

ACTITUDES DEL PERSONAL SANITARIO HACIA LA DONACION DE ORGANOS

Pérez San Gregorio M.A.*, Domínguez Roldán J.M., Murillo Cabezas F.**
y Núñez Roldán A.*****

** Dpto. Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológicos.
Universidad de Sevilla.*

*** Unidad Cuidados Intensivos y *** Servicio Inmunología.
Hospital Universitario "Virgen del Rocío" de Sevilla.*

RESUMEN

En el presente artículo se realiza un estudio de revisión de la literatura sobre las actitudes del personal sanitario hacia la donación de órganos. En concreto, las disonancias entre actitudes y comportamientos y algunos factores que dificultan el proceso de la donación de órganos: ausencia de información y de conocimientos básicos, dudas sobre la muerte cerebral, evitación del contacto con los familiares del donante, creencias y sentimientos negativos, rechazo de las donaciones en vida no familiares, estrés en el personal sanitario, cantidad de tiempo y falta de concienciación en la mayoría de los hospitales por parte del personal sanitario en cuanto a la detección de donantes.

Palabras claves: Actitudes, personal sanitario, donación de organos, revisión.

ABSTRACT

The aim of these studies was the analysis of the literature pertaining to the attitudes of health care professionals towards organ donation; incongruity be-

tween attitudes and behaviors and some factors which prevent or make difficult the altruistic act of donating organs (lack of information, doubts on brain death, to avoid the contact with relatives, negative feelings, refusal donation of living, stress in doctors, amount of time and lack of awakening in hospitals for detection of donors).

Key words: Attitudes, health professionals, organ donation, review.

INTRODUCCION

En el proceso de la donación de órganos existen dos pasos prioritarios: en primer lugar, determinar que un paciente está en muerte cerebral y en segundo lugar, que cumpla todos los requisitos apropiados para ser un donante. Dado que la extracción de órganos procede de pacientes en muerte cerebral y que la mayoría se hallan en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los profesionales médicos de estas Unidades tienen un papel muy activo en todo este proceso. Por esta razón, en el presente trabajo nos centramos en realizar un estudio de revisión de la literatura, sobre las actitudes del personal sanitario hacia la donación de órganos.

Una de las mayores dificultades existentes en la obtención de órganos para trasplante, han sido las actitudes de la comunidad médica (Overcast y cols., 1984). Con frecuencia, la donación de órganos crea un complejo ámbito psicológico en el personal médico involucrado, que es exacerbado con las interacciones de la familia del donante; especialmente si los médicos generalizan ese dolor ajeno, a como si de su propia familia se tratase (Falvo y cols., 1987).

Casi todos los estudios existentes sobre este tema, concluyen la existencia de incongruencias entre actitudes y comportamientos, es decir; aunque la mayoría expresan actitudes muy favorables hacia la donación de órganos, muy pocos formalizan esa conducta. Entre otros, podemos citar los siguientes ejemplos:

- El 80% de las enfermeras que había estado involucrada en el proceso de la donación deseaba donar sus órganos, pero sólo el 28% tenía la tarjeta de donante (Sophie y cols., 1983).
- El 54% de los médicos deseaba donar sus órganos, pero sólo el 8% tenía la tarjeta de donante (Perkins, 1987).

- La mayoría de los médicos residentes expresaron actitudes muy favorables hacia la donación de órganos, pero sólo el 25% tenía la tarjeta de donante (Falvo y cols., 1987).

- El 90% de los profesionales médicos no tenía objeciones morales hacia la donación, pero sólo el 45% deseaba donar sus órganos, el 50% deseaba donar los órganos de sus familiares y el 35% tenía la tarjeta de donante (Gaber y cols., 1990).
- El 90% de los médicos deseaba donar sus órganos, pero el 45% no había discutido la donación de órganos con sus familiares y el 53% no tenía la tarjeta de donante (Spital y Kittur, 1990).
- El 87.6% de los médicos deseaba donar sus órganos, el 72.9% deseaba donar los órganos de un familiar próximo, pero sólo el 45.4% había manifestado su voluntad a sus allegados (Alvarez-Ude, 1991).
- En nuestro país y más concretamente en Badajoz, sólo un 0.7% de la población posee tarjeta de donante. Aproximadamente, el 2% de los médicos de Badajoz, posee la tarjeta de donante. Un porcentaje similar, aunque algo superior (3%), corresponde a las enfermeras. Pero aún cuando su grado de motivación es mayor que el correspondiente a la población general, este no puede ser en manera alguna satisfactorio (Robles y cols., 1991). La comparación por ejemplo con los Estados Unidos, puede ser especialmente desalentadora: en Tennessee, el 35% de los médicos posee tarjeta de donante (Gaber y cols., 1990).

Probablemente, cierto grado de desidia, la inexistencia de lugares u Organismos perfectamente identificados para registrar la voluntad de donación y otros factores que a continuación se exponen, puede que sean los agentes causales de estas disonancias y que constituyan grandes obstáculos que incrementan la carencia de órganos para trasplante.

1. AUSENCIA DE INFORMACION Y DE CONOCIMIENTOS BASICOS

Especialmente en las siguientes áreas:

1.1. Identificación de los donantes (Crosby y Waters, 1972; Osborne y Gruneberg, 1979; Sophie y cols., 1983; Cardella y cols., 1985; Deulofeu y cols., 1985; Robinette y cols., 1985; Perkins, 1987; Youngner y cols., 1989; Spital y Kittur, 1990; Matten y cols., 1991): algunos profesionales

médicos, sobre todo los residentes, no conocen perfectamente los requisitos que deben reunir los posibles donantes.

1.2. Puesta en marcha del proceso de donación (Osborne y Grunenberg, 1979; Robinette y cols., 1985; Falvo y cols., 1987; Mosimann y cols., 1990; Spital y Kittur, 1990): muchos médicos no saben cómo iniciar este proceso ni con quién contactar.

1.3. Deterioro clínico del donante (Kaufman y cols., 1979): manejo inapropiado del donante por ausencia de conocimiento y consecuentemente, pérdida de la calidad de los órganos.

1.4. Programa de extracción de órganos y libro-registro de voluntades (Alvarez-Ude, 1991): el 81% del personal sanitario está informado sobre el hecho de que el hospital está autorizado para extraer órganos, sin embargo, sólo el 35% conoce la existencia del libro-registro de voluntades.

1.5. Técnicas de Trasplante (Figuera, 1985): no todos los profesionales tienen un conocimiento perfecto de las mismas y si un médico, no conoce bien los resultados de una técnica, sus indicaciones y sus posibilidades, es natural que sienta desconfianza hacia la misma e incluso llegue a desaconsejar su empleo.

1.6. Calidad de los órganos extraídos (Deulofeu y cols., 1985): a veces no es buena, esto ocurre sobretodo en equipos sin experiencia o práctica, por no hacer un número suficiente de intervenciones por año.

1.7. Fuerza del tiempo (Morris y cols., 1990): en algunas ocasiones, el tiempo necesario para la obtención de órganos, excede la habilidad del médico para mantener la función cardiovascular del donante.

1.8. Escaso seguimiento y reanimación no completa de las encefalopatías anóxicas (Domínguez, 1990): este hecho disminuye la detención de muertes cerebrales y por lo tanto la donación de órganos.

2. DUDAS SOBRE LA MUERTE CEREBRAL

Médicos, enfermeras y otros profesionales involucrados en la donación, muestran desconocimiento (Crosby y Waters, 1972; Ettner y cols., 1988; Prottas y Batten, 1988a; Youngner y cols., 1989), desacuerdo (Robinette y cols., 1985) e incluso, no aceptan los criterios legales y médicos para determinar la muerte cerebral (Sophie y cols., 1983). Son las enfermeras, en comparación con los médicos, las que presentan más reservas científicas sobre la muerte cerebral y las que con mayores reticencias la aceptan; especialmente cuando el cadáver es una persona joven (Sophie y cols., 1983; Prottas y Batten, 1988a). Otros profesionales, aunque sí aceptan la muerte cerebral, consideran que la muerte ocurre cuando cesan la respiración y la circulación. La clave radica en el momento exacto en el que aparece la muerte (Deulofeu y cols., 1985; Hoffenberg, 1987).

En 1991, Alvarez-Ude demuestra que el personal sanitario, en su gran mayoría, está de acuerdo con la extracción de órganos para realizar trasplantes, pero hasta un 30% afirma no estar de acuerdo con la extracción de órganos en pacientes diagnosticados de muerte cerebral. Las razones para este desacuerdo, tienen que ver más con la inseguridad y falta de información sobre los criterios diagnósticos, que con criterios éticos o religiosos.

Si el personal sanitario presenta dudas y reticencias sobre la muerte cerebral, es muy probable que transmita esas inseguridades a los familiares del donante. Una mala práctica, por desgracia habitual, es decir a la familia que el cerebro del enfermo ya no funciona pues el EEG está plano, que se va a morir pronto y que piensen en la posibilidad de hacer una donación de órganos. Con buena intención, el médico cree que así "prepara" a la familia para la noticia de la muerte, pero como los familiares ven que el enfermo respira (en realidad lo hace el respirador mecánico) y que el EEG funciona, se agarran al posible milagro y rehúsan la autorización, pensando que con ella acelerarían la muerte del ser querido (Figuera, 1985).

Así mismo, en no pocas ocasiones, los médicos eluden el comunicar clara y llanamente el fallecimiento del enfermo y que por tanto nos encontramos ante un cadáver. Por el contrario, transmiten a los familiares expresiones como: "*su pariente está en muerte cerebral*", creando incertidumbre y confusión, especialmente cuando estos términos se desconocen (Alvarez-Cienfuegos, 1986).

En definitiva, el personal sanitario no utiliza adecuadamente los términos "vida" y "muerte". Fulton y Simmons (1977), informan una demanda de una padre al que un médico le había dicho: "*ella está en coma, está respirando, pero está esencialmente muerta*". En esta afirmación hay una confusión en los términos empleados y una contradicción entre las palabras "coma" y "muerta". Parece

ser, que el personal sanitario está transmitiendo a los familiares una condición menos terminal, que la realmente existente (Youngner y cols., 1985). Es mucho mejor decir que el enfermo está muerto, pues su cerebro no tiene ya ninguna función, que se va a extender su certificado de defunción y que sólo se mantendrá durante unas horas la respiración artificial, por si quieren hacer la donación de alguno de sus órganos. Si deciden no hacerlo, se debe inexcusablemente desconectar el respirador pasado el tiempo anunciado (Stuart, 1984).

3. EVITACION DEL CONTACTO CON LOS FAMILIARES DEL DONANTE

Los médicos y enfermeras que cuidan de pacientes lesionados cerebralmente, tienen la oportunidad de ofrecer a los familiares la donación, pero en muchas ocasiones no lo hacen (Gallup, 1983 y 1985; Falvo y cols., 1987; Lewis, 1987; Spital y Kittur, 1990). Se ha estimado, que la petición de órganos a todos los familiares de donantes, podría doblar el número de órganos (Lee y Kissner, 1986). Sin embargo, existe un rechazo por parte del personal sanitario en acercarse a los familiares cuando se trata exclusivamente de solicitar los órganos del cadáver. Las bases de este rechazo radican en los siguientes puntos:

3.1. Evitar causar ansiedad adicional a la familia del donante (Crosby y Waters, 1972; Sophie y cols., 1983; Robinette y cols., 1985; Lee y Kissner, 1986; Falvo y cols., 1987; Le-Poidevin, 1987; Perkins, 1987; Gaber y cols., 1990).

3.2. Ausencia de un entrenamiento especial para solicitar las donaciones (Dechesser, 1986; Perkins, 1987; Mosimann y cols., 1990).

3.3. Temor a las reacciones de los familiares (Le-Poidevin, 1987; Protas y Batten, 1988a; Gaber y cols., 1990).

3.4. Circunstancias juzgadas demasiado trágicas como para solicitar la donación (Smith y cols., 1989).

3.5. Dificultad en admitir los defectos (Lee y Kissner, 1986).

3.6. Sentimientos de culpa por haber fracasado en salvar la vida del paciente (Lee y Kissner, 1986).

4. CREENCIAS Y SENTIMIENTOS NEGATIVOS

Una serie de creencias y sentimientos negativos por parte del personal sanitario, podría dificultar e incluso impedir la donación de órganos:

4.1. Temor de complicaciones legales (Kaufman y cols., 1979; Osborne y Gruneberg, 1979; Cardella y cols., 1985; Robinette y cols., 1985; Protas y Batten, 1988a).

4.2. Posibilidad de reducir los cuidados de los pacientes a favor del Programa de Trasplantes (Crosby y Waters, 1972).

4.3. Prematura declaración de la muerte con el único propósito de extraer los órganos (Falvo y cols., 1987).

4.4. Considerar el trasplante como un procedimiento experimental (Stark y cols., 1984).

4.5. Razón costos-beneficios de la donación y trasplante de órganos (Falvo y cols., 1987).

5. RECHAZO DE LAS DONACIONES EN VIDA NO FAMILIARES

Algunos estudios han demostrado que el personal sanitario involucrado en los trasplantes, rechaza el uso de donantes vivos no familiares, es decir; de aquellas personas que en vida y de forma altruísta desean donar un órgano a una persona que desconocen. Así por ejemplo, Sadler y cols. (1971), contactan con los directores de 54 Centros de Trasplantes y hallan que el 50% no aprueba el uso de donantes vivos no familiares, frente a un 20% que sí lo aprueba. No obstante, a pesar de que los Centros de Trasplantes se oponen al uso de donantes vivos no familiares, por el contrario, la opinión pública está a favor. Las razones podrían radicar, por un lado en que los Centros de Trasplantes sienten la responsabilidad del donante y por otro lado, temor de que los donantes puedan ser motivados por coerción o psicopatología (Spital y Spital, 1988). Sin embargo, estas creencias no tienen una base sólida, en primer lugar, porque la salud de los donantes no familiares no presenta mayor factor de riesgo que la salud de los donantes familiares y en segundo lugar, porque ninguna psicopatología ni coerción motiva a los donantes no familiares (Sadler y cols., 1971).

6. ESTRES EN EL PERSONAL SANITARIO

El diagnóstico de muerte cerebral, la terminación de los cuidados del paciente, el contacto con el dolor de los familiares del donante, el proceso de la donación, etc; son fuentes de estrés y ansiedad para el personal sanitario que trabaja en la UCI (Sophie y cols., 1983; Overcast y cols., 1984; Corlett, 1985; Youngner, 1985; Prottas y Batten, 1988a; Spital y Kittur, 1990).

Rof (1984), describe las siguientes situaciones estresantes a las que se hallan expuestos estos profesionales:

6.1. Fracaso habitual de sus esfuerzos: no compensado con los brillantes resultados que otras veces se obtienen.

6.2. Ambiente insoportable: vivir siempre en un clima angustioso, de muertes incesantes y de pacientes gravísimos, no es fácil de soportar, máxime cuando el único contacto con el enfermo es a veces el de cuidados corporales por tratarse de pacientes en coma, sin capacidad comunicativa.

6.3. Sentimientos de culpa: la gravedad de los casos y el tener que tomar decisiones, conduce con facilidad a sentimientos de culpabilidad que pueden no ser bien elaborados y que al acumularse en "círculo vicioso", acaban derrumbando el ánimo más templado.

6.4. Frustración de los sentimientos de las enfermeras: en una UCI de traumatología prácticamente no existe la comunicación verbal entre paciente y enfermera, de tal forma que éstas últimas no son "reforzadas" por aquellos pacientes que después de varios días de incertidumbre ante la vida o la muerte consiguen salvar. Ante estos hechos, el personal sanitario, debido al estrés cotidiano, reacciona de muy diversas formas: irritabilidad, fatiga, hiperactividad, angustia, etc. A veces estas respuestas son traducidas por los familiares de los pacientes como falta de humanidad, egoísmo y superficialidad.

7. CANTIDAD DE TIEMPO

Tanto el proceso de la donación, como la supervisión de otros enfermos graves en UCI, demandan gran cantidad de tiempo (Kaufman y cols., 1979; Osborne y Gruneberg, 1979; Corlett, 1985; Robinette y cols., 1985; Prottas y Batten, 1988a).

8. FALTA DE CONCIENCIACION EN LA MAYORIA DE LOS HOSPITALES POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO EN CUANTO A LA DETECCION DE DONANTES (Domínguez, 1990).

Tras analizar los posibles factores responsables de las actitudes del personal sanitario hacia la donación de órganos, a continuación se exponen los resultados de 2 investigaciones que estudian las actitudes de este sector hacia la donación, en función de la categoría profesional:

Estudio realizado en Wales (Crosby y Waters, 1972)

	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
El trasplante renal es un método experimental de tratamiento que debe ser considerado como último recurso en algunos pacientes.	14%	16%	21%	35%	21%
Existen dificultades para determinar la muerte cerebral	48%	49%	51%	47%	50%
La donación puede causar demasiada angustia a los familiares de los fallecidos.	38%	53%	41%	65%	80%
El más urgente e importante trabajo médico empieza a descuidarse a favor del programa de trasplantes.	36%	25%	23%	24%	4%
Existe carencia de información sobre cuáles son los donantes apropiados.	62%	69%	79%	71%	66%

(a) Médicos especialistas (n: 50); (b) Médicos generales (n: 49); (c) Médicos directivos (n: 39); (d) Enfermeras - 15 años experiencia (n: 44); (e) Enfermeras + 15 años experiencia (n: 43)

Estudio realizado en Massachusetts (Prottas y Batten, 1986)

	(a)	(b)
He discutido mis sentimientos sobre la donación con mis familiares.	71%	* 52%
Los médicos conocen los criterios que hacen de un enfermo terminal un posible candidato a la donación.	49%	* 96%
Los criterios de muerte cerebral son generalmente aceptados por la comunidad médica.	62%	* 91%
A los médicos no les gusta involucrarse en tomar decisiones sobre la muerte cerebral.	81%	* 44%
Es difícil explicar la muerte cerebral a los familiares de los donantes.	66%	* 40%
Mis colegas profesionales rechazan aproximarse a los familiares para solicitarles la donación de órganos.	49%	* 68%
La donación de órganos ayuda a los familiares en un momento de tragedia y dolor.	79%	66%

(a) neurocirujanos (n: 250); (b) enfermeras (n: 900); * diferencias significativas entre las dos muestras.

De estos resultados, podemos inferir 2 factores responsables de que la oferta de órganos no cubra la demanda existente:

1. Casi todos los grupos profesionales subrayan que carecen de una información suficiente para detectar los donantes apropiados para trasplante. Esta incertidumbre en la identificación, conlleva que el personal sanitario esté menos dispuesto a contactar con los familiares de los donantes y con el equipo de trasplantes.
2. En algunas ocasiones, no actúan cuando se presenta la oportunidad porque temen causar estrés a los familiares.

Por otro lado, es importante tener en cuenta, que la responsabilidad profesional y la experiencia en donación, correlaciona positivamente con actitudes favorables hacia la donación de órganos. Los neurocirujanos y las enfermeras con mayor edad y con más experiencia en donación, tienen actitudes más positivas hacia la misma y menos reparo en aproximarse a los familiares del donante (Protas y Batten, 1988a,b). Así mismo, es más probable que estos profesionales con más experiencia, obtengan el consentimiento de los familiares del donante (Malecki y Hoffman, 1987; Matten y cols., 1991).

Por lo que se refiere a datos concretos de nuestro país, hemos de señalar los resultados aportados en un estudio realizado en Málaga sobre las actitudes de 124 profesionales sanitarios hacia el trasplante y la donación de órganos (Fruetos y cols., 1992):

Opinión favorable hacia la donación de órganos.	96%
Desea donar sus propios órganos.	72%
Desea donar los órganos de sus hijos.	48%
Las campañas de donación de órganos informan sobre el tema.	36%
Desconocen las campañas realizadas en nuestra Comunidad Autónoma.	64%
Desconocen la opinión de la iglesia católica sobre las donaciones y trasplantes de órganos.	67%
No es práctica habitual el exponer las opiniones personales sobre la donación, ni en la familia, ni en el entorno laboral.	54%
Presentan sospechas sobre irregularidades en torno al adelanto del certificado de muerte en las donaciones.	58%
Crean en la desigualdad de oportunidades y falta de objetividad en la distribución de órganos.	52%

Ante estos hechos podemos concluir que 5 son los factores que inciden en la escasez de donaciones en nuestro país: falta de compromiso y reflexión sobre la necesidad de la donación de órganos, ausencia de información sobre el tema, desconocimiento del apoyo de la iglesia como institución hacia la donación y trasplante de órganos, falta de diálogo entre los miembros de la familia sobre este tema y miedo a una prematura declaración de la muerte con el único propósito de extraer los órganos.

En definitiva, nos hallamos ante un problema crucial, ya que una declaración de muerte cerebral, confronta al vigilante (generalmente una enfermera), con un sujeto que minutos antes era un paciente con necesidad de atención, pero que ahora es un cadáver que está siendo "ventilado inútilmente" (Walker, 1985). El personal sanitario, que es entrenado para salvar vidas, ahora debe cuidar de un cuerpo muerto. Estos conflictos psicológicos se intensifican cuando el equipo de trasplantes asume el control, entonces todos los esfuerzos por salvar la vida del paciente se marchan. El cuerpo es manipulado por sus órganos antes que por su persona (Youngner, 1985). Los miembros del personal sanitario que experimentan estos conflictos intensamente, también pueden ser las mismas personas que informan y tratan a los familiares afligidos. El personal sanitario, además de soportar esta situación, debe mostrar desconocimiento de los receptores cuando solicita la donación de órganos. Esto sitúa al profesional en un conflicto entre aumentar la confianza de los familiares (a través de los cuidados dados al paciente) y causar en la familia una pérdida de la confianza (a través del proceso de la donación), en una situación de pronóstico incierto (Martyns y cols., 1988).

Por último y para finalizar, hemos de realizarnos la siguiente pregunta: ¿Qué pueden hacer los psicólogos para potenciar las donaciones de órganos? Nuestra actuación debería centrarse en 2 áreas fundamentales:

1. Intervención en la población general: ofrecer una información adecuada, especialmente dirigida al colectivo con menor nivel sociocultural (mensajes unilaterales), que cubra los siguientes objetivos: (1) enfatizar la efectividad de las técnicas de trasplantes y el beneficio que suponen para los familiares y la sociedad, (2) crear una cultura de la muerte, (3) fomentar las discusiones sobre este tema entre los miembros de la familia y (4) potenciar las tarjetas de donantes y las consecuencias positivas que se derivan de las mismas. Esta información eliminaría la ansiedad vinculada a las situaciones difíciles y que se traduce habitualmente en temores irracionales: creer en la necesidad de

un cuerpo intacto para una vida posterior, no aceptar la mutilación del cadáver, desconfianza en los médicos sobre todo lo relativo a la donación de órganos, etc.

2. Intervención en la Unidad de Cuidados Intensivos: por lo que se refiere al personal sanitario, nuestra actuación debería centrarse en 2 puntos: (1) ofrecer programas educativos para incrementar los conocimientos de este sector para la identificación apropiada de los donantes, los signos clínicos de la muerte cerebral, orientaciones pertinentes sobre cómo tienen que hacer las peticiones de órganos, etc y (2) proporcionar apoyo psicoterapéutico al personal sanitario que participa en el proceso de la donación. Así mismo, hemos de intentar aliviar o disminuir, fundamentalmente mediante técnicas de reestructuración cognitiva, el "trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido" que presentan los familiares de UCI; para así conseguir que se hallen en una situación psicológica más favorable, menos patológica, para que el porcentaje de negativas a la donación sea mínimo.

REFERENCIAS

Alvarez-Cienfuegos J. Extracción múltiple de órganos. Preservación y transporte. En: Castillo Olivares JL, (editor). *Aspectos jurídicos y médico-legales en la donación y extracción de órganos para trasplante*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.

Alvarez-Ude F. Opiniones y actitudes del personal del hospital general de Segovia acerca de la extracción de órganos para trasplante. *Nefrología* 1991, 11, 57-59.

Cardella CJ, De-Weber GA, Hollenberg C, Marshall WJ, Seaver R, Robinette MA, Lindberg MC y Stiller CR. Donor identification. *Transplant Proc* 1985, 17, 35-44.

Corlett S. Public attitudes toward human organ donation. *Transplant Proc* 1985, 17, 103-110.

Crosby DL y Waters WE. Survey of attitudes of hospital staff to cadaveric kidney transplantation. *Br Med J* 1972, 4, 346-348.

Dechesser AD. Organ donation: The supply/demand discrepancy. *Heart Lung* 1986, 15, 547-551.

Deulofeu R, Jane E, Sabater R y Vidal C. Organización de la red de obtención de órganos en Cataluña. *SEDYT* 1985, 7, 107-112.

Domínguez Roldán JM. *Detección de donantes de órganos*. Mesa redonda presentada en un "Encuentro sobre trasplantes en Andalucía". Matalascañas (Huelva), 1990.

Ettner BJ, Youngstein KP y Ames JE. Professional attitudes toward organ donation and transplantation. *Dialysis and Transplantation* 1988, 17, 72-73.

Falvo DR, Woehlke P y Tippy P. Family practice residents' attitudes toward organ donation. *J Fam Pract* 1987, 25, 163-166.

Figuera Aymerich D. El trasplante cardíaco. Dificultades en España: sus causas, remedios y futuro. *Clínica Cardiovascular* 1985, 3, 297-326.

Frutos MA, Blanca MJ, Rosel J, Ruiz P y Elosegui E. Opiniones de profesionales sanitarios de Málaga sobre donación y trasplante de órganos: Actitudes en hospitales con y sin actividad trasplantadora. *Revista Española de Trasplantes* 1992, 1, 221-227.

Fulton J y Simmons R. The cadaver donor and the gift of life. En: Simmons R y Klein SD, (editores). *Gift of life: The social and psychological impact of organ transplantation*. New York: Wiley, 1977.

Gaber AO, Hall G, Phillips DC, Tolley EA y Britt LG. Survey of attitudes of health care professionals toward organ donation. *Transplant Proc* 1990, 22, 313-315.

Gallup Organization. Attitudes and opinions of the american public towards kidney donation. En: Evans RW, Manninen DL, Overcast TD, Garrison LP, Yagi J, Merrikin KJ y Jonsen AR, (editores). *The national heart transplantation study: Finan report*. New York: Princeton, 1983.

Gallup Organization. *The american public's attitudes toward organ transplants/organ donation*. New York: Princeton, 1985.

Hoffenberg R. *Report of the working party on the supply of donor organs for transplantation*. Conference of Medical Royal Colleges and Their Faculties in the UK. Department of Health and Social Security, 1987.

Kaufman HH, Huchton JD, McBride MM, Beardsley CA y Kahan BD. Kidney donation: Needs and possibilities. *Neurosurgery* 1979, 5, 237-244.

Lee PP y Kissner P. Organ donation and the Uniform Anatomical Gift Act. *Surgery* 1986, 100, 867-875.

Le-Poidevin S. *The management of bereaved relatives and approaching the next of kin about organ donation*. London Hospital. Psychiatry Department, 1987.

Lewis BR. *Kidney donor survey*. Manchester: UMIST, 1987.

Malecki MS y Hoffman MC. Getting to yes: How nurses' attitudes affect their success in obtaining consent for organ and tissue donations. *Dialysis and Transplantation* 1987, 16, 276-278.

Martyns S, Wright R y Clark L. Required request for organ donation: Moral, clinical and legal problems. *Hastings Cent Rep* 1988, 21, 27-34.

Matten M, Sliepcevich E, Sarvela P, Lacey E, Woehlke P, Richardson C y Wright W. Nurses' knowledge, attitudes, and beliefs regarding organ and tissue donation and transplantation. *Public Health Rep* 1991, 106, 155-166.

Morris JA, Wilcox TR, Noreuil T y Frist WH. Organ donation: A university hospital experience. *South Med J* 1990, 83, 884-888.

Mosimann F, Gehrig D, Friedlender J, Joseph JM, Billaud F y Melle GV. Organ donation: Opinion poll of the medical community in the Canton of Vand, Switzerland. *Transplant Proc* 1990, 22, 2080-2081.

Osborne DJ y Gruneberg MM. Kidney donation where some of the problems lie. *Injury* 1979, 11, 5.

- Overcast TD, Evans RW, Bowen LE, Hoe MM y Livak CL. Problems in the identification of potential organs donors: Misconceptions and fallacies associated with donor cards. *JAMA* 1984, 251, 1559-1562.
- Perkins KA. The shortage of cadaver donor organs for transplantation: Can psychology help? *Am Psychol* 1987, 42, 921-930.
- Prottas JM y Batten HL. *The attitudes of the american public toward organ donation*. Report to the Health Care Financing Administration, 1986.
- Prottas J y Batten HL. Health professionals and hospital administrators in organ procurement: Attitudes, reservations, and their resolutions. *Am J Public Health* 1988a, 78, 642-645.
- Prottas JM y Batten HL. *Attitudes toward clinical and social issues in organ procurement*. Massachusetts, Health Policy Center. Brandeis University, 1988b.
- Robinette MA, Marshall WJ, Arbus GS, Beal K, Bennett RC, Brady WJ, Harris D, Rinstead D, Morrin P, Seaver R y Stiller CR. The donation process. *Transplant Proc* 1985, 17, 45-65.
- Robles NR, Esparrago JF y Domínguez-Tristancho MI. Carnéts de donantes y registros de voluntades de donación. *Nefrología* 1991, 11, 49-51.
- Rof Carballo J. *Teoría y práctica psicósomática*. Bilbao: Desclée de Brower, 1984.
- Sadler HH, Davison L y Carroll C. The living, genetically unrelated, kidney donor. *Semin Psychiatry* 1971, 3, 86-101.
- Smith F, Pearson IY, Tyler C, Roby H, Currow H, Wincope P y Francis A. Brain death and organ donation: A two year experience in ICU, Westmead Hospital. *Transplant Proc* 1989, 21, 3828-3829.
- Sophie LR, Salloway JC, Sorock G, Volek P y Merkel FK. Intensive care nurses' perceptions of cadaver organ procurement. *Heart Lung* 1983, 12, 261-267.
- Spital A y Spital M. Living kidney donation. Attitudes outside the transplant center. *Arch Intern Med* 1988, 148, 1077-1080.

Spital A y Kittur DS. Barriers to organ donation among housestaff physicians. *Transplant Proc* 1990, 22, 2414-2416.

Stark JL, Reiley P, Osiecki A y Cook L. Attitudes affecting organ donation in the intensive care unit. *Heart Lung* 1984, 13, 400-404.

Stuart FP. Need, supply, and legal issues related to organ transplantation in the United States. *Transplant Proc* 1984, 16, 87-94.

Walker EA. *Cerebral death*. Baltimore: Urban and Schwarzenberg, 1985.

Youngner SJ. Toward greater donor organ availability for transplantation. *N Engl J Med* 1985, 312, 319.

Youngner SJ, Landefeld CS, Coulton CJ, Juknialis BW y Leary M. Brain death and organ retrieval: A cross sectional survey of knowledge and concepts among health professionals. *JAMA* 1989, 261, 2206-2210.

NOTA:

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

CORRESPONDENCIA:

M^a Angeles Pérez San Gregorio.
Avenida de Kansas City, 42, 6-A.
41007-Sevilla.
(Tlf.: 95-4576937).