El miedo a la posibilidad de una muerte aparente ante la extracción de órganos es una de las razones clásicas más frecuentes de negativa ante la donación de órganos^{89,115,117-118,222}. Este miedo está asociado al desconocimiento del concepto de muerte encefálica y su no aceptación como éxitus de una persona^{87,117-119,122-123,268}.

1.1.8.4.-Variables de interacción social

1.-Realización de actividades pro-sociales

El hecho de donar un órgano se integra dentro de una visión altruista de la vida. En este sentido, aquellas personas con una actitud favorable hacia la donación de órganos, suelen mostrar conductas más altruistas en comparación con los no donantes^{117-119,122-123,215,217-218,222,226,236,247,254-255,269-270}.

2.-Variables de interacción social

Existe un efecto positivo sobre la decisión de donar cuando las personas manifiestan su opinión hacia la donación de órganos a familiares o a personas allegadas, sobre todo con su pareja, y se crea un ambiente favorable hacia la donación y el trasplante de órganos^{215,217,219,223,236-237,254-255,271}. Sin embargo, también es conocido que cuando el núcleo familiar, y sobre todo la pareja, es contraria a la donación de órganos se genera un ambiente en contra de la donación¹⁷⁵. Por todo ello, la mayoría de autores aconsejan propiciar el diálogo sobre el tema de la donación y el trasplante de órganos, pues suele generar un ambiente favorable (excepto que todos los componentes estén en contra) y mejora la actitud hacia la donación de órganos^{172,272-273}.

Sin embargo, a pesar de que el diálogo familiar sobre el tema y que la familia conozca la opinión son de los factores más influyentes en la actitud hacia la donación^{118,120,122-123}, estas conversaciones no son frecuentes^{88,117}. Sólo un porcentaje pequeño de personas comunican su opinión y /o conoce la opinión de sus familiares. Así, las familias que no conocen la voluntad del fallecido sobre la donación de sus órganos son más reacias a aceptar la responsabilidad de algo que desconocen y pueden negarla por miedo a equivocarse¹¹⁷.

1.1.8.5.-Variables religiosas

Clásicamente la religión ha constituido una barrera hacia la donación de órganos^{113,115,119,127,224,255,257,270,274}, ya que la misma podría interferir con un funeral normal, retrasándolo.

Además, existe la creencia de que la ausencia de determinados órganos al final de la vida tendría efectos nocivos en la otra vida²⁷⁵.

Las distintas religiones se han manifestado en torno al trasplante de órganos de una forma mayoritariamente favorable²⁷⁶⁻²⁷⁹, aunque con frecuencia sus feligreses desconocen la actitud de su religión en este sentido²⁸⁰. En este sentido, la Iglesia Católica no mantiene reservas sobre los trasplantes, sino que los acoge como una excelente aportación a la humanidad^{274,281}.

1.1.8.6.-Variables de actitud hacia el cuerpo

Como norma general los miedos ancestrales de la población hacia la manipulación del cuerpo y la preservación de la integridad del cuerpo influyen de manera negativa en la predisposición a donar los órganos^{136,215,254-255,270,282}. En este sentido, los grupos poblacionales más liberales al respecto, y que prefieren la incineración al enterramiento y consideran que la autopsia debe realizarse si es necesaria, tienen una actitud más favorable hacia la donación de órganos^{115,117-118,122-123,222,283}.

1.1.8.7.-Otras variables

La confianza en el sistema sanitario es considerado otro factor influyente en la actitud hacia la donación de órganos. Así, la desconfianza en el sistema, el temor de recibir un tratamiento inadecuado tanto en cantidad como en calidad, el temor de que los médicos realicen una precipitada extracción de los órganos, el miedo a que extraigan los órganos sólo para experimentos de laboratorio e investigación, o la desconfianza a que se declare la muerte prematuramente; son razones que influyen para no donar los órganos^{83,121}. Así, diversos estudios muestran que si el donante y sus familiares confiaban en los médicos, el porcentaje de donación de órganos aumenta^{83,121,215,236,254,282}.

I.1.9.-ACTITUD HACIA LA DONACION ENTRE LA POBLACIÓN LATINOAMERICANA

EMIGRANTE

La población latino-americana tiene unas altas tasas de emigración hacia otros países, en la búsqueda de mayor estabilidad tanto social como económica. La gran mayoría se dirigen a dos destinos, uno por proximidad que corresponde a Estados Unidos, y otro por similitudes culturales y sociales que corresponde a España.

I.1.9.1.-Estudios en Estados Unidos

Estados Unidos tiene un amplio grupo de minorías étnicas. Respecto a la población latino-americana existe una larga tradición de emigración, tanto de México como del resto de países latino-americanos. Por ello se ha tratado de estudiar a la comunidad hispana, sus actitudes hacia la donación y los factores psicosociológicos y culturales que lo determinan. Los estudios entre los grupos étnicos se centraron inicialmente en los afroamericanos, que es un grupo poblacional también muy numeroso en Estados Unidos.

Es a partir de los años 90 cuando se realizan estudios en la población de origen latino^{4,8,10,14,284-286}. Sin embargo, son estudios en su mayoría vía telefónica, con baja tasa de respuesta (entre 40-55%) y en grupos reducidos, con lo cual son resultados poco generalizables. Si bien, la mayoría muestran que tanto la población latina como afro-americana tienen una menor tasa de donación y mayor proporción de rechazo familiar que la población blanca.

Así, Macnamara et al²⁸⁴ presentan los resultados de la encuesta realizada por la Gallup Organization entre 1992-1993, que se realizó vía telefónica y con una tasa de respuesta del 45%, y encuentran que la actitud entre los latinos es peor que la de la población blanca nativa, pero mejor que la de la población afroamericana (31,2 % frente al 42,9 y 22,6%, respectivamente). Destacar, que entre la población blanca el nivel de estudios era mayor que en los otros grupos, habían recibido información sobre trasplantes y donación en un alto porcentaje de casos, y comprendían el concepto de muerte cerebral también en un alto porcentaje de casos.

Destacar, que curiosamente la encuesta Gallup de 1985^{10,286} mostraba que la población blanca de origen angloamericano era favorable en el 86% de los casos, y los hispanomejicanos en un 76%. Son datos muy favorables, pero que no se han reproducido en otros estudios.

Siegel et al¹⁴ realizan un estudio entre la población latinoamericana en Arizona, y obtienen que el 46% de los latinos donarían sus órganos. Destaca que ese porcentaje asciende al 51% entre los que preferían la encuesta en inglés y desciende al 42,6% entre los que la preferían en español. Las encuestas se realizaron vía telefónica y sólo hubo un 43,6% de respuestas. Por otro lado Breiktkoff²⁸⁵ estudia la actitud hacia la donación sólo en las mujeres latinas, y describe una actitud positiva en un 51% de ellas.

1.1.9.2.-Estudios en España

En España ha habido un incremento notable de inmigración latina por los lazos existentes tanto culturales, históricos, religiosos como lingüísticos. En España hay principalmente dos grandes estudios que han analizado la actitud hacia la donación de órganos entre la población latino americana.

López et al¹¹⁴ analizan la actitud hacia la donación de los inmigrantes en España en 1202 inmigrantes representativos de la población inmigrante en España. La actitud es favorable entre el 58,9% de los inmigrantes encuestados. Entre los grupos de inmigrantes objetivan que los latinos y los europeos del este son los que mejor intención de donar tienen, y la peor actitud la obtienen en los asiáticos y africanos. Respecto a la población latinoamericana, donaría el 73,6%.

Ríos et al¹²⁴ realizan un estudio estratificado por nacionalidad, edad y sexo entre la población latinoamericana residente en España. Se entrevistan a 1237 latino-americanos (grado de cumplimentación del 94%) utilizando un cuestionario validado, y observan que el 60% están a favor de la donación de órganos y está condicionada por varios factores psico-sociales.

Estos dos estudios muestran una actitud hacia la donación favorable, similar a la descrita en las sociedades occidentales. Es llamativa la discrepancia con los mismos estudios realizados en Estados Unidos, si bien los estudios norteamericanos utilizan muestreos telefónicos, con bajas tasas de cumplimentación, y hace que posiblemente no sean comparables con los estudios españoles.

I.2.-JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

El trasplante de órganos constituye una opción terapéutica que ha ido incrementando su eficacia, ofreciendo condiciones de vida cada vez más favorables para un grupo seleccionado de pacientes donde las terapéuticas convencionales ofrecen una peor supervivencia o calidad de vida^{90,287-291}.

Este extraordinario progreso está limitado por la escasez de órganos disponibles para realizar todas las intervenciones que son necesarias, condicionando así el desarrollo de esta terapia y constituyendo la mayor dificultad a la que se enfrentan pacientes, profesionales y organizaciones nacionales e internacionales relacionadas con el trasplante^{241,292}. Se estima que no menos de un millón de pacientes se beneficiaría anualmente de un trasplante orgánico, es decir, diez veces el número estimado de trasplantes que se realizan cada año en la actualidad.

Si bien es cierto que la consolidación y la mejora técnica de otras fuentes de obtención de órganos como la donación de vivo o el desarrollo de programas de obtención de órganos procedentes de donantes en parada cardiorrespiratoria contribuye a mejorar el número de órganos que finalmente puede implantarse, la obtención de órganos de donante en muerte encefálica continúa siendo la principal fuente de consecución de órganos para trasplante.

Partiendo de esta premisa, la pérdida de donantes potenciales producida por la negativa familiar a la donación es uno de los problemas que se han de continuar afrontando. En este contexto, cobran sentido e interés todos los estudios dirigidos a conocer las causas que intervienen en la formación de una actitud negativa en la población hacia la donación de órganos, así como todas aquellas actividades de difusión y promoción dirigidas a minimizar esta negativa familiar.

La negativa familiar se encuentra fuertemente mediatizada por diferentes factores del ámbito psico-social⁷⁵⁻⁸³. De aquí la importancia de las investigaciones psico-sociales sobre la actitud hacia la donación y trasplante de órganos, ya que el conocimiento de las variables que influyen y determinan la misma, puede proporcionar la base para conseguir aumentar el número de donantes^{80-81,113,293}. Por ello, para conseguir altas tasas de donación, es importante actuar tanto a nivel organizativo²⁹⁴⁻²⁹⁵ como a nivel social^{113-114,295-296}.

Actualmente, la inmigración es una situación frecuente y creciente en la sociedad europea occidental y en Estados Unidos, dado su desarrollo económico. Este hecho está teniendo su repercusión en el mundo del trasplante, pues en la mayoría de los países occidentales se está produciendo un aumento importante del número de pacientes no nacionales en las listas de espera para trasplantes, y también se plantea la petición de órganos a familias no nativas^{35,122-123}.

El notable incremento de la población extranjera está configurando una nueva realidad social y demográfica en varios países. Además, dado que en sus países de origen las tasas de donación son bajas, existe el riesgo de un descenso de las tasas de donación en los países a donde emigran.

Dentro de la emigración, existe un flujo migratorio muy importante en las últimas décadas desde los países de origen latinoamericano hacia Estados Unidos. Y como se indicaba anteriormente se ha descrito que la población inmigrante latinoamericana, sobre todo en USA, tiene unas tasas de donación de órganos bajas, inferiores a la población blanca no hispana²⁹⁷. Por ello, es importante analizar su actitud hacia la donación y el trasplante de órganos para determinar su predisposición a donar los órganos^{122-123,119}. Los datos existentes hasta el momento son escasos y contradictorios^{4,8,10,14,284-286}, por lo que son necesarios estudios estratificados, bien diseñados y utilizando cuestionarios validados para obtener datos fiables.

Conocer los factores que determinan una opinión a favor o en contra de la donación en la población latino-americana residente en Estados Unidos permitirá optimizar los recursos invertidos en la realización de campañas de promoción de la donación y el trasplante. Cuanto mayor sea el conocimiento disponible acerca de las variables que influyen en una opinión negativa hacia la donación en un determinado grupo social, más específicamente se podrá actuar sobre ellas⁸⁹. Recordar que los estudios realizados en población general muestran que existe una clara mejoría de la opinión hacia la donación de órganos entre las personas que están adecuadamente informadas sobre el tema²⁶⁵.

I.3.-HIPÓTESIS DE TRABAJO Y ANÁLISIS DE OBJETIVOS

I.3.1.-HIPÓTESIS DE TRABAJO

La población latinoamericana residente en Florida (USA) tiene una actitud hacia la donación de órganos propios al fallecer peor a la descrita en la población nativa estadounidense (<65%).

I.2.3.-OBJETIVOS

Para contrastar la hipótesis a estudio se establecen los siguientes objetivos:

- 1.-Analizar la opinión hacia la donación de órganos propios tras el fallecimiento entre la población latinoamericana residente en Florida (USA).**
- 2.-Determinar la variables psicosociales que condicionan la opinión hacia la donación de los órganos propios.**
- 3.-Definir el perfil psicosocial de la población latinoamericana residente en Florida favorable hacia la donación de órganos.**
- 4.-Definir el perfil psicosocial de la población latinoamericana residente en Florida desfavorable hacia la donación de órganos.**

MATERIAL y MÉTODOS

II.1.-DISEÑO DEL ESTUDIO

II.1.1.-CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO

Las características principales del estudio se muestran en la **tabla 1**.

Tabla 1: Características principales del estudio

Tipo de estudio	Estudio observacional de corte transversal
Población de referencia	Población Latino-Americana residente en Florida (USA)
Periodo de estudio	Enero de 2010 a Diciembre del 2010
Instrumento de medida	"PCID-DTO-Ríos". Cuestionario validado, aplicado de forma anónima, voluntaria y auto-cumplimentada
Definición de actitud favorable hacia la donación de órganos para trasplante	Respuesta afirmativa a la pregunta: ¿donarías tus órganos al fallecer?

II.1.2.-PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el año 2010, entre los meses de enero y diciembre.

II.1.3.-POBLACION A ESTUDIO

La población a estudio la constituye la población con edad ≥ 15 años que reside en el estado de Florida en Estados Unidos, que haya nacido en cualquiera de los países norteamericanos, centroamericanos (incluidos caribeños) o sudamericanos de habla hispana.

Para conocer la población de dichas características se tomó como referencia poblacional el último padrón de habitantes del estado de Florida, en el año 2010, donde queda reflejado el porcentaje de población legal nacida en países de Latino América y residentes en Florida. En dicho padrón la población latinoamericana afincada de forma permanente y legal en Florida la componen 3.970.375 personas (<http://www.census.gov/>) (**Tabla 2**).

Table 2. Distribución de la población latinoamericana afincada en Florida según el censo, y agrupada por el país de nacimiento

País de origen	Población Censada
América del Norte	629.718
Méjico	629.718
América Central	2.666.114
Cuba	1.213.438
Puerto Rico	847.550
Nicaragua	135.143
República Dominicana	172.451
Honduras	107.302
Guatemala	83.882
El Salvador	55.144
Costa Rica	20.761
Panama	28.741
Resto Países	1.692
América del Sur	674.543
Colombia	300.414
Venezuela	102.116
Perú	100.965
Ecuador	60.574
Argentina	56.260
Chile	23.549
Uruguay	14.542
Bolivia	10.938
Paraguay	2.222
Resto Países	2.963
TOTAL	3.970.375

Además de la población latinoamericana censada, existe un porcentaje importante de población de estas nacionalidades no legal y que no está censada.

Para obtener una estimación de este grupo no censado se buscó la colaboración de las diferentes asociaciones de ayuda a la inmigración. Estas asociaciones tienen contacto directo con la población que se pretende localizar, siendo por lo tanto la fuente más fiable de la que podemos obtener información. Para ello, se realizó un listado con todas las asociaciones afincadas en Florida que tienen relación con este grupo social latino-americano.

Se contactó con todas las asociaciones y se les informó de los objetivos del estudio y de cual sería el trabajo a realizar. Tras estas consultas, 101 asociaciones de apoyo a la inmigración colaboraron en el proceso.

Dado que la mayoría de esta población que acude a estas asociaciones está en situación irregular sin documentación de residencia, se estableció un secreto de confidencialidad, con un compromiso de los promotores del proyecto a mantener el anonimato de las asociaciones y de los datos de sus asociados. El objetivo era generar confianza para que la gente pudiera participar sin miedo a ser deportados.

En base a los datos que se aportaron por estas asociaciones se estimó que aproximadamente 1.363.798 ciudadanos más, sin documentación, podrían residir en el estado de Florida (**Tabla 3**).

Tabla 3. Distribución de la población latinoamericana afincada en Florida según el censo y los datos de las asociaciones de inmigrantes, por país de nacimiento.

País	Residentes Legales	Residentes Estimados*
América del Norte	629.718	1.129.718
Méjico	629.718	1.129.718
América Central	2.666.114	3.433.912
Cuba	1.213.438	1.542.438
Puerto Rico	847.550	945.550
Nicaragua	135.143	305.143
República Dominicana	172.451	275.451
Honduras	107.302	137.302
Guatemala	83.882	98.882
El Salvador	55.144	67.144
Costa Rica	20.761	29.761
Panamá	28.741	29.741
Resto Países	1.692	2.500
América del Sur	674.543	770.543
Colombia	300.414	341.414
Venezuela	102.116	122.116
Perú	100.965	102.965
Ecuador	60.574	72.574
Argentina	56.260	67.260
Chile	23.549	25.549
Uruguay	14.542	16.542
Bolivia	10.938	14.938
Paraguay	2.222	3.222
Resto Países	2.963	3.963
TOTAL	3.970.375	5.334.173

II.2.-SELECCIÓN DE LA MUESTRA

II.2.1.-TAMAÑO MUESTRAL

Para determinar el tamaño muestral se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros:

- 1.-*La población a estudio la componen un total de 5.334.173 personas.*
- 2.-*Se consideró una actitud a favor de la donación del 50% de los encuestados que respondan al estudio. Este dato se estima en base a los datos obtenidos en la bibliografía, si bien la diversidad es tal que se optó por considerar el 50% como parámetro de referencia.*
- 3.-*Nivel de confianza (1- α) del 95%.*
- 4.-*Error muestral (d) del 3%.*
- 5.-*Proporción esperada de pérdidas o Loss ratio (sujetos que no responderían al estudio) del 30%*

En base a estos parámetros el tamaño muestral estimado es de **1.524** personas.

II.2.2.-ESTRATIFICACION DE LA MUESTRA

II.2.2.1.-Fuentes para la estratificación

Se obtiene una muestra representativa de la población latinoamericana residente en Florida estratificada por nacionalidad, edad y sexo. Para su obtención se tiene en cuenta la situación legal de la población:

- 1.-*Población con documentación legal.* El censo poblacional de Estados Unidos permite obtener el número de población latino-americana, en función de la nacionalidad que vive en Florida, dando información sobre la edad, sexo y municipio de residencia (<http://www.census.gov/>). En base a estos datos se estratificará la muestra por edad, sexo y nacionalidad del encuestado.

2.-Población sin documentación legal. La información sobre este grupo poblacional no es tan segura como la del grupo previo, dado que no es una información oficial registrada. En base a los datos aportados por las 101 asociaciones de inmigración consultados se estima el tamaño de este grupo, tal y como se indica en el apartado anterior. Con esta información se genera un censo aproximado con información sobre edad, sexo y municipio de residencia. En base a estos datos aproximados se estratificará la muestra por edad, sexo y nacionalidad del encuestado.

II.2.2.2.-Estratificación por nacionalidad del encuestado

Teniendo en cuenta el número de latino-americanos obtenidos al determinar la población a estudio y sus nacionalidades de origen, se realiza la primera estratificación de la muestra.

La estratificación se realiza primero por área geográfica:

- 1.-América del Norte
- 2.-América Central
- 3.-América del Sur

Posteriormente se realiza una estratificación por país:

- 1.-América del Norte: **Méjico**
- 2.-América Central: **Cuba, Puerto Rico, Nicaragua, República Dominicana, Honduras, Guatemala, El Salvador, Costa Rica, Panamá y resto de países**
- 3.-América del Sur: **Colombia, Venezuela, Perú, Ecuador, Argentina, Chile, Uruguay, Bolivia, Paraguay y resto de países**

En la **tabla 4** se refleja la distribución de la muestra seleccionada en función de la nacionalidad

Table 4. Estratificación de la muestra por nacionalidad del encuestado

País	Residentes Estimados	Muestra Estimada
América del Norte	<i>1.129.718</i>	<i>303</i>
Méjico	1.129.718	303
América Central	<i>3.433.912</i>	<i>994</i>
Cuba	1.542.438	448
Puerto Rico	945.550	269
Nicaragua	305.143	89
República Dominicana	275.451	80
Honduras	137.302	40
Guatemala	98.882	29
El Salvador	67.144	20
Costa Rica	29.761	9
Panama	29.741	9
Resto Países	2.500	1
América del Sur	<i>770.543</i>	<i>227</i>
Colombia	341.414	100
Venezuela	122.116	38
Perú	102.965	30
Ecuador	72.574	21
Argentina	67.260	19
Chile	25.549	7
Uruguay	16.542	5
Bolivia	14.938	5
Paraguay	3.222	1
Resto Países	3.963	1
TOTAL	5.334.173	1.524

II.2.2.3.-Estratificación por sexo

Tras la estratificación por nacionalidad, se realizó una segunda estratificación en función del sexo.

En la **Tabla 5** se muestra la estratificación por nacionalidad y sexo.

Tabla 5. Estratificación de la muestra por Nacionalidad y Sexo.

	HOMBRES	MUJERES	Total
América del Norte	156	147	303
Méjico	156	147	303
América Central	563	431	994
Cuba	252	196	448
Puerto Rico	144	125	269
Nicaragua	69	20	89
Republica Dominicana	42	38	80
Honduras	21	19	40
Guatemala	14	15	29
El Salvador	11	9	20
Costa Rica	4	5	9
Panama	5	4	9
Resto Países	1	0	1
América del Sur	137	90	227
Colombia	65	35	100
Venezuela	21	17	38
Perú	17	13	30
Ecuador	14	7	21
Argentina	11	8	19
Chile	4	3	7
Uruguay	2	3	5
Bolivia	2	3	5
Paraguay	1	0	1
Resto Países	0	1	1
TOTAL	856	668	1.524

II.2.2.3.-Estratificación por edad

Por último se realiza una estratificación por edad. En la **Tabla 6** se muestra la estratificación por nacionalidad y edad del grupo del sexo masculino.

Tabla 6. Estratificación de la muestra por Nacionalidad, Sexo y Edad. Grupo Masculino

	15-25 años	26-45 años	46-65 años	>65 años
América del Norte				
Méjico	65	80	8	3
América Central				
Cuba	68	120	54	10
Puerto Rico	21	68	47	8
Nicaragua	20	30	15	4
República Dominicana	15	20	5	2
Honduras	5	10	5	1
Guatemala	5	4	4	1
El Salvador	3	4	3	1
Costa Rica	-	2	2	-
Panama	1	2	2	-
Resto Países	-	-	1	-
América del Sur				
Colombia	8	25	30	2
Venezuela	5	10	5	1
Perú	4	8	4	1
Ecuador	5	6	2	1
Argentina	2	5	3	1
Chile	1	1	2	-
Uruguay	-	1	1	-
Bolivia	-	1	1	-
Paraguay	-	1	-	-
Resto Países	-	-	-	-
TOTAL	228	398	194	36

En la **Tabla 7** se muestra la estratificación por nacionalidad y edad del grupo del sexo femenino.

Tabla 7. Estratificación de la muestra por Nacionalidad, Sexo y Edad. Grupo Femenino

	15-25 años	26-45 años	46-65 años	>65 años
América del Norte				
Méjico	65	70	8	4
América Central				
Cuba	60	65	55	16
Puerto Rico	20	55	40	10
Nicaragua	8	6	4	2
República Dominicana	12	15	8	3
Honduras	4	8	5	2
Guatemala	4	4	4	3
El Salvador	1	5	2	1
Costa Rica	1	1	2	1
Panama	1	2	1	-
Resto Países	-	-	-	-
América del Sur				
Colombia	6	15	11	3
Venezuela	3	3	8	3
Perú	3	4	3	3
Ecuador	3	2	1	1
Argentina	1	4	1	2
Chile	1	1	1	-
Uruguay	-	1	1	1
Bolivia	-	1	2	-
Paraguay	-	-	-	-
Resto Países	-	1	-	-
TOTAL	193	263	157	55

II.3.-DISEÑO DEL TRABAJO DE CAMPO

II.3.1.-LOCALIZACIÓN DE LA POBLACION LATINOAMERICANA

Para la realización del muestreo se tuvo en cuenta la información obtenida de las asociaciones de inmigrantes, pues la población latinoamericana tiende a concentrarse en determinados núcleos de población. Se hizo un muestreo de los diferentes municipios de Florida, centrándonos en las zonas de concentración de la población latinoamericana en dichos núcleos poblacionales.

En la **Figura 1** quedan reflejadas las ciudades y núcleos de población de Florida. El núcleo de mayor concentración de población latino-americana fue la ciudad de Miami.

Figura 1. Mapa político de Florida, donde quedan reflejados sus núcleos de población y ciudades



En cada una de las ciudades y núcleos poblacionales donde se iba a realizar el muestreo, se contó con el apoyo de las asociaciones de inmigrantes y colaboradores del "Proyecto Colaborativo Internacional Donante".

II.3.2.-PROCESO DE TRABAJO DE CAMPO

En cada núcleo seleccionado para localizar a los encuestados, se confirma que el potencial encuestado cumple con los criterios de la estratificación por nacionalidad, edad y sexo. Tras ello se les explica que es un estudio de opinión totalmente anónimo donde no queda constancia de los datos de filiación. El potencial encuestado da su consentimiento oral para la realización del estudio.

Se cuenta con miembros de las distintas asociaciones para disminuir la desconfianza que el equipo de investigación pueda generar entre la población latino-americana.

Todos los encuestadores hablan perfectamente español, y todo el proceso se realizó en español.

II.3.3.-CUMPLIMENTACION DEL CUESTIONARIO

El cuestionario se completa de forma anónima y auto-administrada. El proceso es supervisado por los colaboradores del "Proyecto Colaborativo Internacional Donante".

En los casos en los que los encuestados indican que no saben leer, los colaboradores del proyecto les leen las preguntas y estos marcan las opciones que consideran oportuno.

II.4.-INSTRUMENTO DE MEDIDA

La actitud hacia la donación de órganos fue determinada usando un cuestionario validado de actitud hacia la donación ("**PCID-DTO Ríos**": Cuestionario del Proyecto Colaborativo Internacional Donante sobre Donación y Trasplante de Órganos desarrollado por el Dr. Ríos).

El cuestionario incluye preguntas distribuidas en cuatro sub-escalas o factores, validadas en población de habla hispana. Los cuatro factores son:

Factor 1: Razones a favor y en contra de la donación de órganos para trasplante. (Varianza explicada: 26.287%, coeficiente de fiabilidad α de Cronbach: 0.957).

Factor 2: Información sobre D.T.O. (Varianza explicada: 24.972%, coeficiente de fiabilidad α de Cronbach: 0.804).

Factor 3: Factores sociales. (Varianza explicada: 6.834%, coeficiente de fiabilidad α de Cronbach: 0.747).

Factor 4: Factores familiares. (Varianza explicada: 5.110%, coeficiente de fiabilidad α de Cronbach: 0.641).

Este modelo presenta un total de varianza explicada del 63.203%, y un coeficiente de fiabilidad α de Cronbach de 0.834.

A dicho cuestionario validado se añade un cuestionario anexo ("ad hoc questionnaire") que incluye variables socio-personales.

A continuación se presenta el cuestionario completo con el anexo "ad hoc".



- 1) Edad:
- 2) Sexo:
 - 1. Varón.
 - 2. Mujer.
- 3) Estado Civil
 - 1. Soltero.
 - 2. Separado.
 - 3. Casado.
 - 4. Divorciado.
 - 5. Viudo.
- 4) Localidad de Residencia:
- 5) Estudios que posee:
 - 1. Leer y escribir, o menos.
 - 2. Primaria (EGB, ESO o equivalentes).
 - 3. Secundaria (BUP o equivalentes).
 - 4. Medios (Carreras de grado medio o equivalentes).
 - 5. Superiores (Carreras de grado superior o equivalentes).
- 6) Profesión:
- 7) Tiene Hijos:
 - 1. Sí.
 - 2. No.
- 8) ¿Has conocido entre tus familiares o amigos alguien que haya necesitado o recibido un trasplante de órganos?
 - 1. Sí.
 - 2. No.
- 9) ¿Has conocido entre tus familiares o amigos alguien que haya donado sus órganos?
 - 1. Sí.
 - 2. No.
- 10) ¿Crees que las necesidades de órganos para trasplante están cubiertas?
 - 1. Sí.
 - 2. No.
- 11) ¿Has recibido alguna charla sobre donación y trasplante de órganos?
 - 1. Sí.
 - 2. No.
- 12) Si tuvieras que decidir, ¿Donarías los órganos de algún familiar tuyo?
 - 1. Sí.
 - 2. No.
- 13) ¿Has comentado el tema de la donación y trasplante de órganos con tu familia?
 - 1. Sí.
 - 2. No.
- 14) ¿Has comentado el tema de la donación y trasplante de órganos con tus amigos?
 - 1. Sí.
 - 2. No.
- 15) Señala a través de qué fuentes has obtenido información sobre la donación de órganos y si ésta fue positiva (+) o negativa (-):

	Sí, información positiva	Sí, información negativa	No
1. Televisión			
2. Radio			
3. Revistas , libros , folletos			
4. Prensa			



5. Películas			
6. Amigos			
7. Familia			
8. Vallas o carteleras			
9. Sanitarios o médicos			
10. Colegios			
11. Charlas en otros centros			
12. Ninguno			
13. Otros (especificar):			

16) ¿Donarías tus órganos?

1. Sí.
2. No.
3. Tengo dudas.

17) Si estás a favor, ¿Por cuáles de estas razones donarías tus órganos al fallecer? (Señala las que creas necesarias):

1. Por considerarlo una obligación moral.
2. Por solidaridad.
3. Por querer sobrevivir a la propia muerte.
4. Por motivos religiosos.
5. Porque es gratis.
6. Por reciprocidad (Hacer para otros lo que me gustaría para mí)
7. Otras :

18) Si estás en contra, ¿Por cuáles de las siguientes razones? (Señala las que creas necesarias):

1. Porque no pagan dinero.
2. Por rechazo a la idea de mutilación del cuerpo.
3. Por miedo a que cojan los órganos antes de estar muerto.
4. Por motivos religiosos.
5. No quiero expresar mis razones.
6. Otras :

19) ¿Eres donante de sangre?

1. Sí, habitualmente.
2. Sí, ocasionalmente o di una vez.
3. No, pero estaría dispuesto.
4. No, y no lo seré.

20) Si donaras tus órganos, ¿Te preocuparía que tu cuerpo quedara con cicatrices o mutilado tras la extirpación de tus órganos?

1. Sí, me preocupa mucho.
2. Me da igual.
3. NS / NC.

21) Si tienes pareja, ¿Conoces su opinión sobre la donación de órganos?

1. Sí, es favorable.
2. No la conozco.
3. Sí, está en contra.
4. No tengo pareja.

22) ¿Crees que tú puedes necesitar alguna vez un trasplante de órganos?

1. No, porque yo llevo una vida sana.
2. Existe la posibilidad de que alguna vez enferme y precise un órgano.
3. No lo sé.



- 23) ¿Crees que una charla sobre donación de órganos sería interesante para tí?**
1. Sí.
 2. No.
 3. No lo sé, tendría que oírla.
- 24) ¿Consideras que tu información sobre la donación de órganos es...?**
1. Buena.
 2. Normal.
 3. Escasa.
 4. Mala.
 5. Nula.
- 25) ¿Confías en tu médico de cabecera?**
1. Totalmente.
 2. Bastante.
 3. Regular.
 4. No confío.
- 26) ¿Colaboras en organizaciones no gubernamentales, acciones de voluntariado o actividades de ayuda social?**
1. Sí, habitualmente.
 2. Sí, ocasionalmente.
 3. No, ni voy a participar.
 4. No, pero estaría dispuesto.
- 27) De las siguientes cuestiones que te planteo ante tu propia muerte o la de un familiar próximo, dínos con cuál o cuáles estás de acuerdo:**
- | | | |
|-----------------------------|----|----|
| 1. Pediría la incineración. | SI | NO |
| 2. Pediría la inhumación. | SI | NO |
| 3. Aceptaría una autopsia. | SI | NO |
- 28) Según tu opinión, una persona con muerte cerebral ¿puede recuperarse y vivir normal?**
1. Sí.
 2. No.
 3. No lo sé.
- 29) Respecto a la actitud religiosa, se considera usted...**
1. Católico practicante.
 2. Católico no practicante.
 3. Religión no católica (Indicarla): _____
 4. Agnóstico-ateo.
- 30) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones cree usted que es la opinión de su religión respecto a la donación y trasplante de órganos?**
1. Está a favor de la donación y trasplante de órganos.
 2. Está en contra de la donación y trasplante de órganos.
 3. No se ha promulgado ante esta cuestión.
- 31) ¿Cómo verías una legislación que permitiera al estado disponer siempre de los órganos de los difuntos sin contar con ningún permiso previo?**
1. Como un gran gesto de solidaridad.
 2. Como un abuso de autoridad.
 3. Como un modo eficaz para no desperdiciar los órganos que se pierden inútilmente.
 4. Como una ofensa a los familiares del difunto.

II.5.-VARIABLES A ESTUDIO

II.5.1.-CONCEPTOS BASICOS Y ACTITUDES HACIA LA DONACION

Se realiza una descripción de las variables más significativas del estudio:

a) Actitud hacia la donación de órganos propios al fallecer

b) Razones a favor de la donación de órganos

c) Razones en contra de la donación de órganos

c) Conocimiento del concepto de muerte encefálica. Se valora el conocimiento de dicho concepto, entiendo como tal el éxitus de la persona.

II.5.1.-PERFIL PSICO-SOCIAL HACIA LA DONACION DE ORGANOS

Como **variable dependiente** se utiliza la **actitud hacia la donación de órganos propios al fallecer**.

Las **variables independientes** analizadas son agrupadas en seis categorías:

a) Variable demográfica

Se diferencian las diferentes nacionalidades latino-americanas, tal y como quedan reflejadas en la estratificación.

b) Variables socio-personales

1.-Edad. La edad se expresa en años, y se tiene en cuenta la edad media.

2.-Sexo. Se diferencia entre varón y mujer

3.-Estado Civil. Se diferencian:

a.-Soltero

b.-Casado

c.-Viudo

d.-Separado y/o Divorciado

4.-Descendencia. Se diferencia si tiene o no descendencia.

5.-Nivel de Estudios. Se diferencian:

a.-No tener estudios

b.-Estudios primarios

c.-Estudios secundarios

d.-Estudios universitarios

c) Variables de conocimiento sobre donación y el trasplante de órganos

1.-Experiencia previa con la donación y/o el trasplante de órganos. Se analiza si el encuestado ha conocido personas que hayan necesitado o recibido un trasplante.

2.-Creencia del encuestado de la posibilidad de necesitar en el futuro un trasplante.

3.-Conocimiento del concepto de la muerte encefálica. Valora si el encuestado entiende y acepta el concepto de muerte encefálica como éxitus de una persona. Se diferencian:

a.-Conoce el concepto y lo acepta como éxitus de la persona

b.-Concepto Erróneo (no lo acepta como éxitus de la persona)

c.-No conoce el concepto

d) Variables de interacción social y actividad pro-social

1.-Actitud hacia la donación de órganos de un familiar directo. Se valora si donaría los órganos de un familiar directo fallecido.

2.-Planteamiento a nivel familiar del tema de la donación y el trasplante de órganos. Se valora si en el núcleo familiar del encuestado se ha hablado del tema de la donación y el trasplante de órganos.

3.-Conocimiento de la opinión de la pareja hacia la donación y el trasplante de órganos. Se

diferencian las siguientes opciones:

- a.-Conoce la opinión y favorable hacia la donación de órganos
- b.-Conoce la opinión y no es favorable hacia la donación de órganos
- c.-No la conoce
- d.-No tengo pareja

4.-Realización de Actividades pro-sociales. Se valora la actitud y la realización de actividades

sociales y/o benéficas. Se diferencian:

- a.-Realizo actividades pro-sociales
- b.-No realizo actividades pero me gustaría
- c.-No realizó ni realizaré

e) Variables Religiosas

1.-Religión del encuestado. Se valora la religión del encuestado. Se diferencian:

- a.-Religión: El encuestado es religioso e indica la religión que profesa
- b.-Ateo o Agnóstico.
- c.-No se define al respecto

2.-Conocimiento de la actitud de la religión profesada hacia la donación y el trasplante de

órganos. Se valora sólo en los encuestados que se han declarado religiosos, por lo que se excluyen el grupo de ateos/agnósticos y los que no se definen respecto a su religión.

Se diferencian los siguientes grupos:

- a.-La conocen y es favorable hacia la donación y el trasplante de órganos
- b.-La conocen y no es favorable hacia la donación y el trasplante de órganos
- c.-No la conocen

f) Variables de actitud hacia el cuerpo

1.-Preocupación por la posible mutilación del cuerpo tras la donación de órganos. Se valora

la preocupación del encuestado por la manipulación del cadáver tras la muerte. Se diferencian:

- a.-Si me preocupa que puedan quedar cicatrices o mutilación tras la donación
- b.-No me preocupa, me da igual
- c.-Tengo dudas al respecto

2.-Aceptación de la incineración del cuerpo tras fallecer.

3.-Aceptación del enterramiento del cuerpo tras fallecer.

4.-Aceptación de la realización de una autopsia, tras fallecer, si fuera necesaria.

II.6.-ESTUDIO PILOTO

Para valorar la viabilidad del proyecto y confirmar su potencial realización se realizó un estudio piloto en una muestra aleatoria de 100 latino-americanos residentes en la ciudad de Miami. De dicho estudio se sacaron las siguientes conclusiones:

- 1.-La aplicación del cuestionario no presenta ningún problema en ninguna de las preguntas.
- 2.-El sistema de selección de los encuestados es viable.
- 3.-La colaboración de los miembros de las asociaciones de inmigrantes favorece la participación de los encuestados.

II.7.-ESTADÍSTICA

Los datos se almacenan y se analizan mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) 21.0 (Armonk, New York. IBM Corporation).

Se realiza estadística descriptiva de cada una de las variables analizadas, utilizándose para las variables continuas la media \pm la desviación estándar y para las variables cualitativas las frecuencias y los porcentajes.

Para el análisis bivalente se utilizaron los test de t de Student y el test de χ^2 de Pearson cumplimentado con un análisis de residuos. Se utiliza el test exacto de Fisher cuando las tablas de contingencia tienen celdas con una frecuencia esperada <5 .

Para la determinación y evaluación de riesgos múltiples se utiliza un análisis de regresión logística (análisis multivariante) utilizando las variables que en el análisis bivalente den asociación estadísticamente significativa.

En todos los casos, sólo los valores de p inferiores a 0.05 se consideraron estadísticamente significativos.

RESULTADOS

III.1.-GRADO DE CUMPLIMENTACIÓN DEL ESTUDIO

El grado de cumplimentación del cuestionario fue del 95% (1450 encuestados de 1524 seleccionados) (Tabla 8).

Tabla 8. Grado de cumplimentación del estudio, distribuido por nacionalidad.

País	Residentes Estimados	Muestra Estimada	Muestra Obtenida
América del Norte	<i>1.129.718</i>	<i>303</i>	<i>297</i>
Méjico	1.129.718	303	297
América Central	<i>3.433.912</i>	<i>994</i>	<i>947</i>
Cuba	1.542.438	448	438
Puerto Rico	945.550	269	259
Nicaragua	305.143	89	89
República Dominicana	275.451	80	66
Honduras	137.302	40	35
Guatemala	98.882	29	23
El Salvador	67.144	20	19
Costa Rica	29.761	9	8
Panamá	29.741	9	9
Resto Países	2.500	1	1
América del Sur	<i>770.543</i>	<i>227</i>	<i>206</i>
Colombia	341.414	100	97
Venezuela	122.116	38	35
Perú	102.965	30	23
Ecuador	72.574	21	19
Argentina	67.260	19	17
Chile	25.549	7	7
Uruguay	16.542	5	4
Bolivia	14.938	5	4
Paraguay	3.222	1	0
Resto Países	3.963	1	0
TOTAL	5.334.173	1.524	1.450

En la **tabla 9** se presenta la distribución de la muestra según la estratificación por nacionalidad, edad y sexo.

Tabla 9. Grado de cumplimentación según la estratificación por nacionalidad, edad y sexo

	HOMBRES								MUJERES								Total	
	15-25 años		26-45 años		46-65 años		>65 años		15-25 años		26-45 años		46-65 años		>65 años		NO	N 1
	N0	N1	N0	N1	N0	N1	N0	N1	N0	N1	N0	N1	N0	N1				
América del Norte																	303	297
Méjico	65	60	80	80	8	8	3	1	65	64	70	69	8	8	4	2	303	297
América Central																	994	947
Cuba	68	67	120	119	54	54	10	6	60	58	65	63	55	55	16	16	448	438
Puerto Rico	21	20	68	66	47	46	8	2	20	20	55	55	40	40	10	10	269	259
Nicaragua	20	20	30	30	15	15	4	4	8	8	6	6	4	4	2	2	89	89
Rep. Dominicana	15	12	20	15	5	1	2	0	12	12	15	15	8	8	3	3	80	66
Honduras	5	4	10	10	5	5	1	0	4	3	8	7	5	5	2	1	40	35
Guatemala	5	4	4	4	4	3	1	0	4	4	4	3	4	3	3	2	29	23
El Salvador	3	2	4	4	3	3	1	1	1	1	5	5	2	2	1	1	20	19
Costa Rica	-	-	2	2	2	2	-	-	1	1	1	1	2	2	1	0	9	8
Panamá	1	1	2	2	2	2	-	-	1	1	2	2	1	1	-	-	9	9
Resto Países	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
América del Sur																	227	206
Colombia	8	8	25	25	30	30	2	2	6	6	15	12	11	11	3	3	100	97
Venezuela	5	5	10	10	5	5	1	1	3	1	3	1	8	7	3	3	38	35
Perú	4	4	8	8	4	4	1	1	3	2	4	3	3	1	3	0	30	23
Ecuador	5	5	6	6	2	2	1	1	3	2	2	2	1	0	1	1	21	19
Argentina	2	2	5	5	3	3	1	1	1	1	4	3	1	1	2	1	19	17
Chile	1	1	1	1	2	2	-	-	1	1	1	1	1	1	-	-	7	7
Uruguay	-	-	1	1	1	1	-	-	-	-	1	1	1	1	1	0	5	4
Bolivia	-	-	1	1	1	1	-	-	-	-	1	0	2	2	-	-	5	4
Paraguay	-	-	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0
Resto Países	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	-	-	-	-	1	0
TOTAL																	1.524	1.450

N0 = Número estimado de encuestados

N1 = Número de encuestados obtenidos

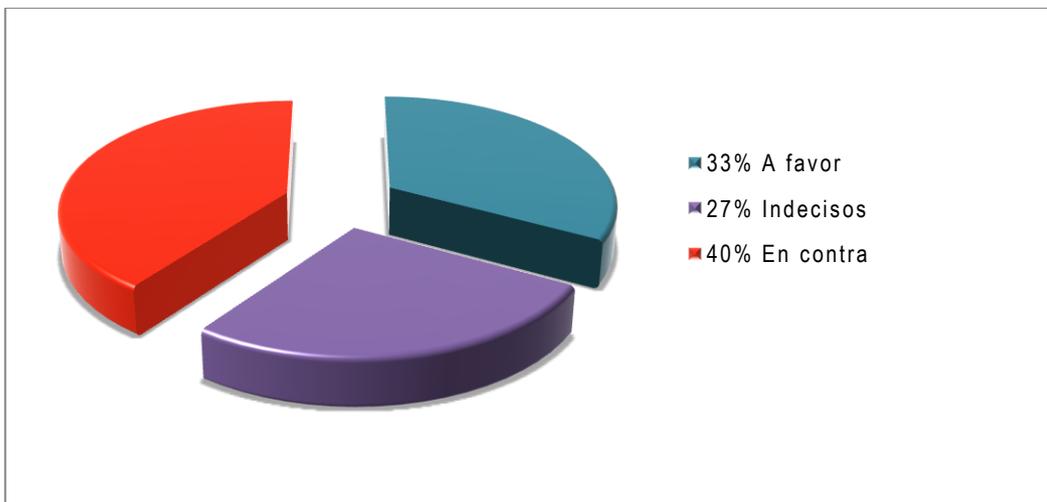
III.2.-CONCEPTOS BÁSICOS Y ACTITUDES HACIA LA DONACION

III.2.1.-ACTITUD HACIA LA DONACION DE ORGANOS PROPIOS AL FALLECER

La actitud hacia la donación de órganos sólidos propios es favorable en el **33%** de los latino-americanos encuestados (n=485).

Del resto, el **40%** están en contra de donar los órganos (n=575) y el **27%** (n=390) se muestra indeciso (**Figura 2**).

Figura 2. Actitud de los encuestados hacia la donación de órganos propios al fallecer



En la **tabla 10** se presenta la actitud hacia la donación de órganos sólidos propios en función del muestreo por nacionalidad.

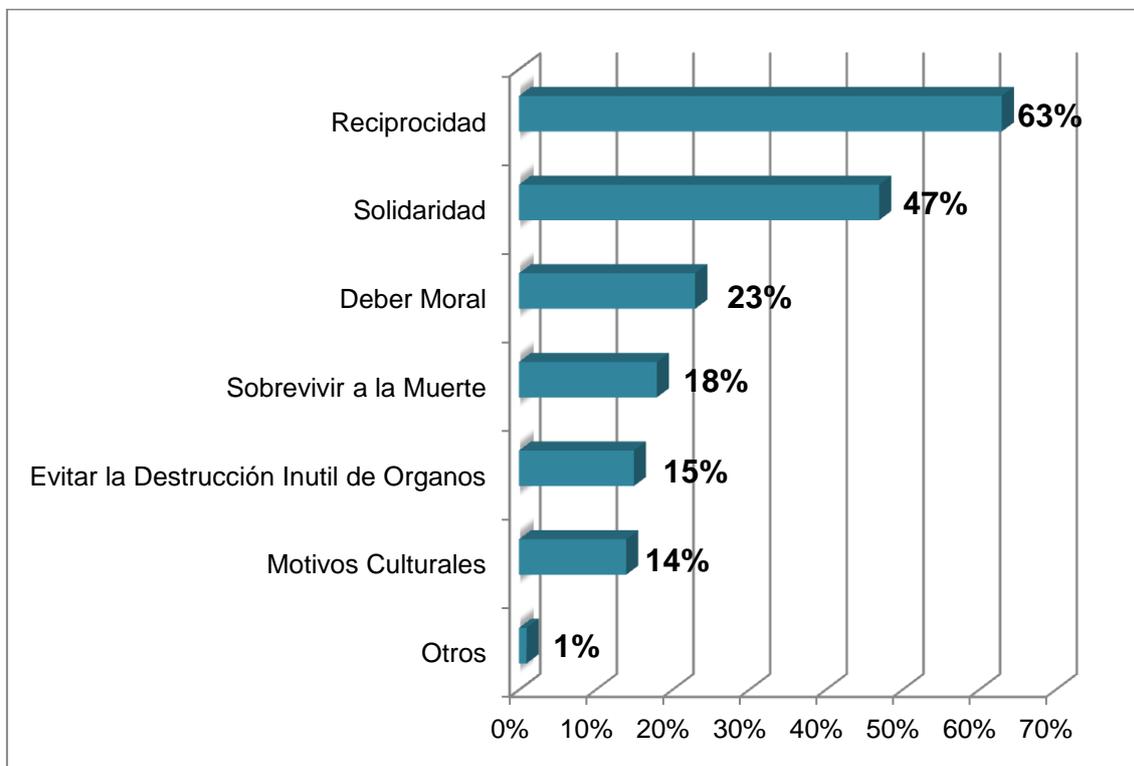
Tabla 10. Actitud hacia la donación de organos en función del muestreo por nacionalidad

País	Residentes Estimados	Muestra Estimada	Muestra Obtenida	Actitud a Favor	Actitud en Contra	Actitud Indecisa
América del Norte	<i>1.129.718</i>	<i>303</i>	<i>297</i>			
Méjico	1.129.718	303	297	97 (33%)	126 (42%)	74 (25%)
América Central	<i>3.433.912</i>	<i>994</i>	<i>947</i>			
Cuba	1.542.438	448	438	120 (28%)	218 (50%)	100 (22%)
Puerto Rico	945.550	269	259	95 (37%)	93 (36%)	71 (27%)
Nicaragua	305.143	89	89	20 (23%)	36 (40%)	33 (37%)
República Dominicana	275.451	80	66	30 (46%)	22 (33%)	14 (21%)
Honduras	137.302	40	35	14 (40%)	10 (29%)	11 (31%)
Guatemala	98.882	29	23	9 (39%)	8 (35%)	6 (26%)
El Salvador	67.144	20	19	9 (47%)	4 (21%)	6 (32%)
Costa Rica	29.761	9	8	4 (50%)	0	4 (50%)
Panamá	29.741	9	9	5 (56%)	0	4 (44%)
Resto Países	2.500	1	1	1 (100%)	0	0
América del Sur	<i>770.543</i>	<i>227</i>	<i>206</i>			
Colombia	341.414	100	97	38 (39%)	18 (19%)	41 (42%)
Venezuela	122.116	38	35	15 (43%)	6 (17%)	14 (40%)
Perú	102.965	30	23	7 (30%)	6 (26%)	10 (44%)
Ecuador	72.574	21	19	7 (37%)	12 (63%)	0
Argentina	67.260	19	17	7 (41%)	10 (59%)	0
Chile	25.549	7	7	3 (43%)	2 (29%)	2 (29%)
Uruguay	16.542	5	4	2 (50%)	2 (50%)	0
Bolivia	14.938	5	4	2 (50%)	2 (50%)	0
Paraguay	3.222	1	0	0	0	0
Resto Países	3.963	1	0	0	0	0
TOTAL	5.334.173	1.524	1.450	485 (33%)	575 (40%)	390 (27%)

III.2.2.-RAZONES A FAVOR Y EN CONTRA DE LA DONACION DE ORGANOS PROPIOS**AL FALLECER**

Las principales razones indicadas para esta actitud favorable son por “**reciprocidad**”, es decir, hacer por los demás lo que gustaría que hicieran por uno (63%; n=307); por “**solidaridad**” (47%; n=230); y por “**deber moral con el prójimo**” (23%; n=113) (Figura 3).

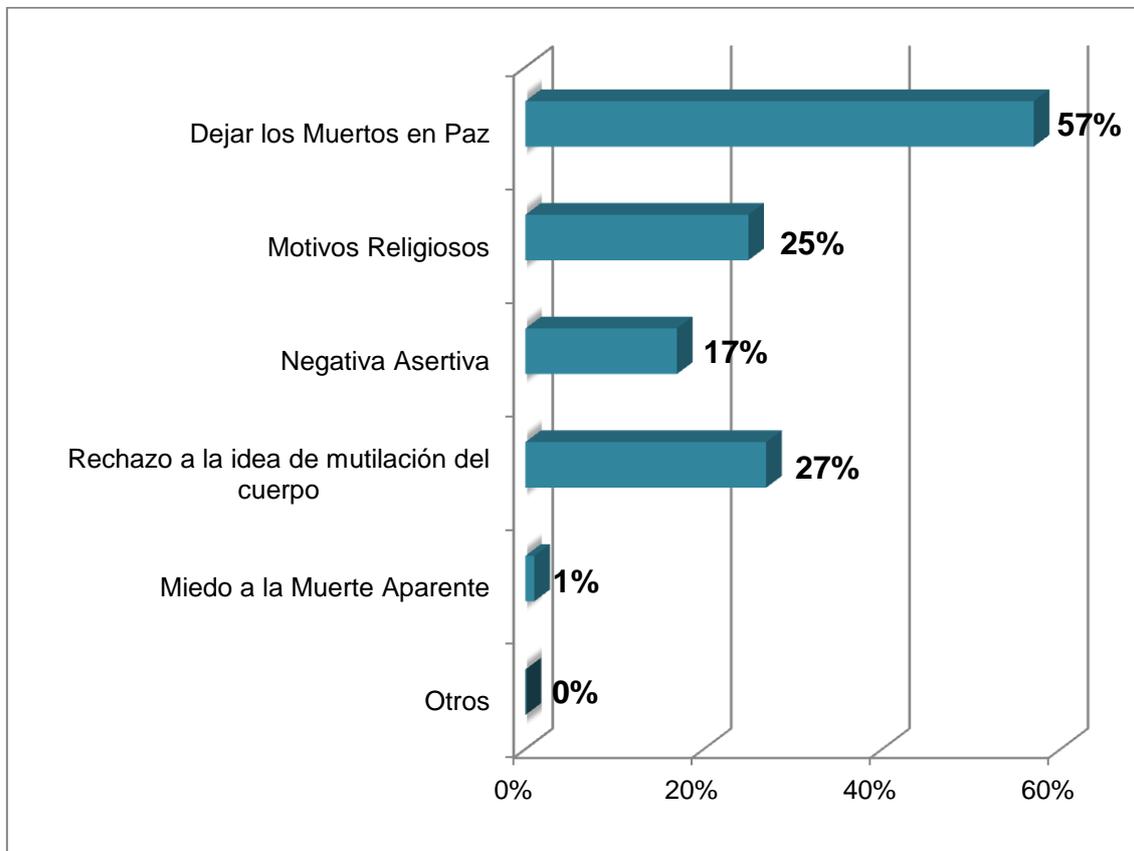
Figura 3 . Razones aducidas por la población latinoamericana residente en Florida a favor de la donación de órganos propios



*El porcentaje total es superior al 100%, pues varios encuestados dieron más de una razón

En el grupo de encuestados que no están a favor de la donación, una gran parte de ellos justifica su actitud por **“dejar a los muertos en paz”** (57%; n=552); **“temer por la posible mutilación del cadáver en el proceso de la donación”** (27%; n=262); y por **“motivos religiosos”** (25%; n=244) (Figura 4).

Figura 4. Razones aducidas por la población latinoamericana residente en Florida NO a favor de la donación de órganos propios

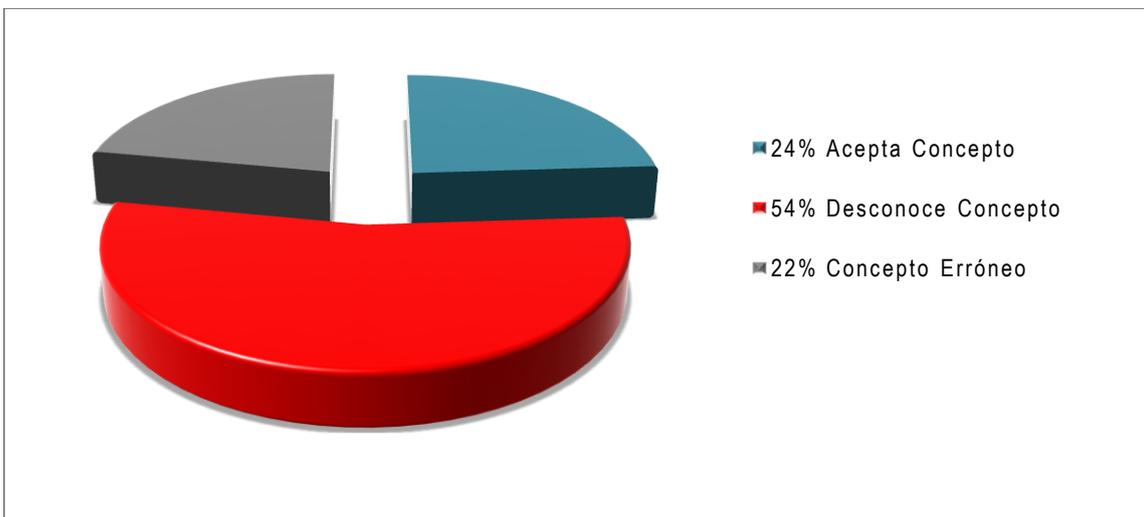


*El porcentaje total es superior al 100%, pues varios encuestados dieron más de una razón

III.2.3.-CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE MUERTE ENCEFALICA

El 24% (n=350) de los encuestados conoce el concepto de muerte encefálica y acepta que es la muerte de una persona. Por otro lado, el 54% (n=777) no lo conoce, y el 22% (n=323) tiene un concepto incorrecto y no acepta que sea la muerte de una persona (**Figura 5**).

Figura 5. Conocimiento del concepto de Muerte Encefálica entre los latinoamericanos residentes en Florida



III.3.-PERFIL PSICO-SOCIAL HACIA LA DONACIÓN DE ORGANOS

III.3.1.-VARIABLE DEMOGRAFICA

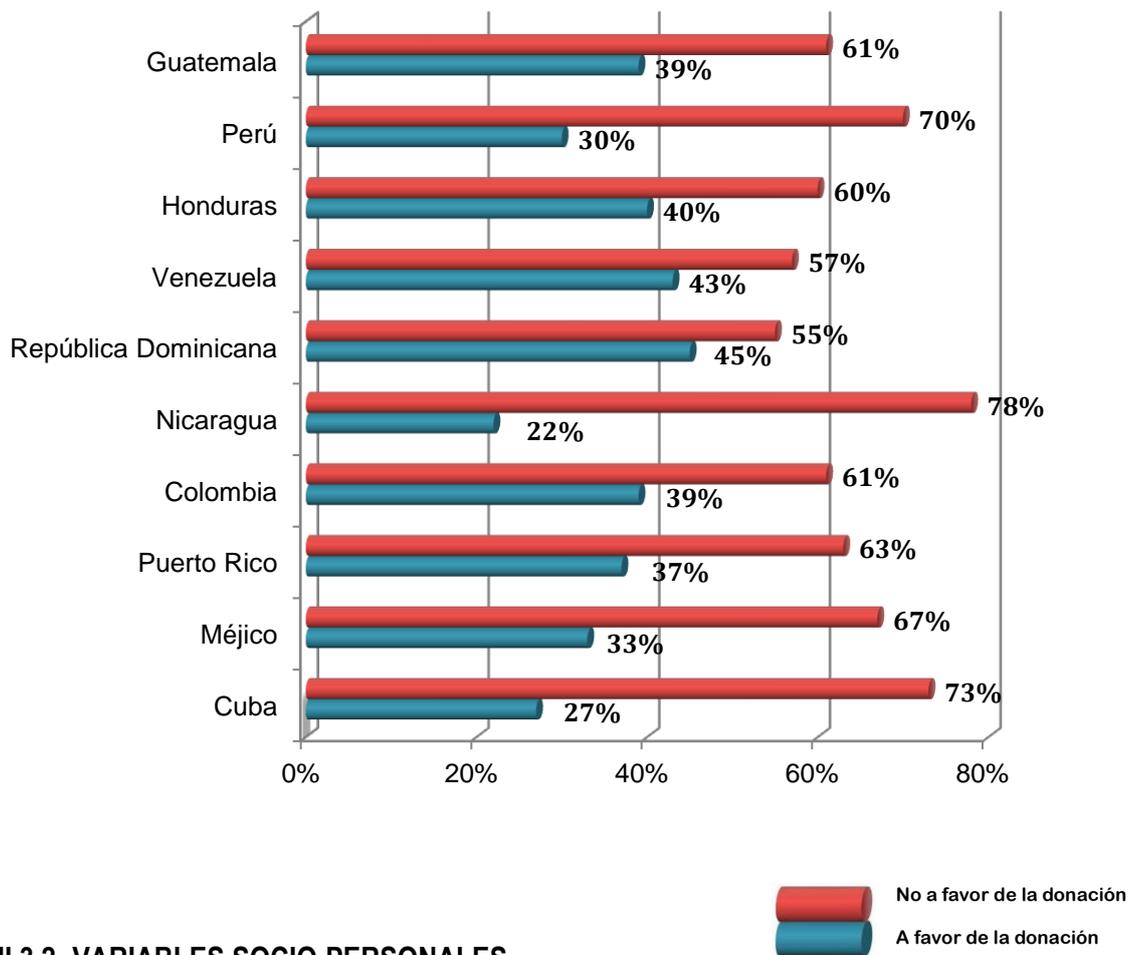
Para comparar los países, dada la diversidad de los mismos y el escaso número de algunos de ellos, como puede verse en la **Tabla 8**, se seleccionaron sólo aquellos que tenían al menos 20 encuestados, de manera que el resultado estadístico fuera realmente útil.

Se objetivan diferencias significativas en la actitud en función del país de procedencia del encuestado ($p=0.038$). Las nacionalidades que tiene una actitud más favorable son los dominicanos (45% a favor), los venezolanos (43%) y los hondureños (40%). Respecto a los que tienen una actitud peor destacan los nicaragüenses (22% a favor), los cubanos (27%) y los peruanos (30%) (**Tabla 11 y Figura 6**).

Tabla 11. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de su nacionalidad

Pais de Origen	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	p
Cuba (n=438)	120 (27%)	318 (73%)	0.038
Méjico (n=297)	97 (33%)	200 (67%)	
Puerto Rico (n=259)	95 (37%)	164 (63%)	
Colombia (n=97)	38 (39%)	59 (61%)	
Nicaragua (n=89)	20 (22%)	69 (78%)	
República Dominicana (n=66)	30 (45%)	36 (55%)	
Venezuela (n=35)	15 (43%)	20 (57%)	
Honduras (n=35)	14 (40%)	21 (60%)	
Perú (n=23)	7 (30%)	16 (70%)	
Guatemala (n=23)	9 (39%)	14 (61%)	

Figura 6. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de su nacionalidad



III.3.2.-VARIABLES SOCIO-PERSONALES

III.3.2.1.-Edad

No se objetivan diferencias significativas respecto a la actitud hacia la donación de órganos en función de la edad (36 versus 38 años; p=0.130) (Tabla 12).

Tabla 12. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de su edad

Edad	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	p
Edad Media: 37 ± 14 años	36 ± 14	38 ± 15	0.130

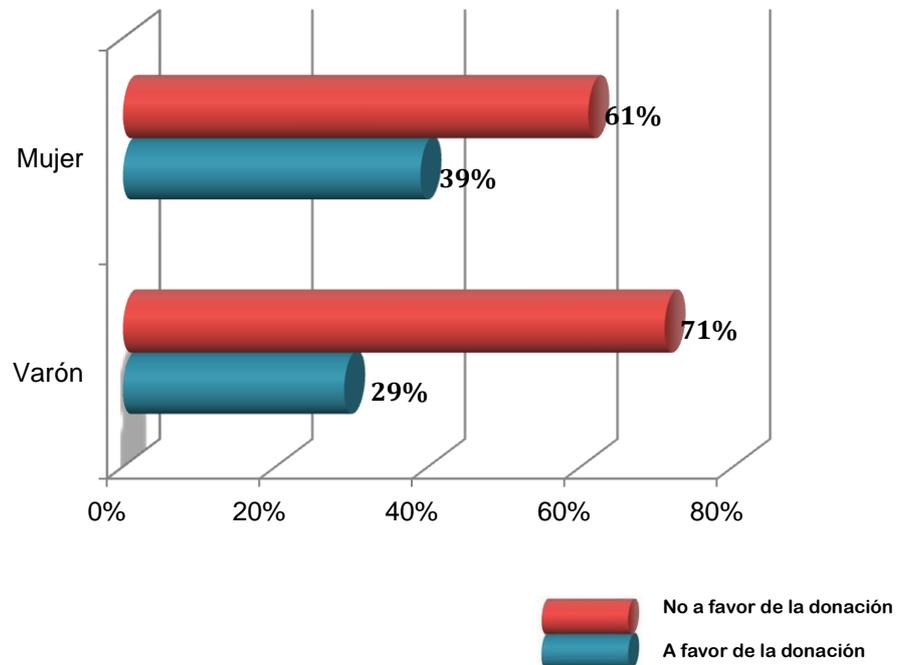
III.3.2.2.-Sexo

Respecto al sexo, la actitud es más favorable entre las mujeres latino-americanas que entre los varones (39% versus 29%; $p < 0.001$) (Tabla 13 y Figura 7).

Tabla 13. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del género

Sexo	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	p
Varón (n=817)	240 (29%)	577 (71%)	<0.001
Mujer (n=633)	245 (39%)	388 (61%)	

Figura 7. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del género



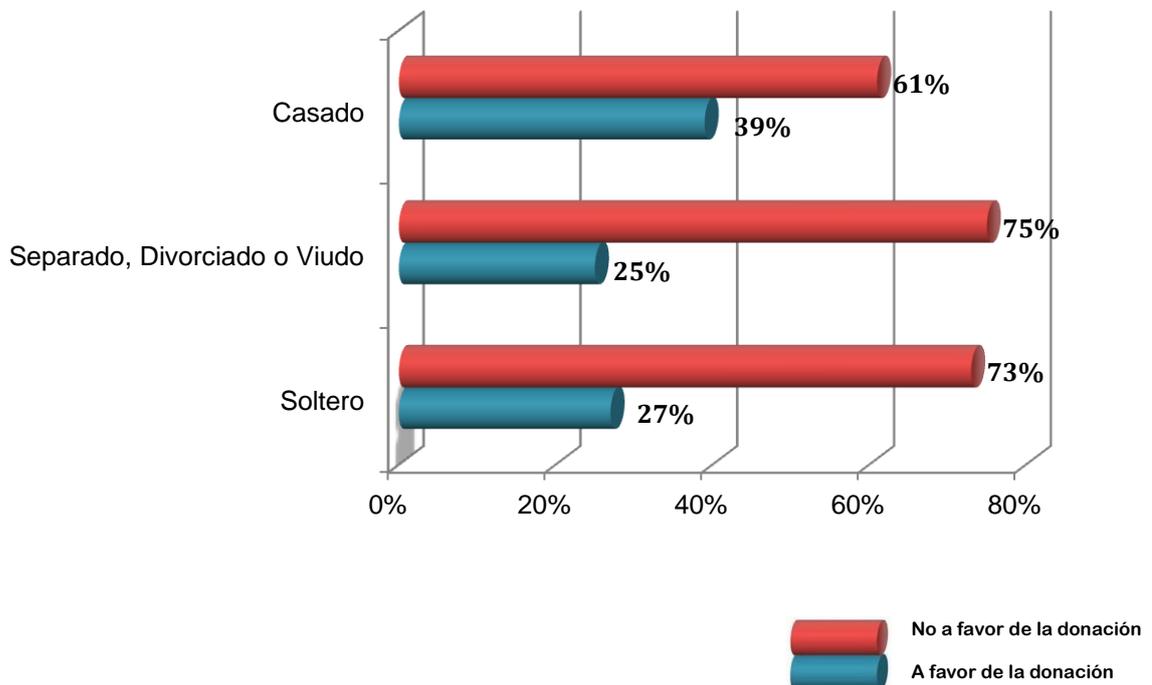
III.3.2.3.-Estado Civil

También se objetivan diferencias según el estado civil, siendo los casados los que están más a favor frente a los que no tienen pareja (separados, divorciados, viudos) (39% versus 15%; $p < 0.001$) (Tabla 14 y Figura 8).

Tabla 14. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del estado civil

Estado Civil	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	p
Soltero (n=374)	102 (27%)	272 (73%)	<0.001
Separado, Divorciado o Viudo (n=241)	60 (25%)	181 (75%)	
Casado (n=835)	323 (39%)	512 (61%)	

Figura 8. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del estado civil



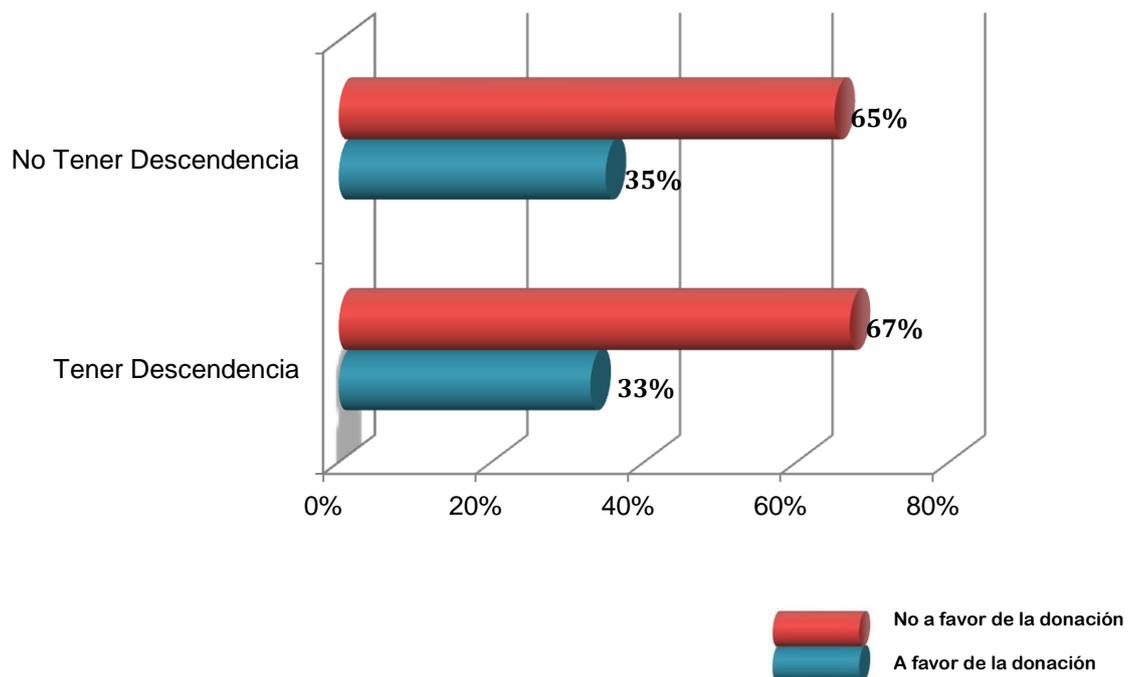
III.3.2.4.-Tener Descendencia

No se objetiva asociación entre la actitud hacia la donación de órganos y el tener descendencia el encuestado (33% versus 35%; p=0.361) (Tabla 15 y Figura 9).

Tabla 15. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de tener descendencia

Tener Descendencia	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	p
Sí (n=1018)	333 (33%)	685 (67%)	0.361
No (n=432)	152 (35%)	280 (65%)	

Figura 9. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de tener descendencia



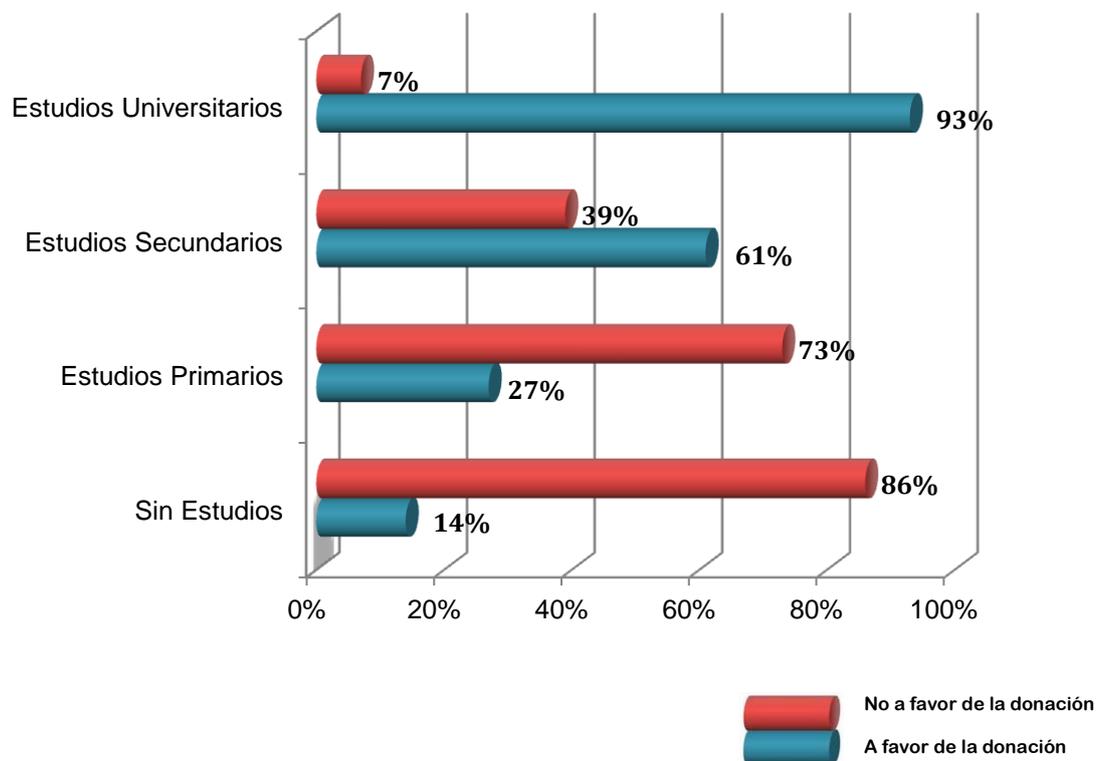
III.3.2.4.-Nivel de Estudios

Respecto al nivel de estudios, están a favor de la donación de órganos de cadáver el 93% de los que han cursado estudios universitarios frente al 14% de los que no tienen estudios ($p < 0.001$) (Tabla 16 y Figura 10).

Tabla 16. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del nivel de estudios

Nivel de Estudios	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	p
Sin Estudios (n=355)	50 (14%)	305 (86%)	<0.001
Estudios Primarios (n=770)	208 (27%)	562 (73%)	
Estudios Secundarios (n=236)	144 (61%)	92 (39%)	
Estudios Universitarios (n=89)	83 (93%)	6 (7%)	

Figura 10. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del nivel de estudios



III.3.3.-VARIABLES DE CONOCIMIENTO SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ORGANOS

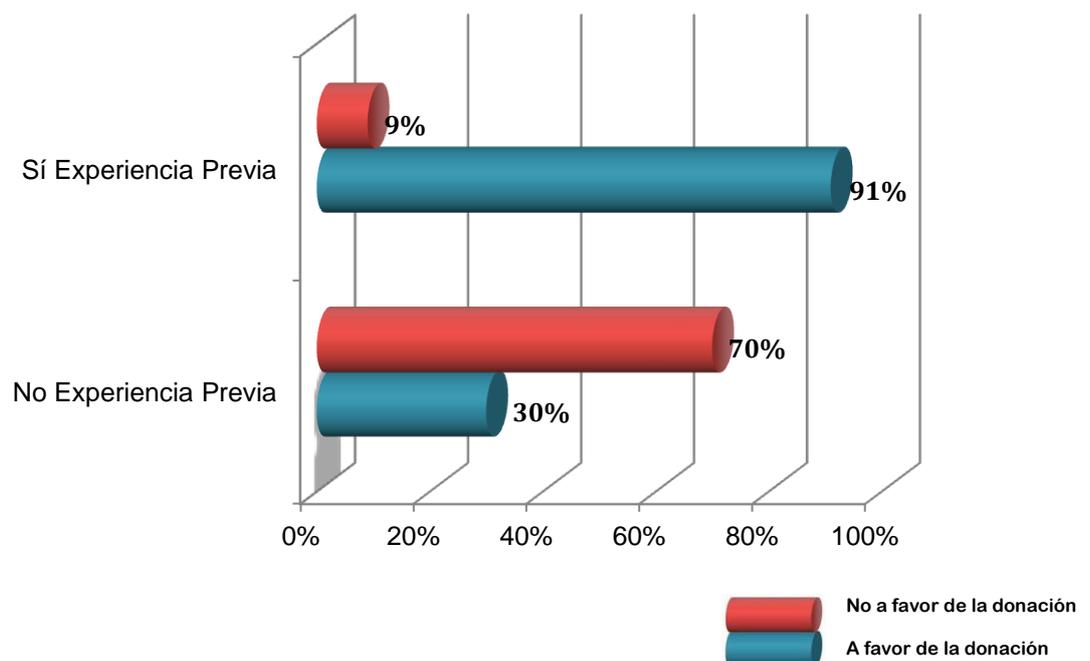
III.3.3.1.-Experiencia previa con la donación y/o el trasplante de órganos

Los encuestados que han tenido experiencia previa con el tema, a través de familiares o amigos, presentan una opinión más favorable que los que no (91% versus 30%; $p < 0.001$). Sin embargo, sólo el 5% de los encuestados han tenido dicha experiencia a través de familiares o amigos (Tabla 17 y Figura 11).

Tabla 17. Actitud hacia la donación de órganos propios de los Latino-Americanos residentes en Florida en función de haber tenido experiencia previa con la donación y/o trasplante de órganos

Experiencia Previa con la donación y/o trasplante de órganos	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	p
No (n=1376)	418 (30%)	958 (70%)	<0.001
Sí (n=74)	67 (91%)	7 (9%)	

Figura 11. Actitud hacia la donación de órganos propios de los Latino-Americanos residentes en Florida en función de haber tenido experiencia previa con la donación y/o trasplante de órganos



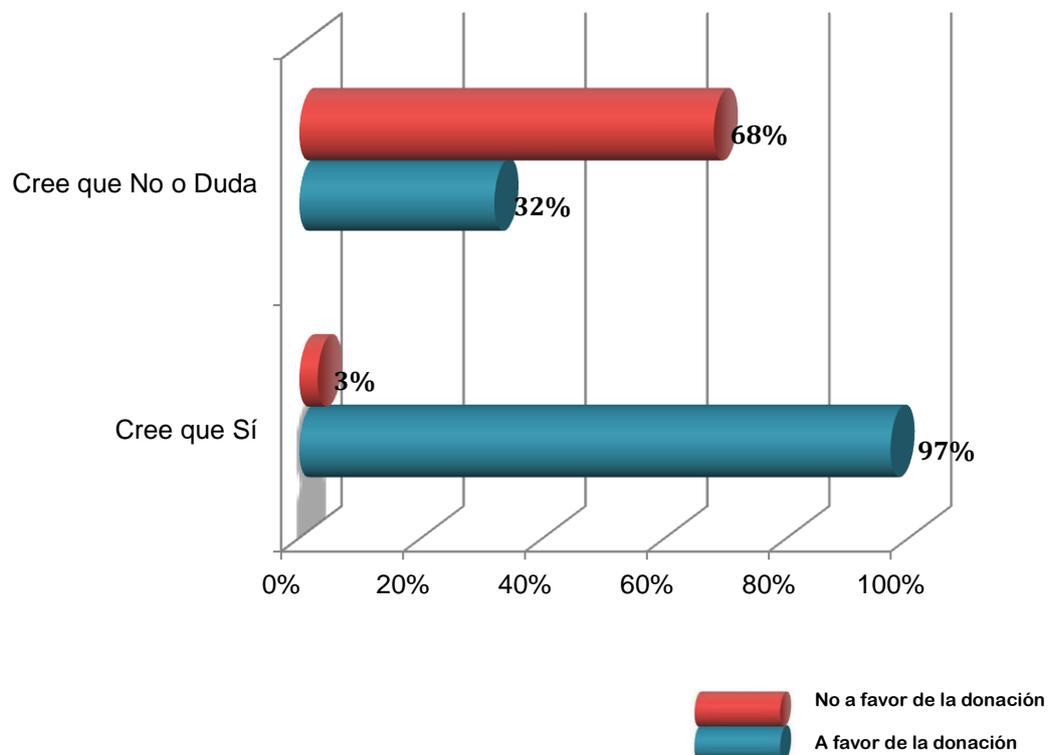
III.3.3.2.-Creencia del encuestado que en el futuro pudiera necesitar un trasplante

Los latinoamericanos que consideran que en el futuro podrían precisar de un trasplante de órganos, tienen una actitud más favorable hacia la donación de órganos que los que no (97% versus 32%; $p < 0.001$) (Tabla 18 y Figura 12).

Tabla 18. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la creencia de que en un futuro puede precisar un trasplante

Creencia de que en el futuro se puede precisar un trasplante	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
Cree que Sí (n=31)	30 (97%)	1 (3%)	<0.001
Cree que No o Duda (n=1419)	455 (32%)	964 (68%)	

Figura 12. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la creencia de que en un futuro puede precisar un trasplante



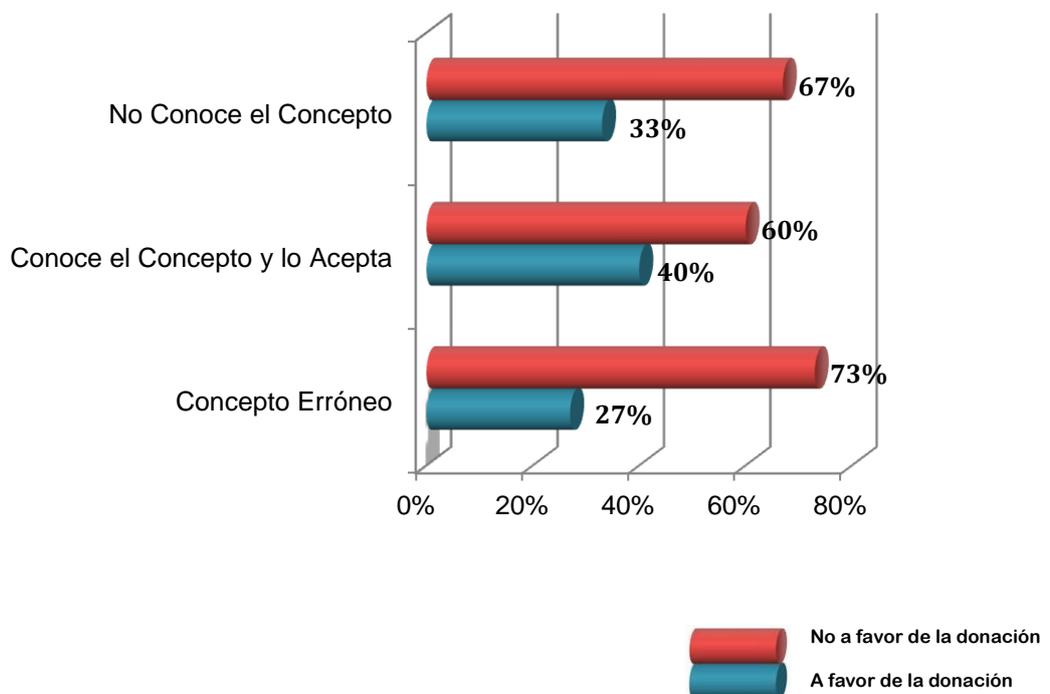
III.3.3.3.-Conocimiento del concepto de muerte encefálica

Los encuestados que conocen que la muerte encefálica es el éxitus de una persona tienen una actitud más favorable que los que no (40% versus 27%; p=0.003). Sin embargo, hay que destacar que el 54% tienen dudas sobre este concepto y el 22% no creen que es la muerte de una persona (Tabla 19 y Figura 13).

Tabla 19. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del Conocimiento del Concepto de Muerte Encefálica

Conocimiento del Concepto de Muerte Encefálica	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
Concepto Erróneo (n=323)	88 (27%)	235 (73%)	0.003
Conoce el Concepto y lo Acepta (n=350)	139 (40%)	211 (60%)	
No Conoce el Concepto (n=777)	258 (33%)	519 (67%)	

Figura 19. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del Conocimiento del Concepto de Muerte Encefálica



III.3.4.-VARIABLES DE INTERACCIÓN SOCIAL

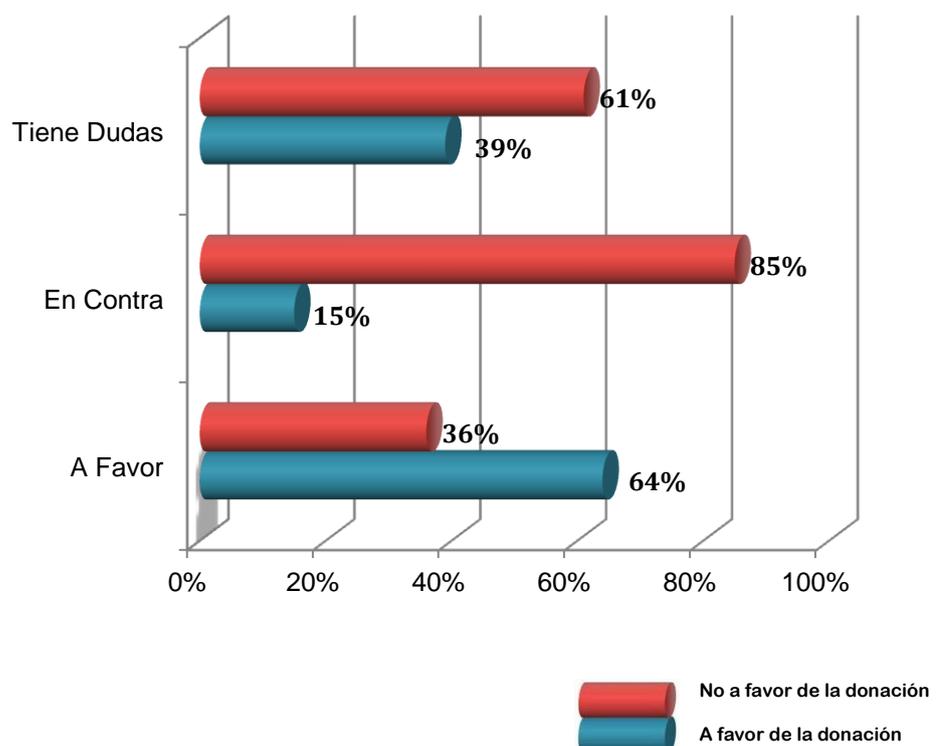
III.3.4.1.-Actitud hacia la donación de los órganos de un familiar fallecido

Se objetiva que los encuestados que están a favor de la donación de los órganos de un familiar fallecido están más a favor de la donación de los órganos propios (64%), que los que no (15%) y los que tienen dudas (39%) ($p < 0.001$) (Tabla 20 y Figura 14).

Tabla 20. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la actitud hacia la donación de los órganos de un familiar fallecido

Actitud hacia la donación de los órganos de un familiar fallecido	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
A favor (n=242)	154 (64%)	88 (36%)	<0.001
En contra (n=606)	94 (15%)	512 (85%)	
Tiene Dudas (n=602)	237 (39%)	365 (61%)	

Figura 14. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la actitud hacia la donación de los órganos de un familiar fallecido



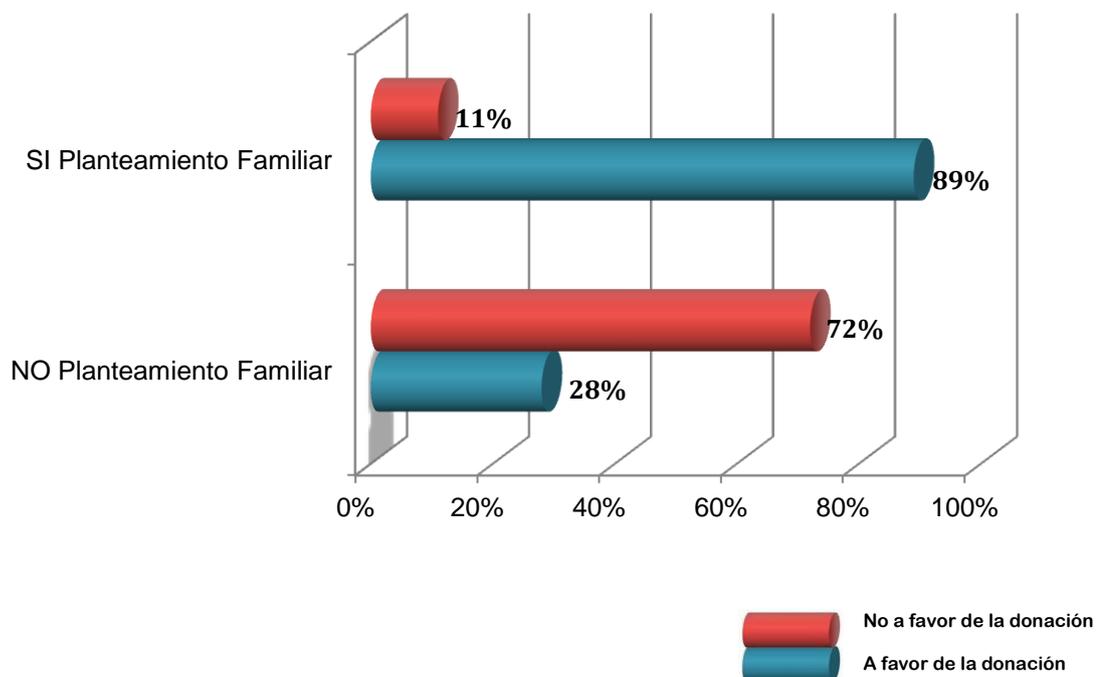
III.3.4.2.-Planteamiento a nivel familiar de la donación y el trasplante de órganos

Respecto al planteamiento a nivel familiar del tema de la donación y el trasplante de órganos se objetiva que aquellos encuestados que previamente habían comentado el tema de la donación y el trasplante de órganos a nivel familiar tienen una actitud más favorable (89% versus 28%; $p < 0.001$) (Tabla 21 y Figura 15).

Tabla 21. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de haber planteado a nivel familiar de la donación y el trasplante de órganos

Planteamiento a nivel familiar de la donación y el trasplante de órganos	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
NO Planteamiento Familiar (n=1326)	375 (28%)	951 (72%)	<0.001
SI Planteamiento Familiar Yes (n=124)	110 (89%)	14 (11%)	

Figura 15. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de haber planteado a nivel familiar de la donación y el trasplante de órganos



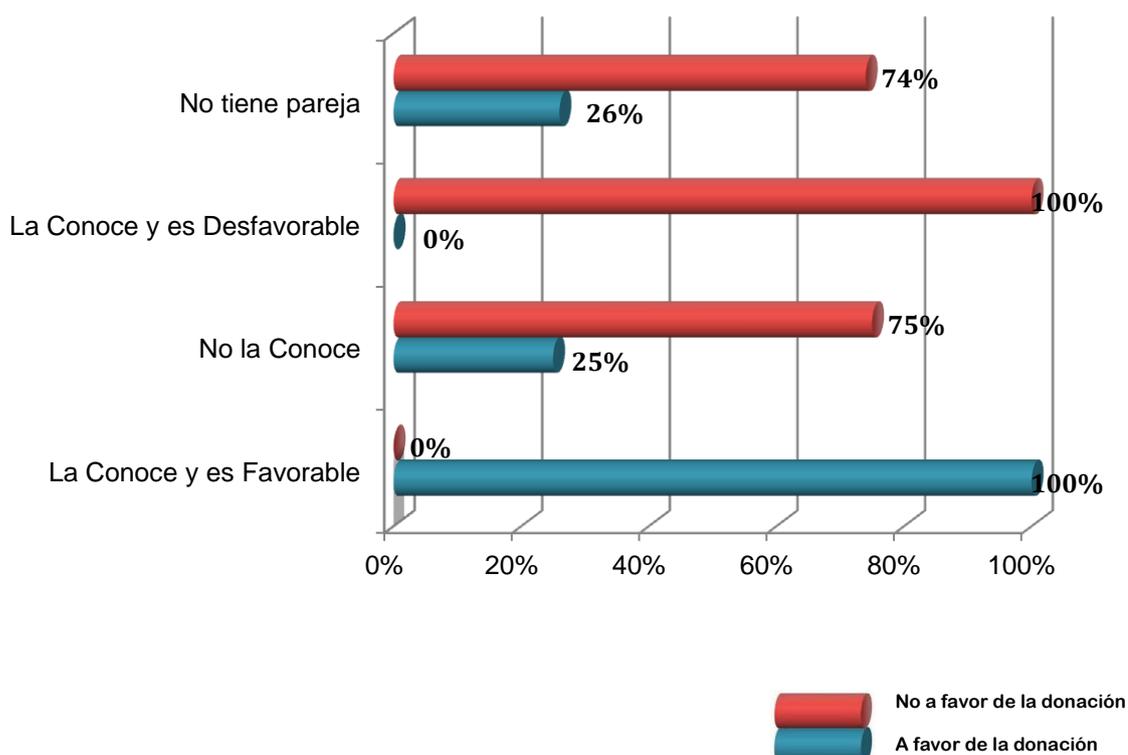
III.3.4.3.-Conocimiento de la Opinión de la pareja hacia la donación y el trasplante de órganos

A nivel familiar, la actitud de la pareja del encuestado influye en la actitud hacia la donación. Así, cuando la pareja está a favor, el 100% de los encuestados están a favor, mientras que cuando no la conocen el porcentaje desciende al 25% ($p < 0.001$) (Tabla 22 y Figura 16).

Tabla 22. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del conocimiento de la opinión de la pareja hacia la donación y el trasplante de órganos

Conocimiento de la opinión de la pareja hacia la donación y el trasplante de órganos	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
La conoce y es favorable (n=169)	169 (100%)	0 (0%)	<0.001
No la conoce (n=962)	236 (25%)	726 (75%)	
La conoce y es en contra (n=10)	0 (0%)	10 (100%)	
No tiene pareja (n=309)	80 (26%)	229 (74%)	

Figura 16. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del conocimiento de la opinión de la pareja hacia la donación y el trasplante de órganos



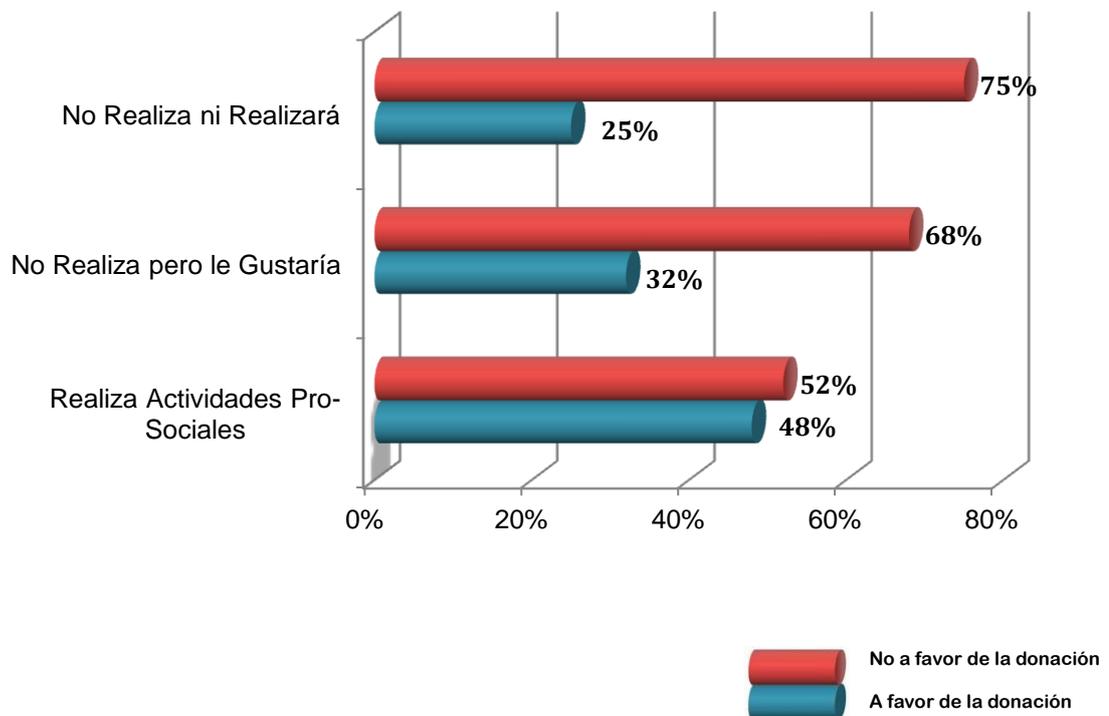
III.3.4.4.-Realización de actividades pro-sociales

Por último, los encuestados que habitualmente realizan actividades pro-sociales de tipo voluntariado o ayuda social, o están dispuestos a ello, tienen una actitud más favorable que aquellos que no las han realizado ni tienen intención de hacerlo (48% versus 32%; $p < 0.001$) (Tabla 23 y Figura 17).

Tabla 23. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la realización de actividades pro-sociales

Realización de actividades pro-sociales	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
Realiza Actividades Pro-sociales (n=356)	170 (48%)	186 (52%)	<0.001
No Realiza pero le gustaría (n=579)	188 (32%)	391 (68%)	
No Realiza ni Realizará (n=515)	127 (25%)	388 (75%)	

Figura 17. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la realización de actividades pro-sociales



III.3.5.-VARIABLES RELIGIOSAS

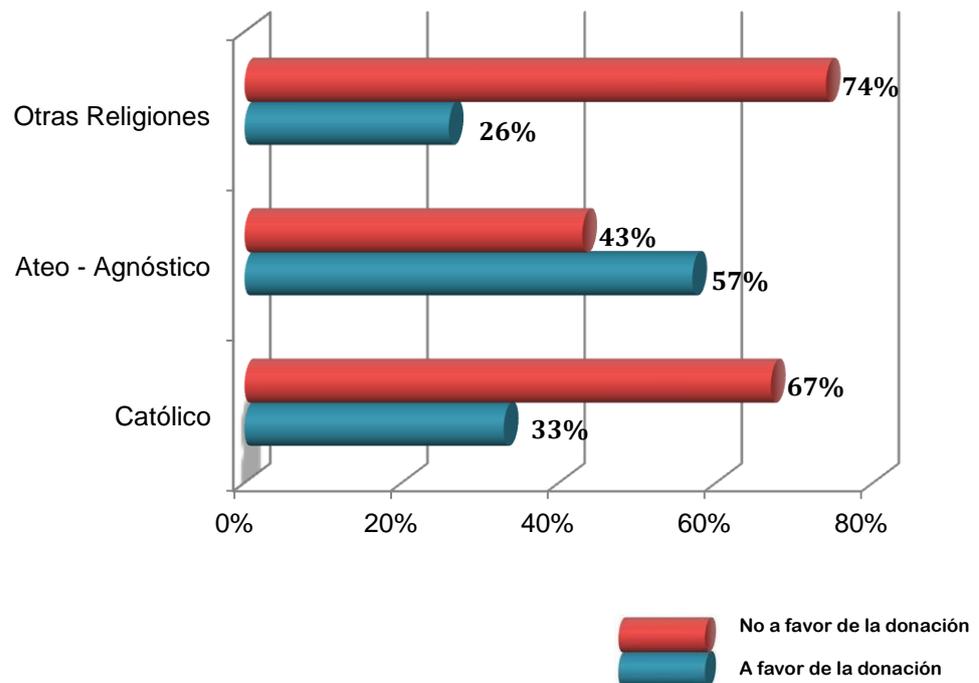
III.3.5.1.-Religión del encuestado

La actitud es más favorable entre los ateos/agnósticos frente a católicos y otras doctrinas religiosas (57% versus 33%-26%; $p < 0.001$). Destacar que en cuanto a la religión del encuestado, la gran mayoría de los encuestados, el 86%, son católicos (Tabla 24 y Figura 18).

Tabla 24. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la religión del encuestado

Religión del encuestado	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
Católico (n=1241)	414 (33%)	827 (67%)	<0.001
Ateo - Agnóstico (n=53)	30 (57%)	23 (43%)	
Otras Religiones (n=156)	41 (26%)	115 (74%)	

Figura 18. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la religión del encuestado



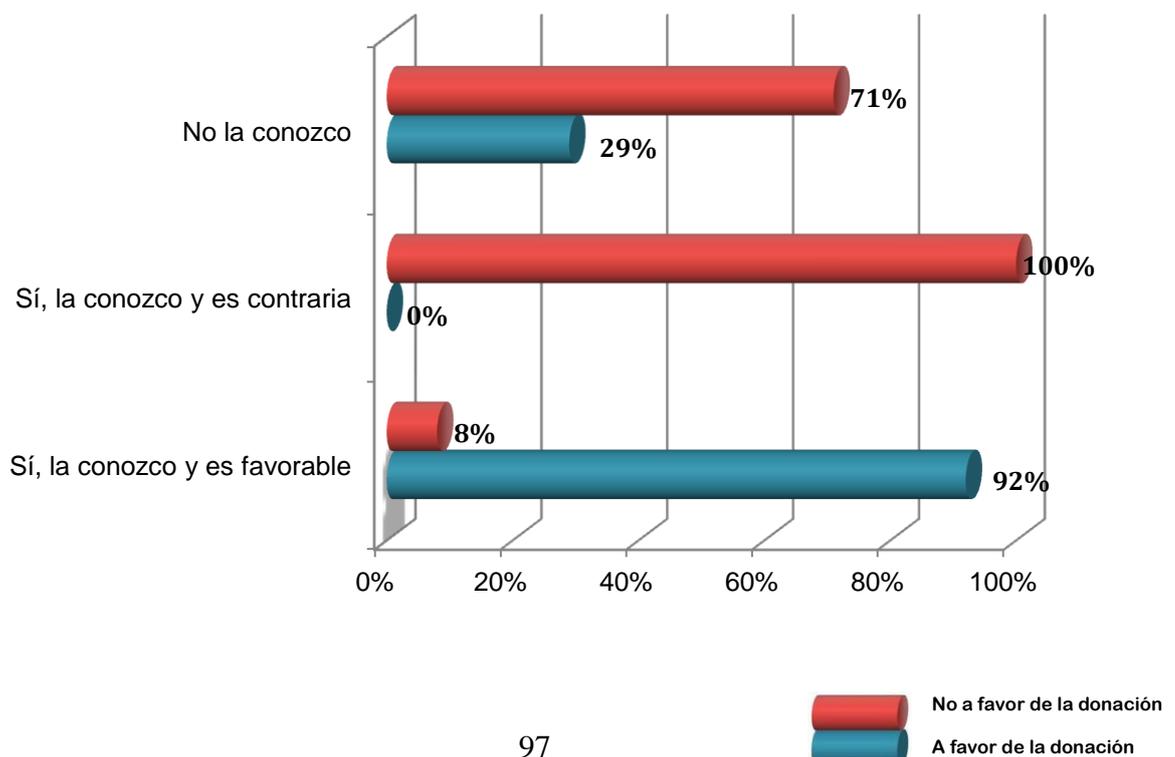
III.3.5.2.-Conocimiento de la actitud de la religión profesada hacia la donación y el trasplante de órganos

Entre los encuestados religiosos, el conocer que su Iglesia está a favor de la donación y el trasplante de órganos se asocia a una actitud más favorable que cuando no lo conocen (92% versus 30%; $p < 0.001$). Sin embargo, sólo el 6% de los encuestados conocen que la actitud de la iglesia es favorable hacia la donación de órganos, y un 1% que creen que está en contra (Tabla 25 y Figura 19).

Tabla 25. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del conocimiento de la actitud de la religión profesada hacia la donación y el trasplante de órganos

Conocimiento de la actitud de la Religión profesada hacia la donación y el trasplante de órganos	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
Sí, la conozco y es favorable (n=86)	79 (92%)	7 (8%)	<0.001
Sí, la conozco y es contraria (n=11)	---	11 (100%)	
No la conozco (n=1300)	376 (29%)	924 (71%)	

Figura 19. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del conocimiento de la actitud de la religión profesada hacia la donación y el trasplante de órganos



III.3.6.-VARIABLES DE ACTITUD HACIA EL CUERPO

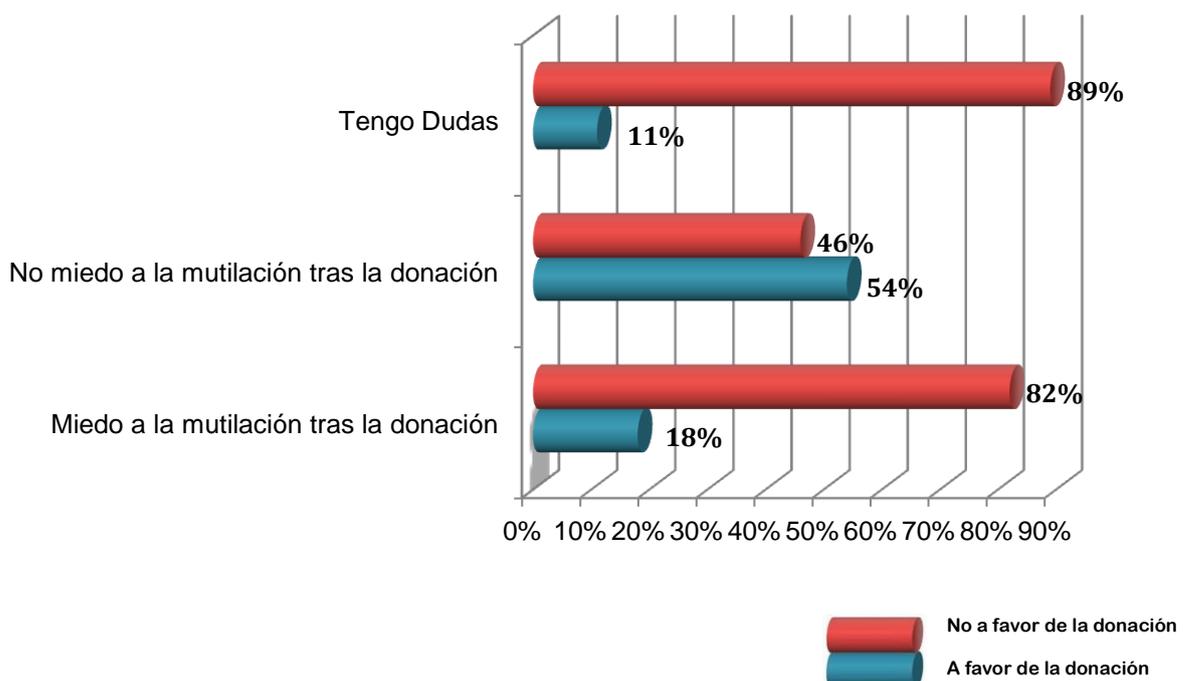
III.3.6.1.-Preocupación por la posible mutilación del cuerpo tras la donación de órganos

Se objetiva una estrecha relación entre la actitud hacia la manipulación del cadáver y la actitud hacia la donación de los órganos. El miedo a la mutilación tras la donación o las dudas ante dicha situación hacen que la actitud hacia la donación sea peor que entre los que no refieren miedo por dicha posible mutilación (18% y 11% versus 54%; $p < 0.001$) (Tabla 26 y Figura 20).

Tabla 26. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del miedo a la mutilación tras la donación de órganos

Miedo a la mutilación tras la donación de órganos	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
Miedo a la mutilación tras la donación (n=264)	47 (18%)	217 (82%)	<0.001
No miedo a la mutilación tras la donación (n=717)	384 (54%)	333 (46%)	
Tengo Dudas (n=469)	54 (11%)	415 (89%)	

Figura 20. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función del miedo a la mutilación tras la donación de órganos



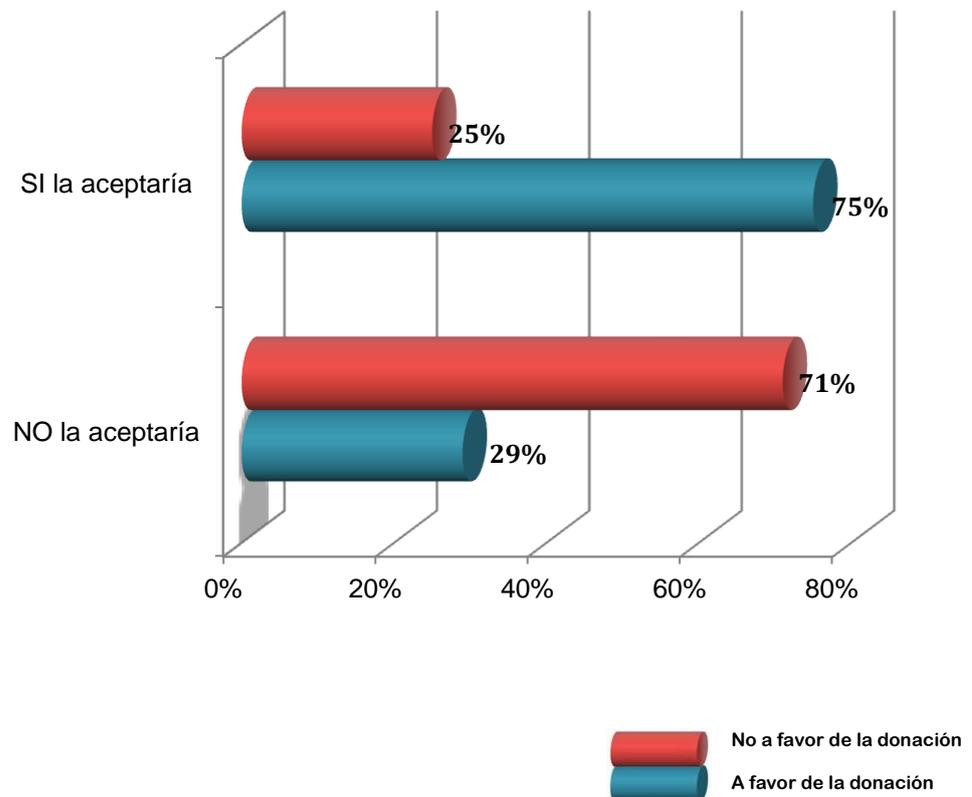
III.3.6.2.-Aceptación de la incineración del cuerpo tras fallecer

Los encuestados que aceptarían la incineración del cuerpo tras la muerte están más a favor de la donación de sus órganos que los que no (75% versus 29%; $p < 0.001$) (Tabla 27 y Figura 21).

Tabla 27. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la aceptación de la incineración tras fallecer

Aceptación de la Incineración tras fallecer	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
No la aceptaría (n=1299)	371 (29%)	928 (71%)	<0.001
Sí la aceptaría (n=151)	114 (75%)	37 (25%)	

Figura 21. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la aceptación de la incineración tras fallecer



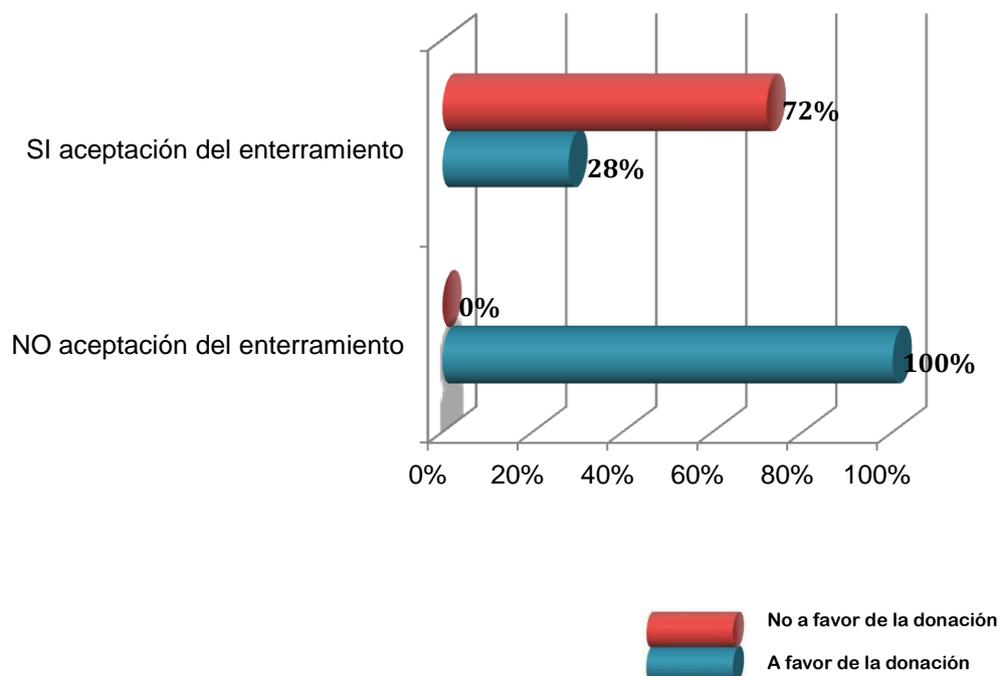
III.3.6.3.-Aceptación del enterramiento del cuerpo tras fallecer

Los que prefieren opciones distintas al enterramiento tras fallecer tienen una actitud más favorable hacia la donación de órganos que los que prefieren el enterramiento (100% versus 28%; $p < 0.001$) (Tabla 28 y Figura 22).

Tabla 28. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la aceptación del enterramiento tras fallecer

Aceptación del enterramiento tras fallecer	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
No aceptación del enterramiento (n=105)	105 (100%)	0 (0%)	<0.001
Aceptación del enterramiento (n=1345)	380 (28%)	965 (72%)	

Figura 22. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la aceptación del enterramiento tras fallecer



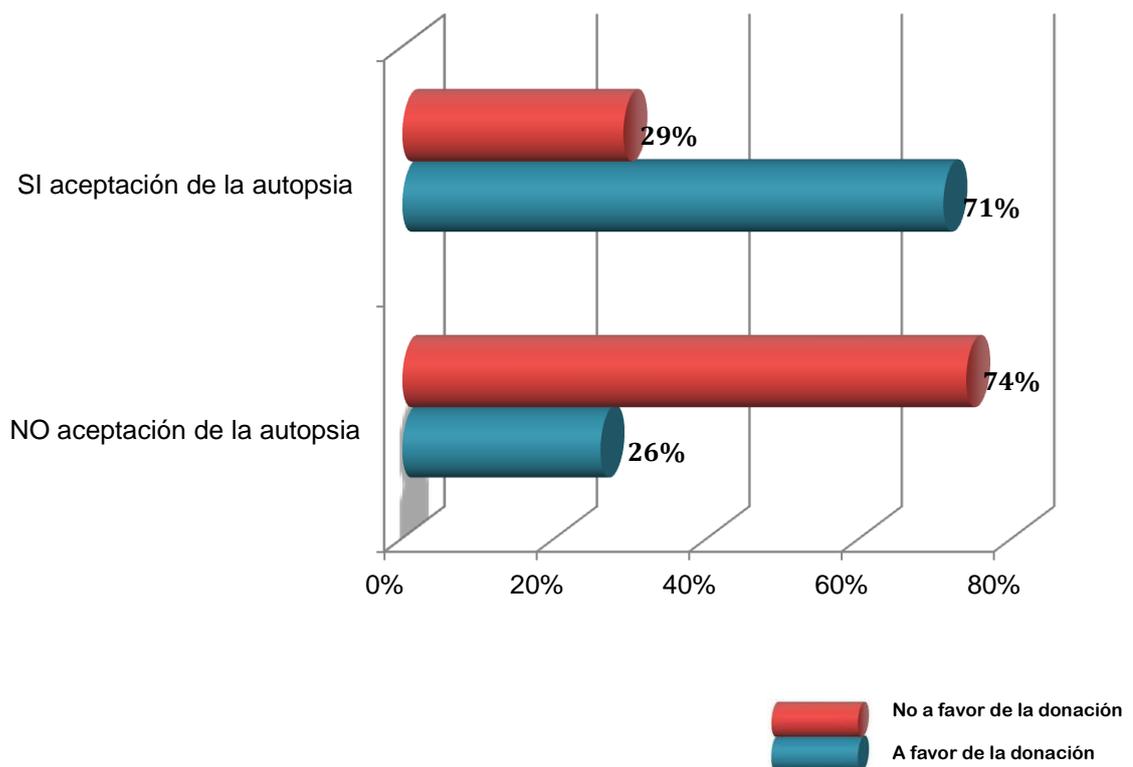
III.3.6.4.-Aceptación de la realización de una autopsia si fuera necesaria

Por último, la actitud es más favorable entre los que aceptarían la realización de una autopsia al fallecer si esta fuera necesaria (71% versus 26%; $p < 0.001$), como se ve en la **Tabla 29** y la **Figura 23**.

Tabla 29. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la aceptación de la realización de una autopsia si fuera necesario

Aceptación de la realización de una autopsia si fuera necesaria	Actitud Favorable (n=485; 33%)	Actitud no Favorable (n=965; 67%)	P
No aceptación de la autopsia (n=1211)	315 (26%)	896 (74%)	<0.001
Aceptación de la autopsia (n=239)	170 (71%)	69 (29%)	

Figura 23. Actitud hacia la donación de órganos propios de los latinoamericanos residentes en Florida en función de la aceptación de la realización de una autopsia si fuera necesario



III.3.7.-ANÁLISIS MULTIVARIANTE

III.3.7.1.- Variables incluidas en el análisis multivariante

Para realizar el estudio multivariante se han incluido las variables que dieron significación estadística en el análisis bivalente:

- 1.-Nacionalidad
- 2.-Sexo
- 3.-Estado civil
- 4.-Nivel de estudios
- 5.-Experiencia previa con la donación y/o el trasplante de órganos
- 6.-Creencia de poder necesitar un trasplante en el futuro
- 7.-Conocimiento del concepto de muerte encefálica
- 8.-Actitud hacia la donación de órganos de un familiar
- 9.-Planteamiento del tema de la donación y trasplante de órganos a nivel familiar
- 10.-Opinión de la pareja hacia la donación y el trasplante de órganos
- 11.-Realización de actividades pro-sociales
- 12.-Religión del encuestado
- 13.-Conocimiento de la actitud de la religión que profesa hacia la donación y el trasplante
- 14.-Miedo a la mutilación del cuerpo tras la donación de órganos
- 15.-Aceptación de la incineración tras fallecer
- 16.-Aceptación del enterramiento tras fallecer
- 17.-Aceptación de una autopsia tras fallecer si fuera necesaria

III.3.7.2.-Resultados del análisis multivariante

Persisten como variables independientes influyentes en la actitud hacia la donación de los órganos propios (**Tabla 30**) las siguientes:

1.-Estado Civil: Los encuestados casados tienen 6,329 veces más probabilidad de tener una actitud favorable hacia la donación de órganos propios que los separados o viudos. En este sentido, los solteros tienen 4,651 veces más probabilidad de tener una actitud favorable hacia la donación que los separados o viudos.

2.-Nivel Educativo: Respecto a los encuestados sin estudios, los latino-americanos con estudios primarios tienen 4,347 veces más probabilidad de tener una actitud favorable hacia la donación de órganos propios. Los que tienen estudios secundarios tienen 6,802 veces más probabilidad de tener una actitud favorable, y los que tienen estudios universitarios tienen 125 veces más probabilidad de tener una actitud favorable.

3.-Experiencia previa con la donación y el trasplante de órganos: Los encuestados que han tenido experiencia previa con la donación y el trasplante de órganos tienen 2.000 veces más probabilidad de tener una actitud favorable hacia la donación de órganos propios que los que no han tenido dicha experiencia.

4.-Actitud hacia la donación de órganos de un familiar: Los encuestados que tienen una actitud favorable hacia la donación de los órganos de un familiar tienen 2,638 veces más probabilidad de tener una actitud favorable hacia la donación de órganos propios que los que no tienen dicha actitud favorable hacia la donación de los órganos de un familiar.

5.-Planteamiento a nivel familiar de la donación y el trasplante de órganos: Los encuestados que han planteado a nivel familiar el tema de la donación y el trasplante de órganos tienen 8,771 veces más probabilidad de tener una actitud favorable hacia la donación de órganos propios que los que no han tenido dicho planteamiento familiar.

6.-Miedo a la mutilación del cuerpo tras la donación: Los encuestados que no les preocupa la posible mutilación del cadáver tras la donación tienen 125 veces más probabilidad de tener una actitud favorable hacia la donación de órganos propios.

7.-Aceptación de la incineración tras fallecer: Los encuestados que aceptarían la incineración tienen 380,878 veces más probabilidad de tener una actitud favorable hacia la donación de órganos propios que los que no aceptarían la incineración.

8.-Aceptación de la realización de una autopsia al fallecer si fuera necesario: Los encuestados que aceptarían dicha realización tienen 55,555 veces más probabilidad de tener una actitud favorable hacia la donación de órganos propios que los que no aceptarían la autopsia.

Table 30. Variables que influyen en la actitud hacia la donación de órganos entre la población latinoamericana residente en Florida.
Análisis de regresión logística multivariante

Variable	Regression Coefficient (β)	Standard Error	Odds Ratio (Confidence Intervals)	P
Estado Civil:				
Separado, Divorciado o Viudo (n=241)			1	
Casado (n=835)	1,842	0,518	6,329 (17,543-2,288)	<0.001
Soltero (n=374)	1,536	0,532	4,651 (13,157-1,639)	0.004
Nivel de estudios:				
Sin Estudios (n=355)			1	
Estudios Primarios (n=770)	1,470	0,425	4,347 (10-1,890)	0.001
Estudios Secundarios (n=236)	1,916	0,494	6,802 (17,857-2,577)	<0.001
Estudios Universitarios (n=89)	4,854	0,713	125 (500-31,25)	<0.001
Experiencia previa con la donación y/o trasplante:				
No (n=1376)			1	
Sí (n=74)	8,219	0,926	2.000 (2.000-500)	<0.001
Actitud hacia la donación de los órganos de un familiar:				
En contra (n=606)			1	
A favor (n=242)	0,970	0,359	2,638 (5,319-1,305)	0.007
Tiene dudas (n=602)	0,684	0,372	1,980 (4,115-0,956)	0.066
Planteamiento familiar de la donación y trasplante:				
No (n=1326)			1	
Sí (n=124)	2,173	0,618	8,771 (29,411-2,617)	<0.001
Preocupación por la posible mutilación tras donar:				
Tiene dudas (n=469)			1	
Miedo a la mutilación (n=264)	1,908	0,731	6,756 (28,571-1,610)	0.009
No miedo a la mutilación (n=717)	4,836	0,540	125 (333,333-43,478)	<0.001
Aceptación de la incineración del cuerpo tras fallecer:				
No (n=1299)			1	
Sí (n=151)	5,942	0,995	380,878 (54,165-2,678)	<0.001
Aceptación de la realización de una autopsia:				
No (n=1211)			1	
Sí (n=239)	4,015	0,584	55,555 (166,666-17,543)	<0.001

DISCUSIÓN

IV.1.-ASPECTOS METODOLOGICOS

Antes de entrar en el análisis y discusión detallada de los resultados obtenidos en esta tesis, es aconsejable realizar una serie de matizaciones metodológicas para poder entender bien el tema que se va a tratar.

El **primer** aspecto importante a tener en cuenta es la variable a estudio. Parece intrascendente, pero con frecuencia aparecen trabajos que hablan de actitud, pero cada uno de ellos mide algo diferente. Unos miden la actitud general, otros la específica, otros si tiene la tarjeta de donante, otros si está apuntado en un registro oficial como donante, etc. Este hecho, hace difícil saber que es lo que se está tratando y poder comparar los resultados.

En este sentido, si se parte del concepto de actitud, que se define como “una organización relativamente duradera de creencias, sentimientos y tendencias conductuales hacia objetos socialmente significativos, grupos, acontecimientos o símbolos”²⁹⁸, y se tiene en cuenta la naturaleza incorpórea de las actitudes, es comprensible que la investigación social acerca de muchas de ellas (entre las que se encuentra la actitud hacia la donación de órganos) pueda abordarse desde distintas perspectivas.

En las investigaciones relativas a la actitud hacia cualquier fenómeno social, como puede ser la donación de órganos, puede interrogarse acerca de la visión del encuestado sobre el proceso en cuestión desde un punto de vista general (es decir, si se considera partidario de que exista este proceso de donación y trasplante de órganos en la sociedad en la que vive) o bien, desde un punto de vista más íntimo y particular (interrogando acerca de su propia intención de donar sus órganos al morir).

En esta tesis se investiga la actitud particular hacia la donación, incluyendo una pregunta específica sobre la intención personal de donar sus propios órganos. Cuando ambas preguntas son investigadas, la intención de donar a órganos propios es inferior a la actitud acerca de su visión general. Esta diferencia podría suponer que el porcentaje de encuestados con una actitud favorable hacia el proceso de donación de órganos, desde un punto de vista general, podría ser subestimado por el análisis estadístico final presentado, en el que se consideró la actitud hacia la donación de órganos propios.

Partiendo de que el objetivo teórico último de los estudios de actitud realizados es conocer cuántos encuestados tendrán una actitud lo suficientemente favorable hacia el proceso de donación, se considera que la intención personal de donar los propios órganos es el mejor indicador de la actitud del entrevistado hacia el proceso de donación. Es por esta razón que el posible sesgo comentado fue considerado y asumido desde el principio en esta tesis.

El **segundo** aspecto importante a tener en cuenta es la elección del *instrumento de medida* para determinar la actitud hacia la donación de órganos. En este sentido la utilización de cuestionarios es, junto con las entrevistas, una de las técnicas de recogida de datos más empleada en la investigación social. Es menos costosa que otras vías de recogida de información, permite llegar a un mayor número de participantes y facilita el análisis de los resultados obtenidos²⁹⁹. Sin embargo, esta herramienta puede tener ciertas limitaciones que podrían restar valor a la investigación desarrollada.

El cuestionario debe estar expresamente diseñado para poder cuantificar y universalizar dicha información, y estandarizar el proceso de entrevista. Dado que su finalidad última es, por tanto, conseguir la comparabilidad de la información, como todo instrumento de medida, ha de reunir las siguientes características:

1. Ser adecuado para el problema de salud que se pretende medir e intuitivamente razonable.
2. Ser válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que se pretenden analizar y no otras.
3. Ser fiable y preciso, es decir, con un mínimo de error en la medida.
4. Ser sensible, que sea capaz de medir cambios tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo.
5. Delimitar claramente sus componentes (dimensiones), de manera que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente (validez de constructo).
6. Estar basado en datos generados por los propios pacientes.
7. Ser aceptado por pacientes, usuarios, profesionales e investigadores.

Para conseguir que un cuestionario cumpla con todas estas características debe ser sometido a un proceso de creación y validación que permitirá indicar en qué grado el instrumento de medida refleja la realidad de aquello que se pretende medir.

En la investigación acerca de la actitud hacia la donación y los factores que la determinan no es infrecuente el hallazgo de publicaciones que realizan investigaciones a grupos poblacionales utilizando herramientas de medida no diseñadas para tal fin o no validadas, lo cual puede conducir a una interpretación y generalización incierta de los resultados.

El **tercer** aspecto metodológico a tener en cuenta es la representatividad de la población a estudio. Si la muestra no es representativa, las conclusiones no serán aplicables ni generalizables. Esta es una de las razones de la diversidad de datos que existen, y de los datos contradictorios que se encuentran en la bibliografía, ya que hay muchos estudios con muestras pequeñas que no representan a ninguna población en concreto, y por lo tanto son resultados aislados no generalizables. Se debe intentar en lo posible estratificar las poblaciones a estudio para que las muestras sean lo más representativas de la población que se quiere analizar. Por ello, uno de los mayores esfuerzos de este estudio sociológico ha sido conseguir una muestra lo más representativa posible de la población latino-americana residente en Florida, consiguiendo la estratificación por los tres factores de confusión fundamentales como son la nacionalidad, la edad y el sexo.

Por otra parte, la tasa de respuesta en cualquier estudio de actitud supone un indicador de la calidad de los datos y es deseable que se sitúe por encima del 75%. Si bien no existe ningún consenso sobre a partir de que grado de cumplimentación es más fiable o no un estudio. Lo que está claro es que tienden a responder los más sensibilizados, por lo tanto a menor tasa de cumplimentación la posibilidad de tener un sesgo positivo de selección de la población es mucho mayor. A este respecto, es fundamental un diseño que tenga en cuenta como evitar las pérdidas de cumplimentación.

En este proyecto de tesis fue fundamental la colaboración de las asociaciones de inmigrantes, pues favorecieron la cumplimentación del cuestionario al transmitir seguridad y confianza entre los encuestados ante nosotros. Creemos que el diseño del estudio y en buena parte la forma de administrar el cuestionario, redundaron en la alta tasa de participación obtenida y, con ello, en la mejora de la precisión de los resultados.

Si bien es cierto que en una investigación, aunque se lleve a cabo con una herramienta de medida expresamente validada, la interpretación de los resultados debe incluir ciertas limitaciones que presentan, en su conjunto, los cuestionarios de opinión. La primera limitación se deriva de la tendencia de todo participante en un sondeo a responder de acuerdo a lo que se considera “socialmente deseable” en el ambiente donde vive. En segundo lugar ha de destacarse la distancia existente entre las respuestas de los participantes a ciertas preguntas y su conducta final si se diese en la vida real la situación planteada, siendo esta distancia inversamente proporcional a la información que el entrevistado dispusiera previamente a la realización de la pregunta³⁰⁰.

Por último, recordar lo que indicábamos en la introducción, la actitud no es lo mismo que comportamiento. Por ello puede haber una actitud favorable a donar los órganos y presentarse una baja tasa de donación, ya que la tasa de donación no depende sólo de la actitud, sino de otros muchos factores. Sin embargo, tener una actitud favorable es un requisito “sine qua non” para que la tasa de donación efectiva sea buena. Los coordinadores de trasplante, por muy eficientes profesionalmente que sean, no podrían conseguir donaciones si la población de base está ya predispuesta en contra.

Así pues, una buena actitud hacia la donación es necesaria, pero no suficiente, para obtener una alta tasa de donación.

IV.2.-ACTITUD HACIA LA DONACIÓN DE LOS LATINOAMERICANOS

Latinoamérica es una enorme región cuya característica principal es la heterogeneidad. Heterogeneidad étnica, de desarrollo, de recursos, de cultura y de población. El desarrollo económico varía desde economías agrarias hasta regiones altamente industrializadas. Étnicamente, la población representa la mezcla de los españoles y portugueses iniciales con los diferentes grupos étnicos que habitaban las regiones antes del descubrimiento.

Todos los países cuentan por lo menos con un programa de trasplante y la tendencia actual de los gobiernos de Latino-América es de potenciar la donación y el trasplante de órganos. Así, existe una colaboración muy estrecha con la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) de España con el objetivo de implantar el modelo español, dentro de lo posible, en la mayoría de dichos países³⁶.

Hay que tener en cuenta que el trasplante no sólo es el proceso en sí, sino que posteriormente precisa un seguimiento y una medicación inmunosupresora relativamente cara y en ciertos casos prohibitiva³⁶.

Actualmente, Latinoamérica mantiene tasas de donación por debajo de 10 donantes de cadáver p.m.p., salvo excepciones (Puerto Rico, Uruguay y Argentina), y se debe a dos causas fundamentales. La primera el alto índice de negativa familiar y la segunda a los fallos en la detección de muertes encefálicas³⁶.

En sus países de origen, en Latinoamérica, hay pocos estudios realizados que valoren la actitud hacia la donación de órganos. En ellos, la actitud a favor de la donación oscila entre el 50-80%^{172,175-176}. Sin embargo, como se ve en nuestro estudio, no se puede generalizar y se objetivan diferencias significativas entre las diferentes nacionalidades.

La inmigración de la población latinoamericana es muy importante tanto en España como en USA. En España, los estudios existentes sobre la actitud hacia la donación de los propios órganos tras fallecer muestran una actitud muy favorable.

Así, Lopez et al¹¹⁴ muestran en un estudio realizado en España sobre población no española, donde obtienen una población latinoamericana de 435 encuestados, que el 73,6% están a favor de la donación.

Por otra parte, Ríos et al¹²⁴ en un estudio realizado sobre la población latino-americana residente en España, estratificado por nacionalidad, edad y sexo, y con un total de 1314 encuestados, muestra que un 60% están a favor de la donación, utilizando el mismo cuestionario validado que se utiliza en la tesis que aquí se presenta.

Destaca la gran diferencia existente en la actitud hacia la donación entre los datos de la población latino-americana residente en España y la residente en USA. Así, nuestros datos muestran que sólo el 33% de los latinos residentes en Florida están a favor de donar sus órganos, frente al 60% de los residentes en España, en un estudio realizado con la misma metodología de trabajo y cuestionario que el que se presenta aquí.

Si se comparan los dos estudios, por nacionalidad, se observa que dichas diferencias se confirman para todas las nacionalidades de latinos (**Tabla 31**).

Si exceptuamos la comparativa de estos dos estudios, uno de los grandes problemas de los estudios psico-sociales para poder comparar los resultados es la utilización de cuestionarios diferentes. Así, hay que recordar que es fundamental que el cuestionario este sometido a un proceso de validación que confirme qué refleje la realidad de aquello que se pretende medir. Esta premisa básica, no se cumple en la investigación acerca de la actitud hacia la donación, ya que la gran mayoría de los estudios realizados y publicados utilizan herramientas de medida no diseñadas para tal fin o no validadas, lo cual puede conducir a una interpretación y generalización incierta de los resultados. Además, gran parte de esta confusión se debe a la gran mayoría de artículos que se manejan en nuestra rama de conocimiento son "Proceedings" que provienen de comunicaciones a congresos, y donde la exigencia para publicar es menor, o publicaciones de revistas de bajo impacto, en ambos casos suelen ser artículos cortos, donde a veces es difícil seguir la metodología.

Tabla 31. Distribución de los latinoamericanos encuestados acorde con su nacionalidad y la actitud hacia la donación de órganos. Estudio comparativo entre España¹²⁴ y Florida (USA)

País	FLORIDA			ESPAÑA		
	Residentes Estimados	Muestra Obtenida	Actitud a Favor	Residentes Estimados	Muestra Obtenida	Actitud a Favor
América del Norte	<i>1.129.718</i>	<i>297</i>		<i>96.390</i>	<i>84</i>	
Méjico	1.129.718	297	97 (33%)	96.390	84	54 (64%)
América Central	<i>3.433.912</i>	<i>947</i>		<i>149.503</i>	<i>126</i>	
Cuba	1.542.438	438	120 (28%)	71.234	62	37 (60%)
Puerto Rico	945.550	259	95 (37%)	1.150	2	1 (50%)
Nicaragua	305.143	89	20 (23%)	143	0	-
Rep. Dominicana	275.451	66	30 (46%)	68.769	57	36 (63%)
Honduras	137.302	35	14 (40%)	1.348	1	1 (100%)
Guatemala	98.882	23	9 (39%)	1.521	1	1 (100%)
El Salvador	67.144	19	9 (47%)	1.356	1	1 (100%)
Costa Rica	29.761	8	4 (50%)	1.671	1	1 (100%)
Panamá	29.741	9	5 (56%)	1.633	1	1 (100%)
Resto Países	2.500	1	1 (100%)	678	0	-
América del Sur	<i>770.543</i>	<i>206</i>		<i>1.157.300</i>	<i>1,027</i>	
Colombia	341.414	97	38 (39%)	217.000	178	124 (70%)
Venezuela	122.116	35	15 (43%)	23.850	22	9 (41%)
Perú	102.965	23	7 (30%)	49.600	39	20 (51%)
Ecuador	72.574	19	7 (37%)	513.000	461	271 (59%)
Argentina	67.260	17	7 (41%)	62.900	55	46 (84%)
Chile	25.549	7	3 (43%)	23.650	22	12 (54%)
Uruguay	16.542	4	2 (50%)	19.500	18	12 (67%)
Bolivia	14.938	4	2 (50%)	213.000	206	101 (49%)
Paraguay	3.222	0	0	1.132	0	0
Brasil	1.220	0	0	31.000	24	16 (67%)
Resto Países	2.743	0	0	2.668	0	0
TOTAL	5.334.173	1.450	485 (33%)	1.403.193	1.237	745 (60%)

De ahí que la comparación con otros estudios realizados de actitud hacia la donación entre latinoamericanos residentes en USA presenten limitaciones. Si que es verdad, que la mayoría de los estudios indican que la población latina en USA donan poco³⁰¹ y están poco a favor de la donación^{4,8,302-304}. En este sentido, McNamara et al²⁸⁴ en un estudio telefónico sobre 566 latinoamericanos muestra una actitud similar a la descrita en nuestro estudio, con un 31,2% a favor de la donación de órganos. Así, autores como Frates et al¹⁷⁶ analizan las percepciones de la población hispana en USA, específicamente en California, hacia la donación de órganos y muestran que existen muchos taboos para hablar del tema. Sin embargo, no todos coinciden y autores como Pérez et al¹² al estudiar los patrones de donación en tres grandes ciudades en los estados Unidos muestra que los negros y los latinos tienen un índice similar de rechazo familiar a la donación, el cual es más alto que en la población blanca en cada ciudad. Además, también indican que el índice de rechazo varía mucho de unas ciudades a otras y lo achacan a la nacionalidad¹². Así, en Miami (Florida), lo consideran determinado por el hecho de que en un alto porcentaje la población latino-americana sea de origen cubano, mientras que en otras ciudades son de otras nacionalidades, sobre todo mexicanas.

En nuestro estudio no se justifican estas diferencias por dicho hecho, y como puede verse en la **tabla 31**, no se confirma la comparar los datos con España. Si bien, si es verdad que la población de origen influye, pues aunque la población latinoamericana, más de 500 millones de habitantes, está unida por fuertes lazos socioculturales, históricos, idiomáticos y religiosos, dentro de la uniformidad también hay cierta heterogeneidad, y las tasas de donación varían según la nacionalidad de la persona tanto en sus países nativos, en USA, como en España^{4,12,124,284,304}.

Sin embargo, autores como Siegel et al³⁰⁵, muestran una actitud buena hacia la donación de órganos, tanto de cadáver como de vivo.

Por lo tanto, no se puede concluir que estas diferencias tan importantes entre los estudios sean reales, o simplemente condicionadas porque los cuestionarios son diferentes y no validados en la mayoría de casos, porque el trabajo de campo está realizado de diferentes maneras (telefónico, etc) y muchas veces no queda claro, ya que las muestras no suelen estar estratificadas y con frecuencia no se sabe si son representativas de la población latino-americana, y porque los grados de cumplimentación

son generalmente muy bajos y por lo tanto se puede pensar en sesgos de selección de la muestra^{4,8,12,284,301-306}.

Solamente estos hechos que se acaban de comentar podrían justificar las discrepancias existentes en la literatura.

Con todas estas limitaciones, si que se observa que en sus países de origen los estudios publicados (la mayoría "Proceedings" y de los años 90) muestran una actitud favorable de la población hacia la donación. En España, la población latina tiene una actitud muy cercana a la población nativa española, y las tasas de donación de órganos son similares a las españolas¹²⁴. Sin embargo, en USA la actitud descrita entre los latinos tiende a ser negativa y las tasas de donación son muy bajas^{8,301-302}. Las posibles razones habrá que buscarlas no en la solidaridad de los encuestados sino en otros factores como son su no integración, el idioma, el sistema sanitario americano que es muy restrictivo para ellos, entre otras causas. Así, la confianza en el sistema sanitario puede explicar las diferencias en las tasas de donación^{14,284,307}. En algunos países el individuo puede ser donante pero no receptor por no poder costearse los gastos de un trasplante en un sistema sanitario privado. Por ejemplo, en Estados Unidos, muchos latinos que no pueden pagar un seguro médico no pueden acceder a los beneficios de la cobertura sanitaria total. Todas estas son razones que con frecuencia no se valoran y que posiblemente sean la clave del fracaso de su donación en USA y el éxito en España de la población latina, justifiquen la diferente actitud hacia la donación de órganos según el país donde emigran.

Sin embargo, hay que indicar que Américalatina tiene unas tasas de donación peores que las de los países de Europa occidental y Estados Unidos a los que emigran. Esto se debe a una baja tasa de donación efectiva, a pesar de una gran cantidad de donantes potenciales. Esto, sumado al hecho de que en algunos países la sanidad no es de cobertura universal ni gratuita, de forma que solo pocos pueden acceder a los tratamientos, ha condicionado que el desarrollo del trasplante haya sido menor que la de otros países desarrollados. No obstante, en la última década el desarrollo trasplantador en Américalatina ha sido notable.

Al analizar el perfil psico-social se observa que la mayoría de los factores descritos en estudios poblacionales occidentales se dan en la población latina residente en Florida. Factores como la experiencia previa con la donación y/o el trasplante, es decir, el hecho de conocer a un vecino, amigo o familiar trasplantado, y la realización de actividades pro-sociales o estar a favor de realizarlas son favorecedores de la actitud hacia la donación^{113,119}. Está claro que la donación se encuadra dentro de una visión solidaria y altruista de la vida, como la colaboración en actividades pro-sociales^{122,119}, por ello suelen indicarse entre las razones para estar a favor de la donación la solidaridad, y el deber moral. Destaca la poca sensibilización sobre el tema de la donación y el trasplante entre la población latina, y prueba de ello es que sólo el 5% han tenido experiencia previa con el proceso donación-trasplante de órganos (conocer a un donante y/o receptor de un órgano). Sin embargo, entre los que han tenido experiencia previa el efecto es muy positivo y muestran una actitud muy favorable hacia la donación. En este sentido, algunos estudios realizados en USA³⁰⁸⁻³¹⁰, indican que este factor explica por qué en las campañas intervencionistas de radio o televisión el hecho de que aparezca un latinoamericano explicando su experiencia favorable al recibir un órgano hace aumentar las tasas de donación en dicho subgrupo poblacional.

El conocimiento del concepto de muerte encefálica, un factor clásico relacionado con la actitud hacia la donación, no persiste en este subgrupo como un factor significativo, hecho que se ha descrito en este grupo poblacional en otros estudios¹²⁴. En este sentido hay que destacar que existe un gran desconocimiento y que solo un 24% de los encuestados aceptan que es la muerte de un individuo.

Los factores más importantes detectados en esta población de origen latinoamericano residente en Florida, que persisten en el análisis multivariante, se relacionan principalmente con cuatro aspectos, como son el nivel de educación, la sensibilización sobre el tema, la familia, y el manejo del cadáver.

Así, a nivel familiar se observa que hablar del tema en los ámbitos familiares aumenta la posibilidad de estar a favor. En este contexto es fundamental la actitud hacia la donación de la pareja del encuestado, de tal manera que cuando la pareja está a favor y el encuestado lo conoce su actitud es claramente favorable hacia el tema. Por tanto, parece beneficioso propiciar el diálogo sobre temas de donación y trasplante dentro de círculos familiares y con la pareja^{122,119,311}. Sin embargo, este, que sería el

mecanismo más elemental de información-decisión, tropieza con tabúes ancestrales que impiden o dificultan las conversaciones sobre la muerte. Así, la mayoría de latinoamericanos no suele hablar del tema de la muerte, porque creen que trae mala suerte y esto condiciona que, siendo muchos los donantes potenciales, se pierdan porque sus familias no saben la actitud del fallecido en vida. En este sentido, Guadagnoli et al³¹² indican que un 50% de los que quieren donar no comunican su decisión a sus familias.

Otro grupo de variables independientes está relacionado con el manejo del cadáver^{12,284}. En general, los que tienen una actitud desfavorable hacia la donación, temen en mayor medida la manipulación y desfiguración del cuerpo, y tienen preferencia por un cuerpo íntegro e intacto tras la muerte¹³⁶. Así, los que prefieren la incineración del cuerpo, aceptarían realizar una autopsia si fuera necesario y no les preocupa la mutilación del cuerpo tras la muerte, tienen una actitud significativamente más favorable hacia la donación de órganos.

CONCLUSIONES

- 1.-La actitud hacia la donación de órganos de los latinoamericanos residentes en Florida es peor a la descrita en la población nativa estadounidense y en la población latino-americana en sus países de origen**

- 2.-La actitud hacia la donación de órganos de la población latinoamericana residente en Florida viene determinada por múltiples factores psico-sociales.**

- 3.-Los principales factores que condicionan la actitud hacia la donación son el nivel de estudios, el ámbito familiar y la actitud hacia la manipulación del cuerpo.**

- 4.-El perfil psico-social del latinoamericano con una actitud desfavorable se caracteriza por ser un individuo sin estudios, sin ninguna relación previa con el proceso de donación-trasplante, que no ha hablado del tema en el ámbito socio-familiar, y que no acepta la manipulación del cadáver.**

ABREVIATURAS

DTO	Donación y Trasplante de Órganos
EEUU	Estados Unidos de América
ME	Muerte Encefálica
PIB	Producto Interior Bruto
pmp	por millón de población
LA	Latinoamericano
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
USA	Estados Unidos de América

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Alvaro EM, Jones SP, Robles ASM, Siegel JT. Predictors of organ donation behavior among Hispanic Americans. *Prog Transplant* 2005; 15: 149-56.
- 2.-Therrien, M, Ramirez, R. The Hispanic Population in the United States. U.S. Census Bureau, Current Population Reports: March 2000. 2004
- 3.-Humes K, Jones NA, Ramirez RR. Overview of race and Hispanic origin, 2010. US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau; 2011
- 4.-René AA, Viera E, Daniels D, Santos Y. Organ donation in the Hispanic population: Dónde estan ellos? *J Natl Med Assoc* 1994; 86: 13-16.
- 5.-Port FK, Merion RM, Goodrich NP, Wolfe RA. Recent trends and results for organ donation and transplantation in the United States, 2005. *Am J Transplant* 2006; 6: 1095-100.
- 6.-Pondrom S. Reaching the Hispanic patient. *Am J Transplant* 2013; 13: 1623-4.
- 7.-Salim A, Bery C, Ley EJ, Schulman D, Navarro S, Zheng L, et al. A focused educational program after religious services to improve organ donation in Hispanic Americans. *Clin Transplant* 2012; 26: E634-40.
- 8.-Frates J, Garcia Bohrer G. Hispanic perceptions of organ donation. *Prog Transplant* 2002; 12: 169-75
- 9.-Salim A, Ley EJ, Berry C, Schulman D, Navarro S, Zheng L, et al. Effect of community educational interventions on rate of organ donation among Hispanic Americans. *JAMA Surg* 2014; 149: 899-902
- 10.-Johnson LW, Lum CT, Thompson T, Wilson J, Urdaneta ML, Harris R. Mexican-American and Anglo-American attitudes toward organ donation. *Transplant Proc* 1988; 20: 822-3
- 11.-Roark D. The need for increasing organ donation among African Americans and Hispanic Americans: an overview. *J Emerg Nurs* 1999; 25: 21-7
- 12.-Perez LM, Schulman B, Davis F, Olson L, Tellis VA, Matas AJ. Organ donation in three major American cities with large Latino and black populations. *Transplantation* 1988; 46: 553-7
- 13.-Brown CVR, Foulkrod KH, Dworaczyk S, Thompson K, Elliot E, Cooper H, et al. Barriers to obtaining family consent for potential organ donors. *J Trauma* 2010; 68: 447-51
- 14.-Siegel JT, Alvaro EM, Jones SP. Organ donor registration preferences among Hispanic populations: which modes of registration have the greatest promise? *Health Educ* 2005; 32: 242-52
- 15.-Goldberg DS, Halpern SD, Reese PP. Deceased organ donation consent rates among racial and ethnic minorities and older potential donors. *Crit Care Med* 2013; 41: 496-505
- 16.-Pietz CA, Mayes T, Naclerio A, Taylor R. Pediatric organ transplantation and the hispanic population: approaching families and obtaining their consent. *Transplant Proc* 2004; 36: 1237-40
- 17.-Weiss AH, Fortinsky RH, Laughlin J, Lo B, Adler NE, Mudge C, et al. Parental consent for pediatric cadaveric organ donation. *Transplant Proc* 1997; 29: 1896-901
- 18.-Salim A, Berry C, Ley EJ, Schulman D, Desai C, Navarro S, et al. The impact of race on organ donation rates in Southern California. *J Am Coll Surg* 2010; 211: 596-600
- 19.-Perez MS, Trevino L, Swasey L. Hispanic experience of organ donation in New York City. *Transplant Proc* 1993; 25: 2492-3
- 20.-Pugh J. Minorities and ESRD. Part II. Tracking causes of ESRD in the Hispanic population. *Nephrol News Issues* 1995; 9: 13-16

- 21.-Schold JD, Kaplan B, Chumblor NR, Howard RJ, Srinivas TR, Ma L, et al. Access to quality: evaluation of the allocation of deceased donor kidneys for transplantation. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16: 3121-7
- 22.-Mathur AK, Schaubel DE, Gong Q, Guidinger MK, Merion RM. Racial and ethnic disparities in access to liver transplantation. *Liver Transplant* 2010; 16: 1033-40
- 23.-Cano Valle F. Trasplantes y minorías. *Rev Inst Nac Enf Respir* 2005; 18: 263-4
- 24.-Baquero A, Alberú J. Desafíos éticos en la práctica de trasplantes en América Latina: Documento de Aguascalientes. *Nefrología* 2011; 31: 275-85
- 25.-Santiago-Delpin EA. Societal challenges in Latin-America. *Ann Transplant* 1998; 3: 32-3
- 26.-International Monetary Fund Home Page. <http://www.imf.org/external/index.htm> (Ultima consulta 15 septiembre del 2015)
- 27.-Banco Mundial. América Latina y el Caribe. <http://www.bancomundial.org/es/region/lac/overview> (Ultima consulta 15 septiembre del 2015)
- 28.-Werner A. El Norte se recupera, el Sur aún espera: Perspectivas para América Latina y el Caribe. Diálogo a Fondo. El blog del FMI sobre temas económicos de América Latina. <http://blog-dialogoafondo.org/?p=5202> (Ultima consulta 15 septiembre del 2015)
- 29.-Fondo Monetario Internacional (FMI). El crecimiento en América Latina disminuirá por quinto año consecutivo. <http://www.imf.org/external/Spanish/pubs/ft/survey/so/2015/CAR042915AS.htm> (Ultima consulta 15 septiembre del 2015)
- 30.-Oxfam Intermón. El número de millonarios se duplica durante la crisis mientras la desigualdad alcanza niveles extremos. <http://www.oxfamintermon.org/es/sala-de-prensa/nota-de-prensa/numero-de-millonarios-se-duplica-durante-crisis-mientras-desigualda> (Ultima consulta 15 septiembre del 2015)
- 31.-Cardona D, Acosta LD, Bertone CL. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gac Sanit* 2013; 27: 292-7.
- 32.-Santiago-Delpin EA. Societal challenges in Latin-America. *Ann Transplant* 1998; 3: 32-3.
- 33.-Matesanz R. Cooperación con Latinoamérica: las cosas marchan. *Rev Esp Traspl* 2006; 15: 203-11
- 34.-Matesanz R. El programa Alianza de Cooperación con Latinoamérica. *Nefrología* 2005; 25: 455
- 35.-Council of Europe. International Figures on Donation and Transplantation 2013. *Newsletter Transplant* 2014; 19 (Vol 1)
- 36.-Red – Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. *Trasplante en Iberoamérica. Newsletter* 2014; 8 (Vol 1. Monográfico)
- 37.-López Naveda A, Caballero F, Domingo P. Organ shortage: viability of potential organ donors and possible loss depend on health care workers who are responsible for the organ procurement program. *Transplant Proc* 1997; 29: 3614-3616.
- 38.-Jansen NE, van Leiden HA, Haase-Kromwijk BJ, Hoitsma AJ. Organ donation performance in the Netherlands 2005-08; medical record review in 64 hospitals. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 1992-1997.
- 39.-Petersen P, Fischer-Fröhlich CL, Königsrainer A, Lauchart W. Detection of potential organ donors: 2-year analysis of deaths at a German university hospital. *Transplant Proc* 2009; 41: 2053-2054.

- 40.-Saviozzi A, Bozzi G, De Simone P, Filippini F. Efficiency of the tissue procurement process: what evaluation tools? *Transplant Proc* 2010; 42: 2195-2196.
- 41.-Martin-Lefevre L, Jacob JP, Pessionne F. Management of organ donation for patients with severe coma due to cerebrovascular stroke. *Rev Neurol (Paris)* 2011; 167: 463-467.
- 42.-Escalante Cobo JL, de la Calle Reviriego B. Detección de donantes de órganos. *Med Intensiva* 1993; 17: 317-320.
- 43.-Manyalich M, Valero R, Cabrer CA, García Fages LC. Criterios de aceptación de donantes de órganos: detección, identificación y selección de donantes. Estado actual y perspectivas de futuro. *Rev Esp Trasp* 1992; 1: 16-20.
- 44.-Matesanz R, Miranda B. Coordinación y trasplantes: El Modelo Español. ONT Madrid. Grupo Aula Médica S.A., 1995.
- 45.-Darby JM, Stein K, Grenvik A, Stuart SA. Approach to management of the heartbeating "brain death" organ donor. *JAMA* 1989; 261: 2222-2228.
- 46.-López Navidad A. El mantenimiento del donante de órganos. En López Navidad A, Kulisevsky J, Caballero F, eds. *El donante de órganos y tejidos. Evaluación y manejo*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1997: 478-483.
- 47.-Escudero D, Matesanz R, Soratti CA, Flores JI; nombre de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. General considerations on brain death and recommendations on the clinical decisions after its diagnosis. *Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. Med Intensiva* 2009; 33: 450-454.
- 48.-López Navidad A. La evaluación del donante de órganos. En López Navidad A, Kulisevsky J, Caballero F, eds. *El donante de órganos y tejidos. Evaluación y manejo*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica 1997: 162-169.
- 49.-Fernández Lucas M, Matesanz R. Estandarización en los criterios de donación de órganos para prevenir la transmisión de enfermedades neoplásicas. *Nefrología* 2001; 21 (supl 4): 91-96.
- 50.-Pumarola Suñé T, Moreno Camacho A, Blanes Juliá . Grupo de estudio de la infección en el Trasplante (GESITRA). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC). Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Ministerio de Sanidad y Consumo. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 711-715.
- 51.-Grande L, Matus D, Rimola A, Manyalich M, Cabrer C, García-Valdecasas JC, Visa J. Expanded liver donor age over 60 years for hepatic transplantation. *Clin Transpl* 1998: 297-301.
- 52.-Neff GW, Bonham A, Tzakis AG, Ragni M, Jayaweera D, Schiff ER, Shakil O, Fung JJ. Orthotopic liver transplantation in patients with human immunodeficiency virus and end-stage liver disease. *Liver Transpl* 2003; 9: 239-247.
- 53.-Boyarsky BJ, Hall EC, Singer AL, Montgomery RA, Gebo KA, Segev DL. Estimating the Potential Pool of HIV-Infected Deceased Organ Donors in the United States. *Am J Transplant* 2011; 11: 1209-1217.
- 54.-Criterios de selección del donante de órganos respecto a la transmisión de infecciones. 2ª edición 2004. *Rev Esp Trasp* 2004; 13: 259-276.
- 55.-Novitzky D. Detrimental effects of brain death on the potential organ donor. *Transplant Proc* 1997; 29: 3770-3772.
- 56.-Tuttle-Newhall JE, Collins BH, Kuo PC, Schoeder R. Organ donation and treatment of the multiorgan donor. *Curr Probl Surg* 2003; 40: 266-310.
- 57.-Jacoby L, Jaccard J. Perceived support among families deciding about organ donation for their loved ones: donor vs nondonor next of kin. *Am J Crit Care* 2010; 19: 52-61.

- 58.-Cabrero García J, Richart Martínez M. La petición de órganos para el trasplante: habilidades básicas de comunicación. *Rev Esp Trasp* 1995; 4: 301-309.
- 59.-Merchant SJ, Yoshida EM, Lee TK, Richardson P, Karlsbjerg KM, Cheung E. Exploring the psychological effects of deceased organ donation on the families of the organ donors. *Clin Transplant* 2008; 22: 341-347.
- 60.-Verheijde JL, Rady MY, McGregor JL. The prevalence of negative experiences in families of deceased organ donors and effects on the intensity of depression, post-traumatic stress and bereavement. *Clin Transplant* 2008; 22: 685-686.
- 61.-Parrilla P, Ramírez P, Ríos A. Manual sobre donación y trasplante de órganos. Estrategias de promoción de la donación y el trasplante de órganos en la población infantil y adolescente. Ed. Arán Ediciones. Cap 78: 831-837, 2008.
- 62.-Rico J, Cañón F, Cobo C, López MJ, Martín C, Ramón S, Sagredo E, Segovia C, Sánchez M, Serrano M, Miranda B. Coordinación de las actividades de donación y trasplantes: alarmas de donación. *Nefrología* 2003; 23 (supl 5): 15-27.
- 63.-Meeting the organ shortage: current status and strategies for improvement of organ donation. Transplantation of organs, tissues and cells. A European consensus document. Committee of experts on the organizational aspects of cooperation in organ transplantation. Council of Europe Publishing, april 1999.
- 64.-Criterios de Distribución aplicables en España, disponible en: www.msc.es/ont (Ultima consulta 12 Septiembre 2015)
- 65.-Schultheiss D, Jardin A. Rene Kuss (1913-2006)-a transplant pioneer in Paris. *Transplant Proc* 2013; 45: 1220-3.
- 66.-Beecher HK. Ethics and clinical research. *N Engl J Med* 1966; 274: 1354-60.
- 67.-Association WM. Declaration of Helsinki. Adopted by the 18th WMA General Assembly. Helsinki, Finland, June 1964. Ed. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.
- 68.-Gracia D. [Organ transplantations: half a century of ethical pondering]. *Nefrología* 2001; 21: 13-29.
- 69.-A definition of irreversible coma: Report of the ad hoc committee of the harvard medical school to examine the definition of brain death. *JAMA* 1968; 205: 337-40.
- 70.-Mollaret P, Goulon M. The depassed coma (preliminary memoir). *Rev Neurol (Paris)* 1959; 101: 3-15.
- 71.-Defining Death. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1981). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10822/559345>. (Ultima consulta 20 Septiembre 2015).
- 72.-Ripoll J. Evolución de la problemática bioética en la donación de órganos. En: Parrilla P, Ramírez P, Ríos A. Manual sobre donación y trasplante de órganos. Madrid: Editorial Arán; 2008. pp. 53-62.
- 73.-Perkins KA. The shortage of cadaver donor organs for transplantation. Can psychology help? *Am Psychol* 1987; 42: 921-930.
- 74.-Martínez JM, López JS, Martín A, Martín MJ, Scandroglío B, Martín JM. Organ donation and family decision-taking within the Spanish donation system. *Soc Sc Med* 2001; 53: 405-421.
- 75.-Martínez JM, López JS, Martín A. Percepción social de la donación en España tras la década de los trasplantes. *Nefrología* 2001; 21 (supl 4): 45-48.
- 76.-Matesanz R. Cadaveric organ donation: comparison of legislation in various countries of Europe. *Nephrol Dial Transplant* 1998; 13: 1632-1635.

- 77.-Anker AE, Feeley TH. Why families decline donation: the perspective of organ procurement coordinators. *Prog Transplant* 2010; 20: 239-246.
- 78.-Simpkin AL, Robertson LC, Barber VS, Young JD. Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review. *BMJ* 2009; 338: 991.
- 79.-Moraes BN, Bacal F, Teixeira MC, Fiorelli AI, Leite PL, Fiorelli LR, et al. Behavior profile of family members of donors and nondonors of organs. *Transplant Proc* 2009; 41: 799-801.
- 80.-Roza B de A, Pestana JO, Barbosa SF, Schirmer J. Organ donation procedures: an epidemiological study. *Prog Transplant* 2010; 20: 88-95.
- 81.-Rodrigue JR, Cornell DL, Howard RJ. Relationship of exposure to organ donation information to attitudes, beliefs, and donation decisions of next of kin. *Prog Transplant* 2009; 19: 173-179.
- 82.-Pérez San Gregorio MA, Rodríguez Franco L, Rodríguez González JM, Blanco Picabia A. Estudio de revisión de la literatura (1974-1988) sobre los aspectos psicológicos implicados en las donaciones y trasplantes de órganos. *Nefrología* 1991; 11 (supl1): 69-75.
- 83.-Pérez San Gregorio MA, Domínguez Roldán JM, Murillo Cabezas F, Núñez Roldán A. Factores sociales y psicológicos que influyen en la donación de órganos. *Psicothema* 1993; 5: 241-253.
- 84.-Cleveland SE. Personality characteristics, body image and social attitudes of organ transplant donors versus nondonors. *Psychosomatic Medicine* 1975; 37: 319-330.
- 85.-Cleveland SE, Johnson DL. Motivation and readiness of potential humans tissue donors and nondonors. *Psychosomatic Medicine* 1970; 32: 225-231.
- 86.-Martín González A, Martínez García JM, López JS. La donación en España: un estudio sobre los aspectos psicosociales. Matesanz R, Miranda B, eds. *Coordinación y trasplantes: el modelo español*. Grupo Aula Médica. Madrid, 1995: 143-160.
- 87.-Sanner M. Attitudes toward organ donation and transplantation. A model for understanding reactions to medical procedures after death. *Soc Sci Med* 1994; 38: 1141-1152.
- 88.-Gäbel H, Lindskoug K. A survey of public attitudes toward cadaveric organ donation in a Swedish Community. *Transplant Proc* 1988; 20: 431.
- 89.-Martín González A, Martínez García JM, Manrique S. Donación de órganos para trasplantes. Aspectos psicosociales. *Nefrología* 1991; 11 (supl1): 62-68.
- 90.-Matesanz R, Coll E, Domínguez-Gil B, Mahillo B, et al. Global Education Initiatives. *Transplantation* 2009; 88: S108-58.
- 91.-Parisi N, Katz I. Attitudes toward posthumous organ donation and commitment to donate. *Health Psychol* 1986; 5: 565-80.
- 92.-Perkins KA. The shortage of cadaver donor organs for transplantation. Can psychology help?. *Am Psychol* 1987; 42: 921-30.
- 93.-Olbrisch ME. Psychology's contribution to relieving the donor organ shortage: barriers from within. *Am Psychol* 1989; 44: 77-8.
- 94.-Shanteau J, Harris RJ, VandenBos GR. Psychological and behavioral factors in organ donation. *Hosp Community Psych* 1992; 43: 211-2, 9.

- 95.-Callender CO. Organ donation in blacks: a community approach. *Transplant Proc* 1987; 19: 1551-4.
- 96.-Cardella CJ, de Veber GA, Hollenberg C, et al. Donor identification. *Transplant Proc* 1985; 17 (6 Suppl 3): 35-44.
- 97.-Chaturvedi SK, Pant VL. Psychiatric aspects of renal transplantation. *Indian J Psychiatry* 1985; 27: 77-81.
- 98.-Cleveland SE. Personality characteristics, body image and social attitudes of organ transplant donors versus nondonors. *Psychosom Med* 1975; 37: 313-9.
- 99.-Evans RW, Manninen DL. US public opinion concerning the procurement and distribution of donor organs. *Transplant Proc* 1988; 20: 781-5.
- 100.-Ríos A, Ramírez P, Martínez L, Montoya MJ, Lucas D, Alcaraz J, Rodríguez MM, Rodríguez JM, Parrilla P. Are personnel in transplant hospitals in favor of cadaveric organ donation? Multivariate attitudinal study in a hospital with a solid organ transplant program. *Clin Transplant*. 2006; 20: 743-754
- 101.-Martinez JM, Lopez JS, Martin A. Social perception of donation in Spain after the transplantation decade. *Nefrologia* 2001; 21: 45-8.
- 102.-Rios A, Lopez-Navas A, Ayala-Garcia MA, et al. Ancillary Personnel in Spanish and Latin-American Hospitals Faced With Living Related Kidney Donation. *Actas Urol Esp* 2014; 38: 347-54.
- 103.-Pan X, Liu L, Xiang H, et al. Current attitudes toward organ donation after cardiac death in northwest China. *Chin Med J (Engl)* 2014; 127: 835-8.
- 104.-Iliyasu Z, Abubakar IS, Lawan UM, et al. Predictors of public attitude toward living organ donation in Kano, northern Nigeria. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2014; 25: 196-205.
- 105.-Tumin M, Noh A, Mohd Satar N, et al. Organ donation in Muslim countries: the case of Malaysia. *Ann Transplant* 2013; 18: 671-6.
- 106.-McGlade D, Pierscionek B. Can education alter attitudes, behaviour and knowledge about organ donation? A pretest-post-test study. *BMJ Open* 2013; 3: e003961.
- 107.-Marques-Lespier JM, Ortiz-Vega NM, Sanchez MC, et al. Knowledge of and attitudes toward organ donation: a survey of medical students in Puerto Rico. *P R Health Sci J* 2013; 32: 187-93.
- 108.-Conesa C, Rios A, Ramirez P, et al. Psychosocial profile in favor of organ donation. *Transplant Proc* 2003; 35: 1276-81.
- 109.-Creedy RF, Wright R. Correlates of willingness to consider organ donation among blacks. *Soc Sci Med* 1990; 31:1 229-232.
- 110.-Exley C, Sim J, Reid N, Jackson S, West N. Attitudes and beliefs within the Sikh community regarding organ donation: a pilot study. *Soc Sci Med* 1996; 43: 23-28.
- 111.-Goodmonson C, Glaudin V. The relationship of commitment-free behaviour and commitment behavior: a study of attitude toward organ transplantation. *J Soc Issues* 1971; 27: 171-183.
- 112.-Schulz KH, Meier D, Clausen C, Kuhlencordt R, Rogiers X. Predictors of the intention to donate organs: an empirical model. *Transplant Proc* 2000; 32: 64-65.
- 113.-Scandroglio B, Domínguez-Gil B, López JS, Valentín MO, Martín MJ, Coll E, et al. Analysis of the attitudes and motivations of the Spanish population towards organ donation after death. *Transpl Int* 2011; 24: 158-166.
- 114.-López JS, Valentin MO, Scandroglio B, Coll E, Martín MJ, Sagredo E, et al. Factors related to attitudes toward organ donation after death in the immigrant population in Spain. *Clin Transplant* 2012; 26: E200-12.

- 115.-Martínez JM, Martín A, López Jorge S. La opinión pública española ante la donación y el trasplante de órganos. *Med Clin* 1995; 105: 401-406.
- 116.-Bleda JM, Solas O, Medna ME, Alonso MT. La opinión de los castellano-manchegos ante los trasplantes y la donación de órganos. *SESCAM. Castilla-La Mancha*. 2005. http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20130821/estopiclmt_rasplntdonacion.pdf. (Última consulta 15 Septiembre 2015)
- 117.-Rando B, Frutos MA, Blanca MJ. Patrón de creencias, actitudes, intenciones de actuar y otras variables relacionadas con la donación de órganos en la Comunidad de Andalucía. *Rev Esp Trasp* 2000; 9: 184-192.
- 118.-Rosel J, Blanca MJ, Frutos MA, Elosegui E. Variables influyentes sobre las actitudes hacia la donación de órganos. *Rev Esp Trasp* 1995; 4: 19-27.
- 119.-Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Canteras M, Rodríguez MM, Parrilla P. Estudio multivariante de los factores psicosociales que influyen en la actitud poblacional hacia la donación de órganos. *Nefrología* 2005; 25: 684-697.
- 120.-Caballer Miedes A, Martínez Sancho M. Variables influyentes en la actitud hacia la donación de órganos. *Psicothema* 2000; 12 (supl 2): 100-102.
- 121.-Santiago C, Gómez P, Franco A, Olivares J. Actitudes de la población hacia la donación. *Nefrología* 1991; 11: 55-56.
- 122.-Ríos A, Cascales P, Martínez L, Sánchez J, Jarvis N, Parrilla P, Ramírez P. Emigration from the British Isles to southeastern Spain: a study of attitudes toward organ donation. *Am J Transplant* 2007; 7: 2020-2030.
- 123.-Ríos A, Martínez-Alarcón L, Sánchez J, Jarvis N, Parrilla P, Ramírez P. German citizens in southeastern Spain: a study of attitude toward organ donation. *Clin Transplant* 2010; 24: 349-357.
- 124.-Ríos A, López-Navas A, Navalón JC, Martínez-Alarcón L, Ayala-García MA, Sebastián MJ, Moya-Faz F, Garrido G, Ramírez P, Parrilla P. The Latin-American population in Spain and organ donation. Attitude toward deceased organ donation and organ donation rates. *Transplant Int* 2015; 28: 437-47
- 125.-Houssin D. Organ transplantations: a phenomenon of society. *Rev Prat* 1994; 44: 475-477.
- 126.-Houssin D. Don d'organes en France. Situation et perspectives. *Presse Med* 1998; 27:172-174.
- 127.-Shutt G, Schroeder P. Public attitudes toward organ donation in Germany. *Transplant Proc* 1993; 25: 3127-3128.
- 128.-Beutel ME, Greif-Higer G, Haselbacher A, Galle PR, Otto G. Attitudes towards cadaveric organ donation-results from a representative survey of the German population. *Z Gastroenterol* 2006; 44: 1135-1140.
- 129.-Gerbino P, Frascotti A. Public opinion and transplantation: results of a survey. *Riv Inferm* 1995; 14: 67-70.
- 130.-Cucchetti A, Zanello M, Bigonzi E, Pellegrini S, Cescon M, Ercolani G, Mazzotti F, Pinna AD. The use of social networking to explore knowledge and attitudes toward organ donation in Italy. *Minerva Anesthesiol* 2012; 78: 1109-1116.
- 131.-Keggie J. Public attitudes towards organ transplantation in the United Kingdom. *EDTNA ERCA J* 1996; 22: 18-20.
- 132.-Randhawa G. Developing culturally competent renal services in the United Kingdom: tackling inequalities in health. *Transplant Proc* 2003; 35: 21-23.
- 133.-Wakeford RE, Stepney R. Obstacles to organ donation. *Br J Surg* 1989; 76: 435-439.

- 134.-Bergström C, Svensson L, Wolfbrandt A, Lundell M. (on behalf of the Swedish Transplant Coordinators). The Swedish transplant coordinator's experience of the new transplantation act and the donor register one year after implementation. *Organs and Tissues* 1998; 1: 33-35.
- 135.-Sanner MA, Hedman H, Tufveson G. Evaluation of an organ-donor-card campaign in Sweden. *Clin Transplant* 1995; 9: 326-333.
- 136.-Sanner M. A comparison of public attitudes toward autopsy, organ donation, and anatomic dissection. A Swedish survey. *JAMA* 1994; 271: 284-288.
- 137.-Bäckman L, Croon AC, Feuk U, Persson NH. Organ donation in Sweden. *Transplant Proc* 2002; 34: 2560.
- 138.-Tibell A, Linder M, Lorentzon U, Mjörnstedt L, Bergström C, Eklund L, Hedman H. Swedes positive to organ donation: results from a recent opinion poll. *Transplant Proc* 2003; 35: 763.
- 139.-Schulz PJ, Nakamoto K, Brinberg D, Haes J. More than nation and knowledge: cultural micro-diversity and organ donation in Switzerland. *Patient Educ Couns* 2006; 64: 294-302.
- 140.-<http://www.cbs.nl/en-GB/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3585-wm.ht>
(Ultima consulta el 24 de Septiembre del 2015)
- 141.-Roels L, Michielsen P. Altruism, self-determination, and organ procurement efficiency: the European experience. *Transplant Proc* 1997; 29: 3224-3225.
- 142.-Solheim K, Brattebo G, Wisborg T. Befolkningens syn på organdonasjon fra nylig avdøde personer. En spørreundersøkelse. *Tiðsskr-Nor-Laegefóren* 1993; 113: 707-708.
- 143.-Keiding S, Jensen SL, Vilstrup H. Befolkningens holdning til organtransplantation. *Ugeskr-Laeger* 1994; 156: 2869-2872.
- 144.-Birkeland SA, Bjerre P, Rohr N, Larsen KE, Jorgensen K. Organ donation: number of brain deaths, refusal rate, actual donation, and multiorgan transplantation 1990-1994 in a Danish population of 1 million compared to the whole of Denmark. *Transplant Proc* 1995; 27: 3521-3524.
- 145.-Opinions on organ transplantation. Data. The Public Opinion Research Centre (CBOS), BS/100/2007.
- 146.-Kyriakides G, Kyriakides M, Nicolaidis A, Hadjicostas P, Hadjigavriel M. Public awareness and attitudes toward transplantation in Cyprus. *Transplant Proc* 1993 Jun; 25: 2279.
- 147.-Mossialos E, Costa-Font J, Rudisill C. Does organ donation legislation affect individuals' willingness to donate their own or their relative's organs? Evidence from European Union survey data. *BMC Health Serv Res* 2008; 27: 8-48.
- 148.-Miles MS, Frauman AC. Public attitudes toward organ donation. *Dial & Transpl* 1988; 17: 74-76.
- 149.-Manninen DL, Evans RW. Public attitudes and behavior regarding organ donation. *JAMA* 1985 7; 253: 3111-3115.
- 150.-Evans RW, Manninen DL. US Public opinion concerning the procurement and distribution of donor organs. *Transplant Proc* 1988; 20: 781-785.
- 151.-Spital A. Mandated choice: a plan to increase public commitment to organ donation. *JAMA* 1995; 273: 504-506.
- 152.-Volk ML, Warren GJ, Anspach RR, Couper MP, Merion RM, Ubel PA. Attitudes of the American public toward organ donation after uncontrolled (sudden) cardiac death. *Am J Transplant* 2010;10: 675-80.
- 153.-Lange SS. Psychosocial, legal, ethical, and cultural aspects of organ donation and transplantation. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1992; 4: 25-42.

- 154.-Cossé TJ, Weisenberger TM. Words versus action about organ donation: a four-year tracking study of attitudes and self-reported behavior. *J Busn Res* 2000; 50: 297-303.
- 155.-Joun Y, Coonan PR, Le Grande ME. Attitudes of korean-americans in and Around New York City toward organ transplantation. *Transplant Proc* 1997; 29: 3751-3752.
- 156.-Gentry D, Brown-Holbert J, Andrews C. Racial impact: increasing minority consent rate by altering the racial mix of an organ procurement organization. *Transplant Proc* 1997; 29: 3758-3759.
- 157.-Kopfman JE, Smith SW, Morrison K, Massi L, Yoo HJ. Influence of race on cognitive and affective reactions to organ donation messages. *Transplant Proc* 2002; 34: 3035-3041.
- 158.-Sanders Thompson VL. Educating the African-american community on organ donation. *J Natl Med Assoc*; 1993; 85: 17-19.
- 159.-Pérez LM, Matas AJ, Tellis VA. Organ donation in three major US cities by race/ethnicity. *Transplant Proc* 1988; 20: 815.
- 160.-Churak JM. Racial and ethnic disparities in renal transplantation. *J Natl Med Assoc* 2005; 97: 153-160.
- 161.-Ríos A, López-Navas A, Ayala-García MA, Sebastián MJ, Abdo-Cuza A, Alán J, Martínez-Alarcón L, Ramírez EJ, Muñoz G, Palacios G, Suárez-López J, Castellanos R, Ramírez R, González B, Martínez MA, Díaz E, Nieto A, Ramírez P, Parrilla P. Estudio multicéntrico hispano-latinoamericano de actitud hacia la donación de órganos entre profesionales de centros sanitarios hospitalarios. *Cir Esp* 2014; 92: 393-403
- 162.-Purnell TS, Powe NR, Troll MU, Wang NY, LaVeist TA, Boulware LE. Donor designation: racial and ethnic differences in US nondesignators' preferred methods for disclosing intent to donate organs. *Transpl Int* 2011; 24: 999-1007.
- 163.-Padela AI, Rasheed S, Warren GJ, Choi H, Mathur AK. Factors associated with positive attitudes toward organ donation in Arab Americans. *Clin Transplant* 2011; 25: 800-808.
- 164.-Gilmore A. Procuring donor organs: firm but friendly encouragement required. *CMAJ* 1986; 134: 932.
- 165.-Basu PK, Hazariwala KM, Chipman ML. Public attitudes toward donation of body parts, particularly the eye. *Can J Ophthalmol* 1989; 24: 216.
- 166.-Evers S, Farewell VT, Halloran PF. Public awareness of organ donation. *CMAJ* 1988; 138: 237.
- 167.-Landolt MA, Henderson AJZ, Barrable WM et al. Living anonymous kidney donation: what does the public think? *Transplantation* 2001; 71: 1690.
- 168.-Canadian Council for Donation and Transplantation. Public Awareness and Attitudes on Organ and Tissue Donation and Transplantation including Donation After Cardiac Death. December 2005.
- 169.-Lee E, Midodizi W, Gourishankar S. Attitudes and opinions on organ donation: an opportunity to educate in a Canadian city. *Clin Transplant* 2010; 2: E223-9.
- 170.-Santiago-Delpin EA. The organ shortage: a public health crisis. What are latin American governments doing about it? *Transplant Proc* 1997; 29: 3203-3204.
- 171.-Santiago-Delpin EA, García VD; Latin American Transplant Collaborative Group. Organ transplantation in Latin America. *Clin Transplant* 2000; 115-22.
- 172.-Barcellos FC, Araujo CL, da Costa JD. Organ donation: a population-based study. *Clin Transplant* 2005; 19: 33-37.

- 173.-Abbud-Filho M, Ramalho H, Pires HS, Silveira JA. Attitudes and awareness regarding organ donation in the Western Region of Sao Paulo, Brazil. *Transplant Proc* 1995; 27: 1835.
- 174.-Zepeda-Romero LC, García-García G, Aguirre-Jauregui O. Resultados de una encuesta sobre donación y trasplante de órganos en la zona metropolitana de Guadalajara, México. *Salud Publica Mex* 2003; 45: 54-57.
- 175.-Dominguez JM, González ZA, Morales Otero LA, Torres A, Santiago-Delpin EA. Knowledge and attitude about organ donation in a hispanic population. *Transplant Proc* 1991; 23: 1804-1806.
- 176.-Martínez L, Rodríguez L, Vaccarezza A, Trucco C. Public opinión regarding organ donation in Chile. *Transplant Proc* 1991; 23: 2528.
- 177.-Méndez P, Camacho M, Vidalón A. Trasplante y comercio de órganos en Perú. *Nefrología* 2006; 26: 527-537.
- 178.-Castagna R, Pose A, Izrastzoff T, et al. Organs supply. Difficulties in its implementation. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 55: 3.
- 179.-Dahlenburg GW, Herbertt KL. Organ donation: how can we improve the rates? *Med J Aust* 1997; 167: 283.
- 180.-Lindsay B. Translation of the Spanish model to Australia: pros and cons. *Nefrología* 2001; 21 (supl 4): 130-133.
- 181.-Irving MJ, Tong A, Jan S, Cass A, Chadban S, Allen RD, Craig JC, Wong G, Howard K. Community attitudes to deceased organ donation: a focus group study. *Transplantation* 2012; 93: 1064-1069.
- 182.-Shaheen FA, Souqiyeh MZ. Current obstacles to organ transplant in middle Eastern countries. *Exp Clin Transplant* 2015; 13 Suppl 1: 1-3.
- 183.-Al-Mousawi M, Hamed T, Al Matouck H. Views of muslim scholars on organ donation an brain-death. *Transplant Proc* 1997; 29: 3217.
- 184.-Shaheen FA, Al-Jondeby M, Kurpad R, Al-Khader AA. Social and cultural issues in organ transplantation in Islamic countries. *Ann Transplant* 2004; 9: 11-13.
- 185.-Akrami SM, Osati Z, Zahedi F, Raza M. Brain death: recent ethical and religious considerations in Iran. *Transplant Proc* 2004; 36: 2883-2887.
- 186.-Mohsin N, Militsala E, Budruddin M, Al-Khawaldi H, Al-Duhli Y, Al-Rahbi Y, Al-Lawati J. Attitude of the Omani population toward organ transplantation. *Transplant Proc* 2010; 42: 4305-4308.
- 187.-Saleem T, Ishaque S, Habib N, Hussain SS, Jawed A, Khan AA, Ahmad MI, Iftikhar MO, Mughal HP, Jehan I. Knowledge, attitudes and practices survey on organ donation among a selected adult population of Pakistan. *BMC Med Ethics* 2009; 10: 5.
- 188.-Aswad S, Souqiyeh MZ, Huraib S, el-Shihabi R. Public attitudes toward organ donation in Saudi Arabia. *Transplant Proc* 1992; 24: 2056-2058.
- 189.-Al-Faquih SR. The influence of islamic views on public attitudes towards kidney transplant donation in a saudi arabian community. *Public Health* 1991; 105: 161-165.
- 190.-Rachmani R, Mizrahi S, Agabarria R. Attitudes of Neguev beduins toward organ donation: a field survey. *Transplant Proc* 2000; 32: 757-758.
- 191.-Akgün S, Tokalak I, Erdal R. Attitudes and behavior related to organ donation and transplantation: a survey of university students. *Transplant Proc* 2002; 34: 2009-2011.
- 192.-Broumand M, Parsapoor A, Asghari F. Public opinion of organ donation: a survey in Iran. *Clin Transplant* 2012; 26: E500-4.

- 193.-Ota K. Current status of organ transplantations in Asian Countries. *Transplant Proc* 2003; 35: 8-11.
- 194.-Takagi H. Organ transplantation in Japan and Asian countries. *Transplant Proc* 1997; 29: 3199-3202.
- 195.-Chan TM. Donor shortage in organ transplantation: perspective from Hong Kong. *Transplant Proc* 2002; 34: 2558-2559.
- 196.-Shroff S, Navin S, Abraham G, Rajan PS, Suresh S, Rao S, Thomas P. Cadaver organ donation and transplantation. An Indian Perspective. *Transplant Proc* 2003; 35: 15-17.
- 197.-Woo KT. Social and cultural aspects of organ donation in Asia. *Ann Acad Med Singapore* 1992; 21: 421-427.
- 198.-Kawashima T, Hasegawa T, Fuse K, Sohara Y, Endo S, Yamaguchi T, Ohta M. Organ transplantation from brain-dead individuals in Japan: results of a questionnaire in families of brain-dead patients. *Transplant Proc* 1994; 26: 977-979.
- 199.-Kita Y, Aranami Y, Aranami Y, Nomura Y, Johnson K, Wakabayashi T, Fukunishi I. Japanese organ transplant law: a historical perspective. *Prog Transplant* 2000; 10: 106-108.
- 200.-Aita K. New organ transplant policies in Japan, including the family-oriented priority donation clause. *Transplantation* 2011; 91: 489-491.
- 201.-Chou NK, Ko WJ, Lee CJ. How to promote organ donation: a successful experience at the national taiwan university hospital. *Transplant Proc* 2002; 34: 2556-2557.
- 202.-Liu Y, Lei H, Qui F. Investigation of attitudes towards organ transplantation in young people in China. *Chin Med J (Engl)* 1997; 110: 210-215.
- 203.-Indudhara R, Minz M, Singh SK. Opinion poll regarding knowledge, attitudes and suggestions for developing a cadaver donor program. *Transplant Proc* 1992; 24: 2069.
- 204.-Bagheri A, Tanaka T, Takahashi H, Shoji S. Brain death and organ transplantation: knowledge, attitudes, and practice among Japanese students. *Eubios J Asian Int Bioeth* 2003; 13: 3-5.
- 205.-Seewald R. The attitudes of 696 Japanese students towards brain death and organ transplantation". 2000, Available at: [http://www.geocities.com/rangaku/Japanese students.htm](http://www.geocities.com/rangaku/Japanese%20students.htm).
- 206.-Yeung I, Kong SH, Lee J. Attitudes towards organ donation in Hong Kong. *Social Science and Medicine* 2000; 50: 1643-1654.
- 207.-Nudeshima J. Obstacles to brain death and organ transplantation in Japan. *The Lancet* 1991; 33: 1063-1064.
- 208.-Thiruchitrabalam A. Knowledge, attitudes and beliefs towards organ donation in general population. *Journal of Clinical Epidemiology* 1999; 52: 7.
- 209.-Wong LP. Knowledge, attitudes, practices and behaviors regarding deceased organ donation and transplantation in Malaysia's multi-ethnic society: a baseline study. *Clin Transplant* 2011; 25: E22-31.
- 210.-Pike RE, Kahn D, Odell JA. Public attitudes to organ donation in South Africa. *Transplant Proc* 1992; 24: 2102.
- 211.-Sobnach S, Borkum M, Millar AJ, Hoffman R, Muller E, McCurdie F, Kahn D. Attitudes and beliefs of South African medical students toward organ transplantation. *Clin Transplant* 2012; 26: 192-198.
- 212.-Etheredge HR, Turner RE, Kahn D. Public attitudes to organ donation among a sample of urban-dwelling South African adults: a 2012 study. *Clin Transplant* 2013 27; 5: 684-692.
- 213.-Hamouda C, Ben Hamida M, Benzarti N, Zouari B. Tunisian survey about organ donation, attitude and opinion? *Presse Med* 2010; 39: e11-6. Erratum in: *Presse Med* 2010; 39:e210.

- 214.-Östergren PO, Gäbel H. Influence of social support and study course on attitudes of 18-year-old students toward cadaveric organ donation and transplantation. *Transplant Proc* 1993; 25: 1702-1703.
- 215.-Wakefield CE, Watts KJ, Homewood J, Meiser B, Siminoff LA. Attitudes toward organ donation and donor behaviour: a review of the international literature. *Prog Transplant* 2010; 20: 380-391.
- 216.-Sanner MA. Giving and taking-to whom and from whom? People's attitudes toward transplantation of organs and tissue from different sources. *Clin Transpl* 1998; 12: 530-537.
- 217.-Ríos A, Ramírez P, Galindo PJ, Sánchez J, Sánchez E, Martínez-Alarcón L, Parrilla P. Primary health care personnel faced with cadaveric organ donation: a multicenter study in south-eastern Spain. *Clin Transplant*. 2008; 22: 657-663
- 218.-Chen JX, Zhang TM, Lim FL, et al. Current knowledge and attitudes about organ donation and transplantation among Chinese university students. *Transplant Proc* 2006; 38: 2761-2765.
- 219.-Breitkopf CR. Perceived consequences of communicating organ donation wishes: an analysis of beliefs about defending one's decision. *Psychol Health* 2006; 21: 481-497.
- 220.-Sanner MA. A Swedish survey of young people's views on organ donation and transplantation. *Transpl Int* 2002; 15: 641-648.
- 221.-Lada Z, Zvonimir P, Nikola RL, Vlasta OK. Attitudes towards transplantation an organ donation in high school graduates of math gymnasium in Osijek. *Acta Med Croatica* 2011; 65 Suppl 3: 63-66.
- 222.-Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, de la Rosa G, Marazuela R. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken?. *Transpl Int* 2011; 24: 333-43
- 223.-Gross T, Martinoli S, Spagnoli G, Badia F, Malacrida R. Attitudes and behavior of young European adults towards the donation of organs-a call for better information. *Am J Transplant* 2001; 1: 74-81.
- 224.-Horton RL, Horton PJ. A model of willingness to become a potential organ donor. *Soc Sci Med* 1991; 33: 1037-1051.
- 225.-Boulware LE, Ratner LE, Sosa JA, Cooper LA, LaVeist TA, Powe NR. Determinants of willingness to donate living related and cadaveric organs: identifying opportunities for intervention. *Transplantation* 2002; 73: 1683-1691.
- 226.-Siminoff LA, Burant CJ, Ibrahim SA. Racial disparities in preferences and perceptions regarding organ donation. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 995-1000.
- 227.-Yeung I, Kong SH, Lee J. Attitudes towards organ donation in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2000; 50: 1643-1654.
- 228.-Junta de Andalucía. Consejería de Salud 1988. Estudio social sobre donaciones. Servicio de Participación Comunitaria. Dirección General de Ordenación Sanitaria.
- 229.-Ríos A, López-Navas A, Ayala-García MA, Sebastián MJ, Abdo-Cuza A, Alán J, Martínez-Alarcón L, Ramírez EJ, Muñoz G, Palacios G, Suárez-López J, Castellanos R, Ramírez R, González B, Martínez MA, Díaz E, Nieto A, Ramírez P, Parrilla P. Knowledge of the Brain Death concept by personnel in Spanish and Latin-American healthcare centers. *Int J Artif Organs* 2014; 37: 336-343
- 230.-Bilgel H, Bilgel N, Okan N, Klicurgay S, Ozen Y, Korun H. Public attitudes toward organ donation. A survey in a Turkish community. *Transpl Int* 1991; 4: 243-245.
- 231.-Creedy RF, Wright R, Berg WE. Discriminators of willingness to consider cadaveric kidney donation among black americans. *Soc-Work-Health-Care* 1992; 18: 93-105.

- 232.-Mocan N, Tekin E. The determinants of the willingness to donate an organ among young adults: evidence from the United States and the European Union. *Soc Sci Med*. 2007; 65: 2527-2538.
- 233.-Franco A, Santiago C, Gómez P. Aspectos socioeconómicos ante la donación. *Nefrología* 1991; 1: 23-25.
- 234.-Franco A, Santiago C, Gómez P, Otero MC. Donación de órganos y nivel socioeconómico. *Nefrología* 1991; 11 (supl1): 60-61.
- 235.-Cubero JJ, Robles NR, Espárrago JF, Sánchez-Casado T. Donación de órganos. Ausencia de comprensión social. *Nefrología* 1990; 10: 212.
- 236.-Feeley TH, Servoss TJ. Examining college students' intentions to become organ donors. *J Health Commun* 2005; 10: 237-249.
- 237.-Saub EJ, Shapiro J, Radecki S. Do patients want to talk to their physicians about organ donation? Attitudes and knowledge physicians about organ donation: a study of Orange County, California residents. *J Commun Health* 1998; 23: 407.
- 238.-Schutte L, Kappel D. Barriers to donation in minority, low-income, and rural populations. *Transplant Proc* 1997; 29: 3746-3747.
- 239.-Witing DR. Organ donation beliefs of African American women residing in a small southern community. *J Transcult Nurs* 2001; 12: 203-210.
- 240.-Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Canteras M, Rodríguez MM, Parrilla P. Attitudes toward organ donation in rural areas of southeastern Spain. *Transplant Proc* 2006; 38: 866-868.
- 241.-Cantarovich F. Improvement in organ shortage through education. *Transplantation* 2002; 73: 1844-1846.
- 242.-Gäbel H, Book B, Larsson M, Åstrand G. The attitudes of young men to cadaveric organ donation and transplantation: The influence of background factors and information. *Transplant Proc* 1989; 21: 1413-1414.
- 243.-Siminoff LA, Marshall HM, Dumenci L, Bowen G, Swaminathan A, Gordon N. Communicating effectively about donation: an educational intervention to increase consent to donation. *Prog Transplant* 2009; 19: 35-43.
- 244.-Mostafa MM. Altruistic, cognitive and attitudinal determinants of organ donation intention in Egypt: a social marketing perspective. *Health Mark Q* 2010; 27: 97-115.
- 245.-Shandor M, Miles S, Crosby A. Public attitudes toward organ donation. *Dial & Transplant* 1988; 17: 74.
- 246.-Younger SJ. Psychological impediments to procurement. *Transplant Proc* 1992; 24: 2159-2161.
- 247.-Romero LJ, vigil JJ, Linderman RD. Willingness to donate organs: report on a biethnic medicare population. *Med Am* 2001; 2: 120-125.
- 248.-López Navidad A. Enquesta sobre donació y trasplantament a la població juvenil i als pares de la població juvenil. *Butlletí Transplantament* 1999: 4-7.
- 249.-Caballero F, López Navidad A, Leal J, García-Sousa S, Soriano JA, Domingo P. The cultural level of cadaveric potential organ donor relatives determines the rate of consent for donation. *Transplant Proc* 1999; 31: 2601.
- 250.-Morgan SE, Cannon T. African american's knowledge about organ donation: closing the gap with more effective persuasive message strategies. *J Natl Med Assoc* 2003; 95: 1066-1071.
- 251.-Davis C, Randhawa G. "Don't know enough about it!" Awareness and attitudes toward organ donation and transplantation among the black caribbean and black african population in Lambeth, Southwark, and Lewisham, United Kingdom. *Transplantation* 2004; 78: 420-425.

- 252.-Hayward C, Madill A. The meanings of organ donation: muslims of pakistani origin and white english nationals living in North England. *Soc Sci Med* 2003; 57: 389-401.
- 253.-Horton RL, Horton PJ. Knowledge regarding organ donation: Identifying and overcoming barriers to organ donation. *Soc Sci Med* 1990; 31: 791-800.
- 254.-Morgan SE, Miller JK, Arasaratnam LA. Similarities and differences between African Americans' and European Americans' attitudes, knowledge, and willingness to communicate about organ donation. *J Appl Soc Psychol* 2003; 33: 693-715.
- 255.-Morgan SE. Many facets of reluctance; African Americans and the decision (not) to donate organs. *J Natl Med Assoc* 2006; 98: 695-703.
- 256.-Rubens AJ, Oleckno WA, Ciesla JR. Knowledge, attitudes, and behaviors of college students regarding organ/tissue donation and implications for increasing organ/tissue donors. *Coll Stud J* 1998; 32: 167-178.
- 257.-Rumsey S, Hurford DP, Cole AK. Influence of knowledge and religiousness on attitudes toward organ donation. *Transplant Proc* 2003; 35: 2845-2850.
- 258.-March JC, Prieto MA. Medios de comunicación y trasplante. *Nefrología* 2001; 21 (supl 4): 77-85.
- 259.-Mazur A. Media coverage and public opinion on scientific controversies. *J Communication* 1981; 31: 106-115.
- 260.-March JC, Burgos R (editores): Medios de comunicación y trasplante de órganos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.
- 261.-Matesanz R. El trasplante y los medios de comunicación. *Rev Esp Traspl* 1993; 2: 179-183.
- 262.-Matesanz R, Miranda B. Organ donation. The role of the media and public opinion. *Nephrol Dial Transpl* 1996; 11: 2127-2128.
- 263.-Peters TG, Kittur DS, McGaw LJ, Roy First M, Nelson EW. Organ donors and nondonors. An American Dilemma. *Arch Intern Med* 1996; 156: 2419-2424.
- 264.-Yoo JH, Tian Y. Effects of entertainment (mis) education: exposure to entertainment television programs and organ donation intention. *Health Commun* 2011; 26: 147-158.
- 265.- Conesa C, Ríos A, Ramírez P, et al. Influence of different sources of information on attitude towards organ donation. A factor analysis. *Transplant Proc* 2004; 36: 1245-1248.
- 266.-Harbaugh C, Afana M, Burdick S, et al. Portrayal of organ donation and transplantation on American primetime television. *Clin Transplant* 2011; 25: 375-380.
- 267.-An Apalling Panorama. *Br Med J* 1980 18; 281: 1028.
- 268.-Jaspers JD, Harris RJ, Lee BC, Miller KE. Organ donation terminology: are we communicating life or death? *Health Psychology* 1991; 10: 34-41.
- 269.-Li PK, Lin CK, Lam PKW, et al. Attitudes about organ and tissue donation among the general public and blood donors in Hong-Kong. *Prog Transplant* 2001; 11: 98-103.
- 270.-Skowronski J. On the psychology of organ donation: attitudinal and situational factors. *Basic Appl Soc Psychol* 1997; 19: 427-456.
- 271.-Parks HS, Smith SW. Distinctiveness and influence of subjective norms, personal descriptive and injunctive norms, and societal descriptive and injunctive norms on behavioral intent: a case of two behaviors critical to organ donation. *Human Commun Res* 2006; 33: 194-218.

- 272.-Smith SW, Kopfman JE, Lindsey LL, Yoo J, Morrison K. Encouraging family discussion on the decision to donate organs: the role of the willingness to communicate scale. *Health Commun* 2004; 16: 333-346.
- 273.-Nolan BE, McGrath PJ. Social-cognitive influences on the willingness to donate organs. En Shanteau J y Harris RJ. Organ donation and transplantation. Psychological and behavioral factors. Estados Unidos: American Psychological Association, 1990.
- 274.-Bresnahan M, Lee SY, Smith SW, et al. A theory of planned behavior study of college students' intention to register as organ donors in Japan, Korea, and the United States. *Health Commun* 2007; 21: 201-211.
- 275.-Radecki CM, Jaccard J. Psychological aspects of organ donation: a critical review and synthesis of individual and next-of-kin donation decisions. *Health Psychology* 1997; 16: 183-195.
- 276.-El-Shahat YI. Islamic Viewpoint of Organ Transplantation. *Transplant Proc* 1999; 31: 3271-3274.
- 277.-Elizari Basterra FJ. La Iglesia Católica ante el trasplante de órganos. *Rev Esp Trasp* 1993; 2 (extra 1): 29-32.
- 278.-Gillman J. Religious perspectives on organ donation. *Crit Care Nurs Q* 1999; 22: 19-29.
- 279.-Syed J. Islamic views on organ donation. *J Transpl Coord* 1998; 8: 157-160.
- 280.-Mayer SL. Thoughts on the Jewish perspective regarding organ transplantation. *J Transpl Coord* 1997; 7: 67-71.
- 281.-Gallagher C. Religious attitudes regarding organ donation. *J Transpl Coord* 1996; 6: 186-190.
- 282.-Alden DL, Cheung AHS. Organ donation and culture: a comparison of Asian American and European American beliefs, attitudes, and behaviors. *J Appl Soc Psychol* 2000; 30: 293-314.
- 283.-Domínguez Roldán JM, Murillo F, Muñoz Sánchez MA, Pérez San Gregorio MA, Barrera JM. Aspectos culturales de la percepción de la muerte. Su influencia en la donación de órganos. *Nefrología* 1991; 11 (supl1): 52-54.
- 284.-McNamara P, Guadagnoli E, Evanisko MJ, Beasley C, Santiago-Delpin EA, Callender CO, Christiansen E. Correlates of support for organ donation among three ethnic groups. *Clin Transplant* 1999; 13: 45-50.
- 285.-Breitkopf CR. Attitudes, beliefs and behaviors surrounding organ donation among Hispanic women. *Curr Opin Organ Transplant* 2009; 14: 191-5.
- 286.-Gallup Survey. The U.S Public's Attitudes Toward Transplant/ Organ Donation. 1985.
- 287.-Aasebø W, Homb-Vesteraas NA, Hartmann A, Stavem K. Life situation and quality of life in young adult kidney transplant recipients. *Nephrol Dial Transplant* 2009; 24: 304-308.
- 288.-Goetzmann L, Ruegg L, Stamm M, Ambühl P, Boehler A, Halter J, et al. Psychosocial profiles after transplantation: a 24-month follow-up of heart, lung, liver, kidney and allogeneic bone-marrow patients. *Transplantation* 2008; 86: 662-668.
- 289.-Dan AA, Younossi ZM. Long-term improvement in health-related quality of life after orthotopic liver transplantation. *Liver Transpl* 2008; 14: 1404-1405.
- 290.-Desai R, Jamieson NV, Gimson AE, Watson CJ, Gibbs P, Bradley JA, et al. Quality of life up to 30 years following liver transplantation. *Liver Transpl* 2008; 14: 1473-1479.
- 291.-Kousoulas L, Neipp M, Barg-Hock H, Jackobs S, Strassburg CP, Klempnauer J, et al. Health-related quality of life in adult transplant recipients more than 15 years after orthotopic liver transplantation. *Transpl Int* 2008; 21: 1052-1058.
- 292.-Chen H, Zhang Y, Zhou L, Xie HY, Zheng SS. Role of basic studies in expanding the donor pool for liver transplantation. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2008; 7: 571-580.

- 293.-López Martínez JS, Martín López MJ, Scandroglio B, Martínez García JM. Family perception of the process of organ donation. Qualitative psychosocial analysis of the subjective interpretation of donor and nondonor families. *Span J Psychol* 2008; 11: 125-136.
- 294.-Rhee J, Kern B, Cooper J, Freeman RB. Organ donation. *Semin Liver Dis* 2009; 29: 19-39.
- 295.-Costas-Lombardía E, Castiel JF. The easy success of the Spanish model for organ transplantation. *Artif Organs* 2011; 35: 835-837.
- 296.-Sharif A, Jawad H, Nightingale P, Hodson J, Lipkin G, Cockwell P, et al. A quantitative survey of Western Muslim attitudes to solid organ donation. *Transplantation* 2011; 92: 1108-1114.
- 297.-Klein AS, Messersmith EE, Ratner LE, Kochik R, Baliga PK, Ojo AO. Organ donation and utilization in the United States, 1999-2008. *Am J Transplant* 2010; 10: 973-86
- 298.-Himmelfarb S, Eagly A.H. Readings in attitude change. New York: Wiley; 1974.
- 299.-Martin Arribas MC. Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión* 2004; 5: 23-9.
- 300.-Tourangeau R, Rips LJ, Rasinski K. *The Psychology of Survey Response*. Cambridge, 2000.
- 301.-Hagle ME, Rosenberg JC, Lysz K, Kaplan MP, Sillix D Jr. Racial perspectives on kidney transplant donors and recipients. *Transplantation* 1989; 48: 421-4.
- 302.-Ciancio G, Burke GW, Gomez C, Garcia Morales R, Carreño M, Olson L, Gharagozloo H, Esquenazi V, Miller J. Organ donation among Hispanics: a single center experience. *Transplant Proc* 1997; 29: 3745.
- 303.-Osmar Medeira-Pestana J., Duro- Garcia V. Strategies for establishing organ transplant programs in developing countries : The Latin America and Caribbean Experiencia. *Artificial Organs* 30: 498 -500.
- 304.-Mizraji R, Alvarez I, Palacios RI, Fajardo C, Berrios C, Morales F, Luna E, Milanés C, Andrade M, Duque E, Giron F, Alfonso J, Herra S, Soratti C, Ibar R, Garcia VDOrgan donation In Latin America. *Transplant Proc* 2007; 39: 333-5.
- 305.-Siegel JT, Alvaro EM, Lac A, Crano WD, Dominick A. Intentions of becoming a living organ donor among Hispanics: a theory-based approach exploring differences between living and nonliving organ donation. *J Health Commun* 2008; 13: 80-99.
- 306.-Minniefield WJ, Yang J, Muti P. Differences in attitudes toward organ donation among African Americans and whites in the United States. *J Natl Med Assoc* 2001; 93: 372-9.
- 307.-Alvaro EM, Jones SP, Robles AS, Siegel J. Hispanic organ donation: impact of a Spanish-language organ donation campaign. *J Natl Med Assoc* 2006; 98: 28-35
- 308.-Callender C, Burston B, Yeager C, Miles P. A national minority transplant program for increasing donation rates. *Transplant Proc* 1997; 29: 1482-3.
- 309.-Callender CO, Bey AS, Miles PV, Yeager CL. A national minority organ/tissue transplant education program: the first step in the evolution of a national minority strategy and minority transplant equity in the USA. *Transplant Proc* 1995; 27: 1441-3.
- 310.-Frates J, Bohrer GG, Thomas D. Promoting organ donation to Hispanics: the role of the media and medicine. *J Health Commun* 2006; 11: 683-98.
- 311.-Gross T, Martinoli S, Spagnoli G, Badia F, Malacrida R. Attitudes and behavior of young European adults towards the donation of organs-a call for better information. *Am J Transplant* 2001; 1: 74-81.

- 312.-Guadagnoli E, Christiansen CL, DeJong W, McNamara P, Beasley C, Christiansen E, Evanisko M. The public's willingness to discuss their preference for organ donation with family members. Clin Transplant 1999; 13: 342-8.

