

Análisis psicosocial de la donación de órganos

Psychosocial analysis of organs donation

P. BAS SARMIENTO

Prof. Asociada de Enfermería Psicosocial.
E.U. de Ciencias de la Salud, U.C.A.

Fco. J. GALA LEON

Prof. Titular de Enfermería Psicosocial.
E.U. de Ciencias de la Salud, U.C.A.

C. GUILLÉN GESTOSO

Prof. Asociado de P.S. Social.
E.U. de Relaciones Laborales, U.C.A.

M. LUPIANI GIMÉNEZ

Prof. Asociada de Enfermería Médica.
E.U. de Ciencias de la Salud, U.C.A.

R. GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

Prof. Asociado de Enfermería Fundamental.
E.U. de Ciencias de la Salud, U.C.A.

A. GÓMEZ SANABRIA

Servicio de Psicología de la Armada

F. PALENZUELA SANCHEZ

Diplomada Universitaria en Enfermería

RESUMEN

Ante el desarrollo de nuevas técnicas de intervención en extracción y trasplantes de órganos y la importancia de la donación en nuestro país, se plantea un análisis de los aspectos psicosociales relacionados más relevantes.

Partiendo de los datos epidemiológicos de la donación en España, se esbozan las leyes que regulan la donación, para pasar a valorar la participación del Personal Sanitario en tal proceso, así como los obstáculos, directamente relacionados con tales profesionales, que dificultan la donación (actitudes, dudas con respecto al concepto de muerte cerebral, indeterminación de roles, etc.).

PALABRAS CLAVE

Donación de Organos, aspectos psicosociales, personal sanitario, muerte cerebral, las negativas familiares.

ABSTRACT

Concerning the development of new intervention techniques in extraction and organs transplant, and due the importance of donation in our country, this paper presents an analysis of the most outstanding psychosocial aspects.

Starting from the epidemiological donation data in Spain, laws regulating donation are sketched, and the contribution of the sanitary staff in such a process is evaluated, as well as the difficulties obstructing donation related to these professionals.

KEY WORDS

Donation of organs, psychosocial aspects, sanitary staff, cerebral death, family refusal.

1. LA DONACIÓN EN ESPAÑA.

A pesar de que en 1986 España estaba situada entre los últimos lugares de Europa en cuanto a donaciones (Chacón, F.; González, M.A. y Lozano, P., 1987), hoy día es el país con mayor tasa de donantes de órganos del mundo, con 27 donantes efectivos por millón de población y año (pmp); casi duplicando la media europea occidental y superando en gran medida a la norteamericana (con 21,2 donantes pmp). Es el único país que ha logrado, por quinto año consecutivo, descender el número de pacientes en lista de espera para un trasplante renal. En los primeros meses de 1997 se han incrementado las donaciones en un 10%, dando paso al consiguiente aumento en todas las modalidades de trasplantes con respecto al mismo período de 1996; trasplante renal, hepático, cardíaco, pulmonar y pancreático.

Gracias a la elevada tasa de donación, casi 17.000 pacientes viven con un trasplante. Actualmente cualquier ciudadano español que padezca alguna enfermedad y precise un trasplante, posee en nuestro país las máximas posibilidades de ser trasplantado, muy por encima de las que tiene cualquier otro paciente de otro país.

Sin embargo, aún hay personas que no superan la espera del órgano que necesitan.

A modo ilustrativo, no hay que olvidar que en 1995 había 5000 pacientes en espera de una donación y que la tasa de incidencia anual de la insuficiencia renal crónica es de 66 pacientes pmp (duplicando la tasa de donantes efectivos). Por otra parte, la mortalidad en lista de espera de la población pediátrica continúa siendo claramente superior a la de los adultos y en los últimos cinco años se ha observado un incremento constante en el número de pacientes pediátricos incluidos en situación de urgencia para trasplante cardíaco, —habiendo pasado de 4 en 1992 a 17 en 1996— (Miranda, F.J.; Lacomá y Sánchez, M., 1997). Igualmente, no todos los donantes son compatibles con los enfermos que esperan una donación, especialmente en el trasplante infantil, por la discordancia de tamaño y peso entre donantes y receptores. Por tanto, en la donación no hay límites; cuanto más donantes, mayores posibilidades de recepción.

Con todo lo expuesto se justifican los esfuerzos dirigidos a potenciar la donación, objetivo final de nuestras reflexiones.

2. TIPOS DE DONACIÓN

En España, la donación y trasplantes están regulados por la Ley de Extracción y Trasplante de órganos 30/1979 que asegura el altruismo de la donación y el acceso al trasplante, (el órgano donado es transplantado gratuitamente sin coste alguno, y sin que influya la condición social o económica del paciente que lo recibe), y por el R/D 426/1980 del 22 de Febrero, que desarrolla dicha Ley (BOE, 6 Noviembre, 1979, número 266; BOE, 13 Marzo, 1980, número 63). La obtención de órganos se lleva a cabo a través de:

—**Donación de vivo:** De baja incidencia. Es posible, siempre que se cumplan todos los requisitos previstos en la legislación. En orden a presuponer el éxito del trasplante, es requisito clínico obtener la mayor compatibilidad entre donante y receptor, delimitándose en la práctica estas donaciones entre el círculo familiar directo y teniendo en cuenta la edad.

La donación de vivo presenta ventajas clínicas con respecto a la obtenida del donante cadáver; por ejemplo, en el caso del trasplante renal, se obtiene una mejor calidad de vida y una mayor supervivencia. Sin embargo, son evidentes las desventajas que conlleva para el donante potencial. Así, a nivel psicológico, los donantes -familiares- se sienten presionados y, a nivel físico, supone las consecuencias de una intervención quirúrgica.

—**Donación tras fallecimiento:**

***Donación tras un diagnóstico de muerte cerebral:** El artículo 10 del citado R/D 426/1980, especifica los pasos legales para el diagnóstico de muerte cerebral que, desde el punto de vista científico, ético y legal, equivale a la muerte del individuo.

Se define como diagnóstico de muerte cerebral aquella situación en la que el cerebro está extensa e irreversiblemente dañado, no pudiendo mantenerse la homeosta-

sia externa e interna, ni siendo posible su recuperación. Se basa en la ausencia de actividad cerebral, realizando una exploración clínica y la constatación, durante 30 minutos, de la ausencia de respuesta cerebral mediante la realización de un electroencefalograma y persistencia seis horas después del comienzo del coma (para niños menores de 5 años se requieren mayores períodos de observación que los adultos, espaciándose más las exploraciones neurológicas), de los siguientes signos:

—Ausencia de respuesta cerebral con pérdida absoluta de consciencia.

—Ausencia de respiración espontánea (test de apnea).

—Ausencia de reflejos cefálicos (es compatible con el diagnóstico de muerte clínica cerebral, la presencia de Babinsky y la presencia de retirada motora de alguna extremidad atribuible a una respuesta medular), con hipotonía muscular y midriasis (dilatación pupilar).

—EEG plano.

El paciente deberá ser examinado por tres médicos entre los que figurará un neurólogo o neurocirujano y el jefe de servicio, o responsable de la unidad. Ninguno de ellos podrá formar parte del equipo de trasplante. En los casos en los que interviene la autoridad judicial, podrá figurar un médico forense designado por la misma.

***Donación tras corazón parado:** El documento de consenso español de donación de órganos a corazón parado adoptó la definición de muerte que recomienda la President's Commission (Comisión Médica a la que el presidente de los EE.UU. encomendó una serie de consultas sobre aspectos éticos en medicina), junto con otras sociedades científicas nacionales e internacionales para la definición de muerte, según la cual se considera muerta a toda persona que presenta cese irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias, o

cese irreversible de las funciones del cerebro completo, incluyendo las del tronco del encéfalo. Por tanto, la muerte puede ser determinada por criterios tanto neurológicos cuanto cardiopulmonares.

Este tipo de donación no se produce fácilmente y el funcionamiento posterior de los órganos obtenidos puede dar más problemas que los conseguidos a través de un donante con muerte cerebral, debido a la falta de perfusión sanguínea tras la parada cardiocirculatoria.

3. IMPLICACIONES DEL PERSONAL SANITARIO (P.S.) EN LA DONACIÓN

El Personal Sanitario está de lleno implicado en el problema que nos ocupa y tal es así que su colaboración es crucial, por ello su asesoramiento informativo y psicosocial es esencial, entre otras razones porque:

—La desinformación es la peor fuente de opiniones negativas. Unos profesionales informados pueden ayudar a disminuir el dolor y sufrimiento de muchos enfermos.

—Los profesionales conscientes de la necesidad real que existe de donantes en nuestro país e informados del proceso de donación tienen una actitud profesional diferente a la de aquellos que le dan la espalda. Por otra parte, de la actitud del Personal Sanitario puede depender la actitud ante la donación de muchas personas que entran en contacto con ellos, convirtiéndose donantes potenciales en reales.

—El trabajo del profesional no termina cuando el paciente al que se cuida fallece. Consiguiendo la donación, los profesionales pueden seguir ayudando a otros enfermos. El Personal Sanitario debe ser consciente de que la única esperanza para los enfermos que se encuentran en espera de un trasplante es que haya donantes.

—La tasa de donación depende, entre otros factores, de la sensibilidad de los pro-

fesionales hacia este tema y de su habilidad en el trato con la familia.

De todo ello se desprende la necesidad de analizar las variables psicosociales, directamente relacionadas con el Personal Sanitario, que influyen en el proceso de donación y aquellos factores que determinan el incremento o descenso en la tasa de donantes, en los que debemos incidir para reducir el número de negativas familiares. Todo ello nos lleva al siguiente punto:

3.1 Barreras potenciales ante la donación de órganos

Las variables y circunstancias que dificultan la donación de órganos son muchas; sin embargo, entre las directamente relacionadas con el P.S. destacan:

A. La actitud ante la donación del Personal Sanitario versus la actitud de la población en general:

a.1.) Actitud del Personal Sanitario:

Diferentes estudios ponen de manifiesto que uno de los aspectos fundamentales en el proceso de donación es la actitud de los propios profesionales sanitarios y, en concreto, de los profesionales de Enfermería. Casi todos ellos coinciden en la existencia de incongruencias entre actitudes y comportamientos.

La mayoría de las enfermeras informa que apoya fuertemente la donación y el trasplante (Bidigare S.A., 1991; Marymont, R.H., 1991; O'Shea, P., 1993). A pesar de mostrar dudas sobre ciertos aspectos del proceso de donación de órganos (Bridie, R.G.N. y Glynn, R., 1995) presentan por lo general actitudes favorables, sin embargo, un alto porcentaje aún no ha adquirido el compromiso de firmar un carnet de donante (Sophie, L.R.; Salloway, J.C.; Sorock, G.; Volck, P. y Merkel, F.K., 1983; Perkins, K., 1987; Falvo, D.R.; Woehlke, P. y Tippy, P., 1987; Protas, J. y Batten, H., 1988; Gaber,

A.O.; Hall, G.; Phillips, D.C.; Tolkey, E.A. y Britt, L.G., 1990; Spital, A. y Kittur, D.C., 1990; Alvarez-Ude, F., 1991; Robles, N.R.; Espárrago, J.F. y Domínguez-Tristancho, M.I., 1991).

Tal paradoja podría ser fruto del no reconocimiento ni aceptación de la eventualidad de la propia muerte: Muchos profesionales de la salud tienden a desarrollar mecanismos de autoprotección relacionados con la muerte. Concentrarse en los aspectos técnicos de su trabajo les permite aislarse de los sentimientos de miedo, frustración y aflicción, que son una parte de la respuesta humana hacia la muerte. Antes de acercarse a los miembros de las familias para la donación, el Personal Sanitario debe hacer frente a su propia mortalidad.

Otro factor influenciado en la actitud es tener una información insuficiente o errónea. En muchos casos se duda del diagnóstico de muerte cerebral, igualmente falta información en la identificación de los donantes, no se tiene información sobre la existencia del libro-registro de voluntades, etc.

Por otro lado, el no haber participado en el proceso de donación, podría explicar tales incongruencias.

Miembros del Servicio de Apoyo de Trasplantes del Reino Unido sugieren que las cifras de donación están dependiendo de las actitudes de las enfermeras, pudiéndose considerar como un factor limitante para la donación. Así, en el estudio realizado en dicho país por Bridie Kent et al. (1995) se encontró una correlación negativa ($r = -0.49$) entre las actitudes negativas y el compromiso para la donación. De hecho, los mismos autores piensan que esto podría explicar o justificar las bajas cifras de donación registradas en ese país.

La actitud positiva del profesional de enfermería es fundamental no sólo a la hora de favorecer el incremento en número de donantes sino también en el trato con la

familia de los pacientes y, en especial, con la de los posibles donantes. Esta actitud positiva ayudará a que en el proceso de petición de órganos los familiares perciban la implicación de estos profesionales. La actitud personal hacia la donación del que formula la solicitud es fundamental en el proceso de comunicación e influye en la respuesta de los familiares.

A.2). Con respecto a las actitudes de la población en general, en un estudio realizado por miembros del Departamento de Psicología Social y Metodología de la Universidad Autónoma de Madrid (Martínez, J.M.; Martín, A. y López, J.S., 1995) donde se analizaron las creencias, actitudes y motivaciones de la población española sobre la donación y el trasplante, se estableció que el 65% de la población española tiene una actitud favorable hacia la propia donación, pero sólo el 6,1% posee tarjeta de donante. La posibilidad de que un familiar se haga donante es bien vista por el 90% de la muestra.

Las principales razones que indujeron a los encuestados a ser donantes fueron la solidaridad con los enfermos (47%) y la reciprocidad —la creencia de que todos podemos necesitar en alguna ocasión de un trasplante— (29%). Por el contrario, las razones que obstaculizaron la donación fueron no saber cómo hacerse donante (34%) y el miedo a la posibilidad de una muerte sólo aparente (24%).

También se encontró una asociación significativa entre el conocimiento de la voluntad del difunto y la decisión del sujeto respecto a la donación de los órganos del familiar fallecido: el 93% donaría los órganos de un familiar si supiese que éste estaba a favor de la donación, mientras que sólo un 51,6% lo haría si desconociera su voluntad y el 75,8% rechazaría la petición si supiese que el fallecido no estaba a favor de la donación de órganos. De este modo la ausencia de expresión de los deseos del fallecido favorece la incertidumbre familiar y hace extremadamente difícil la donación

(Tymstra, T.J.; Heyink, J.W.; Pruim, J. y Slooff, M.J.H., 1992).

A la vista de lo analizado podemos decir que existe una mayor predisposición a donar cuando:

- Hay una mejor información,
- Se valora positivamente la donación y el trasplante,
- Se conocen a donantes o trasplantados y
- Cuando los individuos perciben el trasplante como una buena prestación sanitaria.

B. Dudas con respecto al concepto de muerte cerebral

Médicos, enfermeras/os y otros profesionales, muestran desconocimiento, desacuerdo e, incluso, no aceptan los criterios legales y médicos para determinar la muerte cerebral (Sophie et al., 1983; O'Shea, P., 1993). Sin embargo, los médicos intensivistas, en los que recae la mayoría de las veces la responsabilidad de la petición, no presentan tales dudas ni con respecto al concepto de muerte cerebral ni respecto a los métodos usados para confirmar el diagnóstico (Pearson, I.Y. y Zurynski, Y., 1995).

Así vemos que si el Personal Sanitario presenta dudas y reticencias sobre la muerte cerebral es muy probable que transmita esas inseguridades a los familiares del donante.

C. Dificultad a la hora de explicar la muerte cerebral a las familias

El Personal Sanitario no sólo debe tener claro el concepto de muerte cerebral, sino que también debe ser capaz de transmitirlo adecuadamente. Un estudio realizado entre 712 médicos (neurólogos, generalistas...), mostró que la mayoría de ellos comprendía el concepto de muerte cerebral, sin embargo un 12% se sentía incómodo con el diag-

nóstico (McGough, E.A. y Chopek, M.W., 1990).

Se han descrito casos en los que una inadecuada explicación por parte del P.S. dificultó la comprensión del diagnóstico de muerte cerebral (Pelletier, M., 1992; Pearson, I.Y.; Bazeley, P.; Spencer-Plane, T.; Chapman, J.R. y Robertson, P., 1995). Los médicos eluden el comunicar de forma clara el fallecimiento transmitiendo expresiones como: «está en muerte cerebral», creando incertidumbre y confusión, especialmente cuando estos términos se desconocen (Alvarez-Cienfuegos, J., 1986; Fulton, J.; Fulton, R. y Simmons, R.G., 1977). En definitiva, el P.S. no utiliza adecuadamente los términos «vida» y «muerte» (Pérez, M.^a A. y Lozano, J.F., 1994), y suele transmitir una condición menos terminal que la realmente existente (Youngner, S.J.; Allen, M.; Bartlett, E.T.; Cascorbi, H.F.; Hau, T.; Jackson, D.L.; Mahowald, M.B. y Martin, B.J., 1985). El hecho de que «la muerte cerebral es una muerte» debe ser comunicado claramente a los familiares antes de proceder a la petición de órganos. Para Pelletier (1992), los miembros de la familia del donante necesitan una información clara y específica sobre la muerte cerebral.

El estrés de la situación, la cantidad y complejidad de la información y las diferentes explicaciones dadas por los miembros de la plantilla causan confusión y problemas en el procesamiento de la información. En un estudio realizado con 69 familias de pacientes con muerte cerebral divididas en tres grupos (sujetos que accedieron a la petición de órganos, sujetos que no accedieron y aquellos sujetos a los cuales no se les solicitó), se encontró una correlación positiva entre la información insuficiente y la diferente información facilitada por diferentes miembros de la plantilla. Los familiares de 14 pacientes a los que se le solicitó los órganos, tenían todavía dudas acerca de si su familiar estaba realmente muerto. Sin embargo, no se encontró asociación entre el grado de comprensión de muerte cere-

bral y el consentimiento para la donación (Pearson, I.Y., et al., 1995).

En definitiva podríamos concluir que existe un efecto positivo, aunque no significativo, al proporcionar una explicación de la muerte cerebral, puesto que la variable que más influye parece ser el hecho de que el fallecido haya firmado una tarjeta de donante (Jasper, J.D.; Harris, R.J.; Lee, B.C.; Miller, K.E., 1991).

D. Tiempo transcurrido desde el fallecimiento hasta la petición

La petición inmediata tras el fallecimiento genera en los familiares distrés (Pearson, I.Y., et al., 1995), mientras que un retraso entre la comunicación del fallecimiento y la petición de órganos se asocia con unas cifras de consentimiento más altas (Garrison, R.N.; Bentley, F.R.; Raque, G.H.; Pokak, H.C.; Sladek, L.C.; Evanisko, M.J. y Lucas, B.A., 1991). Por tanto, se debería permitir algún retraso antes de realizar la petición, aunque no siempre es posible (un ejemplo sería la donación tras corazón parado).

E. Indeterminación en los roles de las enfermeras/os y otros profesionales de la salud

Según la práctica hospitalaria, protocolo o política, la responsabilidad de acercarse a las familias de los donantes potenciales puede recaer en el intensivista, director médico, supervisora de enfermería, enfermera, coordinador de órganos, etc, lo que conlleva que las funciones de rol no se encuentren claramente definidas.

La Fundación Nacional de Riñón y la Asociación Americana de Enfermeras de Cuidados Intensivos (The National Kidney Foundation and American Association of Critical-Care Nurses, 1990), identifican tres roles principales en la donación:

- **El iniciador:** La primera persona que identifica un donante potencial y saca

a colación el tema de la donación, o con la familia o con miembros del equipo sanitario.

- **El facilitador:** Provee asistencia a aquella persona encargada de solicitar la donación a la familia (por ejemplo: un Psicólogo).
- **El rol de soporte:** Un soporte consuela y dispensa cuidados a los miembros de la familia del donante potencial; las enfermeras llevan a cabo dicho rol habitualmente en su práctica diaria.

En virtud de ello es necesario un acercamiento multidisciplinar con roles claramente definidos, donde exista una buena comunicación entre los miembros del equipo para asegurar una adecuada identificación de las necesidades de la familia, así como de su estado durante el proceso de duelo. En este sentido, las/os enfermeras/os juegan un papel muy importante en este proceso (Sophie, L.R., et al., 1983; Corlett, S., 1985; Carbury, I., 1987; Gaber, A.O., et al., 1990; Grogan, G.H., 1979; Robinette, M.A. y Stiller, C.R., 1985; Shepard, R., 1988; Wolf, R., 1990). La práctica habitual de enfermería estimula la formación de una estrecha relación con los miembros de la familia de los donantes (Bridie, R.G. y Glynn, R., 1995), de manera que, por ejemplo, pueden identificar a aquellas familias que manifiesten dudas o no comprenden la explicación médica de la muerte cerebral, así como aquellas que presenten problemas en el proceso de duelo. Es esencial que la enfermera comunique dicha información a la persona que realizará la petición.

F. Miedo a molestar o a aumentar el dolor durante la aflicción

La creencia de que al acercarse a la familia tras el fallecimiento del paciente se aumenta el dolor o se dificulta el proceso de duelo y el anticipar que la familia rechazará la opción de la donación provocarán el

alejamiento o la inseguridad por parte del sanitario. Tales conductas pueden ser percibidas por los miembros de la familia como de frialdad o ausencia de sentimientos (Bartucci, M.R., 1987).

Está demostrado que la donación puede paliar a menudo el dolor de una familia, así como ejercer una influencia positiva en el proceso de duelo. Se ha comprobado que todas las familias que permiten la extracción de órganos de sus allegados, perciben la donación como una salida terapéutica muy efectiva: como algo positivo que aparece con la muerte, que trae confort y consuelo en un momento de extremo dolor y sufrimiento y que proporciona un significado para una muerte incomprensible (Bartucci, M.R. y Seller, M.C., 1986; Parisi, N. y Katz, I., 1986; Batten, H.L. y Prottas, J.M., 1987; O'Connell, J.A.; Kivell, M.; Riddell, R.H.; Venturelli, J., 1988; Batten, 1990; Pearson, I.Y. et al., 1995).

G. Ausencia de conocimientos e importancia de la formación

La ausencia de conocimientos es una de las grandes barreras con las que se encuentran los profesionales de la salud en el acercamiento a las familias para la donación (Willis, R. y Skelley, L., 1992; Bidigare, S.A., 1991; O'Shea, P., 1993; Youngner, S.J.; Landefeld, C.S.; Coulton, C.J.; Juknialis, B.W.; Leary, M., 1989).

El proceso de donación engloba una larga y diversa serie de conocimientos que bien coordinados son fundamentales para conseguir un mayor número y una mejor calidad de órganos y medidas para trasplante. Estos conocimientos comprenden desde la detección de un posible donante y su mantenimiento, a la obtención del consentimiento familiar, autorizaciones legales, extracción de órganos y selección de receptores. Es importante considerar como esta ausencia de conocimientos, junto con las actitudes, podría estar influyendo en el comportamiento de las enfermeras para efectuar la petición de los

órganos a la familia (Bridie, B. y Glynn, R., 1995).

Teniendo en cuenta la dificultad del proceso y que el cuidado del donante y sus familias es una fuente de estrés para las enfermeras de UCI (O'Shea, P., 1993), se hace necesaria la formación con respecto al proceso de la donación y comunicación con programas en Habilidades Sociales.

Del mismo modo, se puede programar con el coordinador de trasplantes conferencias postdonación para revisar los resultados de la donación con los miembros del equipo sanitario (Lindsay, K.K., 1995).

Algunos hospitales han establecido «equipos de recursos de donantes» para asistir en la identificación de donantes potenciales y para acercarse a los miembros de la familia (Cassidy, P., 1991; Bidigare, S.A., 1991).

CONCLUSIONES:

La implicación del Personal Sanitario en el proceso de donación supone la necesidad de analizar las barreras potenciales que con relación a tales profesionales hacen fluctuar el número de negativas familiares, así:

- las cifras de donación dependen de la actitud del Personal Sanitario existiendo incongruencias entre actitudes y comportamientos.
- el desconocimiento o las dudas acerca del concepto de muerte cerebral, al igual que la dificultad a la hora de transmitir el diagnóstico a las familias, aunque no tienen un efecto significativo en el consentimiento sí tienen una influencia negativa.
- un retraso entre la comunicación del fallecimiento y la petición de órganos se asocia con una cifra de consentimientos más altas.

- un acercamiento multidisciplinar en el que se determinen claramente los roles de las personas que van a intervenir en el proceso de donación, hace disminuir el estrés del Personal Sanitario y favorece el consentimiento familiar.
- la creencia errónea del Personal Sanitario de que aumentarán el dolor durante la aflicción o dificultarán el proceso de duelo interferirá en la relación interpersonal Personal Sanitario
 - familiares y por ende en las cifras de donación.
- la ausencia de información del Personal Sanitario tanto en lo que se refiere al proceso de donación como a las habilidades necesarias para realizar una petición eficaz influyen en el comportamiento del profesional para efectuar dicha petición a las familias. Así como la formación repercute positivamente en el consentimiento familiar.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez-Cienfuegos, J. (1986). «Extracción múltiple de órganos. Preservación y transporte». En Castillo Olivares, J.L. (Ed). «Aspectos jurídicos y médico-legales en la donación y extracción de órganos para trasplante». Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Alvarez-Ude, F. (1991). «Opiniones y actitudes del personal del hospital general de Segovia acerca de la extracción de órganos para trasplante». *Nefrología*. 11: 57-59.
- Batten, H.L. y Prottas, J.M. (1987). «Kind strangers: The families of organ donors». *Health affairs*. 35: 35-47.
- Batten, H.L. (1990). «The social construction of altruism in organ donation». En Shanteau, J. y Harris, R.J. (Ed). «Organ donation and transplantation: Psychological and behavioral factors». Washington. Ed. Hyattsville.
- Bartucci, M.R. y Seller, M.C. (1986). «Donor family responses to kidney recipient letters thanks». *Transplantation proceedings*. 18: 401-405.
- Bartucci, M.R. (1987). «Organ donation: a study of the donor family perspective». *J. Neurosci. Neurosurg*. 19(6): 305-309.
- Bidigare, S.A. (1991). «Attitudes and knowledge of nurses regarding organ procurement». *Heart lung*. 20(1): 20-24.
- Kent, B. y Owens, G. (1995). «Conflicting attitudes to corneal and organ donation: a study of nurses' attitudes to organ donation». *Int. J. Nurs. Stud.* 32(5): 484-492.
- Carbury, I. (1987). «Nurses' role in obtaining organ donation». *J. Practical Nurs.* 33(1): 41-43.
- Cassidy, P. (1991). «Donor resource team: a special approach to nursing». *Texas Medical Center News (Suppl.)*. May, 2: 6-12.
- Chacón, F.; González, M.A. y Lozano, P. (1987). «Psicosociología de la donación: un enfoque comunitario». (pp. 119-166). En Barriga, S.; León, J.M. y Martínez, M.F. (1987). «Intervención psicosocial. El individuo y su comunidad, agentes de su propio bienestar». Ed. Hora, S.A. Barcelona.
- Corlett, S. (1995). «Professional and system barriers to organ donation». *Transplant. Proc.* 17(3): 111-112.
- Falvo, D.R.; Woehlke, P. y Tippy, P. (1987). «Family practice residents' attitudes toward organ donation». *J. Fam Pract.* 25: 163-166.
- Fulton, J.; Fulton, R. y Simmons, R.G. (1977). «The cadaver donor and the gift of life». En Tymstra, T.J.; Heyink, J.W.; Pruijm, J. y Sloof, M.J.H. (1992). «Experience of bereaved relatives who granted or refused permission for organ donation». *Family practice*. 9(2): 141-144.
- Gaber, A.O.; Hall, G.; Phillips, D.C.; Tolkey, E.A. y Britt, L.G. (1990). «Survey of attitudes of health care professionals towards organ donation». *Transplant. Proc.* 22(2): 313-315.
- Garrison, R.N; Bentley, F.R.; Raque, G.H.; Pokak, H.C.; Sladek, I.C.; Ebanisko, M.J.; Lucas, B.A. (1991). «There is an answer to the shortage of organ donors». *Surg. Gynecol. Obstet.* 173: 391-396.
- Grogan, G.H. (1979). «Relationship of physicians' and nurses' attitudes and organ procurement». *Proc. 8th. Conf. Eur. Dialysis transplant nurses' assoc.* 7: 134-138.

- Jasper, J.D.; Harris, R.J.; Lee, B.C. y Miller, K.E. (1991). «Organ donation terminology: Are we communicating life or death?». *Health psychology*. 10: 34-41.
- Lindsay, K.K. (1995). «Assisting professionals in approaching families for donation». *Crit. Care. Nurs. Q.* 17(4): 55-61.
- Martínez, J.M.; Martín, A. y López, J.S. (1995). «La opinión pública española ante la donación y el trasplante de órganos». *Medicina Clínica*. Barcelona. 105: 401-406.
- Marymont, R.H. (1991). «Critical care nurse's attitudes and perceptions about organ donation». Houston, Tex: The University of Texas Health Science Center. Tesis citada por Lindsay, K.K. (1995). «Assisting professionals in approaching families for donation». *Crit Care Nurse. Q.* 17(4): 55-61.
- McGough, E.A. y Chopek, M.W. (1990). «The physician's role as asker in obtaining organ donation». *Transplant proc.* 22: 267-272.
- Miranda, F.J.; Lacomá y Sánchez, M^a. (1997). «Actividad de donación y trasplante en la población pediátrica española (1992-1996)». *Anales españoles de pediatría*. (pp. 19-24). XXVII Congreso de la Asociación Española de Pediatría.
- O'Connor, J.A.; Kivell, M.; Riddell, R.H. y Venturelli, J. (1988). «The development of an organ donation protocol from the perspective of the donor family and donor hospital». *Transplantation Proceedings*. 20: 928-929.
- O'Shea, P. (1993). «Critical care nurse's attitudes concerning organ donation and their knowledge of brain death». Houston, Tex: The University of Texas Health Science Center. Tesis citada por Lindsay, K.K. (1995). «Assisting professionals in approaching families for donation». *Crit Care Nurse Q.* 17(4): 55-61.
- Parisi, N. y Katz, I. (1986). «Attitudes toward posthumous organ donation and commitment to donate». *Health Psychology*. 5: 565-580.
- Pearson, I.Y.; Bazeley, P.; Spencer-Plane, T.; Chapman, J.R. y Robertson, P. (1995). «A survey of families of brain dead patients: their experiences, attitudes of organ donation and transplantation». *Anaesthesia and Intensive Care*. 23(1): 88-95.
- Pelletier, M.L. (1992). «The organ donor family member's perceptions of stressful situations during the organ donor experience». *J. Adv. Nurs.* 17: 90-97.
- Pérez, M^a.A. y Lozano, J.F. (1994). «Intervención psicológica en medicina: familiares de pacientes críticos y crónicos». *Psicología: modelos contemporáneos*. Capítulo XXVII.
- Perkins, K. (1987). «Shortage of cadaver donor organs for transplantation - can psychology help?». *Psychol.* 42(10): 921-930.
- Prottas, J. y Batten, H. (1988). «Health professional and hospital administrators in organ procurement: attitudes, reservations and their resolutions». *J. Publ. Hlth.* 78(6): 642-645.
- Robinette, M.A. y Stiller, C.R. (1985). «Summary of task force findings». *Transplant. Proc.* 17(3): 9-12.
- Robles, N.R.; Espárrago, J.F. y Domínguez-Tristancho, M.I. (1991). «Carnets de donantes y registros de voluntades de donación». *Nefrología*. 11: 49-51.
- Shepard, R. (1988). «Critical care voices». *Dimens. Crit. Care Nurs.* 7(5): 309.
- Sophie, L.R.; Salloway, J.C.; Sorock, G.; Volck, P. Y Merkel, F.K. (1983). «Intensive care nurses perceptions of cadaver organ procurement». *Heart and lung*. 12: 261-267.
- Spital, A. y Kittur, D.S. (1990). «Barriers to organ donation among housestaff physicians». *Transplant proc.* 22: 2414-2416.
- The National Kidney Foundation and American Association of Critical-Care Nurses. (1990). «Making the critical difference: education, motivation, donation» (participant's workbook/workshop manual). New York, N.Y.: National Kidney Foundation. En Lindsay, K.K. (1995). «Assisting professionals in approaching families for donation». *Crit Care Nurse Q.* 17(4): 55-61.
- Tymstra, T.; Heyink, J.W.; Pruijm, J. Y Slooff, M.J. (1992). «Experience of bereaved relatives who granted or refused permission for organ donation». *Family practice*. 9(2): 141-144.
- Willis, R. y Skelley, L. (1991). «Serving the needs of donor families: the role of the critical care nurse». *Crit Care Clin North Am.* 4(1): 63-77.
- Wolf, Z.R. (1990). «Nurses' experiences giving post-mortem care to patients who have donated organs: a phenomenological study». *Transplant. Proc.* 22(3): 1019-1020.
- Youngner, S.J.; Allen, M.; Bartlett, E.T.; Cascorbi, H.F.; Hau, T.; Jackson, D.L.; Mahowald, M.B.; Martin, B.J. (1985). «Psychosocial and ethical implications of organ retrieval». *The New England Journal of Medicine*. 313: 321-324.
- Youngner, S.J.; Landefeld, C.S., Coulton, C.J.; Juknialis, B.W.; Leary, M. (1989). «Brain death and organ retrieval: A cross sectional survey of knowledge and concepts among health professionals». *Journal of the American Medical Association*. 261: 2206-2210.