

019858



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

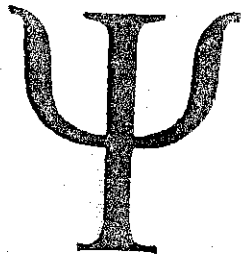
FACULTAD DE PSICOLOGIA

"ACTITUDES Y ESTRATEGIAS DE PERSUASION HACIA LA DONACION DE ORGANOS Y TEJIDOS"

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PRESENTA
PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGIA
PRESENTA:
MTRA. GEORGINA LOZANO RAZO

- DIRECTOR DE TESIS: DRA. SOFIA LIBERMAN SHKOLNIKOFF
SINODALES: DRA. SELENE CANSINO ORTIZ
DRA. FEGGY OSTROSKY SHEJET
DRA. MA. EMILY R. ITO SUGIYAMA
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS
DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE



MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE DE 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



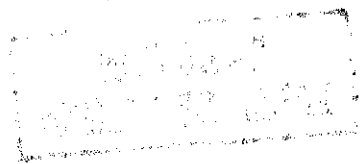
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



Agradecimientos.

La autora agradece el gran apoyo recibido por parte de el **DR. LUIS ANGEL TERÁN**, el **DR. OSCAR BORUNDA FALCÓN** y a la **DRA. REBECA BOLÁN**. El apoyo recibido comprende desde la obtención de información acerca de la situación de México en materia de trasplantes hasta la aplicación de las estrategias de persuasión.

Un agradecimiento especial a la Dra. Rebeca Bolán por acceder a participar en la aplicación de las estrategias de persuasión como experto en el tema.

Un reconocimiento al trabajo realizado por todas las trabajadoras sociales de las delegaciones del ISSSTE por su apoyo en la aplicación del instrumento. Así como también a los derechohabientes y trabajadores del ISSSTE por su valiosa participación.

Se agradece el apoyo del CONACyT por la beca otorgada para realizar estudios de doctorado cuyo resultado es la presente tesis para la obtención del grado de Doctora en Psicología (Número de registro: 129867).

Finalmente, agradezco la colaboración, comprensión y apoyo brindado por la directora de tesis y cada uno de los sinodales.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Georgina Lozano Razo

FECHA: 11 - Septiembre - 2002

FIRMA: Georgina Lozano Razo



INDICE

Resumen.....	1
Abstract.....	3
Introducción.....	5
1. Origen y desarrollo de los trasplantes	10
1.1. Donantes potenciales	14
1.2. Evolución de los trasplantes en México y el mundo.....	17
1.3. Legislación en México sobre los trasplantes y la donación.	24
1.4. Panorama mundial de los trasplantes y la donación de órganos y tejidos.....	25
2. Aspectos psicosociales relacionados con la donación de órganos y tejidos.....	32
2.1. Altruismo y empatía.....	32
2.2. Actitudes.....	43
2.2.1. Modelo de procesamiento espontáneo.....	52
2.2.2. Modelo de procesamiento deliberado.....	55
2.2.3. Uso de la Teoría de la Acción Razonada en diversas investigaciones.....	60
2.2.4. Cambio de actitudes.....	64
2.3. Persuasión.....	66
2.3.1. Modelo de probabilidad de la elaboración de la persuasión.	67
3. Trabajo de investigación.....	75
3.1. Primera etapa. Investigación preliminar.....	76
3.1.1. Objetivo	76
3.1.2. Instrumento	77
3.1.3. Muestra.....	77
3.1.4. Procedimiento.....	77
3.1.5. Resultados e interpretación.....	77
3.1.5.1. Descripción de la muestra	77
3.1.5.2. Análisis de respuestas	78
3.2. Segunda etapa. Elaboración del instrumento psicométrico.....	93

3.2.1. Objetivo.....	93
3.2.2. Muestra	93
3.2.3. Procedimiento.....	94
3.2.4.1. Análisis estadísticos.....	97
3.2.4.1.1. Medias, desviaciones estándar y porcentajes.	97
3.3. Tercera etapa. Validez y confiabilidad del instrumento.....	101
3.3.1. Resultados e interpretación.....	106
3.3.1.1. Descripción de la muestra.....	106
3.3.1.2. Análisis de respuestas.....	108
3.3.1.3. Análisis adicionales.....	125
3.4. Cuarta etapa. Elaboración y prueba de estrategias de persuasión.....	127
3.4.1. Objetivos.....	127
3.4.2. Muestra.....	127
3.4.3. Diseño.....	128
3.4.4. Descripción de las estrategias.....	128
3.4.5. Instrumentos.....	129
3.4.6. Procedimiento.....	130
3.4.7. Resultados e interpretación.....	132
3.4.7.1. Descripción de la muestra.....	132
3.4.7.2. Descripción de los grupos.....	133
3.4.7.3. Análisis de respuestas.....	135
3.4.7.3.1. Comparación de medias.....	135
3.4.7.3.2. Análisis multivariante de la varianza.....	139
3.4.7.3.3. Análisis de conglomerados.....	141
Discusión y conclusiones.....	146
Referencias bibliográficas.....	154
Apéndice 1.....	164
Apéndice 1.A. Acuerdo para la creación del CONATRA.....	164
Apéndice 1.B. Programa de trabajo del CONATRA.....	167
Apéndice 1.C. Decreto para reformar la Ley General de Salud....	172

Apéndice 2.....	184
Apéndice 2.A. Guión de entrevista.....	184
Apéndice 3.....	186
Apéndice 3.A. Versión preliminar del instrumento.....	186
Apéndice 3.B. Versión modificada del instrumento.....	190
Apéndice 3.C. Factores e indicadores del instrumento.....	196
Apéndice 4.....	198
Apéndice 4.A. Formas A y B de pretest y postest.....	198
Apéndice 4.B. Material de apoyo para la sesión con experto.....	208

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar cuáles son las actitudes que presenta una muestra de mexicanos respecto a la donación de órganos y tejidos, así como elaborar y probar estrategias de persuasión hacia la donación. Para lograr dichas metas, el trabajo de investigación se cubrió en varias etapas: debido a la escasa investigación psicológica sobre el tema, primero se realizaron 50 entrevistas, tomando como escenarios varias clínicas del IMSS, centros comerciales y lugares públicos (parques), esto con la finalidad de obtener información de los conocimientos, creencias, intenciones, etc. que las personas tienen respecto a la donación.

Posteriormente, a partir de los datos obtenidos en las entrevistas y con base en la teoría de la acción razonada (Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) se construyó un instrumento psicométrico que integra los constructos considerados en dicha teoría. Para poder obtener la validez y confiabilidad se procedió a su aplicación en una muestra de 999 personas, todas ellas usuarias y trabajadoras del sistema de salud ISSSTE.

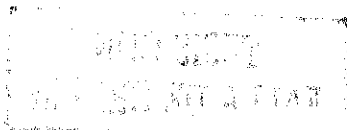
Finalmente, a partir de la información obtenida tanto en las entrevistas como en la aplicación del instrumento se elaboraron dos estrategias de persuasión. Una de ellas contaba con la presencia de un experto en el tema de trasplantes y donación el cual expuso apoyado en acetatos los aspectos más importantes del tema (sesión con experto); la otra estrategia consistió en la discusión del tema por parte de los participantes, de tal forma que esto permitiera la interacción e intercambio de ideas entre los mismos, el investigador fungió como moderador de la discusión (sesión de interacción). La finalidad de ambas estrategias era cambiar la intención conductual de las personas hacia la donación de órganos y tejidos. Dichas estrategias fueron probadas en una muestra total de 60 personas (30 bajo una condición y 30 bajo la otra condición).

Los resultados encontrados muestran que la actitud de las personas hacia la donación de órganos y tejidos es positiva, siendo factores relevantes en su decisión la opinión de familia y la religión. Al respecto se encuentran argumentos - en general en contra de la donación- basados en la opinión de los familiares (padres, hermanos, hijos, pareja); en cuanto a la religión, existe temor de que al



donar esté violentando la integridad física de la persona, lo cual podría impedir el presentarse ante Dios tal y como él hizo a la persona. En cuanto al instrumento se pudo comprobar la validez y confiabilidad del mismo con resultados satisfactorios.

En cuanto a las estrategias de persuasión se pudo observar que inciden sobre las personas, modificando actitudes, normas subjetivas (familiar y religiosa) e intención conductual. Además se logró que un 18.33% (11 personas) firmaran la tarjeta de donación altruista (7 tarjetas firmadas en la estrategia con experto y 4 en la estrategia interacción), criterio que se usó como prueba de intención conductual hacia la donación.



ABSTRACT

The purpose of this research was to describe the attitudes of a sample of people in México in relation to organ donation and to design and test persuasion strategies to change these attitudes. In order to achieve these goals we worked in several stages. Because of very little research done on this subject we first made 50 interviews taking as a scenario the IMSS clinics, commercial centers and public places like parks, so we could obtain information about knowledge, beliefs and intentions people have about the matter.

Afterwards, based on the results of the interviews and based on the Theory of Reasoned Action (by Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen 1975; Ajzen y Fishbein, 1980), we built a psychometric instrument integrating the basic assumptions of this theory. For obtaining validity and reliability we proceeded to apply the instrument to 999 persons who work on the health system of the government (ISSSTE).

Finally from the information obtained from the interviews and the instrument, we designed two different strategies of persuasion. One of them included an expert on transplant and donation that gave a lecture on the subject, based on visual aids on the subject. This was called the expert session. The second strategy included a discussion of the subject in small groups, in such a way that the interaction and exchange of ideas could bring attitude change towards donation. (The researcher acted as facilitator) and this was called the interaction session.

The purpose of both strategies was to change the behavioral intention of people towards organ and tissue donation. These two strategies were applied to 60 people (half for each strategy).

Results show that the attitude people have towards tissue and organ donation is positive, considering as relevant factors in their decision, the family opinion and religion. In this respect we find arguments –in general towards donation- based on family opinion (fathers, sons and partners), in terms of religion, there is a fear of violating the physical integrity of the person, which would impede the person before god.

About the instrument, we could prove validity and reliability in a satisfactory manner. As of the persuasion strategies, we prove that they can both change attitude, in terms of subjective norms (family and religion) and intentional behavior. Besides it was possible that an 18.33% (11 people), of the subjects signed the altruistic donation card. There were 7 signed in the expert strategy and 4 in the interaction strategy. This was the criteria used as a proof of behavioral intention towards donation.

INTRODUCCIÓN

La donación de órganos es un acto en el cual una persona muestra un comportamiento altruista y cede a otra, alguno(s) de sus órganos con la finalidad de restablecer o mejorar la salud de aquélla.

La meta del trasplante de órganos desde sus inicios, y a través de su corta historia, ha consistido en aliviar el sufrimiento, y en dar o prolongar una vida. Hace pocas décadas, miles de pacientes que sufrían una enfermedad terminal relacionada a la afectación de un órgano o tejido, morían en un corto tiempo.

Los trasplantes de órganos y tejidos han entrado plenamente en el trabajo terapéutico de los médicos, ya no es una utopía el trasplante de un hígado o de un corazón. Sin embargo, la escasez de órganos, es el principal factor limitante para el desarrollo de los trasplantes en todo el mundo, dando lugar a elucubraciones, plasmadas en historias sobre el tráfico de órganos, que dificultan todavía más el proceso de donación. La actividad trasplantadora es multifactorial y en ella se agrupan o deberían hacerlo un conjunto de profesionales, no sólo de la medicina, sino también de otros campos, tales como el derecho, la enfermería, el trabajo social y la psicología, en este último campo se involucran aspectos como son la vida, la muerte, los temores, las actitudes, la empatía, el altruismo, etc.

De acuerdo con Dib (1997), debido a la gran demanda de trasplantes, existe el enorme reto de convencer a más mexicanos para que donen sus órganos al morir. Es por ello que el 26 de mayo del 2000, en un esfuerzo por incrementar el número de donaciones se publicaron en el diario oficial las modificaciones hechas a la Ley General de Salud en materia de donación, trasplantes y pérdida de la vida.

La situación de la donación en México es crítica, al igual que en el resto del mundo, la demanda de órganos ha aumentado considerablemente desde 1963, cuando se realizó el primer trasplante de riñón en el país. En 1997, cerca de 10 mil enfermos esperaban que, al morir, alguien les donara un órgano o tejido, mientras que el número de donaciones post-mortem es entre 300 y 400 al año. En este sentido, puede decirse que la donación cadavérica en México es muy pobre, ya que de cada tres mil decesos sólo un caso es susceptible de donación, por

distintos motivos, ya sea legales, médicos, morales, éticos, psicológicos, etc. (Dib, 1997).

Respecto a este último punto, las actitudes son una parte sustancial en el estudio de la donación, la actitud ha sido definida de múltiples formas. Sin embargo, integrando las definiciones de Proshansky y Seidenberg (1973) y Eagly y Chaiken (1984) se puede decir que es una tendencia compleja de la persona, que se expresa mediante la evaluación de un objeto concreto del medio ambiente con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad.

Al definir la actitud como una tendencia, se da a entender que se trata de un estado interno de la persona, no es algo que se encuentre en el ambiente, no se trata de una respuesta manifiesta y observable directamente. Entonces, la actitud puede concebirse como algo que media e interviene entre los objetos que se encuentran en el ambiente y que pueden denominarse “estímulos”, y las reacciones o “respuestas evaluativas” manifiestas de las personas (Morales, 1999).

Esa tendencia es evaluativa y se refiere a la asignación de aspectos positivos y negativos a un objeto; siendo la actitud un estado interno, tendrá que ser inferida a partir de respuestas manifiestas y observables; y, siendo evaluativa, las respuestas serán de aprobación o desaprobación, de atracción o rechazo, de aproximación o evitación, etc.

De acuerdo con Morales (1999), la evaluación implica dirección e intensidad, la primera se relaciona con el carácter positivo o negativo que se atribuye al objeto actitudinal, mientras que la intensidad se refiere a la gradación de esa dirección, es decir, se puede tener una actitud positiva o negativa hacia la donación de órganos y tejidos, pero a la vez, ese carácter positivo o negativo puede darse en varios grados. Incluso puede suceder que la actitud se ubique en un punto de neutralidad o indiferencia, ya sea porque la persona no tenga una actitud formada hacia dicho objeto o porque ésta es ambigua, es decir tiene simultáneamente aspectos positivos y negativos con aproximadamente la misma intensidad, es por esta razón que la actitud suele representarse como un continuo denominado el continuo actitudinal, que comprende los aspectos de dirección e intensidad.

De acuerdo con Summers (1976), existe un consenso general respecto a tres aspectos de las actitudes: una actitud es una predisposición a responder a un objeto y no la conducta efectiva hacia él; la actitud es persistente, aunque no inmutable, esto indica que el cambio de las actitudes, requiere un gran esfuerzo; la actitud produce consistencia en las manifestaciones conductuales y, finalmente, la actitud tiene una cualidad direccional, esto no sólo implica la formación de rutinas de conducta en la forma de consistencia en las manifestaciones, sino que posee una característica motivacional.

La actitud es un estado psicológico interno, y se manifiesta a través de una serie de respuestas observables, las cuales se han agrupado en tres grandes categorías: cognoscitivas, afectivas y conativo-conductuales (Katz y Stotland, 1959 y Krech, Crutchfield, Ballachey, 1962). Si bien lo que caracteriza a la actitud es la evaluación, ésta se puede expresar a través de vías diferentes. La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno –la actitud- justifica la complejidad interna de dicho estado (Morales, 1999)

Un punto que ha suscitado controversia en el campo de las actitudes es su relación con la conducta, estas son dos conceptos diferentes, los investigadores de las actitudes han trabajado desde el supuesto de que el conocimiento de la actitud de una persona servirá, al menos, para conocer el marco general de su actuación relacionado con el objeto actitudinal. Sin embargo, se han publicado trabajos que han puesto en duda la relación entre actitud y conducta, destacando el trabajo de La Piere en 1932, que más tarde fue retomado por Wicker en 1969. A este último se debe la reacción de la psicología social en los años setenta y posteriores con el fin de demostrar, frente a las tesis mantenidas por este autor, la existencia de una relación entre actitud y conducta. Uno de los grandes desarrollos de investigación orientados a este objetivo es la teoría de la acción razonada, que en la presente investigación será tomada como marco de referencia teórico (Morales, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otro punto clave en esta investigación e íntimamente relacionado al tema de las actitudes es la persuasión. De acuerdo con Morales (1999), una de las formas más importantes y difundidas de cambiar las actitudes es a través de la comunicación, ya que en nuestra vida cotidiana estamos inmersos en un mundo lleno de mensajes persuasivos, los cuales proceden de amigos, familiares, fabricantes, políticos, autoridades sanitarias, etc. No obstante, no todos los mensajes persuasivos logran ser efectivos.

Al igual que en el caso de las actitudes, para la persuasión se ofrecen diversas conceptualizaciones, siendo una de ellas la que plantea Cronhite (1969), quien sostiene que la persuasión se refiere al acto de manipulación de símbolos para producir cambios en la conducta de acercamiento-alejamiento de quien interpreta los símbolos, el análisis de este investigador enfatiza el comportamiento más que los motivos o actitudes, y la manipulación del símbolo por el que persuade, coincidiendo con Bettinghaus (1968) acerca de la importancia de la transmisión del mensaje como una condición necesaria para la persuasión.

La investigación desarrollada en la universidad de Yale por Hovland, Lumsdaine y Sheffield (1949), Hovland, Janis y Kelley (1953) y Hovland y Janis (1959) representa el primer abordaje sistemático de la persuasión en el campo de la psicología social. A partir de ahí se han desarrollado varias aproximaciones al estudio de la persuasión, una de ellas es el Modelo de Probabilidad de Elaboración de Petty y Cacioppo (1981, 1986a y 1986b), se trata de un enfoque integrador, que goza de amplia aceptación. El modelo se centra en los procesos responsables del cambio de actitud cuando se recibe un mensaje así como la fuerza de las actitudes que resultan de tales procesos, su gran aportación es que permite integrar varios enfoques¹, es por ello que se retomó como marco teórico respecto al tema de la persuasión.

¹ Estos enfoques son los del grupo de la Universidad de Yale según el cual, para que un mensaje persuasivo cambie la actitud y la conducta, tiene que cambiar previamente los pensamientos o creencias del receptor. De acuerdo con la teoría de la respuesta cognoscitiva siempre que un receptor recibe un mensaje persuasivo, compara lo que la fuente dice con sus conocimientos, sentimientos y actitudes previas respecto al tema en cuestión. Y finalmente, el modelo heurístico, de acuerdo con el cual, en muchas ocasiones somos persuadidos porque seguimos determinadas reglas heurísticas de decisión que hemos aprendido por experiencia u observación, la persuasión es resultado de alguna señal superficial del mensaje, de la fuente que lo emite o de las reacciones de otras personas que reciben el mismo mensaje (Eagly y Ckaiken, 1984).

Las actitudes y la persuasión son dos elementos fundamentales en el estudio de la donación de órganos y tejidos desde la perspectiva de la psicología social. Sin embargo, la incursión de los psicólogos en el campo de la donación es mínima, por lo que en esta investigación se intentó dar una visión tan general del problema, como lo es el hecho de explorar la actitud general hacia el mismo y tan específica, como lo representó el diseño de estrategias para persuadir a las personas a que donen.

Los productos obtenidos a lo largo de esta investigación se han organizado de la siguiente manera:

En el primer capítulo se efectúa una revisión histórica de los desarrollos en el área de trasplantes, tanto a nivel mundial como en México. También se ofrece una revisión del marco institucional y legal de la donación en México, al igual que una revisión del estado actual de la donación en el mundo. En este mismo capítulo se dedica un apartado a la posición de algunas religiones respecto a la donación.

En el segundo capítulo se ofrece una revisión general de algunos aspectos psicosociales relacionados a la donación, tales como la empatía, el altruismo, las actitudes y la persuasión, exponiendo respecto a los dos últimos las teorías adoptadas en la presente investigación.

El plan de trabajo empírico en sus diferentes fases se presenta en el tercer capítulo, junto con sus respectivos resultados e interpretación de los datos.

Finalmente se presenta la sección de discusión y conclusiones, en la que se estima el alcance de los hallazgos encontrados.

1. ORIGEN Y DESARROLLO DE LOS TRASPLANTES

Desde inicios del siglo XX, gracias al desarrollo alcanzado por la Medicina y la Biología, es posible disponer del cuerpo humano para hacer uso de órganos y tejidos que contribuyen a la preservación de la vida o a la mejora de la salud de personas que requieren un trasplante².

La historia y desarrollo de los trasplantes, se encuentra vinculada también a los primeros intentos reparadores que dieron origen a la cirugía plástica, reflejados en los trabajos de Gaspar Tagliacozzi (1545-1599), cirujano de Bolonia, en su libro *Cirugía de la mutilación y del injerto* describe la técnica del injerto de piel, con esta técnica repara la nariz a partir de la piel del antebrazo. Este método al parecer tiene su origen en los antiguos cirujanos plásticos de la India, descritos en los manuscritos de Sushruta, usando en muchos casos a esclavos jóvenes, como donantes, a fin de reparar la nariz mutilada, por enfermedad o trauma, de sus señores. El trabajo pionero de Tagliacozzi fue recogido posteriormente por John Hunter, quien realizó injertos de piel, de testículo y de ovario; incluso llegó a establecer por primera vez el término *trasplante*, proveniente de su uso en el reino vegetal. Por su parte, Giuseppe Baronio (1759-1811) realizó con éxito injertos de piel entre ovejas (Marquis y Casson, 1968).

Sin embargo, la tarea trasplantadora se abrió paso a partir de la experimentación médica con las transfusiones sanguíneas. En el año de 1667 en París, se realizó la primera transfusión sanguínea, la cual se le atribuye a Denis, quien utilizó sangre de cordero. Posteriormente tras la frecuente aparición de accidentes en estos procedimientos, Blondell en 1825, aconsejó el uso de sangre humana para todos los casos de transfusiones. No fue sino hasta 1900 cuando Landsteiner al descubrir los grupos sanguíneos sentó las bases científicas para este tipo de transfusiones (Domínguez y Villalobos, 1993).

² Un trasplante es el procedimiento por el cual se implanta un órgano o tejido procedente de un donante a un receptor.

Los primeros trasplantadores de injertos no distinguen realmente entre los injertos obtenidos de un mismo individuo (autógeno), de los de aquéllos provenientes de otros. Se usaron aloinjertos (distinto individuo-misma especie) y xenoinjertos (de distinta especie) por razones terapéuticas, durante finales del siglo pasado, sin que muchos de ellos hayan sido publicados.

En la era moderna, el desarrollo en el campo de los trasplantes se inicia en 1901, cuando Alex Carrel describe las técnicas quirúrgicas que le permitieron el trasplante de corazón entre animales. Posteriormente en 1954 médicos del hospital Peter Bent Brigham de Boston, Massachusetts, realizaban el primer trasplante renal con éxito, entre hermanos idénticos (sin barreras inmunológicas). Cinco años más tarde, se realizó entre hermanos no idénticos. En 1961 se realizaron los primeros trasplantes renales de donador no consanguíneo o cadavérico, es así que la década de los 60 marca el inicio de los trasplantes hepáticos y cardíacos; en 1967, se llevó a cabo con éxito el primer trasplante cardíaco. En la actualidad se puede hablar de trasplantes de corazón, córneas, hígado, piel, médula ósea, hueso, páncreas, intestino grueso e intestino delgado (Dib, 1994).

La técnica del trasplante de órganos sólidos tal y como se realiza en la actualidad, ha requerido de una serie de hallazgos que incluyen: las suturas vasculares por parte de Alexis Carrel (sus descubrimientos lo hicieron merecedor del Premio Nobel de Medicina en 1912); los grupos sanguíneos descubiertos por Carl Landsteiner; las bombas de perfusión y circulación extracorpórea, aportación de Lindberg y Gibbon Jr.; mientras que Kolf investigó el desarrollo renal y circulatorio, también ha sido necesaria la elaboración de drogas antirechazo (Carrel y Guthrie, 1905 y Morris, 1982). En la siguiente tabla se puede observar una cronología de las principales aportaciones en el área de trasplantes (tabla 1.1).

Tabla 1.1. Principales aportaciones en el área de trasplantes (1901-1987)

AÑO	INVESTIGADORES	SUCESO
1901-14	Carrel y Guthrie	Anastomosis vasculares, Tx. renal experimental. Heterotípico cardíaco (Tx HC).
1905	Zirm	Primer injerto corneal.
1935	Demikhov	Diversos modelos de Tx HC, en perros.
1938	Carrel-Lindbergh	Primeros intentos de preservación.
1958	Goldberg	Tx ortotópico en perro (117 minuto).
1960	Lower y Shumway	Descripción de la técnica (Tx CO)
1960	Beltzer-Collins	Soluciones de preservación.
1960	Thomps	Tx de intestino experimental.
1963	Starzl	Tx hepático.
1964	Hardy	Tx ortotópico de corazón de chimpancé a hombre.
1964	Monchik	Tx de intestino clínico.
1966	U. Minesota	Tx páncreas y riñón.
1967	Barnard	Primer Tx cardíaco en humanos.
1968	Texas H.I.	Primer Tx cardiopulmonar.
1972	Borel-Dreifus	Desarrolla la ciclosporina 1977. Sueros antilinfocitos.
1972	Caves-Schultz	Biopsia endomiocárdica.
1972	M. Billingham	Dx anatomopatológico (Tx C).
1978	G. de Toronto	Primer Tx pulmón unilateral.
1983	Sandoz L.	Introducción a la ciclosporina.
1987	Hatanaka	Introducción del FK-506.

Fuente: Cuevas-Mons y Del Castillo-Olivares (1994). (Tx: trasplante)

Durante la segunda guerra mundial se presentaron nuevos problemas clínicos (como quemaduras masivas y problemas renales) que ayudaron a acelerar el entendimiento de las bases biológicas de los trasplantes especialmente sobre el riñón, incluyendo la diálisis renal y los injertos de piel (Morris, 1982).

A comienzos de los años sesenta se suceden una serie de hechos que van a revolucionar el mundo de los trasplantes: El primero de ellos, fue el tipaje de tejidos, método, que permitió seleccionar con cierta garantía al donante y al receptor. Gorer, en Londres, obtuvo la primera evidencia, en ratones, de la existencia de un sistema, llamado por Snell en los EEUU, como de

histocompatibilidad. También se desarrollo de forma rutinaria la diálisis renal, se introdujeron drogas y sueros antirrechazo y antimicóticos. Otra importante aportación fue la introducción d los corticoides y de la ciclosporina (droga inmunosupresora) (Morris, 1982).

Los primeros trasplantes experimentales se realizaron durante la década de los años 50, y algunos se convirtieron en realidad terapéutica en los 70 (riñón), o en los 80 (trasplantes extrarrenales), otros trasplantes están aún por definirse. En España se realizaron en 1965 los primeros trasplantes de riñón y en 1984 se iniciaron los de corazón e hígado. Por tanto, desde hace algo más de veinte años, el número de personas que viven gracias al trasplante de un órgano vital es cada vez mayor.

Sin embargo, los avances en la técnica quirúrgica, así como en la infra y superestructura para la realización de trasplantes, que permitan ofrecer al donador y al receptor un margen convincente de seguridad en el éxito del procedimiento, no ha sido uniforme para los diversos órganos susceptibles, hasta hoy, de ser trasplantados.

Los trasplantes de órganos (riñón, hígado, córnea, hueso, tubo digestivo, etc.) requieren de intervenciones quirúrgicas complejas, mientras que el procedimiento de los trasplantes de tejidos (médula ósea, células endocrinas, etc.) es relativamente simple, por ejemplo, en el caso de la médula ósea se inyecta en el torrente sanguíneo para que se implante en el lugar de destino (Del Castillo-Olivares, 1994).

En la actualidad, más de 36,000 trasplantes son realizados en el mundo cada año. Desde 1985 a 1990, el número se incrementó en un 22% por año en los cardíacos y un 40% en los hepáticos; sin embargo, la escasa donación de órganos no ha permitido mantener este ritmo continuo. Hoy en día, anualmente se realizan alrededor de 4,000 trasplantes cardíacos y 6,000 hepáticos luego del procedimiento los pacientes deberán recibir terapia inmunosupresora por el resto de sus vidas (Scapin, 1997).

Son tres las esferas que el desarrollo de los trasplantes de órganos y tejidos ha impactado, por un lado están los pacientes, cuya esperanza de recobrar su salud o salvar su vida se incrementa; en el campo de la ciencia y la tecnología, los trasplantes han influido el desarrollo de nuevas áreas de conocimiento. Finalmente, sobre la sociedad debido a las implicaciones éticas, legales, sociales, religiosas, económicas, médicas y psicológicas que envuelven al donador y al receptor.

Cabe mencionar que los órganos para trasplante se obtienen principalmente de las personas que ceden sus órganos después de morir, para que puedan ser utilizados con este fin. Un solo donante cadavérico puede proporcionar dos córneas, dos riñones, un hígado, un páncreas, un corazón, etc. Sin embargo, existen órganos y tejidos que pueden ser donados en vida, por ejemplo, el riñón y médula ósea. Siempre el receptor de algún órgano donado es aquél que tenga una mayor afinidad fisiológica con el donante, reduciendo así al máximo la posibilidad de rechazo.

El trasplante de órganos y tejidos ha revolucionado la medicina, hoy en día es parte de la rutina de un número cada vez mayor de centros en casi todos los países. Esta labor ha sido posible gracias al desarrollo de mejores técnicas quirúrgicas y anestésicas, a los mejores cuidados postoperatorios, a una selección de los receptores más rigurosa y al desarrollo de la inmunología y farmacología que han proporcionado nuevos y más potentes medicamentos inmunosupresores, antibacterianos, antivirales y antimicóticos. Pero sobre todo, gracias a los donadores, ya que sin su colaboración y a pesar de los avances científicos, esta tarea sería imposible de llevar a cabo.

1.1. Donantes potenciales

Una de las fuentes principales de órganos son los pacientes con muerte cerebral, sin embargo, sólo un bajo porcentaje de donantes potenciales por muerte cerebral llegan a ser donantes reales, ya que muchas personas desconocen el significado de dicho término, por lo que es fácil que confundan el concepto con un estado de coma, lo que lleva a pensar que el paciente algún día se recuperará, incluso algunas veces al mismo personal médico (enfermeras, médicos, etc.) no le queda claro el concepto, por lo que pueden llegar a confundir a los familiares haciéndoles

creer que la persona está viva. A pesar de que en la actualidad existen procedimientos específicos que llevan al diagnóstico de forma confiable y precisa, sigue existiendo desconocimiento y confusión en torno a la muerte cerebral.

La muerte cerebral es una condición en la que existe un daño cerebral extenso e irreversible y las funciones cardíaca y respiratoria son mantenidas mediante ventilación mecánica. La muerte cerebral equivale a la muerte del individuo a pesar que el corazón continúe latiendo y que persistan las funciones de la médula espinal. La declaración de muerte cerebral es un paso en la evolución de la medicina de este siglo y es crucial en la definición de donante o en la decisión de cesar el tratamiento de un paciente (Gómez-Arnau, Díaz-Cañabate y Carrera González, 1994).

Todos los pacientes cuyo estado neurológico se deteriora de tal forma que es previsible la muerte cerebral deben ser considerados como potenciales donantes de órganos. Los criterios más importantes de exclusión son el daño específico del órgano a donar, la sepsis, la presencia de enfermedad transmisible (hepatitis B, virus de la inmunodeficiencia, citomegalovirus) y tumores cancerosos, la adicción a drogas por vía parental y una historia de homosexualidad activa suelen ser también criterios de exclusión.

Contraindicaciones relativas son la edad avanzada, la diabetes mellitus, la hipertensión y otras enfermedades concurrentes. En la muerte cerebral tras suicidio por envenenamiento se considera la donación de órganos cuando se atestigua que la droga o producto ha desaparecido o no contribuye al estado clínico. El precedente de paro cardíaco no es una contraindicación absoluta si existe una razonable confianza en que la perfusión de los órganos se restableció rápidamente. En algunos centros se han puesto en práctica protocolos para la obtención de riñones de donantes de asistolia. Por ejemplo, un 10% de los riñones extraídos en un hospital español en 1993 fue obtenido de esta forma (Gómez-Arnau, Díaz-Cañabate y Carrera González, 1994).

En la muerte cerebral, la pérdida irreversible de función cerebral tanto cortical como de tronco es el suceso principal. En la práctica tiene tres componentes: ausencia de reflejos de tronco, ausencia de actividad cortical y demostración de la irreversibilidad del proceso (Black, 1993).

En México, de acuerdo con nuestra legislación, la muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

1. pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales.
2. Ausencia de automatismo respiratorio, y
3. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Es importante descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes barbitúricos o sustancias neurotrópicas. Los signos mencionados deben corroborarse por medio de una angiografía cerebral bilateral que demuestre la ausencia de circulación cerebral o un electroencefalograma que demuestre la ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas (Diario oficial de la Federación, 2000).

Una vez diagnosticada la muerte cerebral, la utilización con éxito de los órganos del donante requiere que se mantenga la función cardíaca, una adecuada perfusión tisular y el uso de ventilación mecánica. Una vez que se produce la muerte cerebral es cuestión de horas el deterioro somático del paciente que culmina en paro cardíaco en 48-72 horas en adultos y algo más tarde en niños. La anticipación de estas secuelas, los cuidados generales del paciente, y una reorientación de los esfuerzos terapéuticos desde el énfasis en la resucitación cerebral y balance hídrico negativo hacia la expansión del volumen intravascular y mantenimiento de oxigenación y perfusión tisulares constituyen los objetivos fundamentales del mantenimiento del donante. Los principales problemas en su cuidado incluyen hipotensión, arritmias, alteraciones respiratorias, alteraciones electrolíticas, diabetes insípida, hiperglicemia, anemia, coagulopatía e hipotermia (Cuevas-Mons y Del Castillo-Olivares, 1994)

A pesar de que México tiene una historia sólida en el área de trasplantes, los donadores por muerte cerebral son pocos. Desafortunadamente, la mayor parte de los trasplantes realizados en el país utilizan órganos provenientes de donantes vivos.

1.2. Evolución de los trasplantes en México³ y el mundo

Los trasplantes de órganos y tejidos, son sin lugar a dudas uno de los grandes avances de la medicina en el siglo XX, fue en 1954 que se realizó en la ciudad de Boston en E.U.A. en una pareja de gemelos, el primer trasplante renal exitoso, por los médicos Murria, Merrill y Harrison.

En las siguientes décadas se agregaron en forma gradual, pero acelerada, notables avances como los medicamentos inmunosupresores, que han favorecido la sobrevivencia a largo plazo de pacientes trasplantados aún entre individuos con señaladas diferencias inmunológicas.

En México, el primer trasplante de riñón exitoso se realizó en el año de 1963, en el Centro Médico Nacional por los médicos Quijano, Flores Izquierdo y Ortiz-Quezada; apenas dos años después que se había realizado con éxito en Estados Unidos, usando el cadáver de un donador. Poco después se incorporaron a esta práctica el Instituto Nacional de la Nutrición, el Hospital Central Militar y el ISSSTE. Por otra parte, Tomas Starzl, realiza el 1 de marzo de 1963, en la Universidad de Colorado, el primer trasplante de hígado en seres humanos; la cirugía duró 24 horas, desafortunadamente el paciente murió en el quirófano. Entonces inicia el nuevo reto: realizar trasplantes de órganos únicos como el hígado. En 1967 suceden dos hechos de gran relevancia en el área de trasplantes, el primero de ellos involucra directamente a nuestro país, el segundo tendría repercusiones posteriores para nuestro país:

- 1) En la Ciudad de México se inicia el Programa de Trasplantes en la Secretaría de Salud en el Instituto Nacional de la Nutrición, con Chávez-Peón, Campuzano y Bravo, quienes lograron la conformación de la primera Unidad Clínica de trasplantes en el instituto en 1971, a cargo de Chávez-Peón.

³ La revisión de los hechos ocurridos en México en cuanto a la evolución de los trasplantes se hizo a partir de las siguientes fuentes: Consejo Nacional de Trasplantes (1999), Dib (1994 y 1997), Domínguez y Villalobos (1993), Fundación Mexicana para la Salud (1990), Kuri (1997)

- 2) En la madrugada del 3 de diciembre de 1967 Christian Barnard realizó el trasplante cardiaco, dando lugar quizá, al impacto más importante que ha tenido la trasplantología en todo el siglo.

En el año de 1972 se inicia en México la Unidad de Trasplantes del Instituto Nacional de la Nutrición y es dirigida por Chávez-Peón. Por su parte, Jorge Elías Dib es el primer urólogo que prácticamente se dedica a esta unidad de trasplantes en forma permanente, trabajando en este programa en nuestro país.

En ese mismo año, aparece un descubrimiento de importancia vital para el mundo de los trasplantes, aportado por Borel: la ciclosporina, que es uno de los medicamentos inmunosupresores más potentes que se conocen en la actualidad. Para 1975-1976 empiezan los experimentos ya en fase clínica con este producto. En esta misma época, México cuenta con dos grupos más de trasplante, en el Hospital 20 de Noviembre Javier Castellanos Coutiño inicia el programa de trasplantes, a su vez Octavio Ruiz hace lo mismo en el Hospital Militar de México.

A principios de los años 80 un grupo de médicos en Inglaterra, encabezado por Roy Calne se constituye como el primero a nivel mundial que practica trasplantes de órganos usando ciclosporina como inmunosupresor. Esto revive el interés de muchos centros por los trasplantes de hígado y corazón que estaban frenados, ya que no se conseguía el éxito deseado. Así, Calne empieza sus primeros trabajos con la ciclosporina con éxito, por lo que esta droga empieza a ser usada en todo el mundo.

En 1985 inicia en nuestro país la tarea de procuración de órganos de cadáver, que para fines prácticos se mantuvo como anecdótica durante muchos años. En 1987 ya había 22 hospitales realizando trasplantes de órganos, principalmente de riñón. Cuando un grupo de médicos de la Secretaría de Salud encabezados por Soberón (en aquel entonces secretario de Salud); Kumate (que era subsecretario de Servicios de Salud), y muy especialmente por Pacheco (que era coordinador de Asesores), deciden que era el momento de que el Registro Nacional de Trasplantes se incorporase como un órgano propio de la Secretaría de Salud. Se revisan reglamentos, leyes, se hacen normas técnicas que no existían, se publican y se empieza a estudiar la forma en que una estructura del gobierno Federal

pudiese promover los trasplantes, impulsar la ciencia y regular este tipo de procedimiento en el país (Dib, 1994).

Al Registro Nacional de Trasplantes se le asignó la tarea de coordinar la adecuada distribución y aprovechamiento de órganos y tejidos de seres humanos para trasplantes a través del Programa Nacional. Además se ha encargado de captar la información hasta diciembre de 1998, de más de 31 mil trasplantes efectuados en México, siendo el más frecuente el de córnea, que empezó a realizarse por los años cincuenta en nuestro país seguido por el riñón (Dib, 1994).

En 1985 se efectúa el primer trasplante de hígado, en el Instituto Nacional de Nutrición, por Héctor Orozco. En marzo de 1987 se realiza el primer trasplante de páncreas, efectuado por Dib y un grupo de colaboradores en el Instituto Nacional de Nutrición y también se realiza el primer trasplante doble, implantando páncreas y riñón simultáneamente en una misma paciente. El 21 de julio de 1988 se realiza el primer trasplante de corazón en el Centro Médico la Raza, por Rubén Argüero.

El primer trasplante de pulmón se efectuó en enero de 1989, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, por Villalba y Santillán, siendo el primer trasplante de pulmón exitoso en México y en Latinoamérica. También en ese mismo año se realizan los primeros autotrasplantes de corteza de médula, de tejido suprarrenal a cerebro y de tejido fetal embrionario (sustancia nigra, médula suprarrenal embrionaria) en los que Madrazo y cols., en el Centro Médico del Seguro Social, son pioneros e iniciadores de una nueva época de investigación clínica.

En 1988 se realizaron en México 259 trasplantes renales en 32 hospitales, y para 1993 alrededor de 650 casos, en 79 centros. El 82% de los trasplantes de órganos en México se realiza en hospitales del sector público y el 18% en hospitales del sector privado. En ese mismo año en la ciudad de México y en cinco entidades de la República se practicaban trasplantes. Según las estadísticas de 1992 se realizaron 600 trasplantes de riñón en todo el año, en la ciudad de México se hizo prácticamente la mitad; la otra, fue realizada en otras entidades federativas (por ejemplo, Jalisco, Nuevo León, Guanajuato, Sonora, etc.), lo cual es una muestra de que el programa está descentralizándose en forma acelerada. En 1993 son 21 los

estados incorporados a este programa y en 1994 cuatro estados más se incorporaron.

En 1994 participaban en el programa nacional de trasplantes 25 entidades federativas, dos más que en el período 1991-92 y 157 establecimientos, de éstos, en 82 se realizan trasplantes de órganos principalmente de riñón y en 75 se practican trasplantes de tejidos, principalmente córneas; los trasplantes de corazón, hígado, pulmón, páncreas y médula ósea se continúan realizando en los Institutos Nacionales, en el IMSS y en el ISSSTE. En 1997, la cantidad de hospitales afiliados al Programa Nacional de Trasplantes era de 190 (Dib, 1994). De acuerdo a información del Registro Nacional de Trasplantes actualmente existen más de 170 centros de trasplantes en el país, tanto los del sector público como los del privado.

Por su parte, el ISSSTE, durante el periodo diciembre 1994- agosto 1995 y conforme al Programa de Donación y Trasplantes de Órganos, realizó, 36 trasplantes; cinco de córnea y 31 de riñón. Aparte del crecimiento dado en los últimos años, la calidad de los trasplantes que se realizan en nuestro país es igual que la de países avanzados. De los 600 trasplantes que se realizaron en 1992, el 95% de los pacientes en sobre-vida actuarial estadística a un año, están vivos (Dib, 1994).

Desde 1964 a 1998 se habían realizado en México 31,257 trasplantes de órganos y tejidos, entre los que destacan 15,278 casos de trasplantes de córnea que representan el 48.9% del total, así como 8,026 de trasplante renal que representan, a su vez, el 25.7%, así como 4,353 casos de trasplante de piel y 300 de hueso que sumados aportan al total el 23.5%; de los 600 restantes 424 corresponden a médula ósea; 57 a corazón; 55 a hígado; 30 a páncreas; 15 a tejido nervioso; 12 a tejido suprarrenal y 7 a trasplante de pulmón (tabla 1.2).

Tabla 1.2. Órganos y tejidos trasplantados en los Estados Unidos Mexicanos
Período 1964-1998

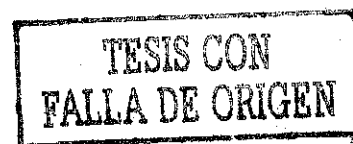
Órgano o tejido	No. de trasplantes	%
Córnea	15,278	48.87
Riñón	8,026	25.67
Piel	4,353	13.92
Hueso	3,000	9.59
Médula ósea	424	1.35
Corazón	57	0.18
Hígado	55	0.17
Páncreas	30	0.09
Tejido nervioso	15	0.04
Tejido suprarrenal	12	0.03
Pulmón	7	0.02
Total	31,257	100.00

Fuente: Registro nacional de Trasplantes. S.S.A.

En ésta, como en otras áreas de la actividad nacional, la centralización propició inicialmente la concentración de los recursos humanos y tecnológicos de alta especialidad en las principales ciudades del país, predominantemente en el Distrito Federal, de tal forma que, de los 8,026 trasplantes renales realizados en la República Mexicana de 1963 a la fecha, 4,577 (57.3%) se han efectuado en el Distrito Federal.

La descentralización de los servicios de salud impulsada por el gobierno de la República con la coordinación de la Secretaría de Salud, y el compromiso de las instituciones del sector, permitió que para 1998 fueran 18 las entidades en las cuales se llevaron a cabo exitosamente trasplantes renales. En este sentido, destaca el estado de Jalisco donde se han realizado 765 trasplante renales, lo que significa el 9.2% del total nacional, así como, Nuevo León con 645 (8%), Coahuila con 287 (3.6%), Sonora con 248 (3.1%), Puebla con 226 (2.8%), Aguascalientes y Veracruz con 191 cada uno (2.4%), Sinaloa con 186 (2.3%), Guanajuato con 172 (2.15), y 11 estados más que se han sumado a la práctica de los trasplantes renales.

En México, el órgano más solicitado es el riñón, en 1997 se tenían aproximadamente a unos 5 mil pacientes esperando un donador de riñón (en 1944 había 1500 pacientes en lista de espera, para un trasplante renal). Alrededor de un 15% de pacientes mueren por insuficiencia renal (Dib, 1997).



En la actualidad, aproximadamente 90% de los trasplantes que se realizan en México son de riñón, pues son de los pocos que pueden realizarse de un donador vivo. El resto de tejidos y órganos casi en su totalidad sólo pueden obtenerse de un donante fallecido, lo que no es común debido a la escasa oferta existente. Se calcula que anualmente se necesitan alrededor de 3,000 riñones y córneas, y 700 hígados y corazones, de los cuales se cubre una mínima parte. Para incrementar estas cifras es necesario crear una cultura altruista de donación de órganos y tejidos de personas fallecidas (Calvillo, 1999).

Según datos de la Secretaría de Salud en 1997 ocurrieron aproximadamente 68,000 muertes a causa de enfermedades del corazón, casi 23,000 por anomalías del hígado, 13,558 como consecuencia del deterioro de riñones y 8,550 por padecimientos pulmonares. Estos índices de mortalidad podrían reducirse si se contara con la suficiente cantidad de órganos procedentes de un cadáver.

Con el propósito de subsanar esta problemática, en las políticas de modernización del programa de salud para el sexenio de 1994-1996 se propuso la creación del *Consejo Nacional de Trasplantes* (CONATRA), que fue instalado oficialmente el pasado 19 de enero de 1999 (apéndice 1.A), como un organismo intersecretarial de la administración pública federal, cuyo objetivo es “promover, apoyar y coordinar las acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado, con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad por padecimientos susceptibles de ser corregidos mediante este procedimiento” (Diario Oficial de la Federación, 1999, p. 61).

Para una lectura más detallada de los mecanismos de funcionamiento y objetivos específicos del Consejo Nacional de Trasplantes se puede consultar el programa de trabajo de dicho organismo (apéndice 1.B).

Como parte del decreto por el que se reforma la Ley General de salud, el 26 de mayo de 2000, se crea el centro Nacional de Trasplantes, que tiene a su cargo el registro Nacional de Trasplantes, el cual debe encargarse de integrar y mantener actualizada la base de datos de los receptores, de los donadores y fecha de trasplantes, los establecimientos autorizados, los profesionales de las disciplinas que intervengan en trasplantes, los pacientes en espera de algún órgano o tejido, integrados en las listas estatales y nacional y, los casos de muerte cerebral. De

igual forma se deben crear los Centros Estatales de Trasplantes para decidir y vigilar la asignación de órganos, tejidos y células, así como para participar con el Consejo Nacional de Trasplantes en el fomento y promoción de la cultura de la donación. También deben proporcionar al Registro Nacional de Trasplantes la información correspondiente a su entidad (Diario Oficial de la Federación, 1999).

Cabe mencionar que recientemente en México, el laboratorio suizo Novartis diseñó un proyecto denominado *Pegassus*, cuyo propósito es unificar y fortalecer la base de datos del Registro Nacional de Trasplantes, y dotar a los principales centros en que se realiza esta especialidad con equipos de cómputo, líneas telefónicas y cuentas de correo electrónico para formar una red de enlace entre los médicos especialistas.

Como parte del proyecto *Pegassus*, Novartis puso en marcha una página electrónica con dos secciones básicas, primero, informa al público en general sobre la problemática de la donación en México, las necesidades de órganos, así como la situación de los trasplantes. Segundo, es el medio de comunicación entre el propio laboratorio y los médicos. En esta sección la información sólo confiere a los especialistas, por lo que se les asigna una clave de acceso. En dicha página, se integraron los datos epidemiológicos de los pacientes y la lista de los posibles receptores, de tal forma que puede ofrecerse información más confiable. Ésta complementará la ya existente en el Registro Nacional de Trasplantes y se integrará una sola base de datos. Las instituciones que ya poseen el equipo para integrarse a la red, son los centros médicos de Torreón, el Nacional Siglo XXI y 20 de Noviembre; el Hospital de Especialidades de Occidente en Guadalajara, la clínica 25 del IMSS en Monterrey, el Consejo Nacional de Trasplantes y próximamente el Centro Médico la Raza y los hospitales de pediatría del Distrito Federal y de Occidente.

En lo que respecta a la experiencia mexicana en cuanto a campañas publicitarias para motivar a las personas a donar, se ha intentado apelar a los sentimientos de generosidad, por lo que no es de extrañar que un lema de las campañas diga "Yo soy donador, de todo corazón".

La Fundación Mexicana para la Salud quien durante un tiempo tuvo a su cargo el desarrollo e implementación de las campañas masivas de comunicación, elaboró un estudio, cuyo documento "*Estado actual de la donación de órganos en México*", destaca la disposición del individuo a donar sus propios órganos, más cuando se le cuestiona qué haría en caso de ser él quien tuviera que donar los órganos de un familiar, la mayor parte de las personas expresaron que nunca harían tal cosa. También mencionaron que su decisión de ser potencialmente unos donadores de órganos no se la habían comunicado a alguna persona cercana a ellos. El estudio también reveló que los varones eran menos proclives a la donación que las mujeres quienes manifestaron que ellas estarían dispuestas a donar sus propios órganos o los de algún familiar (Dib, 1997).

La procuración de órganos es una actividad compleja, por lo que ha sido necesario involucrar a las Procuradurías de Justicia, hacer convenios con ellos; al Ministerio Público se le han dado cursos de capacitación; se ha tenido que preparar médicos, adaptar hospitales, autorizarlos legalmente, hacer una gran cantidad de promoción, involucrando a instituciones como la Cruz Roja Mexicana y la Fundación Mexicana para la Salud, incluso se han tenido que hacer reformas a la ley, con el fin de beneficiar a quien lo necesite.

1.3. Legislación en México sobre los trasplantes y la donación

En México la práctica de trasplantes se reguló inicialmente en 1973, en el Título Décimo del Código Sanitario federal; posteriormente, en 1976, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia estableció el Registro Nacional de Trasplantes como órgano responsable de: vigilar el apego a la normatividad; la expedición de licencias sanitarias para el funcionamiento de bancos de órganos y tejidos; la autorización para el internamiento o salida de órganos y tejidos del país; así como, de contabilizar las disposiciones hechas y los trasplantes realizados; además de llevar el registro de los pacientes en espera de órganos cadavéricos.

En 1983, la Ley General de Salud, estableció en su Título Decimocuarto las condiciones para el Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. Por otra parte, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, señala en su artículo 21, entre las atribuciones de la

Dirección General de regulación de los Servicios de salud, el control y vigilancia de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Hasta inicios del año 2000 México se regía por **La Ley General de Salud** (publicada en el *Diario Oficial* de la Federación correspondiente al 7 de febrero de 1984 y que entró en vigor el primero de julio del mismo año), específicamente en el **Título Decimocuarto** que se refería al "*Control Sanitario de la Disposición de órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos*", **Capítulo I**.

El 26 de mayo de 2000 se publicó la reforma a la Ley General de Salud, por lo que el **Título Decimocuarto** quedó modificado como "*Donación, trasplantes y pérdida de la vida*", comprende 5 capítulos (apéndice 1.C).

Los puntos más relevantes de esta reforma a la Ley General de Salud comprenden la consideración de la donación tácita y expresa, la creación del Centro Nacional de Trasplantes y la donación en vida sólo entre personas con parentesco por consanguinidad o por afinidad civil (cónyuge, concubina o concubinario del receptor), excepto en el caso de médula ósea.

Con esta reforma a la ley se busca incrementar las donaciones, en especial provenientes de cadáver, sin embargo, la mayoría de las personas desconocen esta ley y quienes la conocen muchas veces hacen una lectura errónea de ella, lo que lleva a considerar como improductivo este "avance" si no va unido a una campaña de información masiva. México cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para poder estar al nivel de países como España o Cuba en materia de trasplantes, sin embargo, a diferencia de estas naciones, en México existen muy pocas personas dispuestas a donar sus órganos o tejidos.

1. 4. Panorama mundial de los trasplantes y la donación de órganos y tejidos

El Progreso notable de la farmacología inmunosupresora, los procedimientos diagnósticos y la experiencia clínica han provocado en los últimos 15 años resultados que pueden considerarse espectaculares, lo que ha repercutido en un significativo incremento en la práctica de trasplantes en casi todos los países del mundo.

El caso más notorio lo representa España que de una tasa por millón de habitantes en trasplante renal de 14.3 casos trasplantados en 1989 a 1998 se había incrementado hasta 40, siendo esta cifra la más alta mundialmente. Muchos países en todo el mundo y especialmente los trasplantólogos mexicanos han observado el Programa Nacional de Trasplantes Español, no sólo por su éxito, sino además, por las marcadas semejanzas culturales entre el pueblo español y la población mexicana.

Las diferencias de los países de la región condicionan que el desarrollo alcanzado por los diferentes países del hemisferio sea bastante heterogéneo. Por supuesto, en la región se destacan los Estados Unidos de América como el país líder. Sin embargo, Costa Rica de una tasa (por millón de habitantes) de 4.1 reportada en 1988 para 1997 informó una tasa de 25.2, siendo el país latinoamericano con la tasa más alta de trasplantes.

Para 1990 alrededor del mundo se cuentan 488 programas de trasplante renal, 261 de médula ósea, 214 de corazón, 135 de hígado, 188 de páncreas y 23 de pulmón. El número de trasplantes de riñón alcanzó la cifra de 234,559 injertos renales, operaciones que se llevaron a cabo, principalmente, en centros de América del Norte y de Europa. América Latina cuenta con 35 años en el manejo de enfermedades renales incluyendo el trasplante renal, con más de 20, 000 trasplantes de órganos, casi 10% de la experiencia mundial (Santiago, 1993).

Los países latinoamericanos incursionan cada vez más en el campo de los trasplantes de órganos extrarenales, según avanzan y se modernizan sus programas renales, sus facilidades de diálisis y aumenta la experiencia de los cirujanos e inmunólogos.

Es muy difícil obtener donaciones de órganos cadavéricos en América Latina, con excepción de Cuba, la mayor parte de los países dependen de obtener riñones de donantes vivos para propósitos de trasplantes. Este problema ha sido estudiado con cierto detalle en algunos países, tales como México y Puerto Rico. Se ha logrado identificar que un problema es la reacción de la familia ante la muerte, ya que por lo regular suelen actuar de forma violenta, durante este período es imposible llevar a cabo una comunicación efectiva, en ocasiones otros miembros de la familia ajenos a la situación obstaculizan el proceso y en muchas ocasiones

son familiares lejanos o incluso vecinos quienes toman la decisión de no donar (Santiago, 1993).

Otros países en América Latina pueden tener patrones similares, un sondeo que se llevó a cabo en 1990 demostró que la educación de la población y la comunicación entre los programas de trasplantes y las unidades de cuidados intensivos de trauma eran los problemas principales para obtener órganos de cadáver. Brasil, Perú, México, Puerto Rico, Bolivia y Guatemala, han llevado a cabo trasplante de donador vivo no relacionado. La mayor parte de estos trasplantes se llevan a cabo entre cónyuges o personas con mucha afinidad, tales como hijos de crianza o compañeros de infancia. El pago por la donación no es aceptable y está expresamente prohibido en la mayor parte de las leyes que gobiernan la donación de órganos en los países latinoamericanos. La mayor parte de los países prohíben la comercialización de órganos y tienden a proteger al donador vivo y candidato a donación cadavérica. En todos se exige permiso escrito y se excluye al incompetente mental o legal.

Sin embargo, a pesar de todos los obstáculos el crecimiento en el número de trasplantes después de 1970 ha ido en considerable aumento –aunque todavía no se han alcanzado las cifras que se requieren-, esto se debe en parte a la creación de programas de trasplantes en algunos países y al entrenamiento de especialistas en los diferentes hospitales. Resaltan Costa Rica, Chile, Cuba, Puerto Rico, Brasil y Argentina como los países que enfatizan más el trasplante de órganos. Por otra parte, actualmente, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela han llevado a cabo trasplantes de otros órganos, además de riñón.

De acuerdo con el Consejo Nacional de Trasplantes (Santiago, 1993) la tendencia ascendente de los padecimientos crónicos y degenerativos, así como los crecientes costos de la atención médica representan, en un futuro próximo, el mayor desafío de los sistemas de salud, por lo que es imperativo, sobre todo para los países en vías de desarrollo como el nuestro, reorientar y fortalecer las acciones que permitan garantizar a la población mayor cobertura y mejor calidad a costos razonables, en este sentido, los trasplantes representan una alternativa eficaz y de excelencia terapéutica, por lo que se deberá promover, fomentar e impulsar la donación de órganos.

El concepto de trasplante de órganos ha evolucionado de un procedimiento experimental, a una herramienta terapéutica reconocida y eficaz, capaz de mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades terminales. Hoy, los trasplantes son una realidad. Sin embargo, existen en nuestro país y en muchos otros, diversos obstáculos para la realización de trasplantes. De las limitantes que pueden existir, sin duda la más importante que se enfrenta es el número insuficiente de donadores disponibles, en comparación con la creciente demanda. Al menos en México, el principal obstáculo para la disposición de órganos a partir de cadáveres es la negativa de los familiares para donar, así como en el desconocimiento sobre la regulación para la donación, por su parte, las negativas por cuestiones religiosas también están presentes en nuestra sociedad, por lo que es conveniente fomentar entre los mexicanos la cultura de donación altruista de órganos post-mortem basada en la información certera.

Mientras más aumenta el número de personas que pierde las funciones de sus órganos vitales, la búsqueda de donantes de órganos en América Latina es cada vez más difícil. Son muchas las razones que podrían estar incidiendo en el bajo número de donantes. "Es posible que todavía para los que gozan de salud, para los que no los necesitan, este asunto de donar no se encuentra entre las prioridades inmediatas y podría posponerse porque se presupone que se vivirá para siempre" (Muñoz, 1993, p. 14).

Para los que vivieron en la primera mitad del siglo veinte el hablar de trasplante de órganos era sólo un asunto de ficción. Las enfermedades crónicas que afectaban a la humanidad eran sinónimo de muerte segura. La interrupción de importantes funciones fisiológicas debido a enfermedades crónicas obligaban al cambio dramático de los estilos de vida de quienes las padecían ocasionando limitaciones físicas y emocionales.

Los descubrimientos de las ciencias naturales en los últimos años han permitido cambiar los órganos viejos y disfuncionales por unos "nuevos", sin desperfectos. En la actualidad los que padecen de alguna enfermedad pueden encontrar una esperanza y mantenerse activos. Los adelantos de la medicina han permitido la posibilidad de retar la muerte y la enfermedad. Es precisamente en este punto donde podría encontrarse la contradicción mayor entre la donación y el trasplante. Irónicamente se han logrado realizar trasplantes con más éxito y precisión cada

nuevo año, pero resulta que no hay quien done los órganos, los enfermos antes resignados a morir inevitablemente, ahora tienen que enfrentar el hecho de que su vida depende de la generosidad de otros; aunado a los problemas propios de la enfermedad se encuentra la angustia de saber que a pesar de los avances científicos no hay órganos disponibles.

“...la donación es más que un acto de dar. Es un estilo de vida, implica entender que además del bienestar personal inmediato que se pueda estar sintiendo al gozar ya sea de buena salud o buena posición social ó del tipo que sea, se tenga conciencia de la importancia de compartir la posibilidad de bienestar con otros no tan afortunados. Implica que al igual que en muchos negocios o decisiones que realizamos en la cotidianidad, se tenga la disposición de arriesgar, con la seguridad de que el sólo intento significa revalidar la supremacía de la vida, del ser humano” (Muñoz, 1993, p. 14).

Dentro de este vasto campo de los trasplantes las diversas religiones también se han pronunciado, ya sea a favor o en contra de la donación de órganos y tejidos (tabla 1.3). Un claro ejemplo de la primera situación, es el pronunciamiento que el Papa Juan Pablo II hizo al celebrarse el Congreso Internacional sobre Trasplante de Órganos en el 2000, en el cual mencionó entre otras cosas, que una de las acciones solidarias que merece especial reconocimiento es la donación, la cual debe ser un acto humano, libre, responsable y gratuito, por su parte, el trasplante de órganos fue calificado por el Papa como un logro de la medicina, una forma de servir a la humanidad. Pero no solamente la Iglesia Católica Romana apoya la donación, la Iglesia Mormona, por ejemplo, ha estado y está a la vanguardia de los avances científicos que puedan mejorar la calidad de vida de las personas, su protagonismo ha sido tal que fue precisamente en un hospital mormón que se llevó a cabo el primer trasplante cardíaco artificial⁴.

Sin embargo, existen otras religiones que no aceptan el trasplante de órganos tal es el caso de los judíos ortodoxos, mismos que también rechazan que la transfusión de sangre –al igual que los Testigos de Jehová-, a pesar de que el Hadasa (centro científico de Jerusalén) haya adquirido prestigio gracias a su labor en el campo del trasplante epidérmico y corneal.

⁴ Para obtener una información más detallada de la posición de diferentes religiones respecto a la donación consultar la página: www.donación.organos.aa.es/religiones/los-mormones

Tabla 1.3. Posición de diferentes religiones respecto a la donación

Religión	Transplantes	Donación
Amish	Aceptable	Impropias si el resultado del trasplante es cuestionable
Baha'i	Aceptable, si es prescrito por autoridades médica	Permite donación
Iglesia Budista de América	Decisión individual	Decisión individual
Científico Cristiano	Decisión individual	Decisión individual
Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días	Decisión individual	Decisión individual
Iglesia Episcopal	Favorece y fomenta la donación en nombre de Cristo	No hay objeción, excepción que la donación debe llevarse a cabo de una manera reverente
Iglesia Evangélica	Aceptable	Aceptable
Ortodoxa Griega	No objeción	La donación de órganos para trasplantes (no para investigación o experimentación) es permitida
Los Gitanos	Se oponen	Se oponen
Induismo	Aceptable	Aceptable
Islam	Aceptable	Aceptable y cualquier tratamiento que sea para mantener la salud óptima no sólo es aceptable sino recomendable
Testigo de Jehová	Aceptable	Aceptable (En Puerto Rico se llevó a cabo trasplante de riñón en Testigos de Jehová) (No aceptan transfusiones de sangre)
Judaísmo	Aceptable	Aceptable. La donación es una obligación moral
Judío Ortodoxo	Desaprueba	Desaprueba
Protestantismo	Propio	Decisión individual

(Continúa...)

...Continuación

Religión	Transplantes	Donación
La Sociedad Religiosa de Amigos (Los Cuáqueros)	Aceptable sin restricción	Decisión individual
Iglesia Católica Romana	Aceptable	Aceptable y deseable
Iglesia Unitaria Universalista	Aceptable y recomendable	Aceptable y recomendable, siempre y cuando no haya daño para el donante
Iglesia Luterana	Aceptable y recomendable	Aceptable y recomendable (a ser promovido activamente)
Iglesia Metodista	Aceptable y recomendable	Aceptable y recomendable (a ser promovido activamente)
Iglesia Cristiana Reformada	Decisión personal	Decisión personal
Iglesia de Nazareno	No hay posición oficial	No hay posición oficial
Iglesia de Cristo	Permite	Permite
Iglesia Pentecostal	Compromiso personal	No objeción
Adventista del Séptimo Día	No hay posición oficial	No hay posición oficial (Presume esta iglesia que se deja esta decisión a la conciencia y discreción de cada individuo)
Ejército de Salvación	Permite	Permite
Iglesia de la Unificación	No tiene política	No tiene política
Asociación Unitaria Universalista	Fomenta	Fomenta

Fuente: (Muñoz, 1993 pp. 20).

Como se ha podido observar a lo largo de esta revisión sobre el tema de los trasplantes y la donación de órganos, existen múltiples elementos que giran a su alrededor, tanto científicos, legales, éticos, morales, religiosos, sociales, como psicológicos. Y afectan, ya sea de manera positiva o negativa, el avance y misión del trasplante. Es nuestra tarea desde el campo de la psicología abordar aquéllos comportamientos involucrados en la donación de órganos y tejidos que de una u otra forma puedan afectar y determinar la decisión de un individuo para ceder las partes de su cuerpo que ayuden a mejorar la salud o salvar la vida de otros.

2. ASPECTOS PSICO-SOCIALES RELACIONADOS CON LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

2.1. Altruismo y empatía

Dos elementos psicológicos que se encuentran directamente relacionados al tema son el altruismo y la empatía, no es gratuito que las campañas de donación de sangre lleven el apellido altruista como una forma de enterar a los potenciales donadores que no deben esperar nada a cambio, salvo el agradecimiento y la satisfacción –vicaria- que da saberse dador de salud y vida, tomando en consideración el sufrimiento de las personas que lo necesitan⁵.

Dada la dificultad encontrada para definir lo qué es el altruismo, algunos investigadores se han preocupado por contestar esta pregunta o por llegar a una definición, en su caso, Macaulay y Berkowitz (1970) definen el altruismo como la conducta llevada a cabo que tiene un beneficio para otro, sin anticipación de recompensas desde fuentes externas.

Para Darley y Latané (1968) el hecho más importante a saber es ¿Qué determina, en una situación particular, si una persona ayudará o no a otra que lo necesita?. Esto implica que cualquier conducta que beneficie o ayude a una persona en su necesidad, sin hacer caso de sus motivos, es altruista (Latané y Darley, 1970).

La responsabilidad social es una norma relevante para el desarrollo de valores y conducta altruista. La noción de esta norma ha sido desarrollada principalmente por Berkowitz y sus colegas. Ellos sugieren que las personas en una sociedad esperan ayudar a otros dependientes de ellos. En el primer experimento de Berkowitz y Daniels (1964) pidieron a los sujetos que ejecutaran una tarea conforme a una serie de instrucciones dadas por un par de supervisores. Para ello se formaron dos grupos, en uno de ellos (alta dependencia), los supervisores

⁵Diferentes clases de reacciones empáticas pueden influenciar la conducta de ayuda. Además de experimentar vicariamente el sentir alivio por la persona cuya necesidad ha sido satisfecha, se podría experimentar satisfacción vicaria por ayudar y estar motivados a experimentar tal satisfacción directamente. La experiencia empática gratificante y favorable, puede llevar a las personas a asistir a alguien. Mientras que, la experiencia empática de angustia o culpa sentida por alguien que ha causado a otra persona sufrimiento podría concebiblemente llevar a la gente a evitar sentirse culpables al aliviar el sufrimiento de otros (Aderman y Berkowitz, 1970).

podían ganar un premio si los sujetos se desempeñaban bien en la tarea. En el otro grupo (baja dependencia) la oportunidad de los supervisores para ganar el premio no dependía de la ejecución de los sujetos. Se observó que los sujetos en el grupo de alta dependencia trabajaron más arduamente que los sujetos del grupo de baja dependencia.

Adams (1967) menciona algunos estudios (Reiss, 1962 y Sussman, 1959) en los cuales se encontró que la cercanía (en cuanto a parentesco) aumenta la probabilidad de ayuda mutua. Berkowitz y Daniels (1964) encontraron que los sujetos con alta dependencia y alta preferencia por su grupo aumentaban su esfuerzo por las personas que eran dependientes de ellos.

Otra norma importante en el estudio de la conducta altruista es la de reciprocidad, observándose que quienes han recibido ayuda tienden a ayudar a otros en ocasiones subsecuentes. Gouldner (1960) sugirió que la estabilidad de los grupos se debe a una norma universal de reciprocidad. De tal forma que, A ayuda a B, y esto induce a B para ayudar a A. En muchos casos, la deuda no es determinante. Puede ser que B nunca devuelva del todo lo que A hizo por él, y entonces es forzado a continuar la interacción con A. La reciprocidad no se limita a quienes han ayudado de alguna forma a una persona, así, las personas que han recibido o esperan recibir ciertos beneficios pueden sentirse en deuda con otros individuos en proporción directa a su semejanza con el benefactor original.

Goranson y Berkowitz (1966) realizaron un experimento, en el cual diseñaron una situación de dependencia básica, en la que un supervisor podía ganar un premio, pero ello dependía de la ejecución de una persona. Dicha persona previamente había recibido ayuda o se le había negado dicha ayuda por parte del mismo supervisor o por un confederado. Se encontró que los sujetos que habían recibido ayuda con anterioridad trabajaron más por la persona que los había ayudado, que por otra. Mientras que los sujetos a quienes les fue negada la ayuda trabajaron más por otras personas que por la persona que les negó la ayuda. Los investigadores concluyen que la responsabilidad y la reciprocidad son normas que operan en este experimento, y enfatizan que la reciprocidad encontrada por ellos puede ser considerada como un intercambio moral más que económico.

Greenglass (1967) también utilizó la condición de "ayuda precedente" y manipuló la semejanza entre el confederado que ayudó o negó la ayuda y el supervisor. De acuerdo con la norma de responsabilidad social, la semejanza no puede afectar el hecho de ayudar al supervisor (dependiente). Por otro lado, la norma de reciprocidad predice que la obligación o falta de ésta, puede generalizarse a personas semejantes, pero no a alguien distinto al supervisor. Los resultados de la condición de "ayuda precedente" apoyan la hipótesis de responsabilidad social: las personas semejantes y las diferentes al supervisor fueron ayudadas casi por igual. No obstante, en la condición de "negación de ayuda", los sujetos mostraron una disminución en el esfuerzo a favor de aquellos confederados semejantes al supervisor, pero no sucedió así con los que eran diferentes, esta es evidencia a favor de la norma de reciprocidad.

Otra explicación de la eficacia de la condición de "ayuda precedente" para incrementar el esfuerzo de ayuda, puede darse en términos de un modelo económico de conducta humana. Thibaut y Kelley (1959) y Homans (1961) presentaron tal modelo que describe la forma en que las personas en un grupo comparan sus recompensas y costos, basados en la distribución de justicia. Predicen que si el costo de ciertos miembros es más alto que el costo de otros miembros, de acuerdo con la distribución de justicia se requiere que las recompensas sean también grandes. Darlington y Macker (1966) realizaron un experimento cuyos resultados pueden ser analizados a la luz de la norma de distribución de justicia; encontraron que las personas a quienes se les hizo creer que habían dañado a otra persona probablemente accedían más a donar sangre, a diferencia de aquellas personas a quienes no se les hizo creer que habían dañado a otra persona. La justicia en este experimento puede indicar que, habiendo incrementado los costos de otra persona, los sujetos se sienten obligados a incrementar sus propios costos.

Fellner y Marshall (1970) estudiaron un grupo de donadores de riñón a quienes se les presentaba la oportunidad de beneficiar a otros. Esos individuos no tenían contemplada esa particular oportunidad para hacer una buena acción, pero cuando llegó a ellos no la evitaron. En el grupo de 20 personas- excepto en uno de los casos- los donadores podían tomar la decisión de donar un riñón sin mucha reflexión sobre las posibles consecuencias, incluso habían tomado la decisión sin consultarla con su pareja, y cuando fueron cuestionados al respecto mencionaron

que esperaban neutralidad por parte de aquélla o incluso que reforzaran su decisión. De suceder lo contrario, ellos esperaban seguir adelante de cualquier manera.

Su fe en la profesión médica quizá era muy fuerte, pero ellos indudablemente conocían que la operación para remover el riñón es un procedimiento peligroso. Aquí reside la dificultad para explicar su acción en términos de recompensas externas, y no se puede decir con seguridad que ellos anticiparon recibir algún beneficio por su acción. Quizá encontraron una recompensa en el incremento de su auto-estima, los investigadores sugieren que su orgullo engrandecido puede ser la consecuencia de su conducta más que un incentivo en sí. Los investigadores entrevistaron a algunos de los donadores un año después de la cirugía y ellos seguían reportando un incremento en su auto-estima, por lo que este hecho hace pensar que estos sentimientos no son sólo temporales.

Aronfeed (1970) considera al altruismo como componente disposicional y no como forma específica de la conducta, la cual es controlada por la anticipación de sus consecuencias para otro individuo. Considera a la empatía como elemento esencial para que exista el altruismo. A menos que la persona responda empáticamente a las señales sociales transmitidas por la experiencia de otros -o a la representación cognoscitiva de la experiencia de otros-, la conducta no puede ser llamada altruista. Los resultados externos para la persona que ayuda son irrelevantes, de acuerdo con esta concepción. Por lo que toda conducta que sea controlada por el interés de incrementar la auto-estima es, desde este punto de vista declarada como no altruista. La persona debe experimentar empatía o placer vicario, alivio o angustia, como resultado de comportarse en una forma que tiene consecuencias para otro.

El estudio de la empatía ha seguido dos rutas distintas basadas sobre dos diferentes definiciones del proceso. Dentro de la aproximación cognoscitiva del *role-taking* de Dymond (1949), una persona empática puede en su imaginación tomar el papel de otro y puede entender y exactamente predecir sus pensamientos, sentimientos y acciones (Cline y Richards; 1960 Dymond, 1950; Hatch, 1962; Kerr y Speroff, 1951; Mohaoney, 1960 y Rogers, 1957). Dentro de una segunda aproximación la empatía es definida como una respuesta emocional

vicaria que permite percibir la experiencia emocional de otros (Mehrabian y Epstein, 1972).

Smith (1759) ya había reconocido la naturaleza multidimensional implícita en el fenómeno de percibir y responder a las experiencias de otros, propuso la existencia de dos formas de simpatía, una instintiva que se refiere a una reacción rápida e involuntaria frente a lo que experimenta otra persona; y una intelectualizada que se caracteriza por la habilidad de una persona para reconocer la experiencia emocional de otra, sin experimentar vicariamente el estado anímico correspondiente. Spencer (1870) realizó una tipología similar a la de Smith, en la que también existe la separación entre la simpatía instintiva (presentativa o inmediata irreflexiva) y la intelectual (representativa), es decir, emocional y cognoscitiva⁶.

Posteriormente, Mc Dougall (1908) introduce un cambio de dirección en el estudio de la empatía. En vez de enfocarse a diferenciar respuestas empáticas, ofrece una explicación de cómo se origina el fenómeno de compartir una emoción. Propone que una emoción es provocada por un estímulo o causa biológicamente adecuada (por ejemplo, luz, sonido, etc.) o a través de la percepción de una emoción en otra persona, la cual inicia una respuesta inmediata que produce la experiencia de la misma emoción en el observador. Es decir, cada emoción primaria tiene una conexión perceptual que permite recibir claves emocionales específicas que se traducen en respuestas emocionales similares.

Lipps (1909) utilizó por primera vez dentro de la literatura psicológica el término empatía, definiéndolo como el sentimiento de unión con otra persona. Propuso que a través de un proceso de imitación motora, un observador siente al presenciar la experiencia emocional de un actor, la misma emoción que el actor. Llegó a la conclusión de que el compartir las emociones producía en el observador una mejor comprensión del actor.

Mientras tanto, Piaget (1932), en su teoría sobre el proceso de 'descentralización' en niños, postuló que el infante inicia como una criatura totalmente egocéntrica, preocupada sólo por sí misma y es a través de la maduración y las etapas del

⁶A principios de este siglo Vernon Lee traduce el término al inglés tomando las raíces griegas, articulando el término "Empathy" (León, 1983).

desarrollo que adquiere la habilidad de descentralizarse, y así llegar a considerar puntos de vista diferentes de los personales. Es posible que mientras el niño no desarrolle esta habilidad de cognición social y salga de sí mismo, no se produzca la empatía.

Por su parte, Mead (1934) postuló que la empatía es la capacidad de tomar el rol de otra persona para ponerse en su lugar. Dicha habilidad para adoptar roles múltiples fue considerada como un componente importante en el aprendizaje del buen manejo de relaciones interpersonales, puesto que la habilidad de tomar diversos roles permite a un individuo modificar su comportamiento basándose en las expectativas de sus coactores, produciéndose como consecuencia relaciones interpersonales más placenteras.

La conceptualización que hizo Mead de la empatía influyó desde un punto de vista teórico, puesto que ya no se consideraba únicamente como la conciencia perceptual o el compartir las emociones y sentimientos de otros, sino además como la habilidad de entender las reacciones emocionales de una persona dentro de un contexto social.

Antes de 1950, los tratados sobre empatía habían sido esencialmente teóricos y poco empíricos. Fue gracias al surgimiento de la Psicología Social Experimental (durante la Segunda Guerra Mundial y a partir de los estudios realizados por Lewin en 1948), que por vez primera se llevaron a cabo estudios experimentales sobre procesos empáticos influenciados significativamente por las corrientes cognoscitivistas de Mead (1934) y Piaget (1932).

El término empatía aparece descrito en el *American Psychoanalytic Association Glossary* (1967) de la siguiente forma: "Empatía es un modo especial de percibir el estado psicológico o experiencia de otra persona. Es un conocimiento emocional de otro ser humano más que su comprensión intelectual. Empatizar significa compartir, experimentar los sentimientos de otra persona temporalmente".

El resurgimiento de la empatía como tema de interés en la Psicología Social se da cuando Stotland (1969) retoma el fenómeno desde su concepción emocional describiéndola como el proceso en el cual un observador reacciona emocionalmente al percibir que otra persona está experimentando una emoción.

La distinción más importante de la postura de Stotland es que primero enfatiza las reacciones emocionales producidas al percibir una emoción en otros, sin importar la exactitud de la percepción.

Tomar la perspectiva o percibir la postura de otro implica la intervención de procesos cognoscitivos que permiten iniciar el aspecto emocional de la empatía. Inclusive Feshbach (1975) sugiere que es un error considerar a la empatía como exclusivamente emocional o cognoscitiva y propone que lo más probable es que los dos aspectos interactúen entre sí.

A partir de esta breve revisión se ha podido observar que en sus inicios se reconoció la multidimensionalidad de la empatía, que incluye procesos cognoscitivos y emocionales, posteriormente se dio importancia a uno u otro proceso, para nuevamente reafirmar la importancia de ambos procesos.

Posteriormente la empatía fue considerada como un fenómeno bajo el cual un individuo se hace consciente de los sentimientos, pensamientos e intenciones de otros (cognición), lo cual puede llevarlo a una respuesta afectiva vicaria (emoción). Tanto el aspecto cognoscitivo como el emocional pueden interactuar de tal forma que la habilidad de responder vicariamente dependerá de qué tanto se puede inferir cognoscitivamente el estado afectivo de otros, la estimulación vicaria proporciona información interna al observador que añade sentido a los sentimientos que infiere en el actor.

Latané y Darley (1970) consideran que la empatía puede estar vinculada con las acciones prosociales en dos niveles, caracterizados por las dos dimensiones principales de la misma. Para poder ejecutar cualquier acción prosocial, la persona debe percatarse de la existencia o la necesidad de una víctima. En este caso tomar el rol o perspectiva de la víctima (empatía cognoscitiva), incrementaría la posibilidad de que una persona se diera cuenta de que alguien necesita ayuda; una vez que sucede esto, la empatía emocional juega un papel fundamental ya que contribuye con la energía y difusión del comportamiento manifiesto. Los estudios de Aderman y Berkowitz (1970), Harris y Huang (1973) y Krebs (1975) indican que los sentimientos de empatía son precursores importantes de la ayuda. De tal forma que se ha concebido a la empatía como la base motivacional para actos tales como: cooperar, compartir, consolar y ayudar a otros.

Feshbach (1964) lleva la empatía al plano de la agresión e hipotetiza que la retroalimentación que proporciona una víctima de agresión provoca emociones empáticas de angustia en el observador, incluso si el observador es el instigador de un acto agresivo. Así, una persona más empática es desalentada a mostrar conductas agresivas para alcanzar metas no agresivas, y es especialmente desalentada de la agresión si la meta que se pretende alcanzar lastima a otros. Feshbach también afirma que la intensidad de la reacción de dolor de la víctima es un factor importante en la inhibición de la agresión, Milgram (1965) y Baron (1971) encontraron evidencia a favor de esta hipótesis.

Por su parte, Krebs (1970) afirma que es más probable que las personas ayuden a alguien semejante a ellos y alguien más dependiente, particularmente cuando la dependencia es externamente causada, más que internamente motivada. Siendo la conducta de ayuda una manifestación de la conformidad del grupo a las normas que prevalecen.

Mehrabian y Epstein (1972) realizaron un experimento para probar las hipótesis de que una persona que tenga alto nivel de empatía emocional, es menos agresiva cuando el dolor de la víctima está cercano y que es más probable que tenga un comportamiento de ayuda cuando nota angustia en otra persona. El resultado del experimento muestra que los individuos con alta empatía se muestran menos agresivos cuando la víctima está cercana que cuando no está visible, sin embargo aquéllos con niveles bajos de empatía son agresivos por igual, tanto si la víctima está cercana como si no lo está. Finalmente se observó que los hombres son más agresivos que las mujeres.

Estos mismos investigadores realizaron otro experimento (Mehrabian y Epstein (1972), para probar la hipótesis de que la conducta altruista se encuentra correlacionada con la tendencia a la empatía y la semejanza con la persona necesitada de ayuda. Los resultados encontrados muestran una correlación significativa entre la conducta de ayuda y la tendencia a la empatía, por otra parte, no se encontró relación significativa entre semejanza y la conducta de ayuda.

La relación significativa entre la tendencia a la empatía y la conducta de ayuda es una evidencia a favor de la idea de que las personas empáticas están respondiendo emocionalmente a las necesidades de los otros. Las personas que

se caracterizan por poseer una alta tendencia a la empatía suelen conmoverse por las experiencias -ya sea positivas o negativas- de los otros (Mehrabian y Epstein, 1972).

Por su parte, Hoffman y Levine (1976) estudiaron las posibles diferencias en empatía con respecto al sexo. De acuerdo con su hipótesis, las mujeres deberían responder más empáticamente que los hombres, obedeciendo a los estereotipos culturales prevalecientes. Los resultados de su estudio demuestran que sí existen diferencias entre mujeres y hombres, siendo las primeras quienes se muestran más empáticas. Hoffman (1977) postula que la empatía es parte de un largo patrón de afectos interpersonales que responden a diferencias sexuales. Encontró que las niñas de 15 años se describían como más conscientes de ellas y de los otros, que los varones. Mientras que entre los 8 y 11 años no hubo diferencias y no se encontró competitividad entre ellos.

Esto sugiere que la sensibilidad de las mujeres incluye una alta reacción ante los sentimientos de otras personas, y que este tipo de sensibilidad quizá empiece a diferenciarse sexualmente en la adolescencia. También describe como posible respuesta a esta diferencia, que la orientación empática de las mujeres, es sólo una aceptación social general de su sensibilidad y del prototipo mayormente egoísta ante las reacciones de otros, como una disculpa de sus sentimientos. De tal forma que, al responder más empáticamente, las mujeres son más fuertes afectivamente como señal ante los demás.

Por otra parte señala que existe evidencia de que los hombres y mujeres que han sido educados con mayor apertura de expresión, son más aptos para responder empáticamente, que aquéllos que no tuvieron este tipo de formación. Los hombres son socializados para no llorar y tal conducta puede disminuir la respuesta empática. Se ha observado que las niñas lloran más que los niños, cuando otros niños lloran, aunque llorar no representa una verdadera empatía, esto sugiere que la socialización pudiera influir sobre las diferencias sexuales en la respuesta empática.

Archer, Díaz-Loving, Gollwitzer, Davis y Foushee (1981) estudiaron la relación de la empatía disposicional y la evolución social en la medición de ayuda. Encontraron que las personas con alta empatía están más dispuestas a responder

a la demanda de ayuda, que los de empatía baja; también observaron que aquéllos con alta empatía disposicional, se mostraron más tolerantes a la demanda de ayuda, resultando ser los que tienen mayor angustia propia y mayor afinidad con las personas necesitadas. Por lo que concluyen que la ayuda está influida tanto por la afinidad empática como por la angustia personal.

Concluyeron que la empatía como factor disposicional y la evaluación social como factor situacional, interactúan conjuntamente para que una persona proporcione ayuda. También encontraron que la angustia personal puede verse afectada por la empatía disposicional y la demanda de ayuda. Las personas que procuran un alto bienestar para los demás, también parecen experimentar una alta preocupación por sí mismos.

A pesar de que un numeroso grupo de investigadores opinan que la empatía es un importante precursor de las acciones prosociales, existe poco acuerdo en cuanto a la forma en que ésta conduce a comportamientos sociales positivos. Krebs (1975), Coke, Bastson y McDavis (1978), Batson, Duncan, Ackerman, Buckley y Kimberly (1981), proponen que el empatizar con alguna persona produce una emoción genuinamente altruista y un deseo de ayudar a otros.

Por otra parte, algunos autores como Foushe, Davis y Archer (1979) han propuesto un proceso más egoísta, en el cual las personas empatizan para reducir sus propias sensaciones de excitación desagradable, ellos encontraron que la escala de empatía de Mehrabian y Epstein (1972), correlaciona no sólo con los reactivos de expresividad positiva (preocupación por los demás, ser gentil) del cuestionario de atributos personales de Spence, Helmreich y Stapp (1974), sino también con los reactivos relacionados a vulnerabilidad emocional (fácil de herir en sus sentimientos, se pone nervioso en situaciones de crisis). Los resultados de este estudio indican que cuando menos algunas personas con puntajes altos en empatía emocional tienden a preocuparse más por los sentimientos negativos propios, que por los de la víctima.

Por otra parte, Kauffmann (1970) afirma que el individuo aprende en su vida temprana que tiene obligaciones y responsabilidades hacia su familia y argumenta que aquéllas conductas que tienen como fin beneficiar a otras personas, son principalmente el resultado de procesos de aprendizaje social. Menciona que los

miembros de una sociedad pueden adquirir un sentido de obligación hacia sus congéneres y que en grandes sociedades esta actitud está usualmente latente y es muchas veces reemplazada por una intensa competencia proveniente de conflictos económicos, familiares, profesionales o de posición social. Sin embargo, se puede observar que una sociedad "apartada" durante períodos de crisis nacional, muchas veces muestra gestos de solidaridad, los cuales sus propios miembros pueden considerarse incapaces de realizarlos en otras situaciones.

De acuerdo con Staub (1974) existe en las personas un ideal humano que prescribe cómo se debe ayudar y hacer el bien a los otros. Este ideal es comunicado socialmente en muchas formas; en las iglesias y escuelas, en la vida familiar y de la comunidad. La moral imperativa es ayudar a los menos afortunados, siendo esto uno de los valores humanos básicos. Incuestionablemente la buena voluntad de la gente para ayudarse unos a otros es de gran importancia, tanto para el que da, como para el que recibe la ayuda y para el buen funcionamiento del grupo social. Este autor menciona que las consecuencias de no ayudar a una persona que lo necesita pueden ser fatales para aquélla.

La donación de parte del cuerpo es un acto de proporciones heroicas que dice mucho del altruismo y empatía en la sociedad. Cabe señalar que hay un elemento voluntario de sacrificio y de entrega en la mayoría de los casos (Santiago-Delpin y Ruíz-Speare, 1987). Prueba de ello son los resultados encontrados por Latané y Darley (1970), que al correlacionar la medida conductual de ayuda con una revisión de la escala F (Christie, Havel y Seidenberg, 1958), escalas de anomia y maquiavelismo (Christie, 1964), la escala de deseabilidad social de Crowne y Marlowe (1960), y la escala de responsabilidad social de Berkowitz y Daniels (1964), no encontraron ninguna correlación significativa.

Esta evidencia hace pensar que no deberíamos sorprendernos que un acto de altruismo como lo es la donación pueda y tenga efectos positivos en la vida de una persona. Ante todo, esto se encuentra en armonía con los ideales de nuestra sociedad, en una época que no ofrece muchas oportunidades para actos de solidaridad en los cuales exista la posibilidad de trascender.

2.2. Actitudes

Alrededor de la donación de órganos se tejen crónicas de la más diversa índole que van, desde el número y variedad de órganos que se pueden donar hasta el tráfico de los mismos, siendo esto último uno de los problemas más dañinos, que pone en peligro las estrategias y programas de donación de órganos. Se sabe que la información que se tenga acerca de un objeto constituye una influencia importante en el tipo de actitud que se tenga hacia él (Proshansky y Seidenberg, 1973).

El concepto de actitud es definido como "la predisposición para responder en una manera particular hacia una clase específica de objetos" (Rosenberg y Hovland, 1960), siendo las predisposiciones no observables o medibles directamente. En lugar de ello son inferidas a partir de la manera en que se reacciona ante un estímulo particular. Si decimos que alguien tiene una actitud desfavorable hacia la donación de órganos y tejidos esto nos lleva a esperar que tenga sentimientos negativos, evitar el tema o manifestar comentarios en contra de ese acto.

De acuerdo con Sherif y Sherif (1956) se considera que las actitudes poseen las siguientes características generales:

- a) Las actitudes se basan en conceptos evaluativos teniendo en cuenta las características del objeto de referencia y dan origen a la conducta motivada. Las actitudes son evaluativas, se consideran reacciones afectivas que dan origen a la motivación. Entendiendo por "afectivo", el estado del organismo bajo condiciones en las cuales es orientado hacia la meta y tiene éxito o fracaso, percibe que está teniendo éxito o fracasando, o adelanta que tendrá éxito o fracaso en el esfuerzo por llegar a la meta.
- b) Las actitudes varían en calidad e intensidad en un continuo del positivo al negativo, pasando por el neutral. La intensidad de la actitud es representada por la extremidad de la posición ocupada en el continuo, volviéndose más fuerte a medida que alguien se aleja de la posición neutral. Dicha intensidad se considera un reflejo de la reacción afectiva.



- c) Las actitudes son aprendidas, se aprenden a través de la interacción con objetos, eventos o situaciones sociales. Razón por la cual se encuentran sujetas a cambios por medio del pensamiento, inhibición, extinción, fatiga, etc., ya que todas las formas de aprendizaje (clásicas e instrumentales, etc.) proporcionan bases para su adquisición⁷.
- d) Las actitudes tienen referentes sociales que reflejan el contexto en el cual son aprendidas. Las experiencias de aprendizaje pueden ser resultado del contacto directo con el objeto o situación, o resultado de un contacto indirecto que incluye todo un proceso de transmisión selectiva de normas e información que ocurre en los grupos sociales⁸.
- e) Las actitudes poseen grados variables de interrelación entre unas y otras. Las actitudes que están altamente interrelacionadas, forman grupos o subsistemas, los cuales a su vez están interrelacionados para formar el sistema total de actitudes de un individuo. La interrelación ocurre a causa de la similitud entre los referentes y puede variar en grado, aquellas que poseen un grado más alto de interrelación son más resistentes al cambio.
- f) Las actitudes son relativamente estables y firmes. Considerando el grado de interrelación, las actitudes ocupan posiciones variadas de centralidad o periferia en el sistema al que están integradas, por lo que va a depender de su centralidad la facilidad con la cual puedan ser alteradas.

Cuando se estudian las actitudes se tiene por un lado ciertos estímulos y por otro varios tipos de respuestas. Los tipos de respuestas que son más comúnmente usados como "índices" de las actitudes caen en tres grandes categorías: afectivas, cognoscitivas y conductuales (Rosenberg y Hovland, 1960).

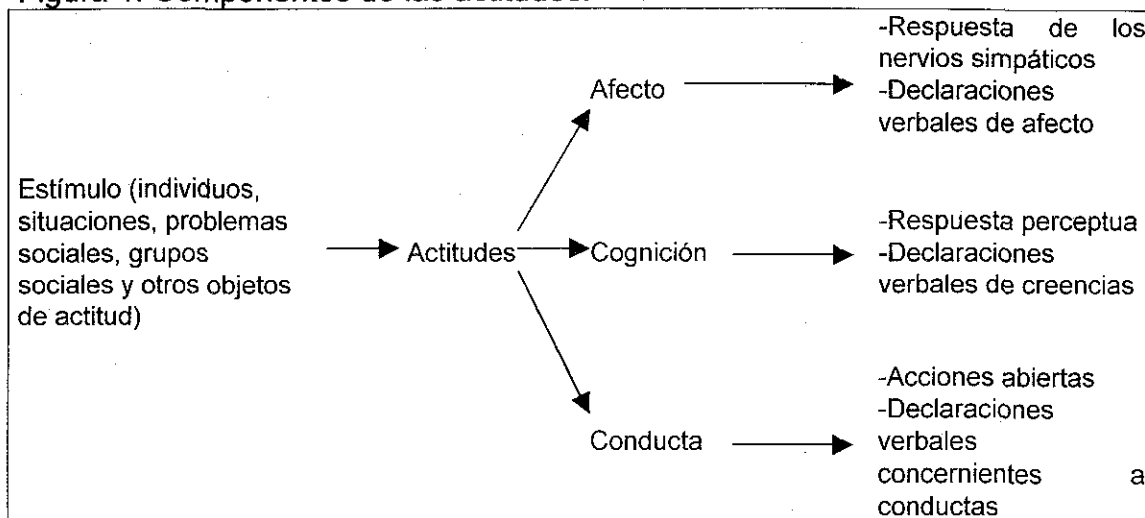
El componente afectivo consiste en la evaluación que hace una persona, de su preferencia, o su respuesta emocional hacia algún objeto o persona. El componente cognoscitivo es conceptualizado como las creencias o el

⁷ En el caso de la donación de órganos, es frecuente escuchar noticias que hablan sobre la venta de órganos, lo que puede dar lugar a la formación de actitudes negativas.

⁸ Se ha podido comprobar que la familia tiene especial importancia en la decisión de las personas respecto a donar o no.

conocimiento factual que se tiene respecto a alguna persona u objeto. Y el componente conductual implica la conducta abierta y directa hacia algún objeto o persona (Zimbardo y Ebbesen, 1969). En la siguiente figura se pueden apreciar los tres principales tipos de respuesta ante un estímulo actitudinal:

Figura 1. Componentes de las actitudes.



Fuente: Rosenberg, Hovland, 1960.

El componente afectivo consiste en la evaluación que hace una persona de su preferencia o su respuesta emocional hacia algún objeto o persona. El componente cognoscitivo es conceptualizado como las creencias o el conocimiento factual que se tiene respecto a alguna persona u objeto. Y el componente conductual implica la conducta abierta y directa hacia algún objeto o persona (Zimbardo y Ebbesen, 1969). En la siguiente figura se pueden apreciar los tres principales tipos de respuesta ante un estímulo actitudinal:

En el caso de la donación de órganos es posible observar cada uno de los componentes señalados, las personas tienen respuestas emocionales, sentimientos, ya sea a favor o en contra de la misma; cuentan con cierto conocimiento –que no siempre es del todo veraz- obtenido a través de diversos medios (amigos, familiares, medios de comunicación, etc.) y, finalmente, el último componente se ve reflejado en la baja cantidad de donaciones realizadas, punto ya revisado anteriormente.

De tal forma que los constructos afectivo, cognoscitivo y conductual, pueden ser inferidos a partir de tipos específicos de respuestas medibles (extremo derecho del esquema). La respuesta afectiva de un individuo hacia otro individuo puede ser inferida a partir de medidas fisiológicas, tales como, la presión sanguínea o la respuesta galvánica de la piel, o a partir de declaraciones verbales de agrado o antipatía. De manera similar, la forma en que un individuo puede actuar hacia una situación determinada puede ser evaluada a partir de su respuesta cuando es directamente confrontado con la situación, pero puede ser también inferida por lo que él dice que haría ante dicha situación. Finalmente, las cogniciones incluyen percepciones, conceptos y creencias acerca del objeto de actitud y usualmente se observan a partir de declaraciones.

El componente evaluativo (afecto a favor o en contra) es esencial para distinguir a la actitud de otros constructos. En el modelo sociocognoscitivo de la actitud, el componente evaluativo se representa en la memoria por un simple resumen que se expresa como gusto-disgusto, acuerdo-desacuerdo, bueno-malo. Esta síntesis tiene un papel importante en la valoración de los objetos sociales.

Katona (1975) especificó un principio de generalización del afecto: las cosas "buenas" producen consecuencias "buenas" y las "malas" producen consecuencias "malas"; Petigrew (1979) concluyó que el prejuicio indica que la gente con frecuencia comete un error de atribución de cualidades "buenas" y "malas" a los grupos que se prefieren o no se prefieren, respectivamente (Greenwald, Brock y Ostrom, 1989).

Para muchos investigadores la evaluación del componente afectivo ha sido la parte central de sus estudios. Las escalas de actitud desarrolladas por Thurstone en 1929 fueron un primer intento para evaluar los sentimientos de los sujetos respecto a un objeto o problema determinado. Krech y Crutchfield (1948) acentuaron la importancia de la existencia de sentimientos "a favor o en contra" de algo y afecto "positivo o negativo" para distinguir a las actitudes de las opiniones. Muchas de las investigaciones de actitudes han involucrado algún índice de "afecto" (o "respuesta evaluativa") como la primera medida de actitud (Rosenberg y Hpvland, 1960).

En cuanto al componente cognoscitivo, éste satisface una función de conocimiento al proporcionar una estructura adecuada al mundo social (Katz, 1967) o al servir como un manual práctico y simplificado de comportamiento apropiado ante objetos específicos (McGuire, 1969).

Prathkanis y Greenwald (1989) utilizaron el término *heurístico actitudinal* para referirse al uso de la actitud en el conocimiento, definiendo un heurístico como una estrategia simple para resolver un problema. Por lo que un heurístico actitudinal utiliza la evaluación almacenada de un objeto como una clave para resolver el problema de cómo actuar con relación a ese objeto, las actitudes se usan para asignar objetos a una clase favorable o a una desfavorable.

- Judd y Kulik (1980 en Javiedes, 1995) sostienen que las actitudes pueden actuar
- como esquemas bipolares que contienen representaciones o expectativas de
- puntos de vista aceptables e inaceptables. La información que se equipara
- estrechamente con estas expectativas se juzga y recuerda con mayor facilidad que la información que no se ajusta tan bien, aunque ésta sea importante.

Es decir, la estructura de conocimiento en que se apoya la actitud contienen argumentos, creencias y expectativas que apoyan la propia posición, pero también puede contener información opuesta, incluso contra-argumentos que refutan a la información opuesta. No debe confundirse la estructura de conocimiento bipolar con la ambivalencia de la creencia, esta última se refiere al apoyo de creencias en conflicto mientras que el término bipolar se refiere al conocimiento de argumentos tanto de apoyo como opuestos, a pesar de la oposición personal (Javiedes, 1995)⁹.

El trabajo de McGuire (1973) respecto a la resistencia a la persuasión muestra que las estructuras bipolares se “inoculan” mejor contra el cambio de actitud que las unipolares; es decir, son más resistentes al cambio y resisten más los efectos de mensajes que en otras condiciones serían muy persuasivos.

⁹ En la actualidad, en los medios de comunicación se transmiten noticias que muestran los avances de la medicina en el área de trasplantes en México, se proyectan campañas en apoyo a la donación, sin embargo, también se transmite información sobre aspectos negativos, como lo es el tráfico de órganos.

Prathkanis y Greenwald (1989) argumentan que algunas actitudes se apoyan en estructuras de conocimiento unipolares. Una estructura unipolar positiva consiste de un conocimiento favorable al objeto exclusivamente, es conocimiento de apoyo. También, las estructuras unipolares se asocian con actitudes negativas, en este caso el conocimiento se encuentra asociado con la actitud desfavorable del objeto. Las personas con actitudes unipolares positivas tienen mucho más conocimiento que aquéllas con actitudes negativas o neutras. En consecuencia, con actitudes unipolares puede esperarse que la actitud tenga un efecto selectivo sobre el aprendizaje. Una persona con actitud positiva posee estructuras de conocimiento útiles para codificar y recordar la información del dominio relacionado.

Prathkanis (1989) clasificó los siguientes efectos de las actitudes sobre los procesos conceptuales:

1. *Interpretación y explicación.* Las actitudes se usan en la interpretación de los eventos sociales, desde el estudio de Smith (1947) acerca de cómo los individuos calificaban las noticias de acuerdo con su actitud a favor o en contra, hasta la atribución interna o externa en función de las expectativas basadas en la actitud del propio sujeto; se ha encontrado la intervención de las actitudes en las explicaciones de los sucesos que rodean al individuo (Smith, 1967).
2. *Efecto de halo.* La impresión favorable o desfavorable que se tenga de una persona va a sesgar las expectativas e inferencias que se hagan acerca de ella. Esto hace, por ejemplo, que a la persona evaluada como atractiva se le considere mejor que a aquélla a quien no se evalúa favorablemente.
3. *Razonamiento silogístico.* La actitud hacia la conclusión de un silogismo puede influir en la habilidad para determinar si el juicio es lógicamente válido. Por ejemplo, individuos cuya actitud esté de acuerdo con la conclusión dirán que la lógica es válida, a diferencia de aquellos que no tienen esa posición. La posición actitudinal llega a determinar la evaluación correcta o incorrecta del silogismo.
4. *Respuestas a la comunicación persuasiva.* En estudios sobre persuasión existe un patrón de resultados que se obtiene con frecuencia: individuos con actitud desfavorable hacia el tema contenido en la comunicación persuasiva, es más

probable que contra-argumenten que aquéllos que poseen una actitud favorable; de igual forma, la argumentación se considera más plausible y efectiva si es consonante con la propia posición.

5. *Atracción interpersonal.* A mayor número de actitudes compartidas con el "otro", mayor el atractivo que se le atribuye. Es decir, la atracción interpersonal está determinada, en gran medida por la similitud en las actitudes.
6. *Juicio de estímulos sociales.* La actitud proporciona un punto de referencia para juzgar los estímulos sociales.
7. *Falso consenso de opinión.* Se refiere a la creencia que tiene el individuo de que su posición actitudinal es más popular de lo que realmente es (Eallen, 1943). Goethals (1986) presenta evidencia que indica que el efecto del falso consenso puede servir a las funciones de la actitud relacionadas con el sí mismo.
8. *Identificación de hechos.* Una actitud puede llevar a una reconstrucción selectiva de sucesos pasados: probablemente se van a identificar como verdaderos sucesos los hechos que concuerden con las propias actitudes.
9. *Estimación del comportamiento personal.* Se refiere al hecho de que cuando se revisa la conducta personal pasada, con frecuencia ésta es consistente con las actitudes actuales. Aunque hay desacuerdo respecto a los mecanismos psicológicos involucrados, con frecuencia se ha obtenido este resultado. Por ejemplo, Markus (1985) realizó un estudio longitudinal en adolescentes y sus padres, cubriendo un lapso de diecisiete años; encontró que las actitudes actuales hacia los objetos investigados (legalización de la marihuana, papel de la mujer y derechos de los acusados) sesgaban el recuerdo de actitudes anteriores hacia los mismos temas. Hay evidencia también de que las actitudes inducen una estimación selectiva de la frecuencia de la conducta personal pasada.
10. *El error en la información.* El hecho de que las actitudes provocan errores en los juicios, sirvió como base para que Hammond (1948), elaborara una técnica de medición indirecta de actitudes. Bajo el pretexto de que se trata de un

cuestionario de información, el individuo elige entre dos enunciados el que considera correcto. En realidad, ambas respuestas son incorrectas en distinto grado. Se observó que con frecuencia se elige el enunciado con error más consistente con la actitud.

11. *Predicción de eventos.* Cantril aseveró "lo que la gente desea que suceda es lo que tiende a pensar que va a suceder", en esta frase se ejemplifica la relación que existe entre la actitud del individuo y la anticipación de un suceso.

Por otra parte, el estudio de las actitudes y su cambio ha sido central en la Psicología Social, a partir de 1970 se han realizado progresos importantes en dos de los problemas fundamentales en este campo: el problema del cambio de actitud y la consistencia entre actitudes y conducta.

Reich (1980) menciona que las actitudes siempre son vistas como precursoras del comportamiento que el sujeto exhibirá en su vida diaria. Las actitudes en este sentido, constituyen los procesos o sistemas fundamentales, mediante los cuales el individuo ordena su medio ambiente y su conducta con base en ciertos valores. La actitud puede ser característica de una persona y como tal referida a la persona en cuestión, a otras personas, a grupos sociales, a la sociedad o al inverso incluso.

Sin embargo, el problema de la relación entre actitudes y conducta es sumamente complejo. La Piere (1934) resaltó la falta de coherencia entre las actitudes y el comportamiento, se ha observado también que ciertas actitudes pueden potencializar en mayor medida cierta conducta que otras.

Las dificultades para establecer una correlación fuerte entre actitud y conducta se debe principalmente a que la influencia de las actitudes sobre la conducta es tan penetrante que resulta difícil aislar los efectos de una sola actitud (Javiedes, 1995).

Fazio (1990) propuso un modelo de la relación actitud-conducta que implica la función heurística de la actitud. En este modelo se establece que las actitudes se utilizan para percibir selectivamente e interpretar un objeto. Esta percepción selectiva del objeto incluye parte de la definición de la situación que realiza el

individuo junto con las normas y otras percepciones. La definición de la situación determina a su vez la naturaleza y dirección del comportamiento hacia el objeto actitudinal. Fazio propone tres factores que influyen en la magnitud de la relación actitud-conducta: la probabilidad de recuperar de la memoria el objeto actitudinal; la fuerza de la relación evaluación-objeto-actitud; y la oportunidad y habilidad para ejecutar la estrategia actitudinal, es decir, actuar de acuerdo con las percepciones que se basan en la propia actitud.

La fuerza de la actitud se ha denominado de varias formas: convicción, cristalización, externismo, intensidad, magnitud, prominencia y estabilidad. Al parecer a mayor fuerza de la actitud, mejor predicción de la conducta y de los procesos cognoscitivos conceptuales. Fazio, conceptualizó la fuerza de una actitud como un continuo que va de las no-actitudes hasta las actitudes más accesibles. Una no actitud (evaluación) es aquella que no está almacenada en la memoria, sino que se crea cuando a la persona se le pide que evalúe un objeto (Converse, 1970 en Prathkanis y Greenwald, 1989). Las actitudes de gran accesibilidad son aquellas en que la evaluación se activa automática y rápidamente ante el objeto de actitud, al parecer éstas son mejores predictoras del comportamiento.

Se han desarrollado dos tipos de modelos relativos a los procesos que intervienen en la relación actitud-conducta. La diferencia básica entre ambos es el grado en que la decisión por un curso de acción particular implica una deliberación consciente o bien se trata de una reacción espontánea a la propia percepción de la situación inmediata.

En el primer tipo, las actitudes pueden ser una de las dimensiones posibles que se consideran al elaborar un plan de conducta, al tomar una decisión. En el segundo, las actitudes pueden guiar el comportamiento del individuo en forma más espontánea, esto es, sin que la persona tenga que considerar activamente las actitudes importantes y sin la conciencia misma de la influencia de la actitud. En ambos casos, las actitudes impactan el comportamiento de la persona pero el proceso por el cual lo hacen es diferente (Fazio, 1990)

2.2.1. Modelo de Procesamiento Espontáneo

Los modelos que se basan en el procesamiento espontáneo afirman que no todo el comportamiento social es deliberado o razonado, sino más bien es de naturaleza más espontánea. Muchos comportamientos de la vida social cotidiana parecen ser de este tipo, ya que si la gente constantemente acudiera a procesos de razonamiento para decidir cómo comportarse, sería muy disfuncional para vivir. La facilidad con que nos involucramos en el discurso social normal sugiere que mucho de nuestro comportamiento es espontáneo más que el resultado planeado de algún proceso reflexivo (Fazio, 1990).

En la medida que las personas se entregan a una interpretación del objeto de actitud y de la situación en que se encuentra tal objeto existe la posibilidad de que las actitudes guíen el comportamiento hacia el objeto. Las actitudes al influir en la percepción, pueden afectar el eventual comportamiento, y más aún, la influencia puede ocurrir aunque el individuo no recupere activamente la actitud de la memoria y en alguna forma la refleje en la conducta. Esto es la base del modelo procesal de la actitud-conducta elaborado por Fazio y colaboradores.

El modelo postula que el comportamiento social de un individuo es en gran medida función de las percepciones individuales de la situación inmediata en la cual se afronta el objeto actitudinal. Dado que las situaciones son por lo general ambiguas y que los estímulos sociales tienen múltiples significados, se requiere algún grado de interpretación por parte del individuo. La diferenciación del evento que está ocurriendo determina la dirección y naturaleza del comportamiento del individuo en la situación inmediata. La definición de un evento, puede estar influida por claves dentro de la situación misma, pero también pueden provenir de la activación de constructos relevantes en la memoria.

El conocimiento que tiene el individuo referente a cuáles comportamientos son o no normativamente apropiados para una situación dada, es una clase de estructura almacenada en la memoria relevante para la construcción del evento (Fishbein, 1973 y Shofield, 1975 en Fazio, 1990). De esta forma, las normas se pueden activar en la memoria y pueden afectar la definición del evento. En la medida en que estas pautas normativas sean contrarias a la actitud del individuo, la definición del evento puede ser actitudinalmente incongruente.

De acuerdo con este modelo, la congruencia de la definición que el individuo hace del evento determina la probabilidad de que se presente consistencia en la actitud-conducta. Entonces, dado que la definición de un evento determina el comportamiento, la cuestión se focaliza en el grado en el cual las actitudes influyen la definición del evento. Dado que la actitud es un constructo que también puede guiar la percepción, entonces puede afectar la percepción del objeto de actitud en la situación inmediata que se enfrenta. Los individuos con actitudes diferentes hacia la persona objetivo, objeto o tema, llegan a diferentes percepciones y juicios respecto a la misma información que se utiliza como estímulo. Así, cuando se enfrenta un objeto de actitud, la propia actitud guía la percepción del objeto en la situación. Estas percepciones inmediatas, congruentes como son con la propia actitud, pueden entonces impulsar un comportamiento consistente. Es a través de este impacto mediado sobre la percepción como las actitudes guían el comportamiento en una forma espontánea.

A menos que la actitud sea activada en la memoria, no puede producirse una percepción selectiva del objeto en términos evaluativos, por ello la clave del modelo es la accesibilidad actitudinal, de forma tal que si la actitud va a orientar en algún sentido el comportamiento subsecuente, ésta debe activarse en la memoria cuando el individuo observe el objeto actitudinal.

De acuerdo con el modelo, la probabilidad de la actitud a partir de la mera observación del objeto de actitud, depende de la accesibilidad permanente de la actitud. A la actitud se le considera como la asociación en la memoria entre un objeto determinado y la evaluación de ese objeto. Esta definición implica que la fuerza de una actitud puede variar al igual que cualquier otro constructo basado en el aprendizaje asociativo. Esto es, la fuerza de la asociación entre el objeto y la evaluación puede variar. Es esta fuerza asociativa la que se postula como determinante de la accesibilidad de la actitud y en consecuencia de la probabilidad de que la actitud sea activada automáticamente cuando el individuo enfrenta el objeto actitudinal, sólo si está asociada fuertemente con el objeto es probable que la evaluación sea activada espontáneamente a partir de la observación del mismo.

Por ello se postula a la accesibilidad de la actitud como un moderador de la relación actitud-conducta. El grado en que la mención de un tema de actitud es capaz de activar automáticamente en la memoria, la actitud, determina el sesgo en

la interpretación de la información disponible. La probabilidad de la activación automática de una actitud a partir de la mera observación del objeto actitudinal, depende de la fuerza que tiene en la memoria la asociación objeto-evaluación. La activación de la actitud forma el eje del proceso actitud-conducta que se basa en este automatismo.

Este modelo propone un conjunto de pasos que deben ocurrir para que la actitud hacia un objeto influya en forma automática en el comportamiento. Primero, la actitud tiene que activarse cuando el individuo presencia el objeto actitudinal; esta evaluación se presenta sólo si el objeto y su evaluación están fuertemente asociados en la memoria. Una vez activada, la actitud sirve como "filtro" a través del cual se percibe el objeto.

La activación de una actitud positiva llevará probablemente a que el individuo note y procese básicamente las cualidades positivas que exhibe el objeto en la situación presente, por el contrario, una actitud negativa dirigirá la atención a las cualidades negativas del objeto. De tal forma que, la selección produce percepciones del objeto consistentes con la actitud. Las orientaciones normativas pueden afectar la definición de la situación y si éstas son contrarias a la actitud puede resultar una definición del evento que no es actitudinalmente congruente.

En situaciones donde las normas no dictan la definición del evento, ésta será actitudinalmente congruente si ocurren la activación actitudinal y la percepción selectiva. Es esta definición del evento la que determina la dirección y naturaleza del comportamiento. Conductas de aproximación se originan por una definición del evento que consiste principalmente de percepciones positivas del objeto de actitud en la situación inmediata, mientras que, la definición negativa de un evento da lugar a comportamientos de evitación.

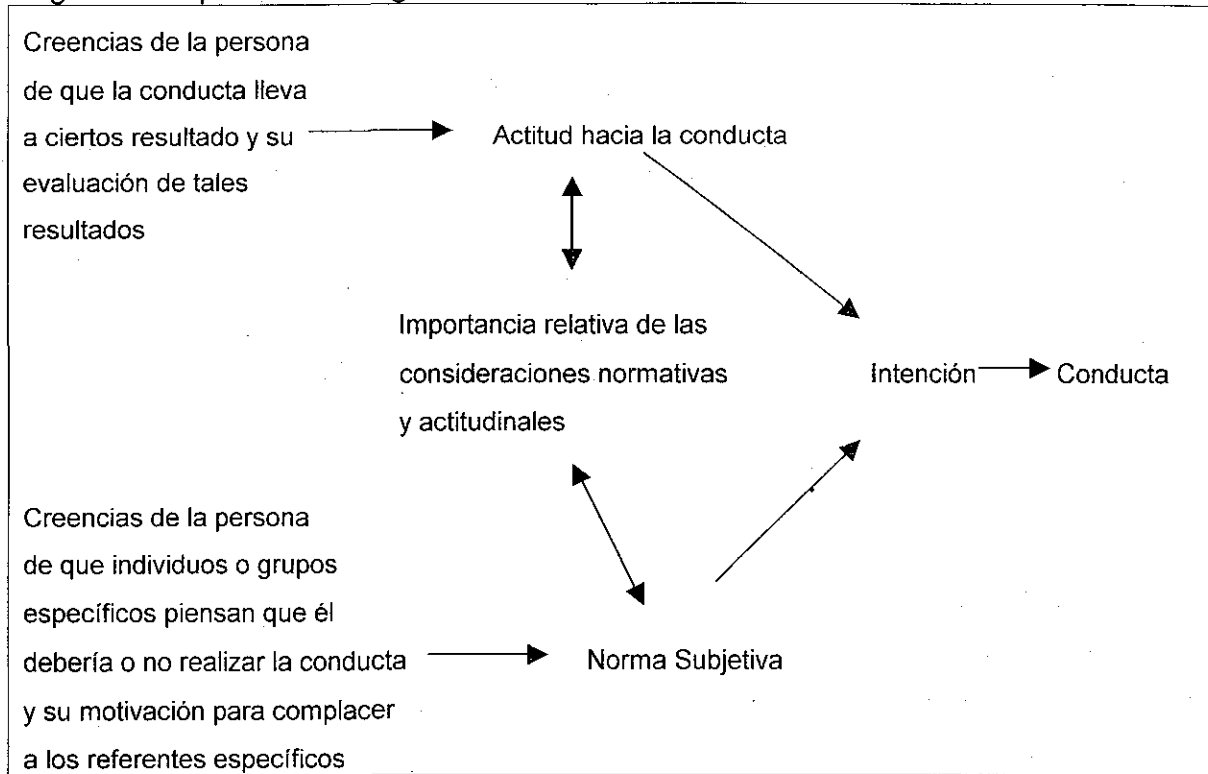
La secuencia completa del proceso no necesita involucrar ningún razonamiento o reflexión deliberada, el comportamiento simplemente sigue a la definición del evento que ha sido sesgada por la actitud activada automáticamente. Ni la activación de la actitud en la memoria, ni la percepción selectiva requieren esfuerzo consciente o control por parte del individuo.

2.2.2. Modelo de Procesamiento Deliberado

El comportamiento social planeado y deliberado también existe, algunas veces se decide cómo será el comportamiento y se realiza esa intención en la situación misma. El procesamiento deliberado se caracteriza por un trabajo cognoscitivo considerable: implica el escrutinio de la información disponible y el análisis de las características positivas y negativas, de sus costos y beneficios. Se tienen que considerar y valorar los atributos específicos del objeto de actitud y las consecuencias potenciales de comprometerse con un curso determinado de acción. Tal reflexión es la base de la decisión de una intención conductual y, finalmente, del comportamiento (Javiedes, 1995).

El modelo más conocido de este tipo es la teoría de la acción razonada –que será tomada como modelo para abordar el estudio de las actitudes en la presente investigación- la cual fue planteada por primera vez en 1967 (Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) es una teoría general de la conducta humana que trata de la relación entre creencias, actitudes, intenciones y conducta. De acuerdo con esta teoría, las conductas son una función de las intenciones para actuar de una determinada manera; las intenciones están a su vez determinadas por actitudes hacia la realización del comportamiento y por normas subjetivas con respecto al mismo; dichas actitudes y normas subjetivas se encuentran determinadas a su vez por creencias conductuales y normativas respectivamente. De acuerdo con esta teoría, la conducta finalmente se encuentra determinada por las propias creencias y el cambio de conducta, se ve como una función del cambio de creencias. Esta teoría se ilustra en la siguiente figura.

Figura 2. Representación gráfica de la teoría de la acción razonada



Fuente: Fishbein, 1990.

De acuerdo con la teoría de la acción razonada, la intención de una persona para realizar un comportamiento específico -por ejemplo, donar sus órganos- está en función de dos determinantes básicos, uno de naturaleza personal -en este caso, las actitudes que se tienen hacia la donación- y otro que es reflejo de la influencia social -específicamente, por parte de la familia y la religión, en el caso de la donación-. El primero, comprende los sentimientos afectivos (positivos o negativos) de la persona con respecto a la ejecución de una conducta particular; este factor es llamado actitud hacia el comportamiento. El segundo determinante de intenciones, es la percepción de la persona sobre las presiones sociales impuestas a ella. Generalmente las personas tienen un comportamiento cuando poseen una actitud positiva hacia la ejecución y cuando creen que es importante lo que otros piensan acerca de lo que debe realizar (Fishbein, Salazar, Rodríguez, Middlestadt y Himmelfarb, 1988).

Sin embargo, se espera que exista variación en la importancia relativa de estos dos factores, de comportamiento a comportamiento y de individuo a individuo. De forma tal que, para algunas intenciones, las consideraciones actitudinales pueden ser más importantes que las normativas, mientras para otras, las que predominan son las consideraciones normativas. De igual forma, en algunas personas (o segmentos de la población) la intención de realizar un comportamiento puede estar principalmente bajo control actitudinal y para otros la intención está bajo control normativo, sin embargo, con frecuencia ambos factores son importantes.

La asignación de pesos relativos para los dos determinantes de la intención ayudan a explicar por qué las personas con las mismas actitudes y normas pueden comportarse de formas diferentes. Si la intención de una persona para realizar alguna conducta se encuentra bajo control normativo, se podrá hacer poco para cambiar su actitud hacia la realización de dicho comportamiento. De la misma manera, si la conducta está bajo control actitudinal, el uso de la presión social tendrá pocas posibilidades de lograr el cambio. Antes de elaborar un programa para cambiar un comportamiento determinado, es indispensable determinar la importancia relativa de los aspectos actitudinales y normativos para la intención que se desea cambiar (Fishbein et al, 1988).

La teoría de la acción razonada intenta responder a la pregunta de por qué las personas tienen determinadas actitudes o normas subjetivas. Plantea que la actitud de una persona hacia la realización de una conducta específica se ha visto como una función de las creencias conductuales predominantes de la persona y de los aspectos evaluativos de estas creencias. Esta teoría ve el cambio de conducta como un aspecto relacionado con cambiar las creencias y la estructura cognoscitiva que subyace a esa conducta.

Así, la actitud se puede ver como una función de algo que se le ocurre a la persona, que cree que al realizar un comportamiento éste lo llevará a obtener determinados resultados y a la evaluación de ellos. Usualmente, las personas creen que al realizar un comportamiento determinado, obtendrán resultados tanto positivos como negativos, y sus actitudes se basan en el conjunto total de creencias predominantes que cada uno tiene. Entre más crea la persona que al realizar un comportamiento éste lo llevará a resultados positivos (o prevención de resultados negativos) más se presenta una actitud favorable. Por otra parte, si se

crea que la realización del comportamiento llevará a consecuencias negativas (o prevención de resultados positivos) la actitud es más negativa. Las actitudes corresponden a la preferencia o rechazo de un conjunto total de resultados medidos por las creencias de las personas de que al realizar esos comportamientos obtendrá determinados resultados.

El segundo determinante principal de las intenciones (la actitud), también es visto como una función de las creencias normativas predominantes de la persona. Esto se refiere a la realización de un comportamiento determinado y aquello que los individuos o grupos piensan que deben hacer, teniendo en cuenta la presión social percibida que motiva a la persona para obrar de acuerdo a lo que cree que debe hacer. Una persona que cree tener muchos referentes sociales para no realizar un comportamiento tendrá una norma subjetiva que impone presión para que evite realizar dicho comportamiento. Se observa que las personas con los mismos referentes relevantes pueden llegar a tener normas subjetivas diferentes, y las que tienen referentes diferentes pueden llegar a tener la misma norma subjetiva.

El comportamiento surge de la intención conductual, ésta es consecuencia de la consideración y evaluación que realiza el individuo acerca de su actitud hacia su comportamiento y las normas subjetivas. Las normas subjetivas se refieren a las creencias que los "otros" tienen respecto a la ejecución o no de la conducta y la propia motivación para cumplir con ellas. En este modelo la actitud se manifiesta hacia la ejecución de un comportamiento específico y no una actitud general hacia el objeto en cuestión.

La actitud hacia el comportamiento es una función de las creencias de la persona referentes a los procesos que probablemente resultarán de la ejecución del comportamiento y de la evaluación que la persona hace de esos productos resultantes. Esta teoría asume que los individuos evalúan sistemáticamente la información disponible, incluyendo las consecuencias probables de un compromiso con la conducta bajo consideración, así como las expectativas que tienen los otros.

Con el fin de cambiar o reforzar actitudes hacia realizar una conducta determinada, se deben cambiar o reforzar las creencias normativas importantes y/o la motivación para actuar de acuerdo con el grupo. Fishbein (1990) menciona que hay cuatro puntos fundamentales que deben ser considerados en el desarrollo de mensajes educativos y otro tipo de intervenciones.

Importancia. Se debe determinar si en una población un acto determinado está bajo el control actitudinal o normativo, también se deben identificar las creencias conductuales y normativas que subyacen a la actitud o norma subjetiva. Esto, con el fin de desarrollar intervenciones efectivas, por lo que se debe primero determinar los resultados y los referentes que son importantes para la conducta en la población bajo estudio.

Seleccionar las creencias objetivo. Una vez identificados los logros y referentes importantes, debe decidirse cuáles creencias normativas y conductuales serán objetivos en la investigación, esta decisión debe estar guiada por el peso relativo de los componentes actitudinales y normativos. Con respecto a cada componente se deben identificar aquellas creencias que discriminan entre las personas que tienen y las que no tienen la intención de realizar la conducta en cuestión.

Una de las razones por las cuales algunas intervenciones fallan, es porque frecuentemente no se toman en cuenta las creencias apropiadas. Por ejemplo, los mensajes en general dan al público información que ya tienen o tratan de convencerlos de algo que ya creían. Si la mayoría de los miembros de un grupo ya creen que realizar alguna conducta los llevará a cierta consecuencia, se logrará poco con una comunicación persuasiva que incluya esta información.

Determinantes múltiples. Dado que tanto las actitudes como las normas subjetivas se basan en una serie de creencias, un cambio en las creencias normativas o conductuales puede no ser suficiente para producir un cambio en la actitud o norma subjetiva. Cambiar una creencia puede impactar otra creencia y dependiendo de la dirección de este efecto, el impacto puede facilitar o inhibir el cambio. Para una intervención efectiva, se debe cambiar la implicación evaluativa o normativa de la estructura cognoscitiva subyacente.

La regla de correspondencia. Así como la intención puede corresponder exactamente al comportamiento que se desea predecir, cambiar o entender, muchas más actitudes, normas subjetivas y creencias conductuales y normativas corresponden a la intención. El cambio de conducta se genera produciendo cambios en la intención correspondiente que a su vez es creada cambiando las normas subjetivas y/o actitudes correspondientes, las cuales se producen finalmente cuando se altera una serie de creencias correspondientes.

2.2.3. Uso de la Teoría de la Acción Razonada en diversas investigaciones

La teoría de la acción razonada ha sido ampliamente utilizada en el estudio de fenómenos psicológicos relacionados a la predicción del uso del condón, intención para adoptar conducta de seguridad en intercambios sexuales, conductas de riesgo en ambientes laborales e incluso en las creencias, actitudes y normas subjetivas en diferentes culturas respecto a la donación de médula ósea, predicción de participación en estudiantes e incluso en las creencias y experiencias respecto a experiencias extraterrestres. A continuación se mencionan brevemente algunas investigaciones que han tomado la teoría de la acción razonada como modelo teórico.

Treise y Weigold (2001), estudiaron los efectos de diferentes niveles de miedo y repetición de mensajes en un servicio de radio público en la predicción del uso del condón, sus resultados sugieren que la repetición y el miedo tienen efectos importantes sobre la intención para usar condones y las actitudes hacia su uso por lo que los servicios públicos para anunciarse pueden ser hábiles para afectar las actitudes e intenciones a través de una activación espontánea de actitudes.

Selvan, Ross, Kapadia, Mathai y Hira (2001) exploraron la intención y patrones conductuales de uso del condón entre adolescentes estudiantes de una secundaria en la India. La percepción de normas de grupos de pares, patrones conductuales de riesgo, cambios percibidos de contagio de SIDA y algunas variables sociodemográficas relevantes fueron estudiadas en relación con la intención de la conducta sexual. En este trabajo el modelo conceptual se basó en la teoría de la acción razonada, modelo de creencias de la salud y la teoría de la auto-eficacia. Los resultados revelaron que las normas percibidas y las normas

percibidas de los pares de grupo mostraron una asociación significativa con la intención de la conducta sexual y la conducta sexual actual.

Por su parte Turner (2001) utilizó factores psicosociales y la teoría de la acción razonada para predecir la conducta sexual en adolescentes mujeres, el estudio tuvo dos propósitos: si y hasta que punto tres factores psicosociales predecían las intenciones para tener intercambios sexuales; y si y hasta que punto tres variables tomadas de la teoría de la acción razonada y la historia del uso del condón predecían las intenciones para usar condones. La depresión, la cohesión familiar y la espiritualidad-religiosidad fueron las variables independientes para el primer análisis. Las normas de los pares, normas de los padres y las actitudes hacia el uso del condón y la historia del uso del condón fueron las variables independientes para el segundo análisis.

Los resultados revelan que la cohesión familiar y la espiritualidad-religiosidad no predecían las intenciones para tener intercambios sexuales, la depresión sí predijo las intenciones para tener intercambios sexuales. Por otra parte, las normas de los padres y la historia del uso del condón no predecían las intenciones de usar condones durante el intercambio sexual. Las normas de los pares y las actitudes hacia el uso del condón sí predecían las intenciones para usar condón durante el intercambio sexual. Si las adolescentes tenían actitudes favorables hacia el uso del condón ellas intentaban utilizar condón durante el intercambio sexual y si percibían que los pares tenían actitudes favorables hacia los condones.

Bus (1998) examinó un modelo de predicción del uso del condón que combinaba la teoría de la acción razonada y las variables pertenecientes a la influencia social parental, en una muestra de mujeres estudiantes de licenciatura heterosexuales sexualmente activas, las cuales contestaron un cuestionario referente a su historia sexual, actitudes hacia el condón, relaciones y comunicación con los padres, culpa y conciencia sexual y autoeficacia en la discusión del uso del condón con una pareja. Los patrones de análisis no soportaron la teoría de la acción razonada en su forma original, sin embargo, sugieren modificaciones que contribuyan al debate respecto a la importancia relativa de las variables en el modelo.

Kim, Goto, Bai, Kim y Wong (2001) estudiaron la predicción de participación de estudiantes asiático-americanos utilizando la teoría de la acción razonada. La intención para participar fue predicha a partir de la creencia de que la participación facilita la transición al colegio. La actitud hacia la participación estuvo relacionada positivamente con la creencia de los estudiantes de que la participación puede reforzar la identidad étnica y combatir el mito del modelo minoritario.

En cuanto a Patry y Pelletier (2001) extendieron la aplicabilidad de la teoría de la acción razonada a la evaluación de las creencias, actitudes y experiencias relacionadas al avistamiento de objetos voladores no identificados (OVNIS) y las abducciones alienígenas. Ellos aplicaron un instrumento que contenía reactivos relacionados con cada componente de dicha teoría, así como un escalas para evaluar creencias paranormales y deseabilidad social. La mayoría de los sujetos de la muestra creían en los OVNIS, aunque nunca hubieran visto uno. No obstante, solamente una minoría creía en las abducciones alienígenas aunque la mayoría reportaba no haber tenido reporte de dicha experiencia. De acuerdo con el patrón de análisis, las creencias en los OVNIS se originaban de las fuerzas sociales más que de las experiencias personales.

Bowen, Williams, McCoy y McCoy (2001) realizaron una investigación en fumadores de crack para evaluar la intención de uso del condón con la pareja, los participantes respondieron a un instrumento derivado de la teoría de la acción razonada, la teoría de la conducta planeada y el modelo transteórico de cambio. Las consecuencias esperadas y las creencias normativas predijeron fuertemente la intención para usar condón con la pareja sexual principal. Mientras que las creencias de que el condón inhibe el romance sexual y decrementa el placer sexual predice fuertemente las consecuencias esperadas.

Finalmente citaremos el trabajo realizado por Baggozzi, Lee y Van Loo (2001), ellos estudiaron el rol de las actitudes y las normas subjetivas respecto a la donación de órganos y tejidos en sujetos de diferentes culturas. Las predicciones fueron hechas usando una modificación de la teoría de la acción razonada en la que las actitudes fueron operacionalizadas en los componentes afectivo y evaluativo de manera separada. Los límites de las condiciones de la teoría fueron llevados más lejos de tal forma que pudiera permitir examinar los efectos de la cultura (chinos de Hong Kong, chinos americanos, negros americanos y blancos

americanos) en la decisión para donar. En cuanto a los resultados, los chinos americanos mostraron fuertes actitudes y normas débiles, pero no intenciones para donar a familiares cercanos a diferencia de los chinos de Hong Kong, reflejando con esto presiones diferentes dentro/fuera del grupo. Por su parte, los blancos y negros americanos mostraron fuertes actitudes, normas subjetivas e intenciones a donar a extraños a diferencia de los chinos.

Respecto al tema que nos ocupa en esta investigación se ha podido observar que el estudio de la donación de órganos y tejidos es un campo que tiene mucho que ofrecer al investigador social, como ya se ha mencionado la decisión de donar o no donar puede estar determinada por múltiples factores (legales, médicos, morales, sociales, psicológicos, etc.), en la presente investigación se intentó abarcar una serie de variables psicológicas que pudieran ayudar a entender la complejidad que acompaña a la donación altruista de órganos y tejidos.

La donación de órganos y tejidos implica como último fin una conducta –la donación en sí misma-, sin embargo, atrás de dicha conducta se encuentran las intenciones de realizarla -que pueden ir desde la misma intención de donar, ya sea órganos y/o tejidos, hasta firmar la tarjeta de donación. Además se tiene una predisposición hacia la donación – actitudes-, sin embargo, la actitud por si sola no determina que una persona decida donar o no sus órganos; siendo un tema tan controversial existen elementos que provienen del exterior –normas- que influyen en la decisión de donar o no donar, por ejemplo, la posición de la religión, de la familia, etc. En el caso de la donación post-mortem es la familia quien finalmente toma la decisión de acceder o no a la donación. Por otra parte, las personas también manejan creencias respecto a si al donar efectivamente se ayuda a salvar la vida de otra persona o simplemente se colabora al tráfico de órganos, en México las instituciones de salud carecen de credibilidad, por lo que es común escuchar comentarios referentes a la poca honestidad y falta de ética del personal que en ellas labora.

Todos estos elementos pueden ser abordados desde la teoría de la acción razonada, es por ello que en esta investigación se eligió como el modelo teórico más pertinente para su estudio



2.2.4. Cambio de actitudes

El fenómeno del cambio de actitud ha sido estudiado tradicionalmente por investigadores como Newcomb (1943) y Lazarus (1944). En esos estudios fueron analizados los componentes de las actitudes y su relación unos con otros, al igual que la influencia de variables educativas sobre esas relaciones. Se han utilizado historias de caso para investigar la correlación entre los componentes actitudinales y para estudiar la relación entre actitud y aspectos de historia personal o personalidad, ejemplos de esta aproximación son los estudios de Murray y Morgan (1945), Adorno, Frenkel-Brunswik (1950) y Smith, Bruner y White (1956), entre otros. En general estos estudios sugieren algunas maneras en las cuales las actitudes (y la interrelación entre sus componentes) pueden ser influidas por necesidades emocionales, conflictos y mecanismos de defensa (Rosenberg y Hovland, 1960).

Zimbardo y Ebbesen (1969) cuando hablan de cambio de actitud hacen referencia a los siguientes elementos: fuente de la comunicación, comunicación o mensaje, audiencia, receptores o población blanco y respuesta; por supuesto que una parte relevante de este esquema son los medios de transmisión del mensaje y la situación en la cual se recibe dicho mensaje. Estos autores presentan un modelo de acuerdo con el cual, el cambio es una función de la combinación de: (a) la posición inicial de los individuos, (b) la atención al comunicador y al mensaje, (c) la comprensión de los argumentos, ejemplos, apelación y conclusión y (d) motivación general y específica para la aceptación del mensaje. Las características del comunicador (su voz, su estilo, su apariencia, etc.) pueden incrementar la obtención de atención. De manera similar, la retórica abierta del mensaje puede incrementar la atención a ello. La novedad del medio a través del cual el mensaje es presentado sobresale como un elemento importante que puede afectar la obtención de atención. Por otra parte, para obtener atención la comunicación debe tener el nivel de complejidad apropiada a la audiencia, no ser tan simple como para aburrirlos o tan complicada como para ser incomprensible. Situaciones externas e internas de distracción también afectan la focalización de la atención.

La comprensión del mensaje puede estar influida por aspectos de su organización y estructura, claridad y vivacidad de la presentación, construcción de resúmenes, oportunidad de ensayar, y el uso de un lenguaje accesible a la audiencia. La

inteligencia del receptor, la experiencia relevante, la mentalidad abierta, todo esto puede ser determinante en la comprensión del mensaje. La comprensión puede ser también severamente limitada por la intensidad del afecto relacionado a la actitud dada. Dependiendo de la base motivacional del individuo hacia su actitud original, la aceptación del mensaje puede verse afectada por varios factores: ya sea que la nueva información refute sus creencias existentes y ponga de manifiesto los aspectos irracionales de su actitud original, por el temor a ser rechazado o considerado como desviado, o por la recompensa que pueda tener al estar de acuerdo con la nueva posición (Zimbardo y Ebbesen, 1969).

Muchos trabajos experimentales parten de la interrelación de los componentes actitudinales en un esfuerzo para producir un cambio de actitudes. Los experimentos de cambio de actitudes han sido sobre un amplio rango de variables e hipótesis, entre las cuales se encuentra el impacto de la comunicación en la inducción del cambio o con aspectos de la situación en la cual la comunicación ha sido recibida. También han sido reportados estudios en los cuales la atención es dirigida sobre la producción de inconsistencia entre los componentes de la respuesta y sus consecuencias con respecto a la última reorganización de las actitudes (Rosenberg y Hovland, 1960).

De acuerdo con estos autores, en el estudio de cambio de actitud se plantean dos posturas. La primera plantea que los cambios afectivos y conductuales pueden ser resultado de una exposición a estímulos verbales, los cuales, cambian la concepción y percepción del objeto de la comunicación. Puesto que las actitudes tienen ambos componentes (afectivo y conductual) esta hipótesis equivale a suponer que estos componentes se modificaron como resultado de un cambio en el componente cognoscitivo. Investigaciones realizadas por Carlson (1956), Peak (1959), Woodruff y DiVesta (1948) indican la ocurrencia de dicho proceso.

La segunda postura se refiere a la comunicación persuasiva y sugiere que cuando el comunicador es hábil al presentar evidencia que indica la necesidad de un cambio puede lograr su objetivo. De tal forma que si el receptor cree que un mejoramiento de la ciudad es indeseable porque puede resultar costoso, el comunicador debe demostrarle que no lo es y asume que la modificación de la opinión del receptor acerca de la deseabilidad de la propuesta de mejoramiento es un buen resultado.

Hasta este punto se ha hecho una revisión de los aspectos fundamentales acerca de las actitudes, poniendo especial énfasis en la descripción de la Teoría de la Acción Razonada, lo que obedece a la consideración de esta teoría como la más idónea para abordar el estudio de las actitudes hacia la donación de órganos y tejidos, ya que explica la conducta a partir de elementos que son parte esencial en la decisión de una persona para actuar de cierta forma ante el planteamiento de donar o no sus órganos, por ejemplo, las normas subjetivas, que en el caso específico de este tema se encuentran contenidas en la familia y religión. Debido a la problemática actual en nuestro país respecto a la falta de donadores es necesario inducir un cambio de conducta en las personas, por lo tanto, se hace necesario abordar el tema de persuasión.

2.3. Persuasión

Bettinghaus (1968) define a la situación de la comunicación persuasiva como el compromiso en un intento consciente, por parte de un individuo, para cambiar el comportamiento de otro individuo o grupo de individuos, a través de la transmisión de algún mensaje. Parte central en la definición de Bettinghaus son las nociones de intento consciente, cambio comportamental y transmisión de mensaje.

Por su parte, Brebeck y Howell (1952) definen la persuasión como el intento consciente para modificar pensamiento y acción a través de la manipulación de motivos de un hombre para lograr determinados fines. Al igual que Bettinghaus estos autores tienen la noción de intento consciente del que persuade y a diferencia de éste difieren en el énfasis de la manipulación de motivos (los constructos motivacionales son usualmente observados como variables interventoras; esto es, eventos que ocurren dentro del individuo) más que en la conducta abierta.

Cronhite (1969) sostiene que la persuasión se refiere al acto de manipulación de símbolos para producir cambios en la conducta de acercamiento-alejamiento de quien interpreta los símbolos, este autor no especifica el intento consciente, el análisis de Cronhite enfatiza el comportamiento más que los motivos o actitudes, y la manipulación del símbolo por el que persuade, coincidiendo con Bettinghaus acerca de la importancia de la transmisión del mensaje como una condición necesaria para la persuasión.

Scheidel (1967) denomina hablar persuasivo a la actividad en la cual el hablante y el escucha están conjuntados y el hablante conscientemente intenta influir sobre la conducta del escucha por la transmisión audible y visible de señales simbólicas. Su definición expresa el intento consciente, influencia comportamental y transmisión del mensaje.

En el área de la persuasión, el mayor problema al que se enfrentan los investigadores es que a pesar de la enorme cantidad de datos acumulados y el gran número de teorías hay escaso acuerdo acerca de cómo y cuándo las variables tradicionales (fuente, mensaje, audiencia, canales) afectan el cambio de actitudes (Javiedes, 1995). En este contexto se inserta el Modelo de Probabilidad de la Elaboración de la Persuasión, de Petty y Caccioppo (1981), que intenta ser un marco general para organizar, categorizar y entender los procesos subyacentes a la efectividad de la persuasión. Busca integrar orientaciones y hallazgos contradictorios en un solo enfoque conceptual (Petty y Caccioppo, 1986).

2.3.1. Modelo de probabilidad de la elaboración de la persuasión

Los autores plantean que existen dos vías posibles para la persuasión: la persuasión puede resultar de la consideración cuidadosa y reflexiva que hace la persona de los méritos verdaderos que tiene la información presentada en apoyo a la defensa de la posición, ésta es la llamada *ruta central*. En la segunda vía la persuasión ocurre con mayor probabilidad como resultado de alguna clave en el contexto persuasivo, por ejemplo, la atracción de la fuente, ésta es la llamada *ruta periférica*. La persuasión que resulta de la vía ruta central, es más permanente que la otra. A partir del planteamiento de las dos rutas para la persuasión y sus implicaciones para la persistencia actitudinal, Petty y Caccioppo desarrollan, investigan y refinan una teoría más general de la persuasión.

A continuación se presentan los siete postulados a través de los cuales expresan su teoría:

- 1) *La búsqueda de lo correcto*. La gente está motivada para sostener actitudes correctas. Las actitudes incorrectas no son generalmente adaptativas y pueden tener consecuencias perjudiciales. Si una persona cree que ciertos objetos,

gente o asuntos son “buenos” cuando son “malos” tendrá como resultado decepciones y decisiones incorrectas.

- 2) *Variaciones en la elaboración.* La cantidad y naturaleza de la elaboración relevante para el tema que la gente desea o es capaz de emplear para evaluar un mensaje, varía de acuerdo a factores individuales, a pesar de su deseo de sostener actitudes correctas (en este contexto, elaboración significa en qué medida una persona piensa en los argumentos relevantes que contiene el mensaje).
- 3) *Argumentos, claves y elaboración.* Plantea que las variables pueden afectar la dirección y cantidad del cambio de actitud al servir como (a) argumentos persuasivos; (b) claves periféricas y, (c) al afectar la extensión o dirección del tema en cuestión y la elaboración del argumento.
- 4) *La elaboración objetiva.* Afectar la motivación y/o la habilidad para procesar un mensaje en forma relativamente objetiva mejora o reduce el escrutinio del argumento.
- 5) *Elaboración vs. Claves.* A medida que disminuye la motivación y/o habilidad para procesar los argumentos, las claves periféricas se convierten en determinantes más importantes para la persuasión; por el contrario, conforme el examen o escrutinio del argumento, las claves periféricas serán menos importantes para la persuasión.
- 6) *Sesgo en la elaboración.* Las variables afectan el procesamiento del mensaje en forma relativamente sesgada, pueden producir sesgos -motivacionales y/o de habilidad- positivos o negativos (favorables o desfavorables) en los pensamientos relevantes provocados respecto al tema.
- 7) *Consecuencias de la elaboración.* El cambio de actitud resultante del procesamiento de argumentos relevantes al asunto en cuestión (ruta central) mostrará mayor persistencia temporal, mejor predicción de conducta y mayor resistencia a la contra-persuasión que el cambio de actitud resultante de claves periféricas.

Los autores consideran que el modelo especifica las formas básicas en que las variables afectan la persuasión y señala las consecuencias principales de estos procesos mediacionales. Una variable puede operar como argumento persuasivo, como clave periférica o afectar el escrutinio del argumento ya sea de manera relativamente objetiva o relativamente sesgada. Al limitar el proceso persuasivo a estas posibilidades, proporciona un marco de referencia sencillo y organizado que puede aplicarse a las variables tradicionales: fuente, mensaje, receptor, y contexto. Los postulados del modelo no tratan de explicar el por qué, sino más bien tratan de especificar las condiciones en que cada proceso mediacional probablemente ocurra y sus consecuencias (Javiedes, 1995).

Se cree que las situaciones persuasivas involucran intentos de influencia sobre otros, ya sea que el intento de influencia se dirija hacia los cambios en actitudes, motivos, valores o conductas. Todos los persuasores siempre tienen relativo éxito o fracaso en el comportamiento que se intenta persuadir. El persuasor puede, sobre la base de observaciones comportamentales, inferir que él ha influido en las actitudes, motivos o valores del persuadido, pero es claro que tales conclusiones acerca de esos procesos de intervención son sólo "brincos inferenciales" basados sobre la observación de la conducta del persuadido (Miller y Burgon, 1973).

Por ejemplo, un persuasor puede buscar convencer a una persona del daño que causa el fumar, si el persuadido es un fumador, y si después del intento de influencia observamos que el persuadido ha disminuido la cantidad de cigarros que fuma, se puede concluir que el persuasor tuvo éxito en su tarea al tratar de influir en el comportamiento del persuadido. Suponga, sin embargo, que antes del intento de influencia el persuadido consistentemente decía "yo apruebo el fumar cigarros" pero después del intento de persuasión él afirma "yo desapruuebo el fumar cigarros". En tal caso podemos probablemente decir que el persuadido ha modificado su actitud acerca del fumar cigarros. Sin embargo, la posición del cambio de actitud del persuadido es una inferencia basada en el cambio de su comportamiento verbal concerniente a los cigarros.

La persuasión es tratada exclusivamente como un facilitador de cambio: la persuasión es sinónimo de cambios en comportamientos abiertos o valencia actitudinal. Operacionalmente la persuasión es un acto en el cual, el persuasor se esfuerza en establecer relaciones particulares entre sus propios estados

actitudinales o comportamentales y los del persuadido. El énfasis sobre las posturas actitudinales y comportamentales de los involucrados en el proceso persuasivo más que sobre las cualidades del mensaje, permite evitar problemas acerca de diferencias en estilo y contenido entre un mensaje persuasivo determinado y otro que propone el intercambio de información o resolución del conflicto (Miller y Burgon, 1973).

A continuación se hace una descripción de las relaciones más comúnmente estudiadas del fenómeno de persuasión: la primera es aquella en la que el persuasor intenta invertir una conducta del persuadido o cambiar la valencia de una actitud del persuadido. Previo a la intención de la influencia, como se indica en la figura 3, las posiciones del persuasor y el persuadido no coinciden (la discrepancia puede ser representada como un continuo). Por ejemplo, el persuasor puede ser un padre preocupado por la conducta de su hijo adolescente; él cree que su hijo ocasionalmente fuma marihuana y quiere que deje de hacerlo. En esta situación, la discrepancia inicial puede ser descrita como sigue, el persuasor (padre) quiere que el persuadido (hijo) deje completamente de fumar marihuana mientras que el hijo cree que fumar marihuana es aceptable, y por ello lo hace periódicamente. Si el padre induce al hijo que deje de fumar marihuana, entonces el padre ha tenido éxito, si el hijo continúa fumándola la intención persuasiva del padre no ha tenido éxito.

En la figura 4 se muestran las posibles posiciones del persuadido, si la situación pretende una completa revocación de una conducta o actitud particular, es decir, si el persuasor busca una conversión completa, le gustaría que las actitudes o conductas de post-persuasión del persuadido coincidan con las suyas (pe1). Prácticamente tal correspondencia psicológica raramente resulta de una simple intención de influencia. Como se ilustra en la figura, el resultado más probable de una tentativa influencia es el movimiento hacia la posición más corta del persuasor (pe2). Así, aunque el hijo puede no abandonar completamente la marihuana, puede reducir la frecuencia de su uso o puede empezar a dudar del beneficio de tal actividad, ya sea que lo manifieste abiertamente ante otros o sólo hacia si mismo. Finalmente, la tentativa de influencia puede tener un efecto negativo completamente. Más que un movimiento hacia la posición del persuasor, el persuadido puede moverse más lejos de él (pe3). En el ejemplo hipotético el hijo

puede rebelarse y fumar más mariguana con mayor frecuencia después de los esfuerzos persuasivos del padre.

Figura 3. Posición del persuasor y persuadido previa a la intención de influencia.

Posición del persuasor	Posición del persuadido Antes de la influencia	
	Favorable	Desfavorable
	Posición en el problema	

Fuente: Miller y Burgoon, 1973.

Figura 4. Posibles cambios en el persuadido después de la intención de influencia

Posición del persuasor	Posición del persuadido Después de la influencia	
	Favorable pe1	Desfavorable pe3
	Posición en el problema pe2	
pe1= Cambio optimo congruente con la intención del persuasor. Pe2= Cambio típico resultante de una simple tentativa de influencia. Pe3= Efecto boomerang, cambio en el persuadido contrario al intento del persuasor.		

Fuente: Miller y Burgoon, 1973.

Estos cambios pueden ser ordenados en términos de grados de éxito de la persuasión; se pueden examinar vías en las cuales esas variables facilitan o inhiben el cambio actitudinal o comportamental del persuadido. El diagrama de la figura 5 muestra las posiciones iniciales del persuadido y el persuasor, el padre está consciente de que su hijo está a punto de iniciar la universidad y estará expuesto al bombardeo de propaganda opuesta, esto es, otros potenciales persuasores se esforzarán por cambiar las actitudes del hijo y su comportamiento.

En esta situación, la tarea persuasiva del padre no es para revertir una conducta existente ni alterar la valencia de una actitud existente, más bien reforzar actitudes y conductas ya existentes para hacerlas más resistentes al cambio. Desde el punto de vista del persuasor, la figura 6 ilustra el deseo post-persuasivo de la relación entre las actitudes del persuasor y persuadido, el signo + indica que las actitudes del persuadido están más fuertemente sostenidas después de intentar la influencia. Por supuesto, como se indica en la figura la tentativa de influencia puede no tener éxito por lo que la actitud inicial tiene la misma o menos intensidad, si esto no sucede, el persuasor no ha tenido éxito.

Figura 5. Posición del persuasor y persuadido previa a la intención de influencia.

Posición del Persuador	Posición del persuadido antes de la influencia	
Favorable	Posición en el problema	Desfavorable

Fuente: Miller y Burgoon, 1973.

Figura 6. Posición del persuadido después de una exitosa y no exitosa tentativa de influencia

Posición del Persuador	Posición del persuadido después de la influencia	
pe+	Posición en el problema	Desfavorable
Favorable pe-		

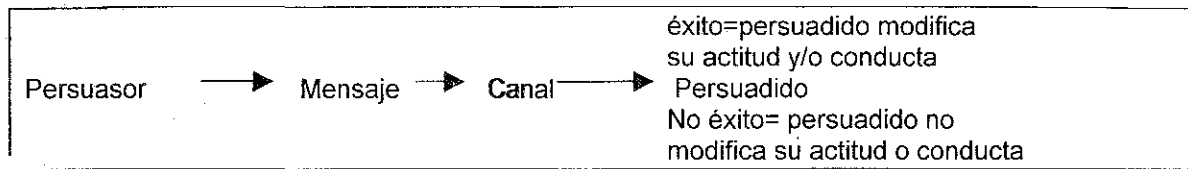
pe+= Tentativa de influencia exitosa, la actitud inicial del persuadido con una mayor intensidad.
 Pe-= Tentativa de influencia sin éxito, la actitud inicial del persuadido tiene la misma o menos intensidad.

Fuente: Miller y Burgoon, 1973.

Se puede también extender la visión del proceso de comunicación persuasivo hacia situaciones en las cuales el persuadido más que el persuasor es el agente fundamental simbolizante. Esta distinción entre situaciones en las cuales el persuasor es el fundamental agente simbolizante y aquellas en las cuales el persuadido asume el fundamental rol simbolizante puede ser clarificada a partir de una breve descripción.

En la situación persuasiva descrita en la figura 7, el persuasor es el fundamental agente simbolizante. Después de determinar su propósito persuasivo el persuasor codifica un mensaje y lo transmite a través de algún canal para intentar persuadir. Los persuadidos en su momento decodifican e interpretan el mensaje: si el persuasor ha sido relativamente eficiente, las actitudes o comportamientos pueden ser alterados o hacerse más resistentes al cambio; si no ha sido relativamente efectivo, tales cambios no ocurrirán. Si bien el persuadido debe ocuparse de actividades cognitivas de decodificación e interpretación del mensaje persuasivo, las actividades fundamentales simbolizantes son delegadas al persuasor. Miller (1969) afirma que central para este punto de vista son los términos hablante activo (persuasor) y audiencia relativamente pasiva (persuadidos).

Figura 7. Paradigma persuasivo en el cual el persuasor es el fundamental agente simbolizante



Fuente: Miller y Burgoon, 1973.

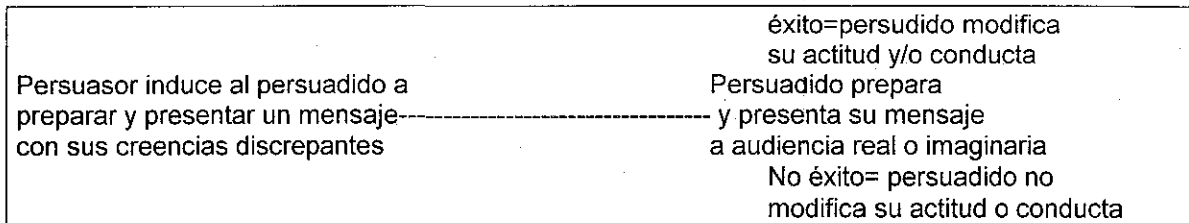
Para comparar este paradigma con el alternativo, en el cual el persuasor no es el fundamental agente simbolizante, regresamos al caso del padre y su hijo fumador. Dentro del marco del paradigma que se acaba de describir, el padre debería componer un mensaje consistente de todos los argumentos que él puede reunir acerca del fumar mariguana. Se sienta con su hijo algunas noches y le presenta el mensaje. Dependiendo de sus propias características al igual que las de su hijo, el padre puede permitir preguntas intermitentes y argumentos de su hijo o puede pedirle que guarde silencio. Desde el punto de vista del padre, su éxito persuasivo o fracaso puede observarse a partir de la presencia o ausencia de ciertos cambios actitudinales y comportamentales que parten de su hijo.

En el segundo paradigma ilustrado en la figura 8, el padre toma otra aproximación al intento de influencia, en la cual permite a su hijo, que asuma el fundamental rol simbolizante. Al hijo se le pide imaginar que ha sido arrestado por posesión o uso de mariguana. En acuerdo con el proceso legal se le permite telefonar a sus padres para informales de su arresto. El padre pide al hijo que finja la llamada telefónica, con el padre tomando su rol regular y el hijo tomando el rol de un adolescente recién arrestado.

En su capacidad como persuasor el padre asume que su rol jugado en la transacción de la comunicación puede modificar la actitud de su hijo hacia el fumar mariguana. Más que bombardear a su hijo con razones para evitarlo, el padre coloca al joven en una situación hipotética subrayando posibles consecuencias indeseables de su conducta. El propósito de persuadir y el éxito del intento de influencia depende de la comunicación, pero ése es un cambio drástico en la simbolización de los roles tomados por el persuasor y el persuadido. Se han observado que tales técnicas del role playing tienen éxito cuando son usadas en intentos persuasivos relativamente inexplorados, nuevas dimensiones de persuasión, dimensiones de importancia para estudiantes y practicantes de persuasión (Miller y Burgoon, 1973).

Supóngase que en lugar de colocar al hijo en el lugar de un adolescente arrestado por posesión de marihuana, el padre en su capacidad como persuasor, sugiere al hijo que prepare un mensaje conteniendo todos los argumentos que pueda reunir sobre el fumar marihuana y que lo transmita a alguna audiencia: el padre, otros miembros de la familia, o un grupo de parejas adolescentes. Desde el punto de vista del padre la defensa pública de esas creencias discrepantes concernientes a la marihuana, puede causar en el hijo la adopción de una postura menos favorable hacia el fumar. Cuando ocurren los cambios se demuestra que el intento de influencia ha sido exitoso, si las actitudes y comportamiento del hijo acerca de la marihuana permanecen sin cambio el padre no tuvo éxito en su intento de influencia.

Figura 8. Paradigma persuasivo en el cual el persuadido es el fundamental agente simbolizante



Fuente de Miller y Burgoon, 1973.

Es notorio un marcado contraste entre los dos paradigmas, mientras que en el primero de ellos el persuadido juega un rol muy poco activo, en el segundo toma un rol de gran actividad (Miller y Burgoon, 1973).

A partir de esta revisión es posible pensar que la donación de órganos y tejidos es una conducta determinada por factores que no siempre se encuentran dentro o bajo el control del donante, la influencia de la familia es un claro ejemplo de esto. En este caso, la opinión de los familiares más cercanos (ya sean los padres, esposo(a) o hijos) juega un papel central en el acto de donar o no donar, de hecho cuando se trata de donaciones post-mortem, es altamente probable que sea la familia quien decida sobre la donación. Sin embargo, dado que este campo es prácticamente virgen para la psicología es importante investigar de manera sistemática el tema.

3. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La donación de órganos es un acto en el cual una persona muestra un comportamiento altruista y cede a otra, alguno(s) de sus órganos con la finalidad de restablecer o mejorar la salud de ésta. En México, como en la mayoría de los países, es reducido el número de personas dispuestas a donar sus órganos y tejidos, y mucho menor el número de donaciones post-mortem que se hacen efectivas, este hecho representa que sólo unas cuantas –de las cientos- personas pueden recobrar su salud o salvar su vida.

Es posible enumerar una gran cantidad de factores psicológicos¹⁰ (altruismo, actitudes, empatía, locus de control, creencias, etc.), que pudieran estar influyendo la decisión de las personas de donar o no donar, razón por la cual deberíamos tener una mayor presencia en este campo, sin embargo, a pesar, de la gran cantidad de estudios que representa este tema, es poca la incursión de los psicólogos en él, la mayoría de los profesionistas dedicados a esta área son médicos, enfermeras o trabajadoras sociales, ya sea haciendo investigación o trabajando en los hospitales como coordinadores.

Esta investigación tuvo como objetivo estudiar algunos de los factores psicológicos presentes en la donación de órganos y tejidos, así como elaborar estrategias de persuasión hacia la donación, en un intento de hacer presente el trabajo del psicólogo social en un problema que atañe a todos los seres humanos.

El presente trabajo se compone de varias etapas en la fase de investigación, a continuación se hace mención y una breve descripción de cada una de las etapas que lo componen, para posteriormente proceder a su explicación detallada¹¹.

¹⁰ Existen además, factores médicos, burocráticos, institucionales, legales, religiosos, morales, etc., que influyen y muchas veces determinan no sólo la decisión de las personas, sino el rumbo, de un país en el área de la donación y los trasplantes. El ejemplo más claro lo ofrece España, cuyo sistema legal aunado, a la transparencia con que se manejan las instituciones en materia de donaciones y trasplantes les ha llevado a tener el modelo que el resto de los países aspira alcanzar, por supuesto que esto no significa que los problemas sean inexistentes.

¹¹ Los análisis estadísticos realizados en las diferentes etapas se llevaron a cabo en el SPSS versión 10.0.

Primera etapa. *Investigación preliminar*. En México son contados los profesionales de la Psicología que dedican su tiempo a investigar el tema de la donación de órganos y tejidos, por esta razón se decidió realizar como primer paso una exploración sobre los conocimientos, creencias, intenciones y comportamientos que presentan las personas al respecto, para ello se realizaron entrevistas.

Segunda etapa. *Elaboración del instrumento*. En México no se contaba con un instrumento que permitiera evaluar los constructos relacionados a la donación de órganos y tejidos, por tal motivo se procedió a la construcción del mismo, utilizando la información obtenida en las entrevistas y retomando los planteamientos hechos a partir de la teoría de la acción razonada (Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen 1975; Ajzen y Fishbein, 1980).

Tercera etapa. *Validación del instrumento*. Con los datos obtenidos en la aplicación del instrumento se realizaron los análisis correspondientes a la obtención de validez y confiabilidad del instrumento, así como descripción de la muestra en cada uno de los factores obtenidos.

Cuarta etapa. *Elaboración y prueba de estrategias de persuasión*. Con base en los resultados obtenidos a lo largo de las etapas precedentes se diseñaron dos estrategias de persuasión, las cuales fueron probadas y modificadas varias veces antes de proceder a su aplicación final, después de lo cual se procedió a realizar los análisis correspondientes para probar su efectividad.

3.1. *Primera etapa*. Investigación preliminar

3.1.1. Objetivo

Conocer la información, creencias, intenciones y comportamientos que se tienen respecto a la donación de órganos y tejidos, de tal forma que esto permita:

- a) Describir la percepción que se tiene sobre la donación de órganos y/o tejidos
- b) Conocer los elementos positivos y negativos que se manejan en torno al tema

- c) Elaborar un instrumento psicométrico que permita evaluar los aspectos relacionados con la donación de órganos y tejidos.

3.1.2. Instrumento

En esta primera etapa se elaboró un guión de entrevista, planteando los siguientes temas generales a explorar: conocimientos, creencias, intenciones y comportamientos en torno a la donación de órganos y tejidos. A partir de estos grandes ejes se plantearon preguntas específicas (apéndice 2.A).

3.1.3. Muestra

Se entrevistaron 49 personas, para ello se visitaron varias clínicas del IMSS, centros comerciales y lugares públicos (parques), las personas con las que se trabajó fueron aquellas que una vez informadas del propósito de la investigación accedieron a ser entrevistadas.

3.1.4. Procedimiento

Una vez establecido el objetivo se procedió a realizar las siguientes actividades:

- a) Elaboración del guión de entrevista.
- b) Levantamiento de datos, para ello se estableció contacto con personas que se encontraran en los escenarios ya mencionados solicitando su colaboración y explicándoles el propósito de la investigación.

En todos los casos, las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, las respuestas fueron registradas por escrito en el momento mismo de cada entrevista.

3.1.5. Resultados e interpretación

3.1.5.1. Descripción de la muestra

En la tabla 3.1 se presentan los datos demográficos de la muestra entrevistada, puede observarse que fueron entrevistados una mayor cantidad de hombres, siendo el bachillerato el nivel escolar con mayor frecuencia.

Tabla 3.1. Características generales de la muestra (n= 49).

Sexo		Edad			Eşcolaridad				
F	M	Media	SD	Rango	Prim.	Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.
23	26	30	10.82	13-60	4	8	20	3	14
46.93%	53%				8.16%	16.32%	40.81%	6.12%	28.57%

3.1.5.2. Análisis de respuestas

Los datos obtenidos en las entrevistas se analizaron por medio de frecuencias y porcentajes, en algunos casos se establecen categorías de respuestas.

A continuación se presentan los resultados de las entrevistas.

Pregunta 1. ¿Ha escuchado hablar de la donación de órganos y tejidos? El 81.63% (40) respondió **SI**, el 10.20% (5) **MUY POCO**, el 4.08% **SÓLO ÓRGANOS NO** y el resto dijo que **NO**.

Como podrá observarse, un porcentaje alto de estas personas han escuchado “algo” en torno a la donación de órganos y tejidos. Sin embargo, un aspecto más importante es saber qué han escuchado y a través de qué medios han obtenido dicha información.

Respecto a la pregunta ¿Qué ha escuchado acerca de la donación de órganos y tejidos?. Las respuestas se clasificaron en diversas categorías dependiendo del contenido.

Ayudar a salvar la vida de personas enfermas, por ejemplo¹²:

1. “Se donan a la persona que les sirve”.
2. “Se donan a un enfermo”.
3. “Cuando uno fallece donan un órgano a quien le haga falta”.
4. “Si tengo bien el corazón y otro lo necesita”.
5. “Hay que donar en vida, entre más mejor”.

¹² Se utilizarán comillas para comentarios textuales individuales, aquellos comentarios en los que varias personas coincidieron se reportan sintetizados y sin comillas.

6. "Puedes ser donador con tu familia antes de morir".
7. "La gente que está de acuerdo en donar llena un documento y pasan a ser propiedad de alguna institución".
8. "Es importante donar cuando se está en vida porque luego los familiares no quieren".
9. "Llenas una tarjeta y cuando falleces donas órganos, es una autorización para donar tus órganos, puede salvar, darle la vista a personas, para la donación de hígado debe haber muerte cerebral".

Ideas relacionadas con el tráfico de órganos, por ejemplo:

1. "He visto en la T.V. de gente que tiene que esperar y hay gente que los vende o hace mal uso, o se los extrae a los niños para ponerlos a vender y hacer negocio con ellos".
2. "..., también hay tráfico de órganos en chicos de 16 y 17 años o recién nacidos, se los roban, se los llevan a la frontera, los venden, los asesinan y sus órganos se venden en hospitales en donde se hace el trasplante".
3. "He leído del tráfico de órganos en el periódico".

Órganos que se pueden donar, por ejemplo:

1. "Se pueden donar los ojos, riñón, hígado, dependiendo de la persona, si quiere puede donarlos en vida o hacer una carta para cuando muera o cuando un familiar necesite un órgano".
2. "Donar órganos como corazón, hígado, retina, médula ósea, en vida o algunos muertos".
3. "Cuando fallece un familiar donas los órganos que estén en condiciones como ojos, hígado, riñón, vísceras".

Momento en que se debe hacer la donación, por ejemplo:

1. "Al momento de fallecer si quieres donar un órgano que sirva para otra persona, o cuando en vida alguien necesita normalmente son los riñones".
2. "Alguien vivo que le han dicho que va a fallecer y él decide donar un órgano para salvar otra vida".
3. "Si uno llegase a fallecer podría donar sus órganos y llega a fallecer antes de tiempo y está sano".

Algunas de estas ideas no son del todo correctas, algunas más son confusas o muy vagas, lo que refleja falta de información respecto al tema. También se puede observar que es difícil separar el tema del tráfico de órganos cuando se habla de la donación, las personas se muestran temerosas por el vínculo que se ha establecido entre estos dos temas.

A continuación se observa que los medios masivos de comunicación son la fuente principal a través de la cual estas personas han obtenido la información respecto al tema. Otra fuente importante son las pláticas informales con otras personas.

Tabla 3.2. Medios por los que se obtiene información acerca de la donación

Respuesta	Total	%
Medios masivos de comunicación (<i>televisión, radio, periódico, revistas</i>)	37	75.5
Pláticas (con amigos, conocidos, familiares)	8	16.32
Escuela	6	12.24
Lugar trabajo	4	8.16
Campañas	2	4.08
Hospital	1	2.04
Experiencia profesional	1	2.04

Nota: El total no corresponde a las 49 personas entrevistadas debido a que algunas reportaron más de una fuente.

La siguiente pregunta se refiere a los órganos y tejidos que se pueden donar, en este caso, las respuestas reflejan una falta de información, algunas personas no tienen idea de cuáles son. Cabe señalar que un gran número de personas, mencionaron el riñón y corazón, siendo éstos los trasplantes que más comúnmente se hacen y de los que se tienen más noticias, un número reducido de personas tiene conocimiento de que se pueden donar piel o cartílago. Algunos dijeron que se puede donar la vista u ojos, en lugar de córneas (tabla 3.3). Cabe resaltar que dos personas dijeron **TODO**, tres refirieron a las **EXTREMIDADES** (cuando aún no se tenían noticias en México de este tipo de injerto), una más mencionó que se podía **"DONAR CASÍ TODO, MENOS MÚSCULO Y HUESOS"**.

Tabla 3.3. Órganos y tejidos que se pueden donar

Órganos	Total	%	Tejidos	Total	%
Riñón	35	71.42	Córneas	20	40.81
Hígado	27	55.10	Vista, ojos	15	30.61
			Retinas	4	8.16
Corazón	28	57.14	Médula ósea	5	10.20
			Huesos	2	4.08
			Cartílago	1	2.04
			Bazo	1	2.04
			Piel (dermis)	1	2.04
Pulmón	13	26.53	Oído	1	2.04
Páncreas	4	8.16	Cerebro	1	2.04
Órganos vitales	1	2.04	Ovarios, epitelio, genitales, esperma, óvulos	1	2.04

A continuación se les preguntó si sabían quiénes podían donar sus órganos y tejidos, encontrando una amplia gama de respuestas, que van desde “personas con sus extremidades en perfecto estado” hasta “personas con derrame cerebral”. Algunas personas hicieron referencia a la edad del donador. Nuevamente las respuestas reflejan una carencia de información con respecto al tema (tabla 3.4).

Tabla 3.4. Personas que pueden donar órganos o tejidos

Respuesta	Total	%
Personas sanas	22	44.89
Personas sin enfermedades infecciosas y/o contagiosas (enfermedades venéreas, sida, tuberculosis, hepatitis)	9	18.36
Personas recién fallecidas	6	12.24
Respuesta	Total	%
Personas que tengan compatibilidad	2	4.08
Personas que fallecen y tienen autorización para donar	2	4.08
Personas que pasen los exámenes	2	4.08
Personas que fallecen y tienen autorización para donar	2	4.08
Personas con sus órganos aptos para la donación	2	4.08
Personas mayores de edad	2	4.08

Respuesta	Total	%
Niños y adultos	2	4.08
Personas con capacidad de goce y ejercicio	2	4.08
Personas que tengan accidentes	1	2.04
Personas con enfermedades terminales pero con el órgano a donar sano	1	2.04
Algunas personas en vida	1	2.04
Personas sin tatuajes	1	2.04
Personas con derrame cerebral	1	2.04
Personas con sus extremidades en perfecto estado	1	2.04
Personas mayores de 15 años y menores de 50	1	2.04
Personas que tengan entre 26 y 40 años	1	2.04
Personas altruistas	1	2.04

La siguiente pregunta ¿Alguna vez en su vida ha donado sangre?, se hizo para tener un punto de comparación para la pregunta 8 (¿donaría alguno de sus órganos o tejidos?), y como un referente conductual de la donación. Se observó que el 77.55% de las personas entrevistadas nunca ha donado sangre y sólo el 22.44% ha sido donador.

Algunas de las razones que tuvieron para donar se mencionan a continuación:

1. "Ocho veces, porque estuve en el ejército y nos llevaban al hospital a donar".
2. "Porque algunos familiares o compañeros lo necesitaban".
3. "Se necesitaba para que operaran a un familiar".
4. "Porque se requería en la campaña de la cruz roja y en otra ocasión para un familiar".
5. "Porque lo han necesitado", "para ayudar a los demás".
6. "Por altruismo".

Se puede observar que las personas han donado sangre ya sea por solidaridad, cooperación, obligación o altruismo.



Por otra parte, son varias las razones por las que no han donado, entre ellas se encuentran las siguientes:

1. Porque no se ha presentado la oportunidad.
2. Porque no ha habido necesidad.
3. "Como trabajaba no tenía tiempo, pero es mi intención hacerlo".
4. Por tener tatuajes.
5. Por hipertensión.
6. Por no tener el peso que se requiere.
7. Porque no han querido.
8. Por tener hepatitis.
9. Por miedo a contagiarse de alguna enfermedad.
10. Nunca se lo han pedido.

A continuación se les preguntó si aceptarían donar un órgano o tejido la mayoría (77.55%) dijo que sí, un 8.16% dijo que no y el 14.28% no sabe si lo haría. Se les preguntó si alguien sabe su decisión de donar o no donar, sólo el 36.73% de las personas han comunicado su decisión a familiar(es) o amigo(s)

Con la finalidad de conocer cuántas de las personas que dijeron que sí donarían un órgano o tejido han presentado una conducta real de donación (en este caso de sangre) se realizó un cruce de estas dos preguntas: ¿Alguna vez en su vida ha donado sangre? y ¿Donaría alguno de sus órganos o tejidos?, los resultados se presentan en la siguiente tabla. Más del 50% nunca han donado sangre (cuyas razones pueden ir desde no alcanzar el peso requerido hasta no haber tenido oportunidad), pero estarían dispuestas a donar órganos o tejidos.

Tabla 3.5. Donación de sangre y donación de órganos o tejidos

Donaría algún órgano o tejido			
Ha donado sangre	SI	NO	NO SABE
SI	16.32% (8)	-	6.12% (3)
NO	61.22% (30)	8.16% (4)	8.16% (4)



Cuando se les preguntó ¿De qué dependería su decisión de donar algún órgano y/o tejido? Se obtuvieron respuestas como las siguientes:

1. Si se está muerto no le sirve nada y si hay alguien a quien le puedan servir es lo mejor.
2. Del estado de salud, ya que no tiene caso donar algo que no sirve.
3. "De sus hijos, uno dice una cosa y ellos piensan otra".
4. "Si voy a donar estando viva y me puede afectar para vivir normalmente, entonces no lo haría".
5. "dependiendo de la situación, para algún familiar o para alguien que lo vale".
6. "No veo el caso de no donar, si uno puede ayudar por qué no".
7. Falta de conocimiento.
8. "De mi familia, de mi esposo. Si dependiera de mí lo haría pero depende mucho de los familiares".
9. Dependiendo de la persona receptora del órgano: que sea algún familiar cercano en peligro de muerte, que sea una persona de bajos recursos económicos.
10. No donaría: por miedo, inseguridad de no estar bien muerto.
11. De que alguien lo necesite.
12. "De las circunstancias, que no me afectara a mí".
13. Circunstancias personales como estado de ánimo.

La decisión de algunas personas de donar sus propios órganos y/o tejidos depende de otra persona, ya sea el esposo, los hijos o la familia. Algunas personas expresan miedo, quizá esto refleje la falta de conocimiento que se tiene del tema. Otras expresan que su decisión dependería del receptor, al respecto se puede observar que la mitad de la muestra prefieren hacer la donación a un familiar (tabla 3.6).

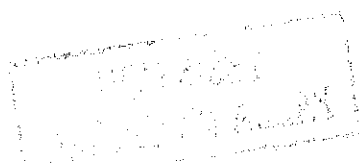


Tabla 3.6. Receptores de los órganos y/o tejidos

Respuesta	Total	%
A cualquier persona que lo necesite	17	34.68
A algún familiar	27	55.10
A un niño	2	4.08
A las personas sin recursos	2	4.08
No sabe	1	2.04

También se les preguntó si aceptarían donar los órganos y/o tejidos de un familiar cercano, por ejemplo, hermanos(as), esposo(a), papás, hijos(as) (tabla 3.7). Respecto a esta pregunta, se observa que aproximadamente la mitad la muestra definitivamente no lo haría.

Tabla 3.7. Donación de los órganos y/o tejidos de un familiar

Respuesta	Total	%
Si	10	20.40
Sólo si se lo pide su familiar	10	20.40
Sólo si fuera responsable de esa persona y estuviera desahuciada	1	2.04
No	21	42.85
No sabe	7	14.28

El argumento general de las personas que contestaron “no” fue que esa decisión no depende de ellos, ya que sobre su propio cuerpo pueden hacer lo que quieran pero no así sobre el cuerpo de otro. Esta respuesta la dieron incluso las dos personas que dijeron que la decisión de donar dependería de sus familiares. Sin embargo, respetarían la decisión de ese familiar de donar siempre y cuando lo haya comunicado, sólo una persona no está segura de poder hacerlo.

Respecto a este punto, el 97.95% de las personas entrevistadas dijeron que dado el caso de que alguno de sus familiares comunicará su decisión de donar la respetarían, mientras que el 2.04% no sabe si lo haría.

Para saber cuántas personas que dicen estar dispuestas a donar sus órganos y/o tejidos también lo están para donar los de algún familiar se realizó un cruce entre las preguntas: ¿Donaría alguno de sus órganos o tejidos? y ¿Aceptaría donar los órganos y/o tejidos de un familiar cercano?

Tabla 3.8. Donación de los propios órganos y/o los de un familiar

Donar los órganos y/o tejidos de un familiar cercano			
Donar sus propios órganos y/o tejidos	SI	NO	NO SABE
SI	11 (22.44%)	23 (46.93%)	4 (8.16%)
No		3 (6.12%)	1 (2.04%)
No sabe		5 (10.20%)	2 (4.08)

Solamente 11 de las personas que aceptarían donar sus órganos y/o tejidos harían lo mismo con los de un familiar. Tres personas se mantuvieron constante en su negativa a la donación propia o de un familiar, y 23 donarían algo suyo pero no de un familiar (tabla 3.8).

Otra pregunta que se les hizo a las personas fue si estaban enterados de la existencia de la tarjeta de donación, solamente un 32.65% (16) saben que existe. Es a través de los medios de comunicación (televisión, periódico, radio), las pláticas con amigos, familiares y conocidos como han obtenido la información al respecto.

En este punto de la entrevista se les mostró la tarjeta de donación de órganos y tejidos, al mismo tiempo que se les preguntaba si la firmarían en ese momento. El 36.73% (18) de las personas manifestaron que sí la firmarían, las 31 (63.26%) personas restantes dijeron que no.

Algunas de las razones que dieron para no firmar la tarjeta son:

1. Por estar enfermos.
2. Necesitan la autorización de la familia.
3. Preferirían saber a quién le donan y el motivo de la donación.
4. Es una decisión importante que hay que consultar con los familiares.

5. Necesidad de pensar para tomar la decisión.
6. Necesidad de información.
7. Por miedo.
8. Por tener tatuajes.
9. Por ser algo desagradable.
10. Demasiado joven para tomar una decisión así (persona de 21 años).

Con el objetivo de saber si coincidía la intención conductual con el comportamiento se presenta un contraste de las siguientes preguntas: ¿Donaría alguno de sus órganos o tejidos? y ¿En este momento firmaría la tarjeta de donación de órganos y tejidos?. Encontrando que de las 38 personas que dijeron estar dispuestas a donar alguno de sus órganos y/o tejidos solamente el 18 de ellas estuvieron dispuestas a firmar la tarjeta en el momento de la entrevista, mientras que las 20 restantes no firmarían (tabla 3.9).

Tabla 3.9. Intención conductual y comportamiento hacia la donación

Donaría algún órgano y/o tejido	Firmaría en este momento la tarjeta de donación	
	Si	No
Si	18 (36.73%)	20 (40.81%)
No	-	4 (8.16%)
No sabe	-	7 (14.28%)

Para conocer cuáles son las características que les atribuyen a las personas que han donado y/o firmado la tarjeta de donación se les preguntó qué piensan de las personas que deciden donar y de las personas que han firmado la tarjeta (originalmente son dos preguntas pero las respuestas son las mismas por lo que se presentan juntas).

1. Tienen conciencia de la necesidad de órganos.
2. Merecen respeto ya que es una decisión importante y difícil de tomar.
3. Lo hacen porque quieren ayudar a los demás.
4. Están haciendo una buena labor.
5. Es un compromiso con los seres que lo necesitan.
6. Piensan en los demás y está bien.

7. Hay que admirarlos.
8. Lo hacen por humanidad.
9. Valoran su vida y salud y la de los demás.
10. Es gente valiente, con decisión, comprometida y desprendida.
11. Tienen gran fortaleza interna.
12. Es gente inteligente que le gusta ayudar.
13. Es gente que le interesa la vida.
14. No son egoístas.
15. Tienen conciencia moral.
16. Son altruistas.

Un problema importante que afecta la donación de órganos y tejidos es la falta de información respecto a la muerte cerebral, existen casos en donde los familiares se retractan de la donación porque creen que la persona podrá despertar algún día. Es por ello que se les preguntó si saben lo que es la muerte cerebral, cuando la respuesta que daban era incorrecta o cuando decían no saber se les explicó en que consiste, después de lo cual se procedió a preguntarles si aceptarían donar los órganos y/o tejidos de un familiar cercano que tuviera muerte cerebral. Un total de 17 (34.69%) personas dijeron que si donarían, mientras que 24 (48.97%) no lo harían, el resto (16.32%) no saben si lo harían o no.

Para conocer si la información proporcionada acerca de la muerte cerebral había modificado en algo la decisión de las personas, se hizo un cruce de las siguientes preguntas: ¿Aceptaría donar los órganos de un familiar cercano (*hermanos(as), esposo(a), hijos(as), papás*)? y ¿Aceptaría donar los órganos y/o tejidos de un familiar cercano que tuviera muerte cerebral?. Seis personas de las 32 que dijeron que no donarían los órganos de un familiar reconsideraron su decisión si se presentaba caso de muerte cerebral, aceptando la donación (tabla 3.10).

Tabla 3.10. Donación de órganos de un familiar con muerte cerebral

Donaría los órganos y/o tejidos de un familiar cercano	Donaría los órganos y/o tejidos de un familiar con muerte cerebral		
	Si	No	No sabe
Si	8 (16.32%)	1 (2.04%)	1 (2.04%)
No	6 (12.24%)	21 (42.85%)	5 (10.20%)
No sabe	3 (6.12%)	2 (4.08%)	2 (4.08%)

A continuación se les preguntó si donarían en vida algún órgano y/o tejido la respuesta de todas las personas fue no, entonces se les explicó que existen ciertos tejidos cuya donación en vida no afecta a la persona y que de hecho es como donar sangre, se les mencionó que podrían donar piel y/o médula ósea.

La información proporcionada modificó la respuesta de algunas personas, el 16.32% haría la donación solamente a un familiar y el 30.61% mantuvo su negativa a donar (tabla 3.11).

Tabla 3.11. ¿Usted donaría en vida algún órgano o tejido?

Respuestas	Total	%
Si	6	12.24
Sólo a un familiar cercano	8	16.32
Siempre y cuando no le afecte	10	20.40
Sólo a un familiar, siempre y cuando sea de vida o muerte	5	10.20
No	15	30.61
No sabe	3	6.12

Respecto a la pregunta: ¿Cómo cree que se ve el cuerpo de las personas después de que les retiran sus órganos y/o tejidos? se obtuvieron las siguientes respuestas:

1. Va ha estar mutilado.
2. Queda vacío, hueco como en la autopsia.
3. No le pasa nada, queda normal.
4. Queda vacío pero no se nota.
5. "Queda mutilado si es brazo o pierna lo que donó".

6. Cocido.
7. Incompleto, a simple vista no se notaría, aunque si es el hígado si se notaría.
8. Incompleto e inservible.
9. "Lleno de agujeros, como queso gruyere".
10. "Queda como aplastado a no ser que lo rellenen".

Esta pregunta se hizo con la finalidad de observar algunas de las creencias que se tienen respecto al tema, una persona comentó que su mamá es cristiana y de acuerdo con sus ideas religiosas "en la resurrección si Dios lo había mandado completo cómo se presentaría ante él sin un seno", esta fue una de las personas que le gustaría donar pero cuya decisión depende de su familia y esposo.

Finalmente se les preguntó acerca del tráfico de órganos, todas las personas entrevistadas han escuchado comentarios acerca del tráfico de órganos, y piensan que en México existe (excepto una de ellas que dice no saber). Algunos de los comentarios más sobresalientes en esta pregunta se presentan a continuación.

1. "Muchas personas donan y lo mandan al extranjero o lo venden, lo utilizan para cosas ilícitas" (mujer de 24 años).
2. "Se roban a los niños, cuando los regresan ya no tienen córneas o riñón" (mujer de 26 años).
3. "Viví el caso de una amiga que firmó la tarjeta de donación, y luego cuando falleció no le avisaron a sus familiares y su familia cree que no llegó entera, le quitaron corazón, riñón, córnea y traficaron sus órganos, por eso es importante saber cómo, cuándo y con quién" (mujer de 29 años).
4. "Yo he visto en la televisión en algunas películas de acción, pero que lleva algo de cierto, alguien puede hacer mal manejo si firmo la tarjeta, si se firma es con reservas, no muy confiado" (hombre de 50 años)
5. "Yo soy de Guadalajara y ahí estuvo el problema en niños, les quitaban los órganos y los mataban" (mujer de 26 años).
6. "Se roban a niños, les sacan los órganos, un caso de E.U. fue que una pareja adoptó a un niño mexicano porque su hijo necesitaba un órgano" (mujer de 18 años).
7. "Mucho en niños y jóvenes que los roban para obtener sus órganos, sucede en hospitales, últimamente escuché de un muchacho que le quitaron un ojo

cuando subió a un taxi y alguna vez escuché que hacían niños de probeta para obtener órganos” (mujer de 26 años).

La mayor parte de las personas entrevistadas comentan acerca del robo de niños para traficar con sus órganos. Esta información la obtienen principalmente de los medios de comunicación tales como la televisión, radio, periódico y revistas, por pláticas con familiares, amigos, conocidos, ya sea en la escuela o trabajo.

Retomando algunos datos respecto a la donación de sangre, se observó que una persona reportó hacerlo por obligación (pertenecía al ejército), esta persona dijo no saber si donaría un órgano y/o tejido y tampoco sabe de qué dependería su decisión. Respecto a la información que tiene sobre la donación dijo: “riñones, corazón” y que se pueden donar “vistas y ojos”. Aquellas personas que han donado sangre para familiares o compañeros cuando ha sido necesario están dispuestas a donar algún órgano y/o tejido, sin embargo, algunas lo harán solamente para algún familiar o “alguien que lo vale” o que lo necesite.

Las personas que reportaron haber donado sangre por altruismo tienen la siguiente información respecto a la donación de órganos y/o tejidos: “Es una conducta voluntaria en la que el individuo decide donar algún órgano de su cuerpo”; “Es la manifestación unilateral del individuo para disponer libremente de su cuerpo”; “Es necesario porque se puede de alguna forma extender la vida, mejores condiciones para que una persona pueda vivir mejor”.

Sin embargo, cuatro de las personas que han donado sangre no donarían tejidos en vida, el resto sólo lo haría para familiares cercanos. Mientras que una de ellas comenta que sólo donaría un órgano (riñón) a un amigo o familiar pero no tejido, esta persona es licenciada en odontología.

De las personas que nunca han donado sangre porque no han tenido oportunidad, porque no se los han requerido o no han tenido necesidad, 16 dicen que si donarían sus órganos y/o tejidos, y cuando se les pregunta si donarían en vida sólo 4 están dispuestas sin ninguna condición, el resto solamente bajo una situación de vida o muerte, para un familiar (en especial el riñón) y piel o médula siempre y cuando no les perjudique.

Las personas que no han donado sangre ni donarían sus órganos y/o tejidos al preguntarles sobre la donación hablaron del tráfico -uno menciona que sólo las personas desahuciadas pueden donar-, desconocen la donación de tejidos como la piel, a pesar de explicarles en que consiste, uno de ellos dice "todavía me sirven mis órganos como para donarlos", otro más menciona "que no me destacen".

A partir de los datos aquí presentados se puede observar que existe una falta de información acerca de la donación de órganos y tejidos, que van desde cuestiones básicas, por ejemplo los órganos que se pueden donar, hasta cuestiones más complejas como el tráfico de órganos. Dicha falta de información genera ideas erróneas en la gente y temores en torno a este tema. Se observa también que las respuestas que proporcionan no corresponden a su conducta, por ejemplo, la mayoría de las personas entrevistadas manifiestan que sí aceptarían donar algún órgano y/o tejido ya sea en vida o después de la muerte, sin embargo, muy pocos de ellos han sido donadores de sangre (podemos considerarla como la donación más sencilla y culturalmente conocida y aceptada).

Algunas de las personas entrevistadas mencionaron que necesitaban más información para tomar una decisión, que contaban con pocos conocimientos del tema, por lo que en sus respuestas se mostraron prudentes. Otros más se apresuraron a afirmar que sí donarían, incluso en vida, pero cuando se les preguntó si firmarían la tarjeta se negaron o reportaban no haber donado sangre por razones como que no han tenido oportunidad o que no ha sido necesario.

Otro punto importante de mencionar es que son pocas las personas que manifiestan su temor a firmar la tarjeta debido al tráfico de órganos, sin embargo, algunas hablan del tráfico cuando se les pide hablar de donación. Al parecer las personas que cuentan con más información parecen estar más dispuestas a donar sus órganos, y de hecho algunas han donado sangre; sin embargo, su conducta es un tanto contradictoria porque algunas de ellas no están dispuestas a donar tejidos como piel y médula, esto refleja quizá que la información que manejan no es tan profunda y amplia como aparenta.

Al inicio de la entrevista algunas personas parecen estar muy bien informados, sin embargo, al avanzar es evidente que su conocimiento es limitado. Algunas de ellas manifiestan abiertamente su falta de información, otros prefieren contestar

aunque no están seguros de estar diciendo lo correcto. Esta falta de información puede provocar miedo que puede verse reflejado en la conducta de no querer donar, ni siquiera sangre.

3.2. Segunda etapa. Elaboración del instrumento psicométrico

En México son pocos los psicólogos que han realizado investigación acerca de la donación de órganos y tejidos, por lo que se carece de instrumentos que puedan evaluar los aspectos que nos ocupan en la presente investigación, y dado que no se quería hacer uso de instrumentos provenientes de otros países se eligió proceder a su construcción.

3.2.1. Objetivo

Construir un instrumento psicométrico que permita evaluar los constructos considerados por la Teoría de la Acción Razonada: actitudes, norma subjetiva, intención conductual, motivación para complacer y creencia conductual y normativa. De tal forma que se pueda:

- a) Probar la validez y confiabilidad del instrumento psicométrico
- b) Describir la muestra respecto a los constructos estudiados
- c) Establecer las actitudes que se tienen acerca de la donación de órganos y tejidos
- d) Conocer la norma subjetiva predominante en la muestra

3.2.2. Muestra

La muestra final comprendió 999 personas, estas personas son derechohabientes y trabajadoras del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)¹³, en sus cuatro delegaciones y el Estado de México, considerando los tres niveles y la propia subdelegación médica.

¹³ La autora agradece la colaboración del personal encargado de la aplicación del instrumento en las clínicas y hospitales de esta institución coordinadas por la Dra. Rebeca Bolán.

3.2.3. Procedimiento

Esta etapa de la investigación comprendió los siguientes pasos:

- a) Elaboración de una primera versión del instrumento tomando como modelo la Teoría de la Acción Razonada
- b) Piloteo de la primera versión del instrumento, lo cual permitió hacer las correcciones pertinentes al mismo
- c) Aplicación del instrumento a la muestra final
- d) Obtención de la validez y confiabilidad del instrumento.

Retomando los planteamientos hechos a partir de la teoría de la acción razonada (Fishbein, 1967, 1980; Fishbein y Ajzen 1975; Ajzen y Fishbein, 1980) y los datos en la entrevista se procedió a construir un instrumento psicométrico (apéndice 3.A). Como se recordará, de acuerdo con la Teoría de la Acción Razonada las conductas son una función de las intenciones para actuar de una determinada manera; las intenciones están, a su vez, determinadas por actitudes hacia la realización del comportamiento y por normas subjetivas con respecto al mismo; dichas actitudes y normas subjetivas se encuentran determinadas a su vez por creencias conductuales y normativas respectivamente. De acuerdo con la teoría, la conducta finalmente se encuentra determinada por las propias creencias y el análisis final (cambiar la conducta), se ve como una función del cambio de creencias.

A continuación se detallan las secciones que componen el instrumento psicométrico, elaborado con la finalidad de evaluar los constructos de dicha teoría en relación a la donación de órganos y/o tejidos¹⁴:

1. Datos generales: Se solicitaron como datos de identificación sexo, edad, escolaridad.
2. Conocimientos: Cuya finalidad fue explorar la información que tienen respecto al tema, consta de 2 preguntas de respuesta abierta y una de respuesta cerrada (si-no).

¹⁴ Cabe aclarar que con excepción de la escala de empatía, el resto de las escalas y reactivos fueron elaborados con base en una revisión de la literatura y en el trabajo con algunos miembros del comité doctoral, por lo que el instrumento no se basa en la consulta de otros instrumentos referentes al tema.

3. Actitudes: Con el objetivo de evaluar el factor personal de la intención para donar se elaboraron 2 reactivos, con 5 opciones de respuesta de diferencial semántico.
4. Norma subjetiva: Para evaluar el segundo factor determinante de la intención conductual se elaboraron 8 reactivos, con 6 opciones de respuesta, que van de completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo.
5. Creencia conductual: Con la finalidad de evaluar qué creen las personas que sucederá al donar sus órganos y/o tejidos se elaboró un reactivo, con 6 opciones de respuesta, que van de completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo.
6. Intención: Para evaluar este componente, que de acuerdo con la Teoría de la Acción Razonada, determina la conducta se elaboraron tres reactivos, con 6 opciones de respuesta, que van de completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo.
7. Creencia normativa: Para saber lo que las personas creen que deben hacer tomando en cuenta la presión social se formuló 1 reactivo con 6 opciones de respuesta referidas a un criterio de verdad.
8. Motivación para complacer: Para poder identificar la tendencia de las personas en cuanto a complacer a los otros se elaboró 1 reactivo, con 6 opciones de respuesta referidas a un criterio de verdad.
9. Comportamiento: Para obtener información acerca del comportamiento respecto a la donación se preguntó si alguna vez habían donado sangre.
10. Empatía: Para poder evaluar este aspecto y con la finalidad de explorar su relación con las actitudes hacia la donación de órganos y/o tejidos, se incluyó una versión reducida de la Escala Multidimensional de Empatía (Díaz-Loving, Andrade y Nadelsticher, 1987), que consta de 10 reactivos, con 5 opciones, que van de completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo.

Como puede apreciarse, se construyeron escalas o reactivos para medir cada uno de los constructos del modelo de la teoría de la acción razonada, por considerarse que contempla aspectos íntimamente relacionados con la donación de órganos y tejidos, como lo son las actitudes y norma subjetiva. Adicionalmente se plantearon preguntas referentes a conocimientos acerca de la donación de órganos y tejidos; también se seleccionaron de acuerdo con su contenido reactivos de la escala

multidimensional de empatía (Díaz-Loving, Andrade y Nadelsticher, 1987), se decidió no aplicar la escala completa debido a la cantidad de reactivos que contiene (49), para evitar la fatiga de las personas que participaron en esta etapa de la investigación.

Con la finalidad de probar la claridad de los reactivos y la forma de responder a ellos, el instrumento se aplicó a un grupo de diez personas (hombres y mujeres), con diferente escolaridad (primaria, secundaria, carrera comercial, preparatoria, licenciatura, posgrado); edad (en un rango de 27 a 56 años). La aplicación fue realizada en lugares públicos (parques, centros comerciales). A partir de dicha aplicación, se realizaron modificaciones a las preguntas y opciones de respuesta (específicamente en las escalas de actitudes, norma subjetiva, motivación para complacer), pues las originales resultaron ser confusas para este grupo de personas.

La nueva versión del instrumento quedó conformada por 46 reactivos (apéndice 3.B), con las siguientes áreas a explorar:

1. Datos generales de la persona: sexo, edad, escolaridad, religión.
2. Conocimientos: Con un total de 5 reactivos, 3 de ellos con respuesta abierta y 2 con respuestas si-no y cierto-falso.
3. Actitudes: Escala tipo Likert de 12 reactivos, con 5 opciones de respuesta, que van de completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo (7 positivos y 5 negativos).
4. Norma subjetiva (religión y familia): ambas con 2 opciones de respuesta (si-no).
5. Creencia conductual: 1 reactivo con 6 opciones de respuesta que van de probable a improbable.
6. Intención: 1 reactivo con 6 opciones de respuesta que van de probable a improbable.
7. Creencia normativa: 1 reactivo, con 2 opciones de respuesta (cierto-falso).
8. Motivación para complacer: 1 reactivo con 2 opciones de respuesta (sí-no).
9. Comportamiento: 1 reactivo, con 2 opciones de respuesta (sí-no).

11. Empatía: 10 reactivos, con 5 opciones, que van de completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo (8 de ellos positivos y 2 negativos).

3.2.4.1. Análisis estadísticos

Antes de proceder a realizar los análisis propios para obtener la validez y confiabilidad se obtuvieron las medias, desviaciones estándar y porcentajes más altos por opciones de respuesta, esto con la finalidad de observar el comportamiento de los reactivos.

3.2.4.1.1. Medias, desviaciones estándar y porcentajes.

Medias y desviaciones estándar de la escala de actitudes (tablas 3.12 y 3.13)

Se obtuvieron frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión. Los reactivos 3 y 11 obtuvieron los valores medios más altos, el primero de ellos se refiere a la donación como un acto de nobleza y el segundo menciona que es lamentable que las personas sufran por falta de donadores de órganos. Los reactivos 8 y 10 presentan los valores medios más bajos, el primero afirma que el donar órganos puede dañar la salud del donador y el segundo dice que la pensar en la donación de algún órgano provoca miedo en la persona.

Tabla 3.12. Medias y desviaciones estándar para reactivos de actitudes

Reactivos	Media	D.S.
La donación de órganos y tejidos es un acto que me interesa	3.78	.96
Si yo dono sangre arriesgo mi salud	3.91	1.16
Donar órganos es un acto de nobleza	3.95	.95
Me interesa saber qué se tiene que hacer para donar órganos	3.74	1.00
Si yo dono algún órgano me sentiría bien	3.62	1.04
Es inútil donar órganos pues la gente de todas maneras sigue enferma	3.92	1.05
Las personas que donan sus órganos son generosas	3.87	.93
El donar órganos puede dañar la salud del donador	3.38	1.15
Es necesario que algunas personas donen sus órganos para salvar la vida de otros	3.92	.97
Me da miedo pensar en la donación de alguno de mis órganos	3.16	1.27

Reactivos	Media	D.S.
Es lamentable que algunas personas sufran por la falta de donadores de órganos	4.06	.94
Pensar en la donación de órganos y tejidos es algo que prefiero evitar	3.42	1.17

Para poder eliminar reactivos se obtuvieron por cada opción de respuesta los porcentajes correspondientes, sin embargo ninguna opción alcanzó el 60%. El porcentaje más alto lo obtuvo el reactivo: "La donación de órganos y tejidos es un acto que me interesa" en la opción "De acuerdo" (54.1%). En la siguiente tabla se muestran los porcentajes más altos obtenidos en cada pregunta.

Tabla 3.13. Porcentajes altos de respuesta en la escala de actitudes

Reactivos	Opción de respuesta	%
La donación de órganos y tejidos es un acto que me interesa	De acuerdo	54.1
Si yo dono sangre arriesgo mi salud	De acuerdo	36.5
Donar órganos es un acto de nobleza	De acuerdo	48.3
Me interesa saber qué se tiene que hacer para donar órganos	De acuerdo	50.7
Si yo dono algún órgano me sentiría bien	De acuerdo	44.7
Es inútil donar órganos pues la gente de todas maneras sigue enferma	De acuerdo	39.7
Las personas que donan sus órganos son generosas	De acuerdo	49.0
El donar órganos puede dañar la salud del donador	De acuerdo	30.6
Es necesario que algunas personas donen sus órganos para salvar la vida de otros	De acuerdo	52.2
Me da miedo pensar en la donación de alguno de mis órganos	De acuerdo	26.1
Es lamentable que algunas personas sufran por la falta de donadores de órganos	De acuerdo	50.9
Pensar en la donación de órganos y tejidos es algo que prefiero evitar	De acuerdo	33.3

Modas para la escala de norma subjetiva familiar y religiosa

En cuanto a los reactivos referentes a la norma subjetiva, en aquéllos correspondientes a la familia, el valor de la moda para los 4 reactivos es de 2. Por

otra parte, para los 4 reactivos de religión el valor de la moda es de 1, como se recordará las opciones de respuesta para estos reactivos era 1-sí y 2-no.

Medias y desviaciones estándar de la escala de intención (tablas 3.14 y 3.15)

En los resultados se observa que la media más alta la obtuvo el reactivo 4, que afirma "Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y/o tejidos". Mientras tanto, la media más baja es para el reactivo 3 en el cual se lee "Yo donaría sangre". Se recordará que en esta escala existen 6 opciones de respuesta, la opción 1 se encuentra en el extremo de mayor probabilidad de que ocurra el evento. En cuanto a los valores de la mediana y la moda es de 1 para las cuatro afirmaciones.

Tabla 3.14. Medias y desviaciones estándar de la escala de intención

Reactivos	Media	D.S.
Yo donaría alguno de mis órganos (riñón, corazón, córneas):	2.27	1.90
Yo donaría alguno de mis tejidos (médula ósea, cartílago, piel)	2.51	2.06
Yo donaría sangre	2.20	1.99
Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y/o tejidos	2.80	2.16

Respecto a los porcentajes de respuesta, se observa que el reactivo que dice "Yo donaría alguno de mis órganos (riñón, corazón, córneas)" obtuvo un 59.3% de respuestas en la opción probable, por su parte el reactivo "Yo donaría sangre" en la opción probable obtuvo un 65.7%, cabe señalar que a pesar de ello este reactivo se conservó como un indicador.

Tabla 3.15. Porcentajes altos de respuesta en la escala de intención

Reactivos	Opción de respuesta	%
Yo donaría alguno de mis órganos (riñón, corazón, córneas):	Probable	59.3
Yo donaría alguno de mis tejidos (médula ósea, cartílago, piel)	Probable	54.2
Yo donaría sangre	Probable	65.7
Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y/o tejidos	Probable	48.9

Medias y desviaciones estándar de la escala de empatía (tablas 3.16 y 3.17)

En este estudio se hizo una versión reducida de la Escala Multidimensional de Empatía (Díaz-Loving, Andrade y Nadelsticher, 1987), de la escala original, los autores ya habían obtenido validez y confiabilidad, sin embargo, en esta investigación se decidió realizar nuevamente dichos análisis, ya que se corría el riesgo de no satisfacer los requerimientos psicométricos debido a la reducción que se hizo de la misma. Por lo que se procedió a obtener los valores de la media y desviaciones estándar, así como de los porcentajes dados a las opciones de respuesta.

Tabla 3.16. Medias y desviaciones estándar de la escala de empatía

Reactivos	Media	D.S.
Soy una persona sensible	4.03	.79
Trato de ayudar a los menos afortunados	3.89	.77
Soy indiferente a los sentimientos de mis amigos	3.79	1.11
Me da pesar el ver sufrir	3.94	.85
Me conmueve el dolor en otros	3.99	.80
Soy indiferente a los problemas de los demás	3.76	1.05
Me preocupa por otros	3.81	.82
Me angustian las emergencias	3.72	1.05
Adivino cuando alguien tiene problemas	3.00	1.14
Fácilmente entiendo los sentimientos de los demás	3.54	.97

Se puede observar que los reactivos 1 y 5 obtuvieron los valores medios más altos, el primero de ellos afirma, "Soy una persona sensible" y el segundo "Me conmueve el dolor en otros". En tanto que, los reactivos 9 y 10 presentan los valores medios más bajos, el primero afirma "Adivino cuando alguien tiene problemas" y el segundo "Fácilmente entiendo los sentimientos de los demás". Respecto a los porcentajes más altos de respuestas, ninguna opción alcanzó el 60%. El porcentaje más alto lo obtuvo el reactivo "Trato de ayudar a los menos afortunado" en la opción "De acuerdo" (58.6%).

Tabla 3.17. Porcentajes altos de respuesta en la escala de empatía

Reactivos	Opción de respuesta	%
Soy una persona sensible	De acuerdo	58.4
Trato de ayudar a los menos afortunados	De acuerdo	58.6
Soy indiferente a los sentimientos de mis amigos	De acuerdo	42.9
Me da pesar el ver sufrir	De acuerdo	57.1
Me conmueve el dolor en otros	De acuerdo	57.3
Soy indiferente a los problemas de los demás	De acuerdo	40.6
Me preocupo por otros	De acuerdo	56.9
Me angustian las emergencias	De acuerdo	48.1
Adivino cuando alguien tiene problemas	De acuerdo	30.1
Fácilmente entiendo los sentimientos de los demás	De acuerdo	47.1

3.3. Tercera Etapa. Validez y confiabilidad del instrumento

Análisis factorial y alfa de Cronbach para la escala de actitudes (tablas 3.18 y 3.19)

Se obtuvo la validez de constructo para la escala de actitudes, por medio de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, también se obtuvo la consistencia interna por medio del alfa de Cronbach.

El análisis factorial arrojó dos factores, con valores eigen de 3.66 y 1.86 respectivamente, ambos factores explican el 46.1% de la varianza total. Por otra parte, los reactivos que componen cada factor obtuvieron pesos factoriales mayores de .50.

El primer factor quedó conformado por 7 reactivos y el segundo por 5, en el primer factor se agruparon los reactivos positivos y en el segundo los negativos, por lo cual serán nombradas respectivamente como: subescalas positiva y negativa de actitudes.

Tabla 3.18. Factores que conforman la escala de actitudes

Reactivos	Pesos factoriales	
	Factor 1	Factor 2
La donación de órganos y tejidos es un acto que me interesa	.58003	
Donar órganos es un acto de nobleza	.69910	
Me interesa saber qué se tiene que hacer para donar órganos	.63561	
Si yo dono algún órgano me sentiría bien	.65184	
Las personas que donan sus órganos son generosas	.68657	
Es necesario que algunas personas donen sus órganos para salvar la vida de otros	.57727	
Es lamentable que algunas personas sufran por la falta de donadores de órganos	.53807	
Si yo dono sangre arriesgo mi salud		.53844
Es inútil donar órganos pues la gente de todas maneras sigue enferma		.62746
El donar órganos puede dañar la salud del donador		.70555
Me da miedo pensar en la donación de alguno de mis órganos		.70282
Pensar en la donación de órganos y tejidos es algo que prefiero evitar		.72273
eigen	3.66941	1.86814
% de varianza	30.6	15.6
alfa de Cronbach	.7684	.7179

La escala global obtuvo un valor de alfa igual a .7828, con correlaciones ítem-total iguales y mayores de .30, excepto con el reactivo que afirma "Las personas que donan sus órganos son generosas", que tiene una correlación de .26. Sin embargo, si este reactivo es eliminado, afecta el valor de alfa de forma negativa. En la siguiente tabla se aprecian las correlaciones ítem-total.

Tabla 3.19. Correlaciones ítem-total para la escala de actitudes

Reactivos	Correlación	Alfa si el ítem es eliminado
La donación de órganos y tejidos es un acto que me interesa	.5963	.7476
Si yo dono sangre arriesgo mi salud	.3569	.7720
Donar órganos es un acto de nobleza	.3171	.7744
Me interesa saber qué se tiene que hacer para donar órganos	.5603	.7504
Si yo dono algún órgano me sentiría bien	.5617	.7499
Es inútil donar órganos pues la gente de todas maneras sigue enferma	.4355	.7631
Las personas que donan sus órganos son generosas	.2653	.7788
El donar órganos puede dañar la salud del donador	.4545	.7609
Es necesario que algunas personas donen sus órganos para salvar la vida de otros	.3979	.7670
Me da miedo pensar en la donación de alguno de mis órganos	.3333	.7767
Es lamentable que algunas personas sufran por la falta de donadores de órganos	.3040	.7755
Pensar en la donación de órganos y tejidos es algo que prefiero evitar	.4753	.7585

Confiabilidad para la escala de intención

Alfa de Cronbach

A continuación se obtuvo la consistencia interna de la escala de intención, por medio del alfa de Cronbach, inicialmente se obtuvo un valor de .7836, con correlaciones ítem-total mayores de .65, excepto por el reactivo 3 ("Yo donaría sangre") con una correlación de .32, y que si es eliminado afecta positivamente el valor de alfa. Por lo tanto, se decidió eliminarlo de la escala de intención y tomarlo por separado como un indicador, de tal forma que finalmente, el valor de alfa es de .8538, con valores de correlación ítem-total mayores de .70.

Confiabilidad para la escala de norma subjetiva

Alfa de Cronbach

Como siguiente paso, se obtuvo la consistencia interna de las escalas de norma subjetiva familiar y religiosa, el primer paso fue recodificar los valores de respuesta a 0 y 1 (0=no y 1=sí), para tener variables "dummy" y poder realizar el análisis. En cuanto a la familia se obtuvieron correlaciones ítem-total iguales o mayores de .55 y un valor de alfa igual de .80. Por otra parte, la escala de religión obtuvo un valor alfa igual de .93, con correlaciones ítem-total mayores de .80.

Validez y confiabilidad para la escala de empatía

Análisis factorial y Alfa de Cronbach (tablas 3.20 y 3.21)

Finalmente, se obtuvo la validez de constructo para la escala de empatía, por medio de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, y para la consistencia interna se hizo uso del alfa de Cronbach.

El análisis factorial arrojó tres factores, con valores eigen de 3.66, 1.44 y 1.02 respectivamente, conjuntamente explican el 59.2% de la varianza total. Por otra parte, los reactivos que componen cada factor obtuvieron pesos factoriales mayores de .40.

El primer factor quedó conformado por 6 reactivos, sin embargo, los dos siguientes factores están conformados por dos reactivos cada uno, de tal forma que, se tomaran como indicadores y no como factores.

El factor de empatía se encuentra constituido por reactivos de compasión empática que forman la escala multidimensional de empatía original (excepto el reactivo que afirma "Me angustian las emergencias", que pertenece a la escala de perturbación propia), por lo que se decidió dejarle ese nombre. El primer indicador se encuentra integrado por reactivos de la escala de empatía cognoscitiva, y el segundo indicador es el de indiferencia a los sentimientos o tranquilidad emocional, ambos conservarán el nombre asignado en la escala original.

Tabla 3.20. Factores que conforman la escala de empatía

Reactivos	Pesos factoriales		
	Factor 1	Indicador 1	Indicador 2
Soy una persona sensible	.50477		
Trato de ayudar a los menos afortunados	.48442		
Me da pesar el ver sufrir	.81295		
Me conmueve el dolor en otros	.80865		
Me preocupo por otros	.64776		
Me angustian las emergencias	.59775		
Adivino cuando alguien tiene problemas		.86965	
Fácilmente entiendo los sentimientos de los demás		.73319	
Soy indiferente a los sentimientos de mis amigos			.84770
Soy indiferente a los problemas de los demás			.84199
Eigen	3.45647	1.44340	1.02090
% de varianza	30.6	14.4	10.2
<i>α</i> de Cronbach	.7786	.6171	.6644

La escala global obtuvo un valor de alfa igual a .7717, con correlaciones ítem-total iguales y mayores de .30, excepto en dos reactivos (“Soy indiferente a los sentimientos de mis amigos” y “Soy indiferente a los problemas de los demás”), que tienen una correlación de .23 y .27, sin embargo si son eliminados afectan el valor de alfa de forma negativa.

Tabla 3.21. Correlaciones ítem-total para la escala de empatía

Reactivos	Correlación	Alfa si el ítem es eliminado
Soy una persona sensible	.4674	.7220
Trato de ayudar a los menos afortunados	.4997	.7187
Soy indiferente a los sentimientos de mis amigos	.2361	.7578
Me da pesar el ver sufrir	.5166	.7142
Me conmueve el dolor en otros	.6237	.7022
Soy indiferente a los problemas de los demás	.2781	.7489
Me preocupo por otros	.5493	.7102
Me angustian las emergencias	.3080	.7446
Adivino cuando alguien tiene problemas	.3394	.7419
Fácilmente entiendo los sentimientos de los demás	.4822	.7168

Es importante señalar que no se eliminó ningún reactivo del instrumento construido, aquéllos reactivos que no se encuentran integrados en alguna escala después de obtener la validez y consistencia interna, se utilizaron como indicadores (ver apéndice 3.C).

3.3.1. Resultados e interpretación

3.3.1.1. Descripción de la muestra

Una vez que se piloteó el instrumento y se hicieron las correcciones pertinentes, se procedió a su aplicación final, de la cual a continuación se presentan los datos demográficos de la muestra. En la tabla 3.22 puede observarse que la muestra quedó conformada por más mujeres que hombres, siendo los estudios universitarios el nivel escolar con mayor frecuencia.

Tabla 3.22. Características generales de la muestra (n= 999)

Sexo		Edad			Escolaridad				
F	M	Media	SD	Rango	Prim.	Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.
671	314	40	12.71	13-83	136	162	113	246	265
67.16%	31.43%				13.9%	16.6%	11.6%	25.5%	27.1%

También se obtuvieron datos referentes a la religión, al nivel de atención en el cual fueron hechas las aplicaciones (el ISSSTE, cuenta con tres niveles de atención: el primer nivel comprende las clínicas de medicina familiar; el segundo nivel hospitales generales y el tercer nivel comprende a los hospitales regionales y al Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, las aplicaciones también se llevaron a cabo en la subdelegación médica), y datos acerca de la delegación médica (el ISSSTE cuenta con cuatro delegaciones médicas: sur, norte, oriente y poniente, en cada una de ellas se hicieron aplicaciones, además del Estado de México). En la tabla 3.23 se presentan los resultados.

Tabla 3.23. Frecuencias y porcentajes por religión, nivel de atención y delegación médica

Religión	Fr.	%	Nivel de atención	Fr.	%	Delegación	Fr.	%
Católica	868	87.1	Primer (Clínicas de Medicina Familiar)	609	61.0	Sur	453	45.3
Testigo de Jehová	10	1.0				Norte	166	16.6
Evangelista	12	1.2	Segundo (Hospitales Generales)	156	15.6	Oriente	118	11.8
Cristiana	28	2.8						
Mormona	2	.2						
Judía	20	2.0	Tercer (Centro Médico y Hospitales Regionales)	118	11.8	Poniente	196	19.6
Creyente	28	2.8				Estado de México	66	6.6
Sin religión	26	2.6	Subdelegación Médica	116	11.6			
Ateo	1	.1						

Se observa que la religión católica es predominante (868), en cuanto al nivel de atención se puede observar que más del 50% de las aplicaciones se llevaron a cabo en el primer nivel. La mayoría de las aplicaciones se llevó se hicieron a usuarios y trabajadores del primer nivel (609) y en menor medida en la subdelegación médica (116). En cuanto a la delegación, la mayor parte de las aplicaciones se hicieron en la delegación sur (453), mientras que en el Estado de México fue el lugar donde menos aplicaciones de hicieron (66).

3.3.1.2. Análisis de respuestas

Una vez determinada la confiabilidad y validez del instrumento, se procedió a realizar un análisis de las respuestas dadas por los sujetos al mismo. Para ello se presentarán los resultados para cada uno de los constructos estudiados, incluyendo la sección de conocimientos.

Conocimientos

Esta sección comprende 4 preguntas, 3 de ellas abiertas y una cerrada. Para las tres preguntas abiertas se formaron categorías de respuestas, para tal efecto se procedió de la siguiente forma: se anotaron todas y cada una las respuestas dadas, registrando por persona la presencia o ausencia en cada una de las respuestas, posteriormente con base en su contenido éstas se agruparon en categorías, a su vez estas categorías se volvieron a reagrupar por su contenido, este procedimiento se realizó de forma exhaustiva. Cabe señalar que para las preguntas que se analizaron cada persona podía expresar una, dos, tres, cuatro o más respuestas, también puede haber ausencia de respuesta.

Para la pregunta ¿Qué personas pueden donar sus órganos y/o tejidos?, el 9.6% de la muestra no respondió, el 65.3% dio una sola respuesta, el 19.6% dio dos respuestas, el 4.9% dio tres respuestas y el .6% dio cuatro respuestas. Un total de 85 personas se ubicaron en la respuesta "No sabe". Por otra parte, en esta pregunta inicialmente se obtuvieron 42 diferentes respuestas, al agruparlas se obtuvieron 6 categorías.

- A. *Donación cadavérica*. Esta categoría se caracteriza por la referencia a que pueden donar aquéllas personas que estén muertas, incluye 11 diferentes respuestas.
- B. *Donación en vida*. En esta categoría se ubican las respuestas que hacen referencia a que es posible que puedan donar personas vivas, incluye sólo 2 diferentes respuestas.
- C. *Personas saludables*. Esta categoría contempla las respuestas que aluden al estado buen estado de salud de las personas como requisito para que puedan ser donadores, cabe señalar que la respuesta "Las personas sanas" obtuvo la mayor frecuencia, con un total de 451 personas . Esta categoría contiene 8 diferentes respuestas.
- D. *Disposición para donar*. Esta categoría hace referencia a la voluntad de las personas para donar. Esta conformada por 7 diferentes respuestas.
- E. *Edad para la donación*. En esta categoría se ubican todas aquéllas respuestas que hacen referencia a la edad de las personas como requisito para que puedan ser donadores. Contiene 5 respuestas diferentes.
- F. *Respuestas inespecíficas*. En esta categoría se agrupan aquéllas respuestas que se aluden a todos y a nadie como posibles donadores, tiene 6 respuestas diferentes.

Algunos ejemplos de respuestas en cada una de las categorías obtenidas se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 3.24. Personas que pueden donar sus órganos y/o tejidos

Categoría	Frecuencia	Ejemplos
Donación cadavérica	185	"Las muertas", "Aquéllas fallecidas por muerte cerebral, "Muertas por enfermedad no contagiosa"
Donación en vida	16	"vivas", "Siempre y cuando la donación no afecte las funciones"
Personas saludables	539	"Las personas sanas", "Sin enfermedades infecto-contagiosas", "Sin defectos congénitos"
Disposición para donar	180	"Aquellas que tengan conciencia", "A quien le guste", "Aquellas con deseo de donar", "Voluntarios"
Edad para la donación	67	"Jóvenes", "Niños", "Personas adultas"
Respuestas inespecíficas	160	"Nadie", "Todas", "Familiares"

La siguiente pregunta a analizar fue ¿Cuáles son los órganos y tejidos que se pueden donar en vida?, en ella el 5.1% no respondió, el 41.9% proporcionó una sola respuesta, el 24.4% dio dos respuestas, un 16.7% tres respuestas, el 8% dio cuatro respuestas, el 2.2% cinco respuestas, un 1.2% seis respuestas, mientras que un .2 y .3% dieron hasta siete y ocho respuestas respectivamente. En esta pregunta se obtuvieron 46 respuestas diferentes, agrupándose en las siguientes 5 categorías.

- A. *Órganos útiles*. Esta categoría se caracteriza por la referencia a que los órganos que se pueden donar deben ser funcionales o estar en condiciones óptimas para que puedan servir a los fines de un trasplante, incluye 5 diferentes respuestas.
- B. *Órganos de personas vivas*. En esta categoría se hace referencia a la donación de órganos y tejidos que permitan seguir viviendo al donante, además de que mantenga su calidad de vida, en esta categoría la respuesta "Riñón" apareció con la más alta frecuencia (739). Contiene 11 respuestas diferentes.
- C. *Órganos de cadáver*. Esta categoría contiene las respuestas que se refieren a aquellos órganos y tejidos que solamente se pueden donar una vez que la persona a fallecido, incluye 14 respuestas diferentes.
- D. *Órganos que no se trasplantan*. Como su nombre lo indica esta categoría comprende órganos y tejidos cuyo trasplante aún no ha sido realizado en México (como el caso de las extremidades) o en el mundo (como el caso del pené), o incluso su trasplante está prohibido por las leyes mexicanas (como el caso de las gónadas), esta categoría contiene 10 diferentes respuestas.

En la siguiente tabla se presentan algunos ejemplos de respuestas dadas en cada una de las categorías obtenidas.

Tabla 3.25. Órganos que se pueden donar en vida

Categoría	Frecuencia	Ejemplos
Órganos útiles	7	"Lo que sirva a otro", "Los que puedan salvar"
Órganos de personas vivas	1330	"Los que tenemos dobles", "Los que permitan calidad de vida al donante", "Riñón", "Piel", "Médula ósea"
Órganos de cadáver	454	"Córneas", "Corazón", "Intestino"
Órganos que no se trasplantan	12	"Pizarrín", "Matriz", "Carne con piel"

Un total de 111 personas se ubicaron en la respuesta "No sabe", en tanto que 5 personas opinaron que en vida no se debe donar, 16 personas mencionaron que no se puede donar ningún órgano y/o tejido en vida y 4 personas dijeron que se pueden donar todos.

Respecto a la última pregunta sobre conocimientos, referente a ¿Qué es la muerte cerebral?, el número de respuestas va de 0 a 4, observándose que el 60% de la muestra proporcionó una respuesta, el 24.6% dio dos respuestas, el 6.2% tres respuestas, mientras que el .8% dio 4 respuestas, y el 8.3% ninguna respuesta. En esta pregunta se obtuvieron 121 respuestas diferentes, agrupadas en 5 categorías.

- A. *Afectación del cerebro*. En esta categoría se incluyen las respuestas que conceptualizan la muerte cerebral como algún tipo de daño al cerebro, incluye 27 respuestas diferentes.
- B. *Funcionamiento de órganos*. Esta categoría se caracteriza por respuestas que hacen referencia al buen o mal funcionamiento de órganos en la muerte cerebral, incluye 19 respuestas.
- C. *Nivel de conciencia*. En esta categoría se observan respuestas que indican una alteración en el estado de conciencia de las personas que sufren muerte cerebral, contiene 19 diferentes respuestas.
- D. Categoría 4. Esta categoría contempla las *causas que pueden provocar daño cerebral*, como ejemplos tenemos: "Enfermedad ocasionada por

accidente”, “Daño por evento hemorrágico”, “Cuando las hormonas fallan”, etc. Contiene 13 diferentes respuestas, con un total de 43 personas que las seleccionaron.

- E. *Pérdida de la vida*. Esta categoría comprende respuestas que conceptualizan a la muerte cerebral como el fin de la vida de una persona, contiene 18 respuestas diferentes.

Algunos ejemplos de respuestas en cada una de las categorías obtenidas se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 3.26. Concepto de la muerte cerebral

Categoría	Frecuencia	Ejemplos
Afectación del cerebro	426	“Sólo muere cerebro”, “Daño al cerebro”, “Disfunción del cerebro”, “No hay función cerebral”
Funcionamiento de órganos	169	“Muere cuerpo”, “Muere corazón”, “Sólo funciona cerebro”, “Sólo órganos vivos”
Nivel de conciencia	131	“La persona no esta consciente”, “Pérdida de la vida de relación”, “No sabe de su persona”, “En coma”
Causas del daño cerebral	43	“Enfermedad ocasionada por accidente”, “Daño por evento hemorrágico”, “Cuando las hormonas fallan”
Pérdida de la vida	283	“Clínicamente muerta”, “Paso antes de morir”, “Muerte total”, “Muerte lenta”

Un total de 117 personas se ubicaron en la respuesta de “No sabe”, en tanto que 14 personas mencionaron que la persona con muerte cerebral sigue con vida.

Finalmente, para la pregunta cerrada de conocimientos, se obtuvieron porcentajes para las 2 opciones de respuesta. La pregunta dice “¿Hay órganos y tejidos que se pueden donar en vida?”, obteniéndose los siguientes porcentaje de respuesta: el 82.6% (825) de las personas contestaron que existen órganos que se pueden donar en vida, 13.3% (133) dijo que no y un 4.1% (41) no contestó.

A partir de estos resultados se ha podido constatar la falta de información que existe respecto al tema, de tal forma que se corrobora lo encontrado en la primera etapa de esta investigación, al hacer las entrevistas sobre el tema. A pesar de que se obtuvieron respuestas correctas se requiere que las personas cuenten con un

mayor conocimiento en lo que a la donación de órganos se refiere, dado que los avances científicos y tecnológicos han hecho posible trasplantes que en otros tiempos eran imposible, es necesario hacer un esfuerzo conjunto debido a que la tarea de los médicos en esta área sólo es posible si se cuenta con la colaboración de todas las personas, ya que sin donador no hay trasplante.

Actitudes

Para medir actitudes se aplicó un serie de 12 afirmaciones con 5 opciones de respuesta, que van desde completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo, el rango de calificación a obtener en dicha escala va de 12 puntos como valor mínimo (indicando una actitud totalmente desfavorable) hasta 60 como valor máximo (indicando una actitud totalmente favorable), considerando que se contesten en su totalidad las 12 afirmaciones. Los valores de media, desviación estándar y media teórica para la escala y para las subescalas aparecen en la siguiente tabla.

Tabla 3.27. Medias y desviaciones estándar para la escala de actitudes (n=999)

Escala	Media	D.S.	Media teórica
Actitudes	44	7.62	36
Escala positiva	27	4.33	26
Escala negativa	18	3.96	15

Puede observarse que las actitudes de esta muestra ante la donación de órganos y tejidos son positivas, ya que el valor medio obtenido excede al valor teórico por ocho puntos.

Norma subjetiva

Se ha podido comprobar a partir de las entrevistas y la información proporcionada por el registro Nacional de Trasplantes, que un factor fundamental en la donación de órganos y tejidos lo constituye la familia del posible donante, es por ello que se presentaron 4 declaraciones destinados a conocer la posición que los integrantes de la muestra perciben o saben que su familia tiene respecto a la donación de órganos y tejidos. En la siguiente tabla puede observarse que los porcentajes más

altos (sobrepasan el 50%) de respuestas se encuentran en la opción no, lo que puede obedecer a dos situaciones: a) que realmente se conozca la opinión de la familia (situación que se pone en duda debido a los múltiples sondeos que de manera informal se hicieron y que en su mayoría las personas reportan no haber platicado del tema con la familia), y b) que se infiera la respuesta de la familia con base en el conocimiento que se tiene de ella.

Tabla 3.28. Frecuencia y porcentaje de norma subjetiva familiar (n=999)

Escala	Sí	No	No contestó
Mi familia piensa que yo debería donar mis órganos cuando fallezca	298 (29.8%)	612 (61.26%)	89 (8.9%)
Mi familia piensa que yo debería donar mis órganos en vida	133 (13.3%)	765 (76.6%)	101 (10.1%)
Mi familia piensa que yo debería donar mis tejidos cuando fallezca	331 (33.1%)	574 (57.5%)	94 (9.4%)
Mi familia piensa que yo debería donar mis tejidos en vida	134 (13.4%)	761 (76.1%)	105 (10.5%)

Otro aspecto importante en la donación de órganos y tejidos es la influencia de la religión sobre la decisión del posible donante. Es por ello que se incluyeron y analizaron las 4 declaraciones siguientes (tabla 3.28)

Tabla 3.29. Frecuencia y porcentaje de norma subjetiva religiosa (n=999)

Escala	Sí	No	No contestó
Mi religión permite donar órganos al fallecer	617 (61.8%)	200 (20%)	182 (18.2%)
Mi religión permite donar órganos en vida	512 (51.2%)	293 (29.3%)	194 (19.4%)
Mi religión permite donar tejidos al fallecer	595 (59.5%)	214 (21.4%)	190 (19%)
Mi religión permite donar tejidos en vida	509 (50.9%)	302 (30.2%)	188 (18.8%)

Estos resultados muestran que en las 4 afirmaciones la frecuencia más alta se presenta en la opción sí, lo que hace suponer que las personas pueden estar mayormente informadas de la posición que tiene su religión respecto al tema o al menos suponen en su mayoría que la donación de órganos y/o tejidos es algo aceptado por la iglesia católica dado que es la religión predominante en la muestra.

Creencia e intención conductual

Respecto a la creencia conductual se preguntó a las personas qué tan probable - en una escala de seis espacios entre las opciones de probable/improbable- consideraban que era salvar la vida de alguna persona al donar sus órganos y/o tejidos, el 74.9% de las personas de la muestra consideran como altamente probable el hecho de que la donación de alguno de sus órganos salvará la vida de alguna persona y 5.7% poco probable, el valor medio obtenido en este reactivo fue de 5.40.

Por otra parte, en cuanto a la intención conductual comprende tres reactivos -"Yo donaría mis órganos", "Yo donaría mis tejidos" y "Yo donaría sangre"-. En esta escala se obtuvo un valor medio de 13.41 (con un valor de media teórica igual a 10.5), el valor más bajo que se puede obtener es 3 y el más alto es 18. considerando que se contesten los tres reactivos. Las respuestas para estos reactivos son un rango de probable-improbable, con seis espacios de por medio en los que se podían ubicar las personas (tabla 3.30).

Tabla 3.30. Frecuencias de respuesta en la escala de intención conductual

Afirmación	Frecuencia						
	Muy probable			Poco probable			No contestó
Yo donaría mis órganos	592	76	77	36	20	161	37
Yo donaría mis tejidos	541	82	59	37	22	208	50
Yo donaría sangre	656	55	27	22	11	187	41

Cabe señalar que las frecuencias más altas se obtuvieron en la opción de muy probable, como se recordará de acuerdo con la teoría de la acción razonada la conducta es una función de las intenciones para actuar de una determinada forma.

En la escala de intención conductual además de pedirle a las personas que ubicaran en la escala de respuestas qué tan probable consideraban donar alguno de sus órganos, tejidos y sangre, se les preguntó por qué de su respuesta, al ser una pregunta abierta, las personas podían proporcionar más de una respuesta, de tal forma que para el reactivo "Yo donaría alguno de mis órganos, ¿Por qué?", 72.6% de la muestra proporcionó una respuesta, el 19.3% dos, el 3.1% tres respuestas, el .4% cuatro y el 18.4% no contestó. Para el reactivo "Yo donaría alguno de mis tejidos, ¿Por qué?", 81.1% dio una respuesta, el 14.3% dos respuestas, el 1.3% tres puestas, el .5% cuatro respuestas y el .2% cinco respuestas y el 23.1% no contestó. En cuanto al reactivo "Yo donaría sangra, ¿Por qué?", 79.4% de la muestra proporcionó una respuesta, el 15.7% dos, el 2.2 tres respuestas, el .5% cuatro respuestas y el 18.2% no contestó.

Con estos tres reactivos se procedió a formar categorías -al igual que en la sección de conocimientos- sin embargo dado que las respuestas obtenidas son similares se clasificaron como si se tratara de un solo reactivo, las argumentaciones de estos reactivos se dividieron en respuestas a favor de la donación y en contra de la donación. En el reactivo "Yo donaría mis órganos, ¿Por qué? se obtuvieron 172 respuestas diferentes, en el reactivo "Yo donaría mis tejidos, ¿Por qué?" se obtuvieron 235 respuestas diferentes y finalmente para el reactivo "Yo donaría sangre, ¿Por qué?" se obtuvieron 244 diferentes respuestas. Se obtuvieron 6 categorías a partir de las respuestas que apoyan la donación de órganos, tejidos y sangre.

- A. *Ayudar a otros.* Las respuestas incluidas en esta categoría apoyan la donación como una forma de ayudar a los semejantes, ya sea mejorando su salud o salvando su vida. Incluye 36 respuestas para la donación de órganos, 46 para los tejidos y 59 para la sangre.
- B. *Donación al morir.* En esta categoría se apoya la donación siempre y cuando ésta se lleve a cabo al momento de fallecer. Contiene 9 respuestas para donación de órganos y 8 para tejidos.
- C. *Decisión personal.* Esta categoría incluye motivaciones personales para donar, contiene 6 respuestas para la donación de órganos, 8 para los tejidos y 47 para sangre.

D. *Condiciones para la donación.* En esta categoría se hace referencia a condiciones externas a las personas -por lo regular de emergencia- bajo las cuales aceptaría la donación, contiene 18 respuestas para órganos, 22 para tejidos y 42 para sangre.

E. *Personas a quiénes se desea donar.* En esta categoría se hace referencia a la exclusividad de la donación a ciertas personas, incluye 6 respuestas para órganos y 12 para tejidos.

F. *Recuperación después de la donación.* Esta categoría es exclusiva de la donación de tejidos y hace referencia a lo sencillo que resulta la recuperación después de donar algún tejido, incluye 26 respuestas diferentes.

En la siguiente tabla se presentan algunos ejemplos de las respuestas dadas en la escala de intención conductual (razones por las que se donaría), así como la frecuencia por categoría en cada reactivo.

Tabla 3.31. Razones por las que se donaría

Categoría	Frecuencia			Ejemplos
	Órganos	Tejidos	Sangre	
Ayudar a otros	495	387	411	"Ayudar a vivir a otros", "Para evitar dolor", "Ayudar a mejorar la vida", "Mejorar la salud de otros"
Donación al morir	140	80	0	"Cuando muera", "No en vida", "Muerto ya no los necesito", "En la tumba se desperdicia"
Decisión personal	17	14	46	"Por que es mi decisión hacerlo", "Estoy convencido", "Por que lo he pensado"
Condiciones para la donación	62	38	42	"Si es necesario", "Si no afecta mi salud", "Depende de la persona que lo necesita", "Depende de las consecuencias"
Personas a quiénes se desea donar	108	102	0	"Para un familiar", "Si algún ser querido lo requiere", "sólo a niños"
Recuperación después de la donación	0	20	0	"Se regeneran fácilmente", "Se que voy a seguir viviendo"

A continuación se presentan otras 5 categorías, conformadas por respuestas que no apoyan la donación de órganos, tejidos y sangre.

- A. *Temor a la donación.* Esta categoría se caracteriza por la referencia al miedo que provoca pensar en hacer una donación, incluye 5 respuestas para órganos y 57 para tejidos.
- B. *No apoya la donación.* En esta categoría se argumenta a partir de explicaciones que demuestran la falta de apoyo a la donación, contiene 24 respuestas para órganos y 29 para tejidos.
- C. *Afectación del estado de salud.* En esta categoría se hace referencia a las condiciones precarias de salud de las personas que contestaron, razón por la cual creen no estar en condiciones de hacer una donación, contiene 24 respuestas para órganos, 28 para tejidos y 47 para sangre.
- D. *Influencia de la familia.* En esta categoría se hace referencia a que la decisión de donar no es personal sino que en ella interviene la familia, contiene 10 respuestas para órganos y 8 para tejidos .
- E. *Falta de información.* En esta categoría las personas manifiestan que su negativa a donar se debe principalmente a que no cuentan con el conocimiento suficiente sobre el tema como para tomar la decisión de donar, contiene 9 respuestas para órganos, 8 para tejidos y 6 para sangre.
- F. *Distorsión de la imagen corporal.* Esta categoría es exclusiva de la pregunta acerca de la donación de tejidos, refleja el temor por quedar desfigurado o incompleto si se toma algún tejido del cuerpo de las personas, contiene 5 respuestas diferentes.
- G. *Desconfianza en las instituciones.* Categoría sólo para donación de tejidos, hace referencia a la poca credibilidad con que cuentan las instituciones y autoridades en México, incluye 7 respuestas diferentes.

En la siguiente tabla se presentan algunos ejemplos de las respuestas dadas en la escala de intención conductual (razones por las que no se donaría), así como la frecuencia por categoría en cada reactivo.

Tabla 3.32. Razones por las que no se donaría

Categoría	Frecuencia			Ejemplos
	Órganos	Tejidos	Sangre	
Temor a la donación	20	0	57	"Me daría miedo", "Me da miedo una intervención", "Me daría miedo"
No apoya la donación	73	90	0	"No estoy preparado", "No tiene caso", "No estoy motivado", "No es el remedio"
Afectación del estado de salud	100	61	164	"Estoy enfermo", "Padeció hepatitis", "Mis riñones están dañados", "Mi corazón no sirve"
Influencia de la familia	20	16	0	"La familia influye", "Es a consideración de la familia", "Mi familia se opondría"
Falta de información	21	28	6	"Falta de información", "No se a dónde dirigirme", "No hay lugar para hacerlo"
Distorsión de la imagen corporal	0	13	0	"No me gustaría irme incompleto", "Por estética", "Quedaría incompleto"
Desconfianza en las instituciones	0	7	0	"Sólo si fueran bien utilizados", "Se benefician vivales", "No cree en la institución"

Respecto a la donación de órganos dos personas hacen mención de la religión como una razón para no donar; mientras que 161 personas no contestaron. Por otra parte cinco personas refieren que no quieren irse incompletas al panteón y 21 estarían dispuestas a donar órganos en vida. Doce personas hacen mención a cuestiones económicas tanto para donar como para no donar: "Se benefician vivales", "Donaría por dinero", etc. En cuanto a la donación de tejidos tres personas hacen mención de la religión como una razón para no donar, una persona está dispuesta a donar siempre y cuando no se utilice su sangre.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La siguiente pregunta a analizar fue "Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y tejidos, ¿Por qué?, se procedió de la misma forma que para las preguntas anteriores. En lo que respecta a la firma de la tarjeta de donación de órganos y tejidos nuevamente se observa una frecuencia alta en la opción de "muy probable" (tabla 3.33)

Tabla 3.33. Frecuencias de respuesta para la firma de la tarjeta de donación

Afirmación	Frecuencia						
	Muy probable		Poco probable		No contestó		
Yo donaría mis órganos	489	65	69	36	34	251	55

En cuanto al por qué de su respuesta, las personas podían proporcionar más de una respuesta, de tal que un 80.9% de la muestra proporcionó una respuesta, el 14.1% dos, el 1.4% tres respuestas, el 0.2% cuatro y el 25.8% no contestó. Se obtuvieron 254 respuestas diferentes y 5 categorías correspondientes a las respuestas que apoyan la firma de la tarjeta.

- A. *Ayudar a otros.* Las respuestas incluidas en esta categoría apoyan la donación como una forma de ayudar a los semejantes, ya sea mejorando su salud o salvando su vida, incluye 26 respuestas diferentes.
- B. *Donación al morir.* En esta categoría se apoya la donación siempre y cuando ésta se lleve a cabo al momento de fallecer, incluye 19 respuestas distintas.
- C. *Decisión personal.* Esta categoría incluye motivaciones personales para firmar la tarjeta de donación, contiene 26 respuestas diferentes.
- D. *Autorización para la donación.* En esta categoría se hace referencia a las ventajas que da la tarjeta como un medio para informar a los familiares y autoridades acerca de la decisión de donar, incluye 25 respuestas distintas.
- E. *Condiciones para la donación.* En esta categoría se hace referencia a condiciones externas a la personas bajo las cuales aceptaría la firma de la tarjeta de donación, incluye 25 distintas respuestas.

En la siguiente tabla se presentan algunos ejemplos de las razones por las que se firmaría la tarjeta de donación, así como la frecuencia por categoría.

Tabla 3.34. Razones por las que se firmaría la tarjeta de donación

Categoría	Frecuencia	Ejemplos
Ayudar a otros	190	"Para ayudar", "Dar vida a otras personas", "Por altruismo", "Para que sirvan de algo"
Donación al morir	135	"Muerto ya nada te sirve", "A mi ya no me hacen falta", "Si estoy a punto de morir", "En caso de accidente"
Decisión personal	122	"Estoy de acuerdo", "Por convicción", "Hace falta donadores", "Para sentirme contenta"
Autorización de la donación	58	"Para que todos conozcan mi decisión", "Para que se respete mi voluntad", "Daría la autorización a mi familia", "Para que no se tengan dificultades a la hora de la donación"
Condiciones para la donación	50	"Si fuese necesario", "Únicamente tejido", "Si me lo piden sí"

A continuación se presentan otras 5 categorías, conformadas por las respuestas que no apoyan la firma de la tarjeta de donación de órganos y tejidos.

A.No apoya la donación. En esta categoría se argumenta a partir de explicaciones que demuestran la falta de apoyo a la donación, por lo tanto no están dispuestos a firmar la tarjeta, contiene 50 respuestas diferentes.

B.Influencia de la familia. En esta categoría se hace referencia a que la decisión de firmar la tarjeta de donación no es personal sino que en ella interviene la familia, contiene 7 respuestas diferentes.

C.Falta de información. En esta categoría las personas manifiestan que su negativa a firmar la tarjeta de donación se debe principalmente a que no cuentan con el conocimiento suficiente sobre la misma como para tomar la decisión de donar, contiene 10 respuestas diferentes.

D. *Afectación del estado de salud.* En esta categoría se hace referencia a las condiciones precarias de salud de las personas que contestaron, razón por la cual creen no estar en condiciones de hacer una donación y por lo tanto de firmar la tarjeta de donación, incluye 11 diferentes respuestas.

E. *Desconfianza en las instituciones.* En esta categoría se hace referencia a la poca credibilidad con que cuentan las instituciones y autoridades en México, incluye 10 respuestas diferentes.

En la siguiente tabla se presentan algunos ejemplos de las razones por las que no se firmaría la tarjeta de donación, así como la frecuencia por categoría.

Tabla 3.35. Razones por las que no se firmaría la tarjeta de donación

Categoría	Frecuencia	Ejemplos
No apoya la donación	157	"No estoy seguro", "No veo la importancia", "Perjudica", "Sería inútil", "No me quiero afectar"
Afectación del estado de salud	32	"Necesitaría chequeo", "Soy diabético", "Ya no tengo la edad"
Influencia de la familia	32	"No lo he platicado con mi familia", "Hay que consultar a la familia", "Sólo si la familia lo permite"
Falta de información	30	"Necesidad de saber más", "Desconocimiento del manejo", "falta de información"
Desconfianza en las instituciones	16	"Por el tráfico de órganos", "No participa en un negocio así", "Si fueran utilizados sin lucrar", "Daría oportunidad de poder terminar con mi existencia"

Del total de la muestra, 3 personas mencionaron que su familia está de acuerdo con la donación, ocho no firmarían por cuestiones religiosas, siete hacen referencia a la imagen del cadáver ("No quiero que me sepulten incompleto", "No me gustaría quedar hecha pedazos", etc.).

Otro aspecto explorado fue el tráfico de órganos, se encontró que el 78.1% (780) consideran que en México existe el tráfico de órganos, el 10.1% (101) opinan que no es así, el 11.8% (118) no contestó.

Motivación para complacer

Para poder evaluar más directamente la influencia de la familia en el comportamiento de las personas respecto a la donación se les presentó la siguiente afirmación: "Con respecto a la donación de órganos y/o tejidos deseo actuar como mi familia piensa que debe ser". Se observó que el 31.8% (318) de la muestra consideran que es cierto, el 58.6 (588) reportaron que esto es falso y el 9.3% (93) no contestó.

Comportamiento

Un aspecto importante a evaluar es la conducta de las personas y no solamente su intención conductual, es por ello que se les preguntó si alguna vez han donado sangre, el 44.1% (441) lo ha hecho y el 52.1% (520) nunca ha donado sangre, el resto no contestó 38% (39).

En esta pregunta se les pedía que dijeran por qué habían donado o no, dado que podían dar más de una respuesta un 86% de la muestra proporcionó una respuesta, el 11.6% dos, el 0.5% tres respuestas, el 0.1% cuatro y el 20% no contestó. Se obtuvieron 148 respuestas diferentes, se formaron categorías por separado para la respuesta afirmativa y para la negativa. Para el primer caso se obtuvieron 2 categorías.

A.*Ayudar a otros.* Las respuestas incluidas en esta categoría apoyan la donación de sangre como una forma de ayudar a los semejantes, incluye 34 respuestas diferentes.

B.*Donación obligatoria.* Esta categoría contempla las situaciones de emergencia u obligadas para haber donado sangre, contiene 22 respuestas distintas.

En la siguiente tabla se presentan algunos ejemplos de las razones por las que las personas de la muestra han donado sangre, así como la frecuencia por categoría.

Tabla 3.36. Razones por las que han donado sangre

Categoría	Frecuencia	Ejemplos
Ayudar a otros	137	"Para apoyar a la gente accidentada", "Por bondad", "Por altruismo"
Donación obligatoria	372	"Requisito para operar a un familiar", "Para análisis", "Por obligación al ser estudiante", "Por estar en el servicio"

En cuanto a las razones para no haber donado sangre se obtuvieron las siguientes 3 categorías:

A. Afectación del estado de salud. En esta categoría las personas refieren no estar en condiciones saludables como para poder donar sangre, incluye 34 respuestas diferentes.

B. No apoya la donación. En esta categoría se argumenta a partir de explicaciones que demuestran la falta de apoyo a la donación de sangre, contiene 35 respuestas distintas.

C. Temor a la donación. Esta categoría se caracteriza por contener respuestas referentes al miedo de las personas por contraer alguna enfermedad al donar sangre, contiene 5 respuestas diferentes.

En la siguiente tabla se presentan algunos ejemplos de las razones por las que las personas de la muestra no han donado sangre, así como la frecuencia por categoría.

Tabla 3.37. Razones por las que no han donado sangre

Categoría	Frecuencia	Ejemplos
Afectación del estado de salud	279	"Tengo anemia", "Soy nervioso", "Hepatitis", "Porque engordo"
No apoya la donación	141	"No se ha presentado la oportunidad", "Familia y amigos no lo han solicitado", "Por falta de tiempo"
Temor a la donación	16	"Por el problema grande del VIH", "Náusea y dolor de cabeza", "Miedo a una infección"

Solamente una persona dice que no ha donado por cuestiones religiosas; 5 de ellas dicen que han donado porque no afecta la salud y 7 personas se ubicaron en la categoría "No sabe".

Empatía

Se aplicó la escala que evalúa empatía, la cual consta de 10 afirmaciones con 5 opciones de respuesta, que van desde completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo, el rango de calificación a obtener en dicha escala va de 10 puntos como valor mínimo (indicando una ausencia de empatía) hasta de 50 como valor máximo (indicando un alto grado de empatía), considerando que se contesten en su totalidad las 10 afirmaciones (de lo contrario se anula esta parte), el puntaje medio obtenido por la muestra fue de 37 puntos (con un valor de media teórica de 30).

En el factor de compasión empática se obtuvo un valor medio de 23, en el indicador de empatía cognoscitiva se observa una media de 6.55, mientras que el indicador de indiferencia tiene una media de 7 (el rango de calificación en el factor va de 6 como mínimo hasta 30 como máximo; y para los indicadores de 2 a 10).

3.3.1.3. Análisis adicionales

A continuación se presentan algunos datos adicionales que se obtuvieron a partir de cruces de variables y que se consideraron significativos para el objetivo de la investigación. Se observa que 386 personas consideran que es altamente probable que la donación salve la vida de alguna persona, sin embargo, nunca han donado sangre. Un total de 292 personas que nunca han donado sangre consideran que es altamente probable que realicen la donación de alguno de sus órganos, 253 alguno de sus tejidos y 300 sangre. Por otra parte, 234 personas que nunca han donado sangre consideran altamente probable firmar la tarjeta de donación de órganos y tejidos.

En el otro extremo se observa que de las personas que nunca han donado sangre, 102 consideran poco probable donar alguno de sus órganos, 137 alguno de sus tejidos, 134 sangre y 155 firmar la tarjeta de donación de órganos y tejidos.

También se realizó un cruce entre el nivel de estudios y la pregunta ¿Hay órganos y tejidos que se pueden donar en vida? (tabla 3.38), observándose que las personas con carrera técnica y universitaria son quienes estarían más informados a diferencia de las personas que sólo han realizado estudios básicos.

Tabla 3.38. Escolaridad y conocimientos sobre la donación en vida (n=999)

Escolaridad	¿Hay órganos y tejidos que se pueden donar en vida?	
	SI	NO
Primaria	9.2%	3.5%
Secundaria	13.7%	22%
Bachillerato	8.8%	2.1%
Carrera técnica o comercial	20.9%	2.5%
Estudios universitarios	24.2%	1.9%

Otro aspecto analizado es la relación entre la afirmación: "Con respecto a la donación de órganos y/o tejidos deseo actuar como mi familia piensa que debe ser" y "yo donaría alguno de mis órganos". Se observa que 186 personas que ciertamente desean actuar de acuerdo con lo que piensa su familia, consideran que es altamente probable que ellos donen alguno de sus órganos, 173 sus tejidos, 200 sangre y 160 que firmen la tarjeta de donación.

Finalmente, se observa respecto a las personas que se declararon católicas que 557 afirman que su religión permite donar órganos al fallecer y 167 menciona que no lo permite, 464 mencionan que permite donar órganos en vida y 250 dice que no lo permite. En cuanto a la donación de tejidos al fallecer 536 mencionan que si esta permitido, 179 que no, respecto a donar tejidos en vida 460 afirma que si esta permitido y 258 mencionan que el catolicismo no lo permite.

Uno de los principales objetivos de esta investigación fue diseñar estrategias de persuasión hacia la donación de órganos y tejidos, de tal forma que, las entrevistas, la elaboración del instrumento psicométrico y sus respectivos análisis sirvieran de base para la elaboración de las mismas, a continuación se detalla esta última etapa de la investigación.

3.4. Cuarta etapa. *Elaboración y prueba de estrategias de persuasión*

En nuestro país han sido numerosos los esfuerzos para promover la donación altruista de órganos y tejidos, de tal forma que, se han creado campañas de difusión, ya sea por la Fundación Mexicana para la Salud, el Registro Nacional de Trasplantes y más actualmente por el CONATRA (Consejo Nacional de Trasplantes), que incluyen folletos, carteles, anuncios en radio y televisión, etc., desafortunadamente no han tenido el éxito esperado ya que la donación cadavérica en México sigue siendo muy pobre, es por ello que en esta investigación se planteó elaborar dos estrategias que no fueran masivas, pero que sin embargo, pudieran dar mejores resultados que aquéllas, en cuanto a efectividad.

3.4.1. Objetivos

Elaborar estrategias de persuasión que permitan:

- a) Informar a los participantes sobre los aspectos fundamentales de la donación de órganos y tejidos.
- b) Persuadir a los participantes acerca de la necesidad de la donación de órganos y tejidos.
- c) Cambiar en su caso, la intención conductual de los participantes hacia la donación de órganos y tejidos.
- d) Hacer una comparación en los resultados obtenidos al aplicar dos estrategias distintas.

3.4.2. Muestra

Inicialmente, se obtuvo una muestra de 88 personas, trabajadores de la subdelegación médica del ISSSTE. La muestra fue dividida en ocho grupos, cada grupo con once integrantes en promedio.

Se eliminaron 28 personas debido a que algunas de ellas no quisieron contestar el postest, otras abandonaron la sesión antes de finalizar y unas más entraron después de iniciada la sesión y no contestaron pretest.

Por lo tanto, la muestra final quedó conformada por 60 personas, de las cuales 30 estuvieron en la estrategia de experto y los otros 30 en la estrategia de interacción.

3.4.3. Diseño

Se trabajó con ocho grupos independientes, 4 grupos bajo una estrategia y otros 4 bajo otra estrategia, con una asistencia de 11 personas por grupo, en promedio.

3.4.4. Descripción de las estrategias

A continuación se describe cada una de las estrategias de persuasión utilizadas¹⁵:

Estrategia de experto¹⁶

Sesiones de trabajo en las que se contó con la presencia de un experto, especialista en el área de trasplantes y donación de órganos y tejidos, perteneciente al programa de trasplantes del ISSSTE. Dicho experto dio una exposición del tema (la exposición se apoyó con acetatos), por medio de un guión, el cual fue elaborado a partir de los resultados obtenidos en las etapas precedentes de esta investigación.

Estrategia de interacción

Sesiones de trabajo en las que no se contó con la presencia de un experto. En dichas sesiones la investigadora participó como moderadora en discusiones de grupo, además de proporcionar información acerca del tema cuando se le cuestionaba, las sesiones de trabajo iniciaron con la pregunta: ¿Qué han escuchado acerca de la donación de órganos y tejidos?, a partir de la cual inició la participación del grupo.

¹⁵ De acuerdo con Lewin “para modificar las ideas y el comportamiento social, ciertos métodos de discusión y de decisión en grupo ofrecen grandes ventajas con respecto a las conferencias y a la enseñanza individual. Al informar a las personas en nada cambiamos sus preferencias, ya que la mera exposición de unos hechos no modifica sus actitudes, de igual forma, la simple explicación del comportamiento interpersonal en el seno de un grupo no basta para transformar las actitudes y el comportamiento individuales. Por el contrario, la mayoría de las personas, si tiene oportunidad de trabajar en un grupo, se sienten lo suficientemente afectadas con lo que acontece ahí, de esta manera “aprenden algo “ sobre sí mismos” (Luft, 1992: 20).

¹⁶ La autora agradece a la Dra. Rebeca Bolán su valiosa participación como experto en el área de trasplantes y donación.

3.4.5. Instrumentos (ver apéndice 4.A)

A todos los grupos se les aplicó pretest (Forma A y B) y posttest (Forma B y A) de las escalas que a continuación se describen, de tal forma que existiera un balanceo en la aplicación de las formas

Fatalismo e internalidad.¹⁷

Cuatro reactivos para internalidad y cuatro para fatalismo tomados de la Escala de Locus de Control (La Rosa, 1988): La selección se hizo con base en el contenido de los reactivos y en sus pesos factoriales. Se aplicaron estas escalas ya que se quería saber si el locus de control afectaba la efectividad de las estrategias de persuasión.

Actitudes hacia la donación de órganos y tejidos

Escala de actitudes hacia la donación de órganos y tejidos: consta de 2 factores (uno de ellos con 7 reactivos positivos y el otro con 5 reactivos negativos), a partir de esta escala se obtuvo una Forma A y una Forma B, con base en los pesos factoriales, cada forma consta de siete reactivos.

Norma subjetiva

Escala de norma subjetiva de donación de órganos y tejidos: compuesta por 8 reactivos, 4 de ellos referentes a norma familiar y otros 4 referentes a norma religiosa. A partir de esta escala se obtuvo una Forma A y una Forma B, cada una con dos reactivos elegidos con base en el contenido tanto de norma familiar como religiosa.

Intención conductual

Escala compuesta por 4 reactivos, de los cuales se aplicarán dos reactivos en cada una de las Formas.

¹⁷ Cabe señalar que en esta etapa de la investigación se decidió hacer uso de las escalas de fatalismo e internalidad de la Escala de Locus de Control (La Rosa, 1988), ya que se consideró que la efectividad de las estrategias pudiera estar relacionada con el tipo de locus de control de las personas.

Empatía

Escala Multidimensional de Empatía: consta de 10 reactivos, a partir de los pesos factoriales se seleccionaron 5 reactivos para la Forma A y 5 para la Forma B.

3.4.6. Procedimiento

Se pusieron a prueba dos estrategias de persuasión, una de ellas con la presencia de un experto en el área de trasplantes y donación y otra en la que no había experto.

Las sesiones, tanto aquéllas que contaron con la presencia de un experto como las que no, estuvieron coordinadas por la investigadora, que tuvo como tarea hacer la presentación, dar la palabra, contestar preguntas o en su caso pedirle al experto que lo hiciera. Las sesiones tuvieron una duración variable que fue desde 40 a 90 minutos.

La muestra total quedó conformada por 88 personas, de las cuales, como ya se mencionó anteriormente, se eliminaron 28, la estrategia de experto fue la que se probó en primer lugar, una vez que se tuvieron los 4 grupos y habiendo eliminado a los sujetos que se requería se obtuvo un total de 30 personas. Por lo tanto, para la estrategia de interacción se buscó igualar el tamaño de muestra, para ello se invitó a 12 participantes por grupo, de tal forma que tomando en cuenta la muerte experimental se pudiera cubrir la cuota de 30 personas por estrategia. A continuación se detalla el procedimiento que se siguió en cada sesión de trabajo bajo cada una de las estrategias.

A) Sesiones con la presencia de un experto

Se dio inicio a la sesión con una breve presentación por parte de la investigadora, se les explicó que se había solicitado su presencia ya que se estaban dando pláticas acerca de la donación de órganos y tejidos como parte del trabajo que realiza el programa de trasplantes del ISSSTE. A continuación se les pidió que llenaran un cuestionario. Posteriormente, la experta inició su exposición acerca de la donación de órganos y tejidos, el guión de la exposición fue elaborado a partir de los resultados encontrados tanto en las entrevistas como en los instrumentos

aplicados con anterioridad (ver apéndice 4.B), para la exposición se elaboraron acetatos. Se les pidió que las preguntas que quisieran formular las hicieran al final.

Una vez terminada la exposición por parte de la experta, se procedió a escuchar y responder las dudas que surgieron por parte de los asistentes (en estas sesiones las personas no podían interactuar entre ellas). Una vez aclaradas las interrogantes, se les dio la tarjeta de donación de órganos y tejidos, invitando a aquellos que quisieran firmarla a llenar el formato de donación voluntaria. Se les aclaró que quienes desearan devolver la tarjeta podían hacerlo y que quienes quisieran consultarlo con su familia o pensar un poco más antes de llenarla podían conservar la tarjeta.

Finalmente se les pidió que contestaran un segundo cuestionario, se les agradeció su asistencia, y una vez que hubieran llenado el cuestionario, se les ayudó a llenar el formato de donación y la tarjeta si así lo solicitaban.

B) Sesiones sin la presencia de un experto

Se dio inicio a la sesión con una breve presentación por parte de la investigadora, se les explicó que se había solicitado su presencia ya que se estaban realizando sesiones de trabajo en las cuales las personas pudieran hablar sobre el tema de la donación de órganos y tejidos, y que más que tratarse de una exposición por parte de una persona, deseábamos escuchar su posición y conocimientos acerca del tema. A continuación se les pidió que llenaran un cuestionario. Para iniciar se les preguntó ¿Qué han escuchado de la donación de órganos?

Durante estas sesiones se procuró que todos los asistentes participaran activamente, ya fuera con preguntas u opiniones, intercambiando puntos de vista, rebatiendo las opiniones de los otros (se propicio la interacción entre los miembros del grupo, siendo mínima la intervención de la investigadora). En estas sesiones la investigadora aclaró aquellas dudas que el grupo no pudo resolver.

Una vez terminado el intercambio comunicativo entre los asistentes y agotadas todas las dudas, se les dio la tarjeta de donación de órganos y tejidos, invitando a aquellos que quisieran firmarla a llenar el formato de donación voluntaria. Se les aclaró que quienes desearan devolver la tarjeta podían hacerlo y que quienes

quisieran consultarlo con su familia o pensar un poco más antes de llenarla podían conservar la tarjeta.

Finalmente, se les pidió que contestaran un segundo cuestionario, se les agradeció su asistencia, y una vez que hubieran llenado el cuestionario, se les ayudó a llenar el formato de donación y la tarjeta si así lo solicitaban.

3.4.7. Resultados e interpretación

3.4.7.1. Descripción de la muestra

De las 60 personas que conformaron esta muestra, hubo 21 hombres y 39 mujeres. De tal forma que 20 mujeres estuvieron en la estrategia de experto y 19 en la de interacción, por otra parte, 10 hombres en la estrategia con experto y 11 en la de interacción.

Una vez que se probaron las 2 estrategias se procedió a la captura y análisis de los datos de la muestra final (60 personas), a partir de lo cual se obtuvo la información demográfica correspondiente (tabla 3.39), observándose una mayor frecuencia del sexo femenino, en cuanto a la escolaridad la mayor frecuencia se encuentra en los que tienen una carrera universitaria (19), seguida de bachillerato (2) y la menor entre los que cuentan con estudios de posgrado, también cabe señalar que en esta muestra no se tiene registro de personas con primaria. En promedio la muestra tiene 13 años de estudio y una desviación estándar de 3.

Tabla 3.39. Características generales de la muestra (n= 60).

Sexo		Edad			Escolaridad				
F	M	Media	SD	Rango	Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.	Posgrado
39	21	39	8.58	20-57	6	16	15	19	2
65%	35%				10%	26.7%	31.7%	25%	3.3%

3.4.7.2. Descripción de los grupos.

En la tablas 3.40 se describen los seis grupos formados para probar las estrategias de persuasión, las características consideradas son: sexo, edad, escolaridad y estrategia.

Tabla 3.40. Características generales de los grupos (n= 60).

Grupo 1. Con experto				Escolaridad				
Sexo		Edad		Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.	Posgrado
F	M	Media	SD					
3	5	40	8.7	1	2	2	2	-
Grupo 2. Con experto				Escolaridad				
Sexo		Edad		Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.	Posgrado
F	M	Media	SD					
6	2	39	5.9	2	3	1	2	-
Grupo 3. Interacción				Escolaridad				
Sexo		Edad		Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.	Posgrado
F	M	Media	SD					
4	3	45	7.5	2	3	-	2	-
Grupo 4. Interacción				Escolaridad				
Sexo		Edad		Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.	Posgrado
F	M	Media	SD					
5	2	37	11.4	1	2	3	1	-
Grupo 5. Interacción				Escolaridad				
Sexo		Edad		Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.	Posgrado
F	M	Media	SD					
4	4	41	5.18	-	3	1	3	-

(Continúa...)

...Continuación

Grupo 6. Con experto				Escolaridad				
Sexo		Edad		Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.	Posgrado
F	M	Media	SD					
5	2	36	10.4	-	-	2	4	1

Grupo 7. Interacción				Escolaridad				
Sexo		Edad		Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.	Posgrado
F	M	Media	SD					
6	2	38	10.9	-	1	5	2	-

Grupo 8. Con experto				Escolaridad				
Sexo		Edad		Sec.	Bach.	Carr.Téc.	Carr. Univ.	Posgrado
F	M	Media	SD					
6	1	39	7.9	-	2	1	3	1

Grupo 1. En este grupo todas las personas se quedaron con la tarjeta de donación altruista, sin embargo, nadie la firmó. (Sesión con experto).

Grupo 2: En este grupo 3 personas devolvieron la tarjeta de donación y 3 firmaron la tarjeta (dos mujeres y un hombre), sin embargo, una de las personas que firmó la devolvió al siguiente día (1 mujer). (Sesión con experto).

Grupo 3: Solamente una persona devolvió la tarjeta de donación, ninguna persona firmó la tarjeta. (Sesión de interacción).

Grupo 4: Todas las personas se quedaron con la tarjeta, pero no la firmaron. (Sesión de interacción).

Grupo 5: Todos los asistentes conservaron la tarjeta de donación, pero no la firmaron. (Sesión de interacción).

Grupo 6: Todas las personas conservaron la tarjeta de donación y 5 la firmaron (4 mujeres y 1 hombre). (Sesión con experto).

Grupo 7: En este grupo 3 personas devolvieron la tarjeta de donación y 4 (2 hombres y 2 mujeres) la firmaron. (Sesión de interacción).

Grupo 8: Todos los asistentes conservaron la tarjeta de donación, pero no la firmaron. (Sesión con experto).

3.4.7.3. Análisis de respuestas

3.4.7.3.1. Comparación de medias (t de Student)

Actitudes, norma subjetiva¹⁸ e intención conductual

Posteriormente se hicieron análisis de comparación entre estrategias y pretest y posttest para el resto de las escalas, primero se procedió a asegurar la comparabilidad de los grupos antes de ser sometidos a las estrategias, de tal forma que se pudiera comprobar su igualdad y así poder realizar análisis de comparación entre los posttest, por lo que se aplicó una prueba de t de Student para grupos independientes entre los pretest por escala de ambos grupos (tabla 3.41).

Respecto a la escala de actitudes, se encontró que en ambas estrategias los valores de medias son idénticos, en el primer grupo se presenta una mayor variabilidad, la diferencia entre medias no fue significativa. En la escala de norma subjetiva familiar, la media para la estrategia de interacción es ligeramente mayor, no se encontró diferencia significativa entre grupos, siendo la variabilidad idéntica en ambos grupos.

En cuanto a la escala de norma subjetiva religiosa, en la estrategia de experto se observa la media más alta y la menor variabilidad, la diferencia entre medias no fue significativa. Finalmente, en la escala de intención conductual nuevamente en la estrategia de experto se obtuvo la mayor media y la menor variabilidad, la diferencia entre medias no fue significativa.



¹⁸ Para poder realizar los análisis pertinentes la norma subjetiva familiar y religiosa se recodificó como variable "dummy".

Por lo tanto, estos resultados demuestran que los grupos no difieren significativamente en las variables estudiadas por lo que es posible compararlos después de la introducción de la variable independiente -los dos tipos de estrategias-.

Tabla 3.41 Medias, desviación estándar y diferencias entre estrategias en el pretest en las diferentes escalas (n=60).

Escalas	Estrategia de experto		Estrategia de interacción		t	gl	p
	Media	D.S.	Media	D.S.			
Actitudes	28.20	4.17	28.20	3.07	.00	58	.947
Norma subjetiva familiar	.42	.69	.50	.69	-.39	54	.701
Norma subjetiva religiosa	1.50	.81	1.30	.88	-.82	50	.418
Intención conductual	9.20	3.61	8.93	3.69	.28	58	.778

A continuación se procedió a realizar las siguientes comparaciones entre medias por medio de pruebas t de Student para grupos independientes y apareados:

1. Comparación entre el postest de ambas estrategias.
2. Comparación entre el pretest y postest de la estrategia de experto.
3. Comparación entre el pretest y postest de la estrategia de interacción.

Respecto a la comparación entre postest (tabla 3.42) en la escala de actitudes se observa una diferencia mínima entre las medias de ambas estrategias, por lo que no fue significativa, mientras que la variabilidad es ligeramente mayor en el grupo de experto. En la escala de norma subjetiva familiar, el valor de media más alto es para la estrategia de interacción, que también cuenta con mayor variabilidad, en este caso la diferencia entre medias sí fue significativa.

En la escala de norma subjetiva religiosa, en la estrategia de experto se obtuvo la media más alta y una menor variabilidad, sin embargo la diferencia entre medias no fue significativa. Por último, en la escala de intención conductual la media más alta se observa en la estrategia de interacción, al igual que una menor variabilidad, nuevamente la diferencia entre medias no fue significativa.

Tabla 3.42 Medias, desviación estándar y diferencias entre estrategias en el postest en las diferentes escalas (n=60).

Escalas	Estrategia de experto		Estrategia de interacción		t	gl	p
	Media	D.S.	Media	D.S.			
Actitudes	28.20	3.87	28.43	3.76	-0.24	58	.814
Norma subjetiva familiar	.34	.67	.96	.89	-2.93	54	.005
Norma subjetiva religiosa	1.64	.73	1.50	.81	-.68	52	.499
Intención conductual	8.70	3.85	10.26	2.77	-1.81	58	.076

A continuación se hicieron comparaciones entre el pretest y postest de la escala de actitudes, norma subjetiva e intención conductual en la estrategia de experto y de interacción (tabla 3.43), en el caso de la primera se encontró que tanto en el pretest como el postest el valor medio es idéntico, con una variabilidad ligeramente mayor en el pretest. En cuanto a la norma subjetiva familiar el valor de la media y desviación estándar fueron más altos en el pretest, la diferencia entre medias no fue significativa.

Respecto a la norma subjetiva religiosa se observa un incremento en el valor medio en el postest, al igual que una menor variabilidad, siendo no significativa la diferencia entre medias. En la escala de intención conductual la media más alta y la desviación estándar más baja se obtuvo en el pretest, no hay una diferencia significativa entre las medias.

Para la estrategia de interacción se siguió el mismo procedimiento, en la escala de actitudes se observa una media más alta y una variabilidad mayor en el postest, sin embargo la diferencia entre medias no fue significativa. En la escala de norma subjetiva familiar la media y desviación estándar en el postest fue mayor, en este caso la diferencia entre medias si fue significativa.

En la escala de norma subjetiva religiosa en el pretest se observa la media más alta y la menor variabilidad, la diferencia entre medias no fue significativa. Finalmente, el postest de la escala de intención conductual obtuvo la media más alta y la menor variabilidad, siendo la diferencia entre medias significativa.

Tabla 3.43 Medias, desviación estándar y diferencias entre pretest y postest en ambas estrategias (n=30).

Escala		Estrategia de experto				t	gl	p
		Pretest		Postest				
		Media	D.S.	Media	D.S.			
Actitudes		28.20	4.17	28.20	3.87	.00	29	1.00
Norma familiar	subjetiva	.42	.69	.35	.67	-1.00	27	.326
Norma religiosa	subjetiva	1.50	.81	1.69	.67	-1.73	25	.096
Intención conductual		9.20	3.61	8.70	3.85	-1.03	29	.310

Escala		Estrategia de interacción				t	gl	p
		Pretest		Postest				
		Media	D.S.	Media	D.S.			
Actitudes		28.20	3.07	28.43	3.76	.33	29	.745
Norma familiar	subjetiva	.53	.70	.96	.91	2.52	25	.019
Norma religiosa	subjetiva	1.33	.86	1.54	.77	-.96	23	.347
Intención conductual		8.93	3.69	10.20	2.77	2.14	29	.041

Fatalismo, internalidad y empatía

A continuación se procedió a realizar pruebas t de Student para hacer comparaciones entre las dos estrategias respecto a las escalas de fatalismo, internalidad y empatía (tabla 3.44).

En cuanto a la escala fatalismo se observa que en la estrategia de interacción se obtuvo una media más alta y una menor variabilidad a diferencia de los valores obtenidos en la estrategia con experto, sin embargo, la diferencia entre medias no fue significativa. Para la escala de internalidad, nuevamente la media más alta y la desviación más baja se obtuvo en la estrategia de interacción, la diferencia entre medias tampoco fue significativa. En la escala de empatía el análisis arrojó una *diferencia significativa entre medias, la estrategia de interacción obtuvo la media y la variabilidad más bajas.*

Tabla 3.44 Medias, desviación estándar y diferencias entre estrategias en las escalas de fatalismo, internalidad y empatía (n=60).

Escalas	Estrategia de experto		Estrategia de interacción		t	gl	p
	Media	D.S.	Media	D.S.			
Fatalismo	7.86	3.24	8.83	2.45	1.30	58	.198
Internalidad	16.36	3.10	16.83	1.84	-.71	58	.481
Empatía	19.56	3.33	17.53	3.29	2.37	58	.021

También se realizó una comparación entre hombres y mujeres respecto a estas tres variables, en fatalismo los hombres obtuvieron valores de media y desviación estándar más altos respecto a las mujeres, siendo esta diferencia significativa (tabla 3.45)

En la escala de internalidad las mujeres obtuvieron la media más alta y la desviación estándar más baja respecto a los hombres, sin embargo la diferencia entre medias no fue significativa. Finalmente, en la escala de empatía existe una diferencia estadísticamente significativa entre medias siendo a favor de las mujeres siendo este grupo el que presenta menor variabilidad.

Tabla 3.45. Medias, desviación estándar y diferencias entre hombres y mujeres en las escalas de fatalismo, internalidad y empatía (n=60).

Escalas	Femenino		Masculino		t	gl	p
	Media	D.S.	Media	D.S.			
Fatalismo	7.76	2.77	9.42	2.85	-2.19	58	.033
Internalidad	16.76	2.41	16.28	2.79	.70	58	.486
Empatía	19.25	2.89	17.23	4.09	2.24	58	.050

3.4.7.3.2. Análisis Multivariante de la Varianza (MANOVA) (tablas 3.46, 3.47, 3.48, 3.49)¹⁹

Posteriormente se procedió a realizar un análisis multivariante de la varianza (SPSS, ver. 10.0), siendo la estrategia la variable independiente y las escalas de fatalismo e internalidad fueron covariables, mientras que las variables dependientes fueron actitudes, norma subjetiva familiar y religiosa e intención conductual (pretest y posttest).

¹⁹ Las tablas se pueden consultar en el apéndice 4, páginas 218-225.

Al observar el estadístico Lambda de Wilks²⁰, el cual compara las desviaciones dentro de cada grupo con las desviaciones totales sin distinguir grupos, se encontró que el valor p asociado al estadístico F, obtenido a partir de una transformación de la Lambda de Wilks, es menor de .05 para la combinación de valores obtenida a partir del tipo de estrategia-internalidad, para el tipo de estrategia y para internalidad (se obtuvieron los mismos resultados para la Traza de Pillai, la Traza de Hotelling y la Raíz máxima de Roy, todos ellos estadísticos equivalentes a la Lambda de Wilks), este resultado demuestra que no existe igualdad de vectores de medias. En tanto que para la combinación de valores obtenida a partir del tipo de estrategia-fatalismo y fatalismo se comprueba la igualdad de vectores de medias debido a que el valor p asociado al estadístico F es mayor de .05.

Mediante el resultado anterior, no se debe aceptar que el conjunto formado por las variables dependientes (actitudes, norma subjetiva e intención conductual) presente el mismo comportamiento en los distintos grupos. Por lo tanto, resulta conveniente realizar un análisis univariante sobre cada una de las variables dependientes. Al comparar las medias de cada una de estas variables para la fuente tipo de estrategia-internalidad, sólo en el caso de la variable intención conductual en el pretest, el valor p asociado al estadístico F es menor de .05 ($P=.001$), se puede concluir que las diferencias entre los vectores de medias no son debidas a las diferencias entre las medias de una de las ocho variables en particular. Para comprobar a qué se debe el hecho de que no exista igualdad de los vectores de medias, se debe analizar el efecto de cada factor por separado.

Analizando el efecto individual o principal de cada factor por separado, en particular considerando los dos grupos establecidos por la variable tipo de estrategia, en el caso de la variable intención conductual pretest, el valor p asociado al estadístico de contraste F es menor a .05 ($p=.000$). Tanto la igualdad

²⁰ El estadístico Lambda de Wilks compara las desviaciones dentro de cada grupo con las desviaciones totales sin distinguir grupos, si el conjunto de variables dependientes presenta un comportamiento, por un lado, muy distinto en los grupos y, por otro, muy homogéneo dentro de cada grupo, la variabilidad total será debida fundamentalmente a la variabilidad entre grupos. En consecuencia, la variabilidad dentro de los grupos será pequeña respecto a la total y el valor del estadístico será pequeño. Sin embargo, si el conjunto de variables dependientes presenta un comportamiento similar en los distintos grupos, la variabilidad entre grupos será pequeña. En consecuencia, la variabilidad total será debida fundamentalmente a la variabilidad dentro de los grupos y el valor del estadístico Lambda será grande. Cuanto menor sea el valor del estadístico Lambda, más diferenciados estarán los grupos (Ferrán, 2001).

de los vectores de medias como la igualdad de medias para esta variable dependiente por separado es rechazada. Exactamente lo mismo sucede en el caso de la variable internalidad con un valor p asociado menor de .05 ($p=.008$).

Se puede concluir que para la variable intención conductual pretest el resultado obtenido será distinto en la estrategia con experto y en la estrategia de interacción, en ambos casos, el resultado será distinto dependiendo del nivel de internalidad que manifiesten los sujetos. Al observar las medias, el mejor resultado se obtuvo en los grupos con puntajes de 9, 18 y 15 en internalidad en la estrategia con experto, mientras que en la estrategia de interacción los resultados más altos en internalidad fueron para los grupos con puntajes de 17, 15 y 16. En cuanto a los valores totales de medias el resultado más alto lo obtuvo la estrategia con experto, con una variabilidad ligeramente menor que la otra estrategia.

3.4.7.3.3. Análisis de conglomerados

Finalmente, se realizó un análisis de conglomerados para casos, con la finalidad de agrupar a los elementos de la muestra, de tal forma que, respecto a la distribución de los valores de las variables, por un lado, cada grupo o conglomerado sea lo más homogéneo posible y, por otro, los grupos sean distintos entre sí. Las variables a partir de las cuales se realizó el análisis fueron: actitudes hacia la donación de órganos y tejidos, norma subjetiva (familiar y religiosa) e intención conductual.

Se utilizó el método jerárquico de promedio entre grupos (SPSS, ver. 10.0), en este tipo de método el análisis comienza con tantos conglomerados como individuos se tenga, es decir, cada individuo es un conglomerado inicial. A partir de estas unidades iniciales se van formando nuevos conglomerados de forma ascendente, agrupando en cada etapa a los individuos de los dos conglomerados más próximos. Al finalizar el proceso todos los individuos estarán agrupados en un único conglomerado.

La diferencia entre los diversos métodos jerárquicos aglomerativos consiste en la distancia considerada para medir la proximidad entre conglomerados. En el método del promedio entre grupos -utilizado en este trabajo-, se define la distancia entre dos conglomerados como el promedio de las distancias entre todos los pares

de individuos, en los que cada componente del par pertenece a un conglomerado distinto. La ventaja de este tipo de métodos es que el proceso de formación de los grupos se puede seguir etapa por etapa. Por lo tanto, el número de grupos que se desea formar se puede elegir *a posteriori*, en función de la solución obtenida en cada etapa.

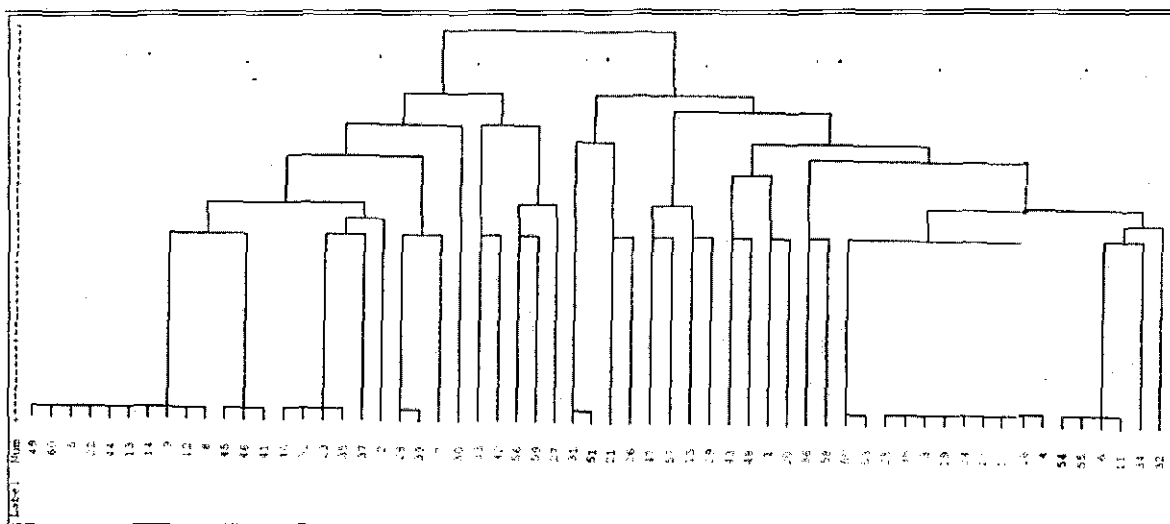
Una vez realizado el análisis, se puede observar la información detallada de lo que sucede en cada etapa a partir del calendario de aglomeración (tabla 3.50)²¹, en la primera columna aparece el número de etapa del proceso, dado que, en cada etapa se combinará el contenido de dos grupos y que el número de individuos de la muestra es igual a 60, el número total de etapas en el proceso fue igual a 59. A partir de la etapa 59, todos los individuos se encontrarán en un único grupo.

Para traducir la información del calendario de aglomeraciones a una representación gráfica se utilizó el dendrograma, a la izquierda de éste aparece un listado que identifica el número de caso de cada uno de los individuos de la muestra. La representación gráfica del proceso se realiza mediante líneas paralelas a la barra horizontal en la parte superior, correspondiente a la distancia entre los dos grupos que se combinan en cada etapa (entre 0 y 25). A la altura de la distancia cero sale una línea a la derecha de cada caso, en total 60 líneas,. Las líneas consecutivas se cierran mediante una línea vertical a medida que se van combinando los conglomerados.

Mediante el número de líneas horizontales en el dendrograma se puede conocer qué individuos forman la solución de cualquier número de conglomerados. De acuerdo con Ferrán (2001), si lo que se desea es una solución en la que los conglomerados sean distantes entre sí y, por otro lado dentro de cada uno de ellos los elementos que lo forman estén próximos, una solución adecuada sería aquella tal que las líneas correspondientes no tardaran en cerrarse.

²¹ La tabla se puede consultar en el apéndice 4, páginas 226-228.

A continuación se puede observar el dendrograma:



Dados los resultados del análisis de cúmulos, se intentó elegir la mejor solución que pudiera proporcionar aquellos grupos que fueran diferentes entre sí y al interior de cada grupo los individuos fueran homogéneos en las características estudiadas. Se hizo un corte a una distancia de 7 puntos, obteniéndose 8 grupos, que a continuación se describen:

Grupo 1: Este grupo está integrado por 10 personas, 8 mujeres y 2 hombres; con un promedio de edad de 41 años y una desviación estándar de 9.71. Respecto a la escolaridad, 1 persona tiene la secundaria, 3 estudios de bachillerato, 1 carrera técnica o comercial, 4 estudios universitarios y 1 estudios de postgrado. En cuanto a las características que hacen homogéneo al grupo, se observa que en la variable actitudes hacia la donación de órganos y tejidos, las personas muestran una disminución en el puntaje del postest; mientras que en las variables de norma subjetiva familiar y religiosa e intención conductual, en el pretest y el postest se obtienen los mismos puntajes.

Grupo 2: Integrado por 3 personas, 2 hombres y 1 mujer; con un promedio de edad de 36 años y una desviación estándar de 3. En lo que al nivel de estudios se refiere, 1 persona tiene carrera técnica o comercial, 1 estudios de bachillerato y 1 estudios universitarios. En cuanto a las variables estudiadas, se observa que las personas presentan, tanto en actitudes como en intención conductual una

disminución de puntajes en el postest, mientras que en las variables norma subjetiva familiar y religiosa, los puntajes en el pretest y postest son idénticos.

Grupo 3: Conformado por 4 integrantes mujeres, tres de ellas con estudios universitarios y una con secundaria, con un promedio de edad de 42 años y una desviación estándar de 11.55. Este grupo se caracteriza porque las personas no presentan ningún cambio entre el pretest y el postest en las variables actitudes, norma subjetiva (familiar y religiosa) e intención conductual.

Grupo 4: Integrado sólo por 2 mujeres, con un promedio de edad de 36 años y desviación estándar de 8.4; las dos con carrera técnica o comercial. Este grupo presenta una disminución en los puntajes del postest de la variable actitudes, un incremento en los puntajes del postest de la variable intención conductual; mientras que en las variables de norma subjetiva familiar y religiosa los puntajes son idénticos tanto en el pretest como en el postest.

Grupo 5: Formado por dos mujeres, una de ellas con carrera técnica o comercial, la otra no proporcionó información al respecto; en cuanto al promedio de edad es de 38 años con una desviación estándar de 12. Este grupo se caracteriza por presentar un incremento en los puntajes en el postest de la variable actitudes, mientras que en las variables norma subjetiva familiar y religiosa se presenta un decremento en los puntajes del postest; en la variable intención conductual los puntajes del pretest y postest son idénticos.

Grupo 6: Integrado por un hombre y una mujer, el nivel de estudios es de bachillerato y carrera técnica respectivamente; el promedio de edad de 26 años y una desviación estándar de 7.7. Este grupo presenta un incremento en los puntajes del postest de las variables actitudes y norma subjetiva familiar; respecto a la norma subjetiva religiosa e intención conductual los puntajes en el pretest y postest son idénticos.

Grupo 7: Integrado por 10 personas, 6 mujeres y 4 hombres, con promedio de edad de 38 años y una desviación estándar de 8.2. En cuanto al nivel de estudios, 1 persona tiene la secundaria, 2 carrera técnica o comercial, 4 personas con estudios de bachillerato y 3 con estudios universitarios. Las características de este grupo muestran que en la variable actitudes incrementan los puntajes en el

postest; en tan que en el resto de las variables (norma subjetiva familiar y religiosa e intención conductual) los puntajes en el pretest y postest son idénticos.

Grupo 8: Conformado 2 hombres y 2 mujeres, 1 con carrera técnica o comercial y 3 con estudios de bachillerato. En este grupo se observa respecto a las variables actitudes e intención conductual un incremento en los puntajes del postest, en las variables de norma subjetiva familiar y religiosa se observan puntajes idénticos ten el pretest y postest.

A partir de este análisis se ha podido observar la existencia de grupos muy bien definidos, especialmente los grupos primero y séptimo, con exactamente diez integrantes cada uno y con características totalmente opuestas, ya que mientras el primer grupo disminuye sus puntajes de actitudes en el postest, permaneciendo inalterables el resto de sus puntajes; el séptimo muestra un aumento en los puntajes de actitud en el postest y el resto de sus puntajes idénticos en el pretest y postest.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La donación de órganos es un acto en el cual una persona muestra un comportamiento altruista y cede a otra, alguno(s) de sus órganos con la finalidad de restablecer o mejorar la salud de aquélla, sin embargo, esta conducta por fácil que pueda parecer resulta ser muy complicada.

La presente investigación tuvo como objetivo estudiar algunos de los factores relacionados con la donación de órganos y tejidos, al respecto se pueden mencionar varios estudios que se han realizado sobre el tema, desde aquéllos que estudian las actitudes, normas subjetivas e intenciones (Bagozzi, Lee y Van Loo, 2001; Sherman, Sherman, Smith y Rickert-Wilbur, 2001; Richey, 2001; Boey, 2002; Morgan y Miller, 2002) hasta los que abordan la firma de la tarjeta, los problemas de las campañas de difusión, la percepción de justicia en el proceso de asignación de los órganos y la comunicación de la decisión de donar a la familia (Sanner, 2000; Sque, Payne y Vlachonikolis, 2000; Morgan y Miller, 2002; Cosse y Weisenberger, 2000 y 2001; Kornblit y Mendes, 2001).

El estudio de las actitudes es sustancial para abordar el tema de la donación de órganos y tejidos, por ejemplo, Boey en su investigación acerca de las actitudes (definidas operacionalmente como un auto-reporte de sentimientos y creencias favorables o desfavorables hacia la donación de órganos²²) y compromiso (definido por el hecho de poseer la tarjeta de donador firmada²³) para donar órganos que presentan enfermeras en Hong Kong, encontró que las enfermeras que tenían actitudes favorables hacia la donación de órganos fueron quienes en mayor proporción firmaron la tarjeta de donación. Las más jóvenes y solteras eran quienes más probabilidad tenían de comprometerse a la donación de órganos post-mortem. Más de la mitad de ellas estaban indecisas acerca de comprometerse para donar órganos, pero muchas era probable que firmaran la tarjeta.

²² En la presente investigación se integraron las definiciones dadas por Proshansky y Seidenberg (1973) y Eagly y Chaiken (1984) según las cuales la actitud es una tendencia compleja de la persona, que se expresa mediante la evaluación de un objeto concreto del medio ambiente con cierto grado favorabilidad o desfavorabilidad.

²³ En la presente investigación la firma de la tarjeta fue tomada como un indicador del éxito de las estrategias de persuasión y por lo tanto de la intención de donar sus órganos y/o tejidos.

En la presente investigación se encontró que las personas en general presentan actitudes favorables hacia la donación de órganos y tejidos, de igual forma muchas de ellas consideran altamente probable firmar la tarjeta de donación, sin embargo, en las estrategias de persuasión la mayoría de ellas no firmó la tarjeta, esto nos indica que tener actitudes favorables hacia un objeto no es suficiente para esperar que las personas se comporten conforme a éstas.

Esto lo corrobora el trabajo de Cosse y Weisenberger (2000) quienes mencionan que históricamente la proporción del público americano que expresa puntos de vista positivos acerca de la donación excede la proporción que actualmente firma la tarjeta de donación, el público parece decir una cosa pero hacer otra²⁴. Después de que el Consejo de Publicidad y la Coalición sobre la Donación de los U.S.A. lanzaron una campaña de educación acerca de la donación de órganos y tejidos, estos autores hicieron un seguimiento por cuatro años de las actitudes hacia la donación y trasplantes y su relación con la experiencia directa (conociendo un receptor de órganos) y conductas intermedias (donación de sangre y firma de la tarjeta de donación). Encontrando que no hubo cambios significativos en las actitudes hacia la donación, pero la proporción de individuos que firmaron la tarjeta de donación se vio incrementada.

Al respecto, en México, diversas instituciones han invertido tiempo y dinero en campañas de promoción (Fundación Mexicana para la Salud, Registro Nacional de Trasplantes, Consejo Nacional de Trasplantes), éstas suelen no tener el impacto que se espera, por ejemplo, según datos del Registro Nacional de Trasplantes en 1994 el número total de trasplantes fue de 24,487, mientras que en el año de 1997 se reportan 26,151 en todo el país. Desafortunadamente, las personas prestamos mayor atención a las noticias amarillistas que difunden los medios de comunicación, por ejemplo, aquéllas referentes al tráfico de órganos, provocando un descenso en la credibilidad en las instituciones de salud y actitudes negativas hacia el tema de la donación.

²⁴ La relación entre actitud y conducta es un punto que ha suscitado controversia, existen trabajos que han puesto en duda la relación entre actitud y conducta (La Piere, 1932, Wicker en 1969).

En este sentido, de acuerdo con (Proshansky y Seidenberg, 1973) las campañas de información encaminadas a modificar actitudes particulares tendrán, probablemente, muy pocas repercusiones sobre las personas que poseen sentimientos poderosos y dispuestas a actuar de un modo determinado, pero cuyo conocimiento y criterios sobre el objeto solo están desarrollados de un modo mínimo.

Por su parte, Morgan y Miller (2002) mencionan que las campañas de donación deben buscar simultáneamente incrementar el conocimiento, derrumbar mitos, reforzar las actitudes positivas hacia la donación y además promover la comunicación entre los miembros de la familia acerca del tema de la donación. Todos estos puntos son de suma importancia para la presente investigación ya que se pudo observar que la información que el público tiene respecto al tema es mínima y en muchos casos está distorsionada, la actitud es favorable pero debe ser reforzada ya que se manejan alrededor del tema mitos que ponen en peligro esa predisposición positiva.

Recordemos que una de las formas más importantes y difundidas de cambiar las actitudes es a través de la comunicación²⁵, estamos inmersos en un mundo lleno de mensajes persuasivos, los cuales proceden de medios de comunicación, amigos, familiares, fabricantes, líderes políticos, autoridades sanitarias, líderes religiosos, etc.

Respecto a la familia, los resultados que se obtuvieron muestran que efectivamente es necesario promover la comunicación entre sus miembros, la mayoría de las personas que participaron en la presente investigación manifestaban su deseo de donar siempre y cuando la familia estuviera de acuerdo, en este sentido los que deseen ser donadores deberán poseer los conocimientos y habilidades necesarias para convencer a los otros de respetar su decisión, suele suceder que habiendo firmado la tarjeta y comunicado la decisión a los seres cercanos éstos, en último momento, se nieguen a la donación.

²⁵ De acuerdo con el Modelo de Probabilidad de Elaboración de Petty y Cacioppo (1981, 1986a y 1986b), la persuasión se debe centrar en los procesos responsables del cambio de actitud cuando se recibe un mensaje así como la fuerza de las actitudes que resultan de tales procesos.

Morgan y Miller (2002) mencionan que la calidad de las discusiones entre el donador potencial y su familia depende de qué tan hábil sea el donador para comunicar su decisión. Dicha habilidad se logra con conocimientos sólidos respecto al tema, por ejemplo, Kornblit y Mendez (2001) reportan que las razones dadas por las personas que no deseaban donar se debían a la desconfianza en la medicina, la carencia de información y la desconfianza en las instituciones, mientras que aquéllos que estaban dispuestos a donar argumentaron que lo harían por solidaridad.

En esta investigación se pudo observar la existencia de dos normas subjetivas en torno a la donación de órganos y tejidos: la familia –de la cual ya se ha hablado–; y la religión, cuya importancia ha sido estudiada por Richey (2001) quien en su investigación encontró que la cultura y la estructura social (parientes cercanos y religión) fueron los dos factores que más influyeron en la decisión de donar órganos.

Se pudo comprobar que, en el caso de la religión se tiene una idea equivocada de la posición que toman los líderes respecto a la donación, lo que con relativa facilidad podría subsanarse ofreciendo información a las personas respecto a la posición que tiene su religión hacia el tema. Sin embargo, con la familia no sucede lo mismo, nos enfrentamos al enorme reto de persuadir a las personas de que persuadan a sus hijos, padres, esposos, etc., que la donación es un acto que les llenará de satisfacción, tarea por demás difícil.

Dada la importancia de la norma subjetiva, en esta investigación se procuró incidir de manera muy directa en la norma subjetiva familiar y religiosa, recalcando que la donación implica uno de los últimos deseos de la persona antes de morir y que, como tal, debe ser respetada. Recordemos, de acuerdo con la teoría de la acción razonada la intención predecirá más exactamente la conducta que la actitud o la norma subjetiva por separado.

Una de las etapas más importantes del presente trabajo fue el diseño de dos estrategias de persuasión, se elaboraron sobre la base de los resultados obtenidos en las etapas previas, de tal forma que se tuvo la información necesaria para saber qué conocimientos era necesario hacer llegar a las personas, haciendo hincapié en la importancia de la comunicación familiar cuando se tenía pleno

convencimiento de ser o no donador y en el concepto de solidaridad. Los resultados que se obtuvieron pueden calificarse como satisfactorios, debido a que se logró convencer a un grupo de personas a donar sus órganos al fallecer.

Las dos estrategias provocaron cambios, se trató de probar si este cambio podía relacionarse con el tipo de locus de control que presentaran las personas, sin embargo esto no fue posible, cabe preguntarse si el factor de deseabilidad social sesgó los resultados.

Si nos limitamos al número de tarjetas firmadas, se podría decir que la estrategia más efectiva fue la que contó con la presencia del experto, ya que 7 personas firmaron, pero si se hace referencia a los resultados estadísticos, en la estrategia sin experto se encontró una diferencia significativa en la escala de norma subjetiva familiar a favor y en el resto de las escalas se obtuvieron puntajes más altos, aunque no significativos. Sin embargo, en el análisis multivariante realmente no se observó ninguna diferencia que pudiera impactar los resultados. Sin embargo, no todos los mensajes persuasivos logran ser efectivos, ni todos los mensajes logran persuadir a las personas por igual (Morales, 1999).

En esta investigación se pudo corroborar dicha afirmación, ya que en las estrategias elaboradas se obtuvieron cambios tanto positivos como negativos, lo que muestra que sí inciden, ya sea para "bien" o para "mal", por lo tanto son efectivas. Estos hallazgos plantean la necesidad de seguir diseñando y probando otras estrategias.

Cuando se analizan los grupos obtenidos por medio del análisis de cúmulos, es posible observar que en el grupo 1, caracterizado por la obtención de puntajes más bajos en el postest de actitudes 6 personas estuvieron en el grupo con experto y 4 en el grupo de interacción. En el grupo 2, caracterizado por obtener puntajes más bajos en el potest de actitudes e intención conductual, las tres personas estuvieron en la estrategia con experto. El grupo 3, caracterizado porque no existió cambio alguno en el postest de las escalas aplicadas, tres personas estuvieron en la estrategia con experto y 1 en la de interacción. Lo mismo sucede con el resto de los grupos, no existe ningún patrón que pueda indicarnos categóricamente cuál de las dos estrategias es mejor, lo que apoya la idea de que no hay estrategia que sea efectiva para el 100% de la población.

Para algunas personas puede resultar más efectiva una estrategia que la otra, o incluso como se pudo observar, alguna puede resultar contraproducente. Cabe también señalar que el tiempo transcurrido entre el pretest y el postest fue muy breve, por lo que el cambio bien pudiera manifestarse posteriormente²⁶. Por otra parte, aquí se habla de dos estrategias, pero hay que plantearse la necesidad de diseñar otras que podrían incluir testimonios de personas que han recibido órganos o que han donado órganos de algún familiar, mesas redondas en las que participaran grupos de expertos, etc. Así como estudiar otros factores asociados a este fenómeno, por ejemplo, la conducta altruista la actitud hacia la muerte, la actitud hacia la enfermedad, etc.

Además de los factores ya señalados, existen otras variables psicológicas involucradas en la donación, por ejemplo la empatía, en esta investigación se pudo comprobar su relación con las actitudes hacia la donación de órganos y tejidos. Considerada por algunos investigadores como motivador fundamental de la conducta altruista, la empatía es una respuesta afectivo-cognoscitiva activada por el estado de otra persona y congruente con él, que orienta la conducta. El estado emocional es la característica definitoria de la empatía. En esta investigación se pudo corroborar que existe una relación entre la empatía y las actitudes hacia la donación de órganos.

Se ha observado que las personas empatizan con la percepción del sufrimiento de los demás, que la activación empática precede a la conducta de ayuda y que su intensidad se relaciona sistemáticamente con la rapidez e intensidad de la ayuda subsiguiente (Morales, 1999). Sin embargo, como ya se había mencionado, predecir una conducta no involucra un solo factor, a pesar del nivel aceptable de empatía que muestran las personas que participaron en la investigación, ello no basta para “echar a andar” su conducta de donación, y es que difícilmente las personas estamos en contacto directo con el sufrimiento de las personas que necesitan un órgano y si acaso llegamos a toparnos con alguna de ellas, preferimos ignorarlas.

²⁶ Al respecto se puede hacer referencia al llamado “efecto de adormecimiento” o “efecto durmiente” (Hovland, Lumsdaine, Sheffield, 1949), observándose en las investigaciones sobre comunicaciones persuasivas que en ocasiones el cambio de actitud era mayor cuando había pasado un cierto tiempo de lo que había sido inmediatamente después de la emisión del mensaje. Investigadores como Hovland, Lumsdaine, Sheffield, Cook, Gruder, Hennigan, Faly, Pratkanis, Geenwald, Leippe y Baumgardner se han dedicado al estudio de dicho efecto (Morales, 1999).

Sin embargo, en el estudio de este tema no todo se reduce a los factores psicológicos, también existen otros factores de orden socio-económico como lo son la credibilidad en las instituciones de salud, el tipo de información que proporcionan los medios de comunicación, la situación económica del país, etc.

Una vez finalizada la investigación, es posible señalar que se cubrieron los objetivos propuestos al inicio de la misma. Se pudo obtener una visión general de la problemática, así como también obtener un instrumento válido y confiable para la población mexicana, que nos permitió medir algunos de los constructos relacionados a la donación²⁷. En este sentido Blanca, Frutos y Rando (1996), construyeron una encuesta de 42 reactivos, dos de ellos destinados a evaluar actitudes hacia la donación de órganos, el resto evalúan el grado de información que sobre el tema se tiene, sin embargo el instrumento carece de datos referidos a la validez y confiabilidad del instrumento. Finalmente, se pudo diseñar y probar dos estrategias de persuasión, obteniéndose resultados que invitan a continuar con la investigación en este campo.

Los trasplantes de órganos y tejidos ya no son parte de las películas de ciencia ficción, para miles de personas son un sueño hecho realidad, una realidad que parece escapárseles de las manos, tan cercana que muchas veces se vuelve imposible de llevar a cabo y es que para poder realizar el milagro no basta la fe, es necesario el esfuerzo conjunto de toda la sociedad, misma que parece cerrar los ojos al avance de la ciencia e ignora que ella es parte de este juego entre la vida y la muerte. México cuenta con muchos de los elementos necesarios para realizar trasplantes, existen médicos capacitados, hospitales de primer nivel con las instalaciones necesarias para llevarlos a cabo, entusiasmo de muchas personas que han decidido dedicar parte de su tiempo a esta labor, cientos de enfermos que día con día ven disminuir su salud por la enfermedad que les aqueja, una legislación recién reformada. Sin embargo, se carece de un elemento medular, cuya ausencia, frustra al personal médico que ha dedicado años de estudio para aprender las técnicas de los trasplantes y le resta utilidad a la mejor instalación hospitalaria dedicada a trasplantes, este personaje central, protagónico, es el donador altruista.

²⁷ El campo de la psicología, al menos en México, carece de una herramienta de este tipo, al respecto cabe señalar que se ha solicitado la autorización para su aplicación en Nuevo León, Zacatecas y Venezuela.

En México, como en muchos otros países, los donadores son escasos, el estereotipo del mexicano amable, solidario y compartido, desaparece cuando de donación de órganos y tejidos se trata, incluso algunas personas se resisten a hablar sobre el tema, y dado que la era de la clonación todavía se encuentra muy lejos de nuestro alcance, se tiene que dedicar un gran esfuerzo al estudio del comportamiento de los potenciales donadores²⁸.

Esta investigación ha permitido estudiar de una manera seria y profunda la problemática que representa la donación en nuestro país, se han diseñado instrumentos que permiten evaluar algunos de los elementos que se ven involucrados en este acto. Este trabajo, permite observar que existe un elemento que juega un papel fundamental y ese es la información que se tienen respecto al tema; tanto en las entrevistas, como en la aplicación del instrumento psicométrico se comprobó una falta de información o un manejo de información errónea, lo que puede provocar miedo y desconfianza en las personas o que algunas veces se hable a la ligera sobre el mismo

Sin embargo, en la conducta pueden intervenir factores diferentes a la propia actitud, uno de esos factores es la presión social que la persona percibe, y que suele proceder de aquellos que están más próximos a ella, de acuerdo con la teoría de la acción razonada se les conoce con el nombre de norma subjetiva y se considera una función de las creencias normativas en virtud de las cuales la persona estima la probabilidad de que su conducta resulte o no aceptable para aquellas personas cuya opinión suele tener muy en cuenta.

Como ya se mencionó anteriormente, en México son pocos los profesionales de la psicología que se dedican al estudio de los factores que inciden en la donación de órganos y tejidos²⁹, sin embargo, se han realizado algunos intentos, por ejemplo, el trabajo de Rodríguez (1990), respecto al cambio de actitud hacia la donación altruista de sangre, en el cual se hace uso de folletos como parte de la estrategia de persuasión.

²⁸ A raíz de la reforma a la Ley de Salud en materia de trasplantes, en México todos somos donadores potenciales.

²⁹ Como ejemplo, es importante señalar el trabajo que realiza la Dra. Graciela Rodríguez en la Facultad de Psicología de la UNAM, ya que cuenta con un programa de donación de órganos dedicado al estudio de este tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adam, B. (1967). Interaction theory and the social network. *Sociometry*, 30, 64-78.

Aderman, D. and Berkowitz, L. (1970). Observational set, empathy and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 14, 141-148.

Ajzen, I. and Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New York: Prentice Hall, Inc.

Ajzen, I. (1989). Attitude structure and behavior. En S. Pratkanis, S. Breckler y A. Greenwald (Eds.). *Attitude structure and function* (pp. 125-150). Hillsdale: L. Erlbaum.

Angoitia, V. (1996). *Extracción y trasplante de órganos y tejidos humanos: Problemática jurídica*. Madrid: Marcial Pons.

Archer, R., Díaz-Loving, R., Gollwitzer, P., Davis, M. y Foushee, H. (1981). The role of dispositional empathy and social evaluation in the empathic mediation of helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 786-796.

Aronfeed, J. (1970). The socialization of altruistic and sympathetic behavior: some theoretical and experimental analyses. En Macaulay, J. and Berkowitz, L. (Eds). *Altruism and helping behavior* (pp. 465-483). Ney York: Academic Press.

Axelrod, J. (1959). *The relationship of mood and of mood shift to attitude*. (Reporte técnico). University of Rochester.

Bagozzi, R., Lee, K. y Van Loo, F. (2001). Decisions to donate bone marrow: The role of attitude and subjective norms across cultures. *Psychology & Health*, 16, 29-56.

Baron, R. (1971). Magnitude of victim's pain cues and level of prior anger arousal as determinants of adult aggressive behavior. *Journal of Personality and Social psychology*, 17, 236-243.

Batson, Duncan, Ackerman, Burkley y kimberly (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 723-732.

Berkowitz, L. and Daniels, L. (1964). Affecting the salience of the social responsibility norm: Effects of past help on the response to dependency relationships. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 88, 275-281.

Berkowitz, L.; Klanderma, S. And Harris, R. (1964). Effects of experimenter awareness and sex subject and experimenter on reactions to dependency relationships. *Sociometry*, 27, 327-337.

Bettinghaus, E. (1968). *Persuasive communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Black, P. (1993). Diagnosis of death by brain criteria. En Ropper A.H. (Ed): *Neurological and neurosurgical intensive care* (pp. 353-365). New York: Raven Press Ltd.

Blanca, M.; Frutos, M. Y Rando, B. (1996). Carné de donante de órganos: papel actual. *Revista de Psicología Social*, 1, 33-46.

Bodenham, A. and Park, G. (1989). Care of the multiple organ donor. *Intensive Care Medical*, 15, 340-348.

Boey, K. (2002). A cross-validation study of nurses' attitudes and commitment to organ donation in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 95-104.

Bowen, A., Williams, M.; McCoy, H. y McCoy, C. (2001). Crack smokers' intention to use condoms with loved partners: Intervention development using the theory of reasoned action, condom beliefs, and processes of change. *AIDS Care*, 13, 579-594.

Brembeck, W. And Howell, W. (1952). *Persuasion*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Bush, A. (1998). Direct and indirect paths of parental social influence in understanding and predicting condom use among late adolescents and young adults. *Dissertation Abstract International*, 58, 12-B.

Calvillo, L. (1999, 27 de mayo). Cómo una muerte puede salvar vidas. *La Jornada*, pp. 27.

Carlson, E. (1956). Attitude change through modification of attitude structure. *Journal Abnormal of Social Psychology*, 52, 256-261.

Carrel, A, and Guthrie, C. (1905). The transplantation the veins and organs. *American Journal Medical*, 10, 1101.

Carrel, A. (1907). *The surgery of blood vessels*. Bull. J. Hopkins.

Coke, J., Batson, C. y McDavis, K. (1978). Empathic mediation of helping: A two stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 752-766.

Consejo Nacional de Trasplantes (1999). *Anteproyecto: Programa de Trabajo*. Manuscrito no publicado.

Consejo Renal de Puerto Rico Inc . (1993, mayo). *Edición especial dedicada a la donación y el trasplante*, 5.

Cosse, T. y Weisenberger, T. (2000). Words versus actions about organ donation: A four-year tracking study of attitudes and self-reported behavior. *Journal of Business Research*, 50, 297-303.

Cronhite, C. (1969). *Persuasion: Speech and behavioral change*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.

Cosse, T. y Weisenberger, T. (2001). The perceived fairness of the human organ allocation process in the United States. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 8, 45-61.

Cuevas-Mons, V. y Del Castillo-Olivares, J. (1994). *Introducción al trasplante de órganos y tejidos*. España: Editorial Libro del Año.

Darley, J. and Latané, B. (1968). Diffusion of responsibility in emergency situations. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*.

Darlington, R. and Macker, C. (1966). Displacement of guilt-produced altruistic behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 442-443.

Del Castillo-Olivares, J.L. (1994). Historia de los trasplantes. Aspectos jurídicos. En Cuevas-Mons, V. y Del Castillo-Olivares, J.L. *Introducción al trasplante de órganos y tejidos* (pp. 25-40). España: Editorial Libro del Año.

Diario Oficial de la Federación (1984, 7 de febrero). México.

Diario Oficial de la Federación (1999, 26 de mayo). México.

Dib, A. (1994). Evolución y beneficios de los trasplantes de órganos. *El Nacional* (Suppl.), 22-23.

Dib, A. (1997). Riñón, el órgano humano que más se trasplanta. *Excelsior* (Suppl.), 18-19.

Domínguez, J. y Villalovos, G. (1993). *Algunos aspectos jurídicos de los trasplantes de órganos*. México: Porrúa.

Dymond, R. (1949). A scale for measurement of empathic ability. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 127-133.

Dymond, R. (1949). Personaluty and empathy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 343-350.

Eagly, A. y Chaiken, S. (1984). Cognitive theories of persuasion. En L. Berkowitz (Ed) *Advances in experimental social psychology*. Academic Prees: Cal.

Fazio, R. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: the model as an integrative framework. En Zanna, M. (Ed) *Advances in experimental social psychology*. California: Academic Press.

Fellner, C. and Marshall, J. (1970). Kidney donors. En Macaulay, J. and Berkowitz, L. (Eds). *Altruism and helping behavior*. Ney York: Academic Press.

Ferrán, M. (2001). *SPSS para Windows: Análisis estadísticos*. España: McGraw-Hill.

Feshbach, S. (1964). The function of aggression and regulation of aggressive drive. *Psychological Review*, 71, 257-272.

Fischer, A. (1963). Sharing in preschool children as a function of amount and type of reinforcement. *Genetic Psychology Monographs*, 68, 215-245.

Fishbein, M. (1967). Attitude and prediction of behavior. En M. Fishbein (Ed.) *Attitudes theory and measurement*. New York: John Wiley.

Fishbein, M. (1973). The prediction of behavior from attitudinal variables. En Mortensen y Sereno (Eds.). *Advances in communication research*. New York: Harper & Row.

Fishbein, M. (1980). A theory of reasoned action: Some applications and implications. En Howe and Page (Eds.). *Symposium of motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Fishbein, M. (1990). Factores que influyen en la intención del estudiante en decir a sus parejas que utilicen condón. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6, 1-16.

Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Mass: Adisson-Weslwy.

Fishbein, M., Salazar, J., Rodríguez, P., Middlestadt, S. and Himmelfarb, T. (1988). Predicción del uso de cinturones de seguridad en estudiantes venezolanos: una aplicación de la teoría de acción razonada en latinoamerica. México: *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 4, 19-41

Foushee, H., Davis, M. y Archer, R. (1979). Empathy, masculinity and femininity. *ISAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 9, 85.

Fundación Mexicana para la Salud (1990). *Donación de órganos en México*. México: Fundación Mexicana para la Salud.

García y García-Dubert, (1987). Aspectos morales y éticos del trasplante. En Santiago-Delpin, E. y Ruiz-Speare, O. *Trasplante de órganos*. España: Salvat.

Gimal, P. (1981). *Larousse World Mythology*. New York: Excalibur Books.

Goldie, W.; Chiappa, K. and Young R. (1981). Brain stem auditory and short-latenci somatosensory evoked responses: Brain death. *Neurology*, 31, 248-256.

Gómez-Arnau Díaz-Cañabate, J. y Carrera González, A. (1994). En Cuevas-Mons, V. y Del Castillo-Olivares, J.L. *Introducción al trasplante de órganos y tejidos*. España: Editorial Libro del Año.

Goranson, R. and Berkowitz, L. (1966). Reciprocity and social responsibility reactions to prior help. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 227-232.

Gouldner, A. (1960). The norm of reciprocity: A preliminary statement. *American Sociological Review*, 25, 161-178.

Greenglass, E. (1967). *The effects of prior help and hindrance on willingness to help another: reciprocity or social responsibility*. Universidad de Toronto.

Greenwald, A. Brock, T. y Ostrom, T. (1989). *Psychological foundations of attitudes*. Academic Press: New York.

Greitz, T.; Gordon, E. and Kolmodin, G. (1973). Aorticranial and carotid angiography: Determination of brain death. *Neuroradiology*, 5, 13-19.

Harding, J.; Kutner, B.; Proshansky, H. And Chein, I. (1954). Prejudice and ethnic relations. En *Handbook of Social Psychology*, Vol 2. Lindsey Cambridge, Mass., Addison-Wesley.

Harris y Huang (1973). Helping and the attribution process. *Journal of Social Psychology*, 40, 30-35.

Hertz, R. (1990). *La muerte y la mano derecha*. Madrid: Alianza.

Hoffman (1977). *Empathy its development and prosocial implications*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Hoffman, M. y Levine, L. (1976). Early sex differences in empathy. *Developmental Psychology*, 12, 557-558.

Hovland, C., Lumsdaine, A. y Sheffield, F. (1949). *Studies in social psychology in World War II*. Princeton: Princeton University Press.

Hovland, C., Janis, I. y Kelley, H. (1953). *Communication and persuasion*. New Haven: Yale University Press.

Hovland, C. y Janis, I. (1959). *Personality and persuasibility*. New Haven: Yale University Press.

Homans, G. (1961). *Social behavior: its elementary forms*. New York: Harcourt, Brace & World.

Javiedes, L. (1995). *Postulados básicos en torno a la formación y cambio de actitudes*. Facultad de Psicología: México.

Katz, D. (1967). The functional approach to the study of attitudes. In Fishbein, M. (Ed). *Attitude theory and measurement*. J. Wiley and Sons: New York.

Katz, D. y Stotland, E. (1959). A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. En S. Koch (Ed.). *Psychology: A study of a science*. Nueva York: McGraw-Hill.

Katz, D. and Braly, K. (1933). Racial stereotypes of one-hundred college students. *Journal Abnormal of Social Psychology*, 28, 280-290.

Kaufmann, H. (1970). *Aggression and altruism*. US.A.: Holt, Rinehart and Winston, Inc.

Kerr, W. y Speroff, B. (1954). Validation and evaluation of the empathy test. *Journal of General Psychology*, 50, 369-376.

Khanna, R.; Singh, P. y Rushton, J. Development of the Hindi version of self-report altruism scale. *Personality and Individual Differences*, 14, 267-270.

Kim, C., Goto, S., Bai, M., Kim, T. y Wong E. (2001). Culturally congruent mentoring: Predicting Asian American student participation using the theory of reasoned action. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 2417-237.

Kohlberg, L. (1963). The development of children's orientations toward a moral order: I. Sequence in the development of moral thought. *Vita Humana*, 6, 11-33.

Kornblit, A y Mendes A. (2001). Organ donation. Between solidarity and mistrust. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 47, 21-29.

Kramer, B. (1949). Dimensions of prejudice. *Journal of Psychology*, 27, 389-451.

Krebs, D. (1975). Empathy and altruism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 635-641.

Krebs, D. (1970). Altruism—An examination of the concept and a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 73, 258-302.

Krech, D. and Crutchfield, R. (1948). *Theory and problems of social psychology*. New York: McGraw-Hill.

Krech, D., Crutchfield, R. y Ballachey, E. (1962). *Individual in society*. Nueva York: McGraw-Hill.

Kuri, A. (1997). Riñón, el órgano humano que más se trasplanta. *Excelsior (Suppl.)* 18-19.

Latané, B and Darley, J. (1970). Social determinants of bystander intervention in emergencies. En Macaulay, J. and Berkowitz, L. (Eds). *Altruism and helping behavior*. Ney York: Academic Press.

Lewin (1948). *Resolving social conflicts*. New York: Harper.

Luft, J. (1992). *Introducción a la dinámica de grupos*. España: Herder.

Lumenta, C.; Kramer, M. and Von Tempelhoff. (1989). Brain stem auditory evoked potentials (BAEP) monitoring: Brain death. *Neurosurg Review*; 12 (supl 1), 317-321.

Macaulay, J. and Berkowitz, I. (1970). *Altruism and helping behavior*. New York: Academic Press.

Marquis, C. and Casson, P. (1968). *Human trasplantation*. Reading Mass: Addison-Wesley.

Mc Dougall (1908). *An introduction to social psychology*. London: Methuer.

McGuire, W. (1969). The nature of attitudes and attitude change. En Lindzey and Aronson (Eds.). *Handbook of social psychology*. Reading Mass: Addison-Wesley.

McGuire, W. (1973). Persuasion, resistance and attitude change. En Sola, P., Frey, W., Schramm, Maccoby, N. Y parker, E. (Eds) *Handbook of communication*. Rand McNally College Publishing Co. Chicago.

Mead, M. (1934). *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.

Mehrabian, A. And Epstein, N (1972). A mesuare of emotional empathy. *Journal of Personality*; 40, 525-543.

Midlarsky, E. and Bryan, J. (1967). Training charuty in children. *Journal of Personality and Social psychology*, 5, 408-415.

Milgram, S. (1965). Some conditions of obedience and disobedience to authority. En Steiner y Fishbein (Eds.). *Current studies in social psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Miller, G. (1969). *Saying is believing: Toward a rhetoric of counter attitudinal advocacy*. Michigan State university.

Miller, G. and Burgoon, M (1973). *New techniques of persuasion*. U.S.A.: Harper and Row Publishers.

Morales, J. (1999). Actitudes. En J. Morales (Cobrd.). *Psicología social* (pp. 193-232). España: McGraw-Hill..

Morgan, S. y Miller, J. (2002). Beyond the organ donor card: The effect of knowledge, attitude and values on willingness to communicate about organ donation to family members. *Health communication*, 14, 121-134.

Morris, P. (1982). *Tissue transplantation*. Churchill Livingstone. New York.

Muñoz, E. (1993). Perspectiva psicológica y social de la donación. *Consejo Renal de Puerto Rico Inc.*, 14, 25-36.

Newcomb, T. (1943). *Personality and social change*. New York: Dryden.

Nowlis, V. (1960). Some studies of the influence of films on mood and attitude (Reporte técnico) University of Rochester.

Pallis, C. and MacGuillioray, B. (1980). Brain death and the EEG. *Lancet*, 2, 1085-2002.

Patry, A. y Pelletier, L. (2001). Extraterrestrial beliefs and experiences: An application of the theory of reasoned action. *Journal of social psychology*, 141, 199-217.

Peak, H. (1955). Attitude and motivation. Jones (Ed.). *Nebraska symposium on motivation: Vol. 40. Perspectives on motivation* (pp. 320-325). Lincoln: University of Nebraska.

Pérez Tamayo, R. (1987). Patología del rechazo. En Santiago-Delpin, E. y Ruiz-Speare, O. *Trasplante de órganos*. España: Salvat.

Petty, R. y Cacioppo, J. (1981). *Attitudes and persuasión: classic and contemporary approaches*. Dubuque: W.C. Brown.

Petty, R. y Cacioppo, J. (1986a). *Communication and persuasión: central y peripheral routes to attitude changes*. Nueva York: Springer.

Petty, R. y Cacioppo, J. (1986b). The elaboration likelihood model of persuasion. En L. Berkowitz (Ed) *Advances in experimental social psychology*. Academic Prees: Cal.

Piaget, J. (1932). *The moral judgement of the child*. London: Kegan Paul.

Prager, M. (1991). Care of donors. *International Anesthetic Clinical*; 29, 1-26.

Prathkanis, A. y Greenwald, A. (1989). A sociocognitive model of attitude structure and function. En Berkowitz, L. (Ed.). *Advances in experimental social psychology*. Academic Press: San Diego.

Proshansky, H y Seidenberg, B. (1973). *Estudios básicos de psicología social*. España: Editorial tecnos.

Rando, B., Blanca, M. y Frutos, M. (2000). Logistics regression model on the willingness to sign an organ and tissue donor card. *Psicothema*, 12, 464-469.

Reich, B (1980). *Valores, Actitudes y cambio de Conductas*. México. Ed. Continental.

Richey, D. (2001). Organ donation beliefs of American women residing in a small southern community. *Journal of transcultural nursing*, 12, 203-210.

Rodríguez, L. (1990). *Cambio de actitud hacia la donación altruista de sangre*. Tesis licenciatura no publicada, Universidad Autónoma de Guadalajara, México.

Rosenberg, M. (1956). Cognitive structure and attitudinal affect. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 53, 367-372.

Rosenberg, M. y Hovland, C. (1960). *Attitude organization and change*. New Haven: Yale University Press.

Rushton, J.; Chrisjohn, R. and Fekken, G. (1981). Further and validation of the prosocial behavior questionnaire for use by teachers. *Journal of Child Psychiatry*, 22, 357-374.

Sanner, M. (Exchanging spare parts or becoming a new person? People's attitudes toward receiving and donating organs. *Social Science & Medicine*, 52, 1491-1499.

Santiago Guervós y Gómez Marinero (1996). Mecanograma de Internet.

Santiago, E. (1993). Los trasplantes y la donación en América Latina. *Consejo Renal de Puerto Rico Inc*, 5, 6-8.

Santiago-Delpin, E. y Ruiz-Speare, O. (1994). *Trasplante de órganos*. España: Salvat.

Scapin, O. Ed. (1997). Grupo de estudios Multicéntricos en Argentina. *GEMA review*, 14, 12-18.

Scheidel, T. (1967). *Persuasive speaking*. Glenview, Illinois: Scott, Foresman.

Selvan, M., Ross, M., Kapadia, A., Mathai, R. e Hira, S. (2001). Study of perceived norms, beliefs and intended sexual behavior among higher secondary school students in India. *AIDS care*, 13, 779-788.

Sherif, M. and Sherif, C. (1956). *An outline of social psychology*. New York: Harper and Row.

Sherman, N., Sherman, M., Smith, R. y Rickert-Wilbur, P. (2001). Disgust sensitivity and attitudes toward organ donation among African-American college students. *Psychological reports*, 89, 11-23.

Siegel, S. (1994). *Estadística no paramétrica*. México: Trillas.

Smith, A. (1759). *The theory of moral sentiments*. London: A. Miller.

Smith, H. (1967). The personal setting of public opinion: A study of attitudes toward Russia. En Fishbein, M. (Ed). *Attitude theory and measurement*. New York: J. Wiley and Sons.

Smith, M. (1949). Personal values as determinants of a political attitude. *Journal Psychology*, 28, 477-486.

Spence, Helmreich y Stapp (1974). The personal attributes questionnaire: A measure of sex-role stereotypes and masculinity-femininity. *ISAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 32.

Spencer (1870). *The principles of psychology*. London: Williams and Nogarte.

Sque, M., Payne, S. y Vlachonikolis, I. (2000). Cadaveric donotrasplantation: Nurses' attitudes, knowledge and behavior. *Social science & medicine*, 50, 541-552.

Staub, E. (1974). Helping a distressed person: social, personality, and stimulus determinants. En Berkowitz, L. (Ed). *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.

Stotland (1969). *Exploratory investigations of empathy*. New York: Academic Press.

Summers, G. (1976). *Medición de actitudes*. México: Editorial trillas.

Thibaut, J. and Kelley, H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.

Treise, D. y Weigold, M. (2001). AIDS public service announcements: Effects of fear and repetition on predictors of condom use. *Health marketing quarterly*, 18, 39-61.

Turner, T. (2001). Using psychosocial factors and the theory of reasoned action to predict sexual behavior in adolescent females. *Dissertation abstract international*, 61, 4686.

Veatch, R. (1979). Defining death: the role of brain function. *JAMA*, 242, 2001-2002.

Woodruff, A. (1942). Personal values and direction of behavior. *Psychological Review*, 50, 32-42.

Woodruff, A. and DiVesta, F. (1948). The relationship between values, concepts, and attitude. *Educational Psychology Measurement*, 8, 645-660.

Zimbardo, P. and Ebbesen, E. (1969). *Influencing attitudes and changing behavior*. Reading Mass. Addison-Wesley.

Zimbardo, P.; Weisenberg, M.; Firestone, I. and Levy, B. (1965). Communicator effectiveness in producing public conformity and private attitude change. *Journal of Personality*, 33, 233-256.

APÉNDICE 1

Apéndice 1.A. Acuerdo para la creación del CONATRA

Diario Oficial de la Federación (19 de enero, 1999).

SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se crea el Consejo Nacional de Trasplantes, como una comisión intersecretarial de la administración pública federal, que tendrá por objeto promover, apoyar y coordinar las acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores públicos, social y privado.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Presidencia de la República.

ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEON. Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los artículos 21, 29, 30, 38 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal: 3º., fracción XXVI, 27 fracción III, 133, fracción IV, 160 y 313 de la Ley General de Salud y

CONSIDERANDO

Que el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, consagra, en su párrafo cuarto, el derecho de toda persona a la protección de la salud, ya que se trata de una necesidad primordial en la vida de las personas y de un bien social en lo colectivo;

Que cada año miles de individuos enferman de alguna insuficiencia orgánica que, en ocasiones, les produce la muerte, no obstante que entre estos padecimientos existen algunos que son susceptibles de ser tratados mediante el trasplante de órgano y tejidos;

Que el trasplante de órgano y tejido es en muchos casos, la única posibilidad de vida para los pacientes, pero para ello se requiere de la actuación oportuna y eficaz del personal de las distintas instituciones y centros hospitalarios, con sujeción a las disposiciones sobre los procedimientos de procuración de órganos y tejidos, así como su implantación con fines terapéuticos, prescritos en la Ley Orgánica de Salud;

Que en México, aun cuando se cuenta con personal calificado para la realización de trasplantes y con la infraestructura adecuada, el número de éstos es menor al que marca la experiencia internacional;

Que para contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad es necesario propiciar la coordinación de las diferentes instituciones de salud pública y de los sectores social y privado, que de manera directa promueve o realiza trasplantes de órganos y tejidos, para lograr la utilización óptima de estos y

Que el programa de Reforma del Sector Salud 1995 → 2000 señala como uno de sus objetivos el de beneficiar a los pacientes mediante trasplantes que garanticen el más alto grado e seguridad para la vida para la cual plantea la creación de un sistema de procuración de órganos y tejidos con la participación de las Instituciones del sector salud, he tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO

ARTICULO 1º . Se crea el Consejo Nacional de Trasplantes, como una comisión intersecretarial de la administración pública federal, que tendrá por objeto promover, apoya y coordinar las acciones en materia de trasplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores públicos, social y privado, con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad por padecimiento susceptibles de ser corregidos mediante este procedimiento.

ARTICULO 2º . Para el cumplimiento de su objeto el Consejo Nacional de Trasplantes tendrá las siguientes funciones:

- I. Promover el diseño, instrumentación y operación del sistema Nacional de Trasplantes, así como de los subsistemas que lo integren.
- II. Proponer políticas, estrategias y acciones para la elaboración y aplicación del Programa Nacional de Trasplantes;

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Los miembros del Consejo Nacional de Trasplantes deberán celebrar la sesión de Instalación del mismo dentro de los treinta días siguientes a la fecha de publicación de este instrumento.

TERCERO. El Consejo Nacional de Trasplantes expedirá su Reglamento interno dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se celebre la sesión de instalación.

Dado en la Residencia del Poder ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los dieciocho días del mes de enero de mil novecientos noventa y nueve.- Ernesto Zedillo Ponce de León.- Rúbrica.- El Secretario de la Defensa



Nacional, Enrique Cervantes Aguirre.- Rúbrica.- El Secretario de Marina, José Ramón Lorenzo Franco.- Rúbrica.- El Secretario de Educación Pública, Miguel Limón Rojas.- Rúbrica.- El Secretario de salud, Juan Ramón de la Fuente.- Rúbrica.

Apéndice 1.B. Programa de trabajo del Consejo Nacional de Trasplantes: Anteproyecto¹.

Los objetivos específicos del CONATRA son:

- Integrar y consolidar el Consejo Nacional de Trasplantes, con la participación de las instituciones públicas, privadas y sociales que participan directa o indirectamente en la promoción, el aporte de recursos o en la ejecución de trasplantes de órganos y tejidos.
- Promover la modernización del marco jurídico que regula los aspectos legales para la disposición altruista de órganos y tejidos cadavéricos.
- Impulsar la integración y funcionamiento de los consejos nacional, estatales y regionales.
- Promover y participar en la modernización de las disposiciones sanitario-asistenciales relativas a los procedimientos para la disposición y aprovechamiento ético de órganos y tejidos para trasplantes humanos.
- Fomentar entre la población la creación de una cultura de donación cadavérica altruista de órganos y tejidos para transplante.
- Impulsar la formación y capacitación de recursos humanos especializados en las diversas ciencias y disciplinas que concurren en el campo del conocimiento y de la práctica de los trasplantes.
- Promover la investigación básica, clínica, epidemiológica, biomédica y tecnológica sobre los diversos factores vinculados a la prevalencia de las enfermedades tributarias de transplante, así como, sobre los procedimientos médicos y quirúrgicos para su atención.

La gran demanda de órganos y tejidos, así como la pobre oferta por la falta de una cultura de donación de órganos, es la principal razón por la cual fue creado el CONATRA. Su primer tarea es establecer una campaña permanente de difusión que genere una conciencia de solidaridad y fomente una cultura social de donación de órganos de cadáver.

Como lo señala el doctor Castellanos, para cumplir esta meta, se requiere del trabajo conjunto de todas las instituciones de salud a nivel nacional a fin de colaborar en el diseño de la normatividad, promoción y orientación sobre la forma

¹ Información extraída del Anteproyecto de Programa de Trabajo del Consejo Nacional de Trasplantes, (1999).

que garantice la calidad de la realización de los trasplantes. Considerando el número anual de defunciones por accidentes y homicidios (por ejemplo, en 1997 fueron 35,876 y 11,740 respectivamente), en la estrategia de difusión para aumentar la donación de órganos de cadáver, el CONATRA ha diseñado diferentes planes. Uno de ellos es impartir conferencias y pláticas con el gremio médico que no está relacionado con los trasplantes, esto con el propósito de concientizar sobre lo significativo que es convencer a los familiares del paciente que ha perdido la vida, a fin de conseguir que donen los órganos o tejidos de su pariente, ya que servirán para salvar a otros seres (Calvillo, op. cit.).

Esta campaña de difusión pretende ampliarse hasta los responsables de las agencias del Ministerio Público de los servicios de emergencia, pues en virtud del número de individuos que llegan a ellas con graves daños de salud, es esencial darles a conocer la Ley General de Salud, que considera la posibilidad de utilizar los órganos y los tejidos de cadáveres, siempre y cuando se compruebe la pérdida de vida y se tenga el consentimiento expreso y por escrito de los familiares o de la persona que así lo haya decidido antes de perder la vida. En el caso de los fallecidos no reclamados, el período para disponer de sus órganos o tejidos debe ser mayor a dos días, ya que debe darse tiempo a los familiares para reclamar el cuerpo.

El CONATRA tiene previsto para este año la constitución de un patronato, cuya finalidad es la captación de fondos financieros orientados a la difusión de programas, capacitación de recursos humanos y apoyo a personas de bajos niveles económicos, a fin de darles acceso a los trasplantes.

Por otra parte, en el marco de la política de descentralización impulsada por el Ejecutivo Federal, el CONATRA se abocará a estimular la integración y desarrollo de los consejos estatales de trasplantes, lo que permitirá que las acciones que en la materia se lleven al cabo en las entidades federativas se realicen favoreciendo una más ágil y oportuna respuesta a las necesidades de la población que requiere del trasplantes de algún órgano o tejido para la recuperación de su salud e inclusive para la preservación de su vida (Consejo Nacional de Trasplantes, 1999).

Con el apoyo del Registro Nacional de Trasplantes (dependiente de la S.S.A.) y los consejos estatales de trasplantes, el CONATRA vigilará que todas las instituciones de salud del país garanticen la calidad de esa práctica quirúrgica. Cabe recordar que el Registro Nacional de Trasplantes fue creado en 1976, lo que permitió al país disponer de una base de datos que capta, controla y organiza el número de receptores de trasplantes. Ahora, buscando fortalecerla e incrementar el número de trasplantes y vidas recuperadas, el CONATRA servirá de enlace entre el dicho registro y los consejos estatales para insertar nueva información al respecto.

El Registro Nacional de Trasplantes establece los criterios normativos de inclusión de los donadores, de acuerdo con sus condiciones de salud y edad, además de que decide quiénes pueden ser posibles donantes. Asimismo, considera los llamados criterios de orden, donde se toma en cuenta el grado de deterioro del paciente, ya que serán prioridad aquellos cuya recuperación de vida dependa de manera inminente de un transplante.

Desafortunadamente en México no se ha tenido una organización idónea que capte las donaciones altruistas, es imprescindible que quienes tengan la voluntad de donar sus órganos al morir, lo transmitan a su familia a fin de captarlos y con ellos salvar una vida. Para ello existen las tarjetas que otorgan instituciones como el Registro Nacional de Trasplantes, en las que se hace expreso el deseo de un individuo para que en el momento de su muerte, si sus órganos son útiles, puedan dar vida a otros.

Para ello el CONATRA realizará las siguientes tareas:

- Diseñar y difundir una campaña para promover la donación altruista de órganos y tejidos.
- Promover a través de la Secretaría de Educación pública, la inclusión de información acerca de los trasplantes en los programas de educación básica.
- Publicar y difundir folletos que de manera sencilla informen a los diversos sectores de la sociedad, acerca del transplante y la trascendencia de la participación social.
- Organizar eventos culturales, artísticos o deportivos, para difundir la importancia y la necesidad de la cultura de la donación.

- Crear foros en los que se manifiesten: pacientes transplantados, pacientes en espera de un órgano, médicos, académicos y otros grupos y sectores interesados en el campo de la donación de órganos y los trasplantes.
- Crear una publicación periódica, dirigida a la sociedad en general, en donde se describan los objetivos del Programa Nacional de Trasplantes, los esfuerzos y las metas realizadas.

En cuanto a investigación el CONATRA plantea:

- ✓ Fomentar en las unidades hospitalarias registradas y autorizadas, para la realización de trasplantes, la investigación básica, clínica, epidemiológica y de servicios de salud, en relación a los distintos aspectos del transplante de órganos y tejidos:
 - a. Procuración de órganos.
 - b. Transplante.
 - c. Preservación.
 - d. Evaluación de injertos.
 - e. Diagnóstico de rechazo.
 - f. Inmunosupresión.
 - g. Efectos del transplante sobre las enfermedades infecciosas.
 - h. Efectos de las enfermedades infecciosas sobre trasplantes.
 - i. *Factores socio-culturales que afectan la aceptación de la donación en nuestra población.*
 - j. Antígenos de histocompatibilidad.
 - k. Costo-beneficio de los trasplantes.

El CONATRA tiene como metas:

- ✓ Establecer 31 consejos Estatales de transplante y sus respectivos programas y los correspondientes al Distrito Federal.
- ✓ Establecer e instrumentar la regionalización sectorial operativa de trasplantes, con pleno respeto a las disposiciones jurídico administrativas aplicables y efectuando acuerdos de colaboración que permitan hacer el mejor uso de la capacidad instalada disponible.
- ✓ Integrar el Programa Nacional de Capacitación de recursos humanos relacionados con los trasplantes.

- ✓ Realizar una campaña de difusión masiva acerca de los diferentes tipos de trasplante y promoción de la donación altruista de órganos.
- ✓ Establecer por consenso de los grupos de trabajo, los lineamientos para los diferentes tipos de trasplantes.
- ✓ Elaborar y proponer un proyecto integral de modificaciones al marco jurídico que, permita agilizar la participación intersectorial e interinstitucional en la disposición de órganos para trasplante.
- ✓ Realizar una reunión nacional de inicio del programa y otra de evaluación anual.
- ✓ Elaborar un informe técnico anual.

Como ha podido observarse, el Programa de Trabajo 1999 del Consejo Nacional de trasplantes propone la integración de las acciones que realizan en este campo los sectores público, social y privado, promoviendo de una manera coordinada, ordenada y racional el funcionamiento eficiente y efectivo de las partes que lo integran.

Apéndice 1.C. Decreto para la reforma de la Ley General de Salud

Diario Oficial de la Federación (26 de Mayo, 2000).

DECRETO por el que se reforma la Ley General de Salud.

Al margen un sello con el Escudo nacional que dice: Estados Unidos Mexicanos.
Presidencia de la República.

ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEON, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed.

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirse el siguiente

DECRETO

"EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS,
D E C R E T A:

SE REFORMA LA LEY GENERAL DE SALUD

ARTÍCULO ÚNICO. Se reforma los artículos 18, segundo párrafo; la denominación del Título Decimocuarto, para quedar como "Donación trasplante y pérdida de la vida"; los artículos 313 a 319; el capítulo II, del Título Decimocuarto denominado "Órganos, tejidos y células" para denominarse "Donación", comprendiendo los artículos 320 a 329; el capítulo III, del Título Decimocuarto denominado "Cadáveres" para denominarse "Trasplantes", comprendiendo los artículos 330 a 342; 375, fracción V; 419; 420; 421; 462, primer párrafo; se adiciona con un capítulo IV, el Título Decimocuarto, para denominarse "Cadáveres" comprendiendo los artículos 346 a 350 bis 7, y el artículo 462, con una fracción III, de la Ley General de Salud. Para quedar como sigue:

"ART: 18...

La Secretaría de Salud pondrán la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos de las entidades federativas para la participación de éstos en la presentación de los servicios a que se refiere las fracciones I, III, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVI Y XXVII del artículo 3º de esta Ley.

TITULO DECIMOCUARTO

Donación, trasplantes y pérdida de la vida

Capítulo I

Disposiciones comunes

ART. 313. Compete a la Secretaria de Salud:

- I. El control sanitario de las donaciones y trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos por conducto del órgano desconcentrado centro nacional de trasplantes, y
- II. La regulación y el control sanitario sobre cadáveres.

ART. 314. Para efectos de este título se entiende por:

- I. Células germinales a las células reproductoras masculinas y femeninas capaces de dar origen a un embrión;
- II. Cadáver, al cuerpo humano en el que se compruebe la presencia de los signos de muerte referidos en la fracción II, del artículo 343 de esta Ley;
- III. Componentes a los órganos, los tejidos, las células y sustancias que se forman el cuerpo humano, con excepción de los productos;
- IV. Componentes sanguíneos, a los elementos de la sangre y demás sustancias que la conforman;
- V. Destino final a la conservación permanente, inhumación, incineración, desintegración e inactivación de órganos, tejidos, células y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de embriones y fetos, en condiciones sanitarias permitidas por esta Ley y demás disposiciones aplicables;
- VI. Disponente, a aquel que conforme a los términos de la ley le corresponde decidir sobre su cuerpo o cualquiera de sus componentes para su utilización en trasplantes;
- VII. Donador o donante, al que tácita o expresamente consciente la disposición de su cuerpo o componentes para su utilización de trasplantes.
- VIII. Embrión, al producto de la concepción a partir de ésta, y hasta el término de la duodécima semana de gestacional;
- IX. Feto, al producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional hasta la expulsión del seno materno.
- X. Órgano, a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que ocurren al desempeño de los mismos trabajos fisiológicos;
- XI. Producto, a todo tejido o sustancia extraída, excretada o expendida por el cuerpo humano como resultante de procesos fisiológicos normales. Serán considerados productos, para efectos de este Título, la placenta y los anexos de la piel;

- XII. Receptor, a la persona que recibe para su uso terapéutico un órgano, tejido, células o productos;
- XIII. Tejido, a la entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñan una misma función, y
- XIV. Trasplante, a la transferencia de un órgano, tejido o células de una parte del cuerpo a otra, o de, un individuo a otro y que se integren al organismo.

ART. 315. Los establecimientos de salud que requieren de autorización sanitaria son los dedicados a:

- I. La extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células;
- II. Los trasplantes de órganos y tejidos;
- III. Los bancos de sangre y servicios de transfusión.
- IV. Los bancos de sangre y servicios de transfusión.

La Secretaría otorgará la autorización a que se refiere el presente artículo a los establecimientos que cuenten con el personal, infraestructura, equipo, instrumental e insumos necesarios para la realización de los actos relativos, conforme a lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás aplicables.

ART. 316. Los establecimientos a que se refiere el artículo anterior contarán con un responsable sanitario, quien deberá presentar aviso ante la Secretaría de Salud.

Los establecimientos en los que se extraigan órganos y tejidos o se realicen trasplantes, adicionalmente, deberán contar con un comité interno de trasplantes y con un coordinador de estas acciones, que serán supervisadas por el comité institucional de bioética respectivo.

ART. 317. Los órganos, tejidos y células no podrán ser sacados del territorio nacional.

Los permisos para que los tejidos puedan salir del territorio nacional, se concederán siempre y cuando estén satisfechas las necesidades de ellos en el país, salvo casos de urgencia.

ART. 318. Para el control sanitario de los productos y de la disposición del embrión y de las células germinales, se estará a lo dispuesto en esta Ley, en lo que resulte aplicable y en las demás disposiciones generales que el afecto se expidan.

ART. 319. Se considerará disposición ilícita de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos aquella que se efectúe sin estar autorizada por la ley.

Capítulo II

Donación

ART. 320. Toda Persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente, para los fines y con los requisitos previos en el presente Título.

ART. 321. La donación en materia de órganos, tejidos, células y cadáveres, consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona para que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplante.

ART. 322. La donación expresa constará por escrito y podrá ser amplia cuando se refiera a la disposición total del cuerpo o limita cuando sólo se otorgue respecto de determinados componentes.

En la donación expresa podrá señalarse que esta se hace a favor de determinadas personas o instituciones. También podrá expresar el donante las circunstancias de modo, lugar y tiempo y cualquier otra que condicione la donación.

La donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.

ART. 323. Se requerirá el consentimiento expreso:

- I. Para la donación de órganos y tejidos en vida, y
- II. Para la donación de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas.

ART. 324. Habrá Consentimiento tácito del donante cuando no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplante, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de alguna de las siguientes personas; el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme a la prelación señalada.

El escrito por el que la persona exprese no ser donador, podrá ser privado o público y deberá estar firmado por éste, o bien, la negativa expresa podrá constatar en alguno de los documentos públicos que para este propósito determine la Secretaría de Salud en coordinación con otras autoridades competentes.

Las disposiciones reglamentarias determinarán la forma para obtener dicho consentimiento.

ART. 325. El consentimiento tácito sólo aplicará para la donación de órganos y tejidos una vez que le confirme la pérdida de la vida del donante.

En el caso de la donación tácita, los órganos y tejidos sólo podrán extraerse cuando se requieran para fines de trasplantes.

ART. 326. El consentimiento tendrá las jidos y células. La donación de éstos con fines de trasplantes, se regirá por principios de altruismo, ausencia de ánimo de lucro y confidencialidad, por lo que su obtención y utilización serán estrictamente a título gratuito.

ART. 328. Sólo en caso de que la pérdida de la vida del donante esté relacionada con la averiguación de un delito, se dará intervención al Ministerio Público y a la autoridad judicial, para la extracción de órganos y tejidos.

ART. 329. El Centro Nacional de Trasplantes hará constar el mérito y altruismo del donador y de correspondiente que los reconozca como benefactores de la sociedad.

Capítulo III

Trasplantes

ART. 330. Los trasplantes de órganos, tejidos y células en seres humanos vivos podrán llevarse a cabo cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones realizadas al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del donante y del receptor, y siempre que existan justificantes de orden terapéutico.

Esta prohibido:

- I. El trasplante de gónadas o tejidos gonadales, y
- II. El uso, para cualquier finalidad, de tejidos embrionarios o fetales producto de abortos inducidos.

ART. 331. La obtención de órganos o tejidos para trasplantes se harán perfectamente de sujetos en los que se haya comprobado la pérdida de la vida.

ART. 332. La selección del donante y del receptor se hará siempre por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud.

No se podrán tomar órganos y tejidos para trasplantes de menores de edad vivos; excepto cuando se trate de trasplantes de médula ósea, para lo cual se requerirá el consentimiento expreso de los representantes del menor.

Tratándose de menores que han perdido la vida, sólo se podrán tomar sus órganos y tejidos para trasplante con el consentimiento expreso de los representantes legales del menor.

En el caso de incapaces y otras personas sujetas a interdicción no podrán disponerse de sus componentes, ni en vida ni después de su muerte.

Art. 333. Para realizar trasplantes entre vivos, deberán cumplirse los siguientes requisitos respecto del donante:

- I. Ser mayor de edad y estar en pleno uso de sus facultades mentales;
- II. Donar un órgano o parte de él que al ser extraído su función puede ser compensada por el organismo del donante de forma adecuada y suficientemente segura.
- III. Tener compatibilidad aceptable con el receptor.
- IV. Recibir información completa sobre los riesgos de la operación y las consecuencias de la extracción del órgano o tejido, por médico distinto de los que intervendrán en el trasplante;
- V. Haber otorgado su consentimiento en forma expresa, en término del artículo 322 de esta Ley;
- VI. Tener parentesco por consanguinidad, por afinidad o civil o ser cónyuge, concubina o concubinario del receptor. Cuando se trate del trasplante de médula ósea no será necesario este requisito.

ART. 334. Para realizar trasplantes de donantes que hayan perdido la vida, deberá cumplirse lo siguiente:

- I. Comprobar, previamente a la extracción de los órganos y tejidos y por un médico distinto a los que intervendrán en el trasplante o en la obtención de los órganos y tejidos, la pérdida de la vida del donante, en los términos que se precisan en este Título;
- II. Existir consentimiento expreso del disponente o no constar su revocación del tácito para la donación de sus órganos y tejido, y
- III. Asegurarse que no exista riesgo sanitario.

ART. 335. Los profesionales de las disciplinas para la salud que intervengan en la extracción de los órganos y tejidos o en trasplantes deberán contar conforme lo determinen las disposiciones reglamentarias aplicables, y estar inscrito en el Registro Nacional de Trasplantes.

ART. 336. Para la asignación de órganos y tejidos de donador no vivo, se tomará en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del trasplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados.

Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano o tejido, está se sujetará estrictamente a listas que se integrarán con los datos de los mexicanos en espera, y que estarán a cargo del Centro Nacional de Trasplantes.

ART. 337. Los concesionarios de los diversos medios de transporte otorgarán todas las facilidades que requiera el traslado de órganos y tejidos destinados a trasplantes, conforme a las disposiciones reglamentarias aplicables y las normas oficiales mexicanas que emitan conjuntamente las secretarías de Comunicaciones y Transportes y de Salud.

El traslado, la preservación, conservación, manejo, etiquetado, claves de identificación y los costos asociados al manejo de órganos, tejidos y células que se destinen a trasplantes, se ajustarán a lo que establezca las disposiciones generales aplicables.

ART. 338. El Centro Nacional de Trasplantes tendrá a su cargo el Registro Nacional de Trasplantes, el cual integrará y mantendrá actualizada la siguiente información:

- I. Los datos de los receptores, de los donadores y fecha del trasplante;
- II. Los establecimientos autorizados conforme al artículo 315 de esta Ley;
- III. Los profesionales de las disciplinas para la salud que intervengan en trasplantes;
- IV. Los pacientes en espera de algún órgano o tejido, integrados en listas estatales y nacionales, y
- V. Los casos de muerte cerebral.

En términos que precisen las disposiciones reglamentarias, los establecimientos a que se refiere al artículo 315 de esta Ley y los profesionales de las disciplinas para la salud que intervengan en trasplantes deberán proporcionar la información relativa a las fracciones I, III, IV y V de este artículo.

ART. 339. El Centro Nacional de Trasplantes, cuya integración y funcionamiento quedará establecido en las disposiciones reglamentarias que para efectos de esta Ley se emitan, así como los Centros Estatales de Trasplantes que establezcan los gobiernos de las entidades federativas, decidirán y vigilarán la asignación de órganos, tejidos y células, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia. Asimismo, actuarán coordinadamente en el fomento y promoción de la cultura de la donación, para lo cual, participarán con el consejo Nacional de Trasplantes, cuya funciones, integración y organización se determinarán en el reglamento respectivo.

Los centros estatales proporcionarán el Registro Nacional de Trasplantes la información correspondiente a su entidad, y su actualización, en los términos de los acuerdos de coordinación respectivos.

ART. 340. El control sanitario de la disposición de sangre lo ejercerá la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

ART. 341. La disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas con fines terapéuticos estará a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión que se instalarán y funcionarán de acuerdo con las disposiciones aplicables. La sangre será considerada como tejido.

ART. 342. Cualquier órgano o tejido que haya sido extraído, desprendido o seccionado por intervención quirúrgica, accidente o hecho ilícito y que sanitariamente constituya un desecho, deberá ser manejado en condiciones higiénicas y su destino final se hará conforme a las disposiciones generales aplicables, salvo que se requiera para fines terapéuticos, de docencia o de investigación, en cuyo caso los establecimientos de salud podrán disponer de ellos o remitirlos a instituciones docentes autorizadas por la Secretaría de Salud, en los términos de esta Ley y demás disposiciones generales aplicables.

Capítulo IV

Pérdida de la vida

ART. 343. Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presenta la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos:
 - a) La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b) La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c) La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - d) El paro cardíaco irreversible.

ART. 344. La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuestas a estímulos sensoriales;
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y
- III. Evidencia de daños irreversibles del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar ausencia de movimientos oculares y ausencia de respuestas a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquier de las siguientes pruebas:

- I. Angiografía cerebral bilateral que demuestra ausencia de circulación cerebral, o

- II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.

ART. 345. No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado, se prescindan de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten la fracción II del artículo 343.

Capítulo V

Cadáveres

ART. 346. Los cadáveres no pueden ser objeto de propiedad y siempre serán tratados con respeto, dignidad y consideración.

ART. 347. Para los efectos de este Título, los cadáveres se clasifican de la siguiente manera:

- I. De personas conocidas, y
- II. De personas desconocidas.

Los cadáveres no reclamados dentro de las setenta y dos horas posteriores a la pérdida de la vida y aquellos de los que se ignore su identidad serán considerados como de personas desconocidas.

ART. 348. La inhumación o incineración de cadáveres sólo podrán realizarse con la autorización del oficial del Registro Civil que corresponde, quien exigirá la presentación del certificado de defunción.

Los cadáveres deberán inhumarse, incinerarse o embalsamarse a la muerte dentro de los cuarenta y ocho horas siguientes a la muerte, salvo autorización específica de la autorización sanitaria competente por disposición del ministerio Público o de la autoridad judicial.

La inhumación e incineración de cadáveres sólo podrá realizarse en lugares permitidos por las autoridades sanitarias competentes.

ART. 349. El depósito y manejo de cadáveres deberán efectuarse en establecimientos que reúnan las condiciones sanitarias que fije la Secretaría de Salud.

La propia Secretaría determinará las técnicas y procedimientos que deberán aplicarse para la conservación de cadáveres.

ART. 350. Las autoridades sanitarias competentes ejercerán el control sanitario de las personas que se dediquen a la prestación de servicios funerarios. Asimismo, verificarán que los locales en que se presten los servicios reúnan las condiciones sanitarias exigibles en los términos de los reglamentos correspondientes.

ART. 350. bis. La Secretaría de Salud determinará el tiempo mínimo que han de permanecer los restos en las fosas. Mientras el plazo señalado no concluya, sólo podrán efectuarse las exhumaciones que aprueben las autoridades sanitarias y las ordenadas por las judiciales o por el Ministerios Público, previo el cumplimiento de los requisitos sanitarios correspondientes.

ART. 350 bis. 1. La internación y salida de cadáveres del territorio nacional sólo podrán realizarse, mediante autorización de la Secretaría de Salud o por orden de la autoridad judicial o del Ministerio público.

En el caso del traslado de cadáveres entre entidades federativas se requerirá dar aviso a la autoridad sanitarias competente del lugar en donde se haya expedido el certificado de defunción.

ART. 350. bis 2. Para práctica de necropcias en cadáveres de seres humanos se requiere consentimientos del cónyuge, concubinario, concubina, ascendientes, descendientes o de los hermanos, salvo que exista orden por escrito del disponente, o en el caso de la probable comisión de un delito, la orden de la autoridad judicial o el Ministerio Público.

ART. 350 bis. 3. Para la utilización de cadáveres o parte de ellos de personas conocidas con fines de docencia e investigación, se requiere consentimientos del disponente.

Tratándose de cadáveres de personas desconocidas, las instituciones educativas podrán obtenerlos del Ministerio Público o de establecimientos de prestación de servicios de atención médica o de asistencia social. Para tales efectos, las instituciones educativas deberán dar aviso a la Secretaría de Salud, en los términos de esta Ley y demás disposiciones aplicables.

ART. 350 bis 4. Las instituciones educativas que obtengan cadáveres de personas desconocidas serán depositarias de ellos durante diez días, con objeto de dar oportunidad al cónyuge, concubinario, concubina o familiares para reclamarlos. En este lapso los cadáveres permanecerán en las instituciones y únicamente recibirán el tratamiento para su conservación y el manejo sanitario que señalen las disposiciones respectivas.

Una vez concluido el plazo correspondiente sin reclamación, las instituciones educativas podrán utilizar el cadáver.

ART. 350 bis 5. Los cadáveres de personas desconocidas, los no reclamados y los que se hayan destinados para docencia e investigación serán inhumados o incinerados.

ART. 350 bis 6. sólo podrá darse destino a un feto previa expedición del certificado de muerte fetal.

ART. 350 bis 7. Los establecimientos en los que se realicen actos relacionados con cadáveres de seres humanos deberán presentar el aviso correspondiente a la Secretaría de Salud en los términos de esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, y contarán con un responsable sanitario que también deberá presentar aviso.....

ART. 375. ...

I a IV ...

V. La internación de cadáveres de seres humanos en el territorio nacional y su traslado al extranjero y el embalsamamiento;

VI. La internación en el territorio nacional o la salida de él, de tejidos de seres humanos, incluyendo la sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas y hemoderivados;

VII A X ...

ART. 419. Se mencionará con multa hasta mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 55, 56, 83, 103, 107, 137, 138, 139, 161, 200 bis, 202, 259, 260, 263, 282 bis1, 342, 346, 348, segundo párrafo, 350 bis 6, 391 y 392 de esta Ley.

ART. 420. Se sancionará con multa de mil hasta cuatro mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 72, 121, 127, 142, 147, 149, 153, 198, 200, 204, 233, 241, 258, 265, 267, 304, 306, 307, 308, 315, 341, 348, tercer párrafo, 349, 350 bis, 350 bis 1, 350 bis 2, 350 bis 3, 373, 376 y 413 de esta Ley.

ART. 421. Se sancionará con multa equivalente de cuatro mil hasta diez mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación de las disposiciones contenidas en los artículos 67, 100, 101, 122, 125, 126, 146, 193, 205, 210, 212, 213, 218, 220, 230, 232, 235, 237, 238, 240, 242, 243, 247, 248, 251, 252, 254, 255, 256, 264, 266, 276, 281, 289, 293, 298, 317, 325, 327, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 338, último párrafo, 348, primer párrafo, 365, 367, 375, 400 y 411 de esta Ley.

ART. 462. Se impondrán de cuatro a diez años de prisión y multa por el equivalente de cuatro mil a diez mil días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate:

- I. ...
- II. Al que comercie o realice actos de simulación jurídica que tengan por objeto la intermediación onerosa de órganos, tejidos incluyendo la sangre, cadáveres, fetos o restos de seres humanos, y
- III. Al que trasplante un órgano o tejido sin atender las preferencias y el orden establecido en las listas de espera a que se refiere el artículo 336 de esta Ley.

ART. 462 bis. AL responsable o empleado de un establecimiento donde ocurra un deceso o de locales destinados al depósito de cadáveres, que permita alguno de los actos a que se refiere las fracciones I, II y III del artículo anterior o no procure impedirlos por los medios lícitos que tenga a su alcance, se le impondrá de tres a ocho años de prisión y multa por el equivalente de cuatro mil a diez mil días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación, salvo las disposiciones que a continuación se señalan que entrarán en vigor en los plazos que se indican, contados a partir de la expresada publicación:

- I. A los tres meses los artículos 316, segundo párrafo, 332; 323, 324 y 325, y
- II. A los doce meses el artículo 336, segundo párrafo.

SEGUNDO. En tanto se expiden las disposiciones administrativas que se deriven del presente Decreto, seguirán en vigor las que se han regido hasta ahora, en lo que no lo contravengan.

TERCERO. La Secretaría de Salud, en un plazo no mayor de seis meses contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, promoverá ante las demás dependencias de la Administración Pública Federal y los gobiernos de las entidades, que se otorguen facilidades para que en los documentos públicos que les corresponda expedir a los particulares, estos puedan asentar su consentimiento expreso o negativa para la donación de órganos y tejidos.

CUARTO. La Secretaría de Salud, en un plazo no mayor de nueve meses contados a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, deberá tener debidamente integrada la información señalada en el artículo 338.

QUINTO. En tanto entra en funciones el Centro Nacional de Trasplantes, la Secretaría de Salud ejercerá las facultades de control sanitario a que se refiere la fracción I artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y para su debida publicación y observancia, expido el presente Decreto en la residencia del poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, distrito Federal, a los veintitrés días del mes de mayo de dos mil.- **Ernesto Zedillo Ponce de León.**- Rúbrica.- El Secretario de Gobernación, **Diódoro Carrasco Altamirano.**- Rúbrica.

APÉNDICE 2

Apéndice 2.A. Guión de entrevista

CONOCIMIENTOS

1. ¿Ha escuchado hablar de la donación de órganos y tejidos?
2. ¿Qué ha escuchado?
3. ¿Dónde escuchó estos comentarios?
4. ¿Sabe usted que órganos y tejidos se pueden donar?
5. ¿Sabe usted qué personas pueden donar sus órganos y/o tejidos?
6. ¿Sabe usted que existe una tarjeta de donación de órganos y tejidos?
7. ¿Cómo se enteró de su existencia?
8. ¿Sabe usted lo que es la muerte cerebral? Si no saben o su respuesta es incorrecta se les proporciona una explicación, después de lo cual se les pregunta:
9. ¿Ha escuchado hablar del tráfico de órganos?
10. ¿Dónde escuchó estos comentarios?

COMPORTAMIENTO

11. ¿Alguna vez en su vida usted ha donado sangre?
12. ¿Cuáles fueron las razones por las que donó o no donó?

INTENCIÓN

13. ¿Donaría usted alguno(s) de sus órganos y/o tejidos?
14. ¿Ha platicado esto con alguien? ¿Con quién?
15. ¿De qué dependería su decisión de donar algún órgano y/o tejido?
16. En caso de que decidiera ser donador ¿A quién preferiría donarle algún órgano o tejido?
17. ¿Aceptaría donar los órganos y/o tejidos de algún familiar cercano (padres, esposo(a), hijos, hermanos)?
18. Si algún familiar cercano a usted decide donar sus órganos, ¿respetaría usted su decisión?
19. ¿Usted en este momento firmaría la tarjeta de donación de órganos y tejidos?

20. ¿Por qué razones la firmaría o por qué razones no la firmaría?
21. ¿Aceptaría donar los órganos y tejidos de un familiar con muerte cerebral?
22. ¿Usted donaría en vida algún órgano o tejido? Se les explica que existen tejidos cuya donación no afecta la salud o integridad de la persona como la piel o médula ósea.

CREENCIAS

23. ¿Qué piensa usted de las personas que deciden donar sus órganos y/o tejidos?
24. ¿Qué piensa de las personas que deciden firmar la tarjeta de donación de órganos y tejidos?
25. ¿Cómo cree que se ve el cuerpo de las personas después de que les retiran sus órganos y/o tejidos?
26. ¿Usted cree que existe el tráfico de órganos en México?
27. ¿Ha estado cerca de una persona con una enfermedad terminal que pudiera salvarse gracias a una donación?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

APÉNDICE 3

Apéndice 3.A. Versión preliminar del instrumento

El siguiente cuestionario es acerca de la donación de órganos y tejidos, se entiende por donación el dar algún o algunos órganos y/o tejidos para salvar la vida o mejorar la salud de otra persona, sin esperar nada a cambio.

DATOS GENERALES:

¿Cuál es su sexo? _____ ¿Cuál es su edad? _____ ¿Hasta que año estudio usted? _____

A continuación aparecen varias preguntas, conteste con lo que usted sabe o ha escuchado.

CONOCIMIENTOS:

1. ¿Qué personas pueden donar sus órganos y/o tejidos?

2. ¿Hay algunos órganos y tejidos que se pueden donar en vida? Si: _____ No: _____

¿Cuáles? _____

3. ¿Qué es la muerte cerebral? _____

ACTITUDES

Instrucciones:

A partir de aquí aparecerán varias frases y debajo de ellas una lista de pare de palabras separadas por seis espacios vacíos. Lea cada frase y marque con una X en uno de los espacios de cada par, de acuerdo con lo que usted piensa. No existen respuestas correctas o incorrectas, sólo conteste lo que piensa. Por ejemplo:
El usar el cinturón de seguridad cuando manejo o voy en el asiento delantero de un carro es:

Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Malo
Inútil	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Útil
Irrelevante	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Importante

Entre más cerca de alguno de los extremos ponga la X significa que usted piensa que la frase está más relacionada con la palabra que está en ese extremo. En el ejemplo anterior, en el primer par de palabras la persona piensa que el uso del cinturón de seguridad es inteligente.

4. Donar órganos es:

Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Malo
Inútil	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Útil
Irrelevante	_____	_____	_____	_____	_____	_____	Importante

5. Donar tejidos es:

Inteligente	_____	_____	_____	_____	_____	Tonto
Dañino	_____	_____	_____	_____	_____	Benéfico
Bueno	_____	_____	_____	_____	_____	Malo
Inútil	_____	_____	_____	_____	_____	Útil
Irrelevante	_____	_____	_____	_____	_____	Importante

NORMA SUBJETIVA

A continuación encontrará una serie de frases, queremos que marque con una X el espacio que más se aproxime a su situación. Por ejemplo:

Mis amigos piensan que yo:

Debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ No debería tener un perro en mi casa.

En este caso la opinión de mis amigos se encuentra más cercana al hecho de que yo no debería tener un perro en casa.

6. Mi familia piensa que yo:

Debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ No debería donar mis órganos cuando fallezca.

7. Mi familia piensa que yo:

Debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ No debería donar mis órganos cuando en vida.

8. Mi familia piensa que yo:

Debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ No debería donar mis tejidos cuando fallezca.

9. Mi familia piensa que yo:

Debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ No debería donar mis tejidos en vida.

10. De acuerdo con la religión que profeso, yo:

Debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ No debería donar mis órganos cuando fallezca.

11. De acuerdo con la religión que profeso, yo:

Debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ No debería donar mis órganos en vida.

12. De acuerdo con la religión que profeso, yo:

Debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ No debería donar mis tejidos cuando fallezca.

13. De acuerdo con la religión que profeso, yo:

Debería _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ No debería donar mis tejidos en vida.

CREENCIA CONDUCTUAL

A continuación encontrará una serie de frases, queremos que marque con una X el espacio que más se aproxime a su situación. Por ejemplo:

Yo tendría un perro en mi casa:

Probable _____ : _____ : _____ : _____ : _____ : _____ Improbable

En este caso yo no tendría un perro en casa.

14. Donar mis órganos y/o tejidos, salvará la vida de alguna persona:
Probable _____: _____: _____: _____: _____: _____ Improbable

INTENCIÓN

15. Yo donaría alguno de mis órganos (riñón, corazón, córneas):
Probable _____: _____: _____: _____: _____: _____ Improbable

¿Por qué? _____

16. Yo donaría alguno de mis tejidos (sangre, médula ósea, cartílago, piel):
Probable _____: _____: _____: _____: _____: _____ Improbable

¿Por qué? _____

17. Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y/o tejidos:
Probable _____: _____: _____: _____: _____: _____ Improbable

¿Por qué? _____

CREENCIA NORMATIVA

A continuación encontrará una serie de frases, queremos que marque con una X el espacio que más se aproxime a su opinión. Por ejemplo:

México se encuentra en crisis:

Cierto _____: _____: _____: _____: _____: _____ Falso

En este caso yo opino que es cierto que México se encuentra en crisis.

18. En México existe el tráfico de órganos:
Certo _____: _____: _____: _____: _____: _____ Falso

MOTIVACIÓN PARA COMPLACER

19. Con respecto a la donación de órganos y/o tejidos deseo actuar como mi familia piensa que debe ser:
Certo _____: _____: _____: _____: _____: _____ Falso

COMPORTAMIENTO

20. ¿Usted ha donado sangre alguna vez en su vida? Si: _____ No: _____

¿Por qué? _____

EMPATÍA

A continuación se presenta una lista de frases. Por favor ponga una X en alguno de los números para decirnos que tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con cada una de ellas. Le recordamos que no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo conteste lo que piensa.

1. Completamente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Completamente de acuerdo

Por ejemplo: Me disgusta que ofendan a otros: 1 2 3 4 5

En este caso, efectivamente me disgusta que ofendan a otros.

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completame acuerd
21. Soy una persona sensible	1	2	3	4	5
22. Trato de ayudar a los menos afortunados	1	2	3	4	5
23. Me da pesar el ver sufrir	1	2	3	4	5
24. Me conmueve el dolor de otros	1	2	3	4	5
25. Me preocupo por otros	1	2	3	4	5
26. Me angustian las emergencias	1	2	3	4	5
27. Adivino cuando alguien tiene problemas	1	2	3	4	5
28. Fácilmente entiendo los sentimientos de los demás	1	2	3	4	5
29. Soy indiferente a los sentimientos de mis amigos	1	2	3	4	5
30. Soy indiferente a los problemas de los demás	1	2	3	4	5

Gracias por su colaboración

Apéndice 3.B. Versión modificada del instrumento

INTRODUCCIÓN

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando acerca de la donación de órganos y tejidos. Este tipo de donación consiste en dar algún o algunos de nuestros órganos (córneas, riñón, pulmón, corazón, etc.) y/o tejidos (médula ósea, piel, cartílago, etc.) a otra persona que lo necesita para seguir viviendo o para mejorar su salud.

Es muy importante que **lea con cuidado** cada pregunta y las conteste todas con sinceridad. Sus **respuestas son confidenciales**, además no existe forma de que usted pueda ser identificado ya que no preguntamos nombre, ni dirección. Los únicos datos que le solicitamos son edad, sexo, religión y escolaridad.

INSTRUCCIONES

Conteste todas las preguntas y si hay alguna que no puede contestar escriba cual es la razón. **No hay respuestas correctas o incorrectas**, sólo deseamos conocer su opinión respecto al tema.

Cada pregunta tiene varias opciones de respuesta, elija sólo una opción y encierre en un círculo el número de la respuesta que haya elegido. En algunas preguntas le pedimos que escriba su respuesta en el espacio que se presenta.

A continuación se presentan algunos ejemplos que le muestran la manera en que debe usted contestar.

Ejemplo:

¿Ha hecho ejercicio durante esta semana?	SI.....1 NO.....2
--	----------------------

La respuesta fue "2" lo que indica que la persona no ha hecho ejercicio esta semana.

Ejemplo

¿Qué estudios tiene usted?	Tercer año de primaria
----------------------------	------------------------

En este caso la persona estudió hasta el tercer año de primaria.

Recuerde que los ejemplos solamente son para mostrarle como debe contestar y encontrará otros más adelante.

Para nosotros es muy importante saber lo que usted opina y sabe acerca de la donación de órganos y tejidos, ya que esto nos permitirá conocer un poco más la actual situación de este tipo de donación en México. Le recordamos que la información que usted nos proporcione es absolutamente confidencial y será utilizada solamente en beneficio suyo.

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN

DATOS GENERALES

1. Es Usted:	HOMBRE.....1 MUJER.....2
--------------	-----------------------------

2. ¿Qué edad tiene?	_____ AÑOS
---------------------	------------

3. ¿Qué estudios tiene usted?	PRIMARIA.....1 SECUNDARIA.....2 BACHILLERATO.....3 CARRERA TÉCNICA.....4 CARRERA UNIVERSITARIA.....5 OTROS _____ (ESPECIFIQUE)
-------------------------------	--

4. ¿Cuál es su religión?	_____
--------------------------	-------

CONOCIMIENTOS

5. ¿Qué personas pueden donar sus órganos y/o tejidos?	_____
--	-------

6. ¿Hay órganos y tejidos que se pueden donar en vida?	SI.....1 NO.....2
--	----------------------

7. ¿Cuáles son los órganos y tejidos que se pueden donar en vida?	_____
---	-------

8. ¿Qué es la muerte cerebral?	_____
--------------------------------	-------

ACTITUDES

A continuación se presenta una lista de frases por favor haga un círculo sólo en uno de los número de cada frase, es importante que no deje frases sin respuesta. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas sólo conteste lo que piensa.

A continuación aparece un ejemplo que le muestra de que forma debe contestar estas frases.

Ejemplo

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Me interesa enterarme de lo que sucede en el mundo.	1	2	3	④	5
2. La contaminación es un problema que me es indiferente.	①	2	3	4	5

En este ejemplo la persona está de acuerdo con la primera frase y completamente en desacuerdo con la segunda.

Lista de frases:

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo NI en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
9. La donación de órganos y tejidos es un acto que me interesa (+)	1	2	3	4	5
10. Si yo dono sangre arriesgo mi salud (-)	1	2	3	4	5
11. Donar órganos es un acto de nobleza (+)	1		3	4	5
12. Me interesa saber qué se tiene que hacer para donar órganos (+)	1	2	3	4	5
13. Si yo dono algún órgano me sentiría bien (+)	1		3	4	5
14. Es inútil donar órganos pues la gente de todas maneras sigue enferma (-)	1	2	3	4	5
15. Las personas que donan sus órganos son generosas (+)	1	2	3	4	5
16. El donar órganos puede dañar la salud del donador (-)	1	2	3	4	5
17. Es necesario que algunas personas donen sus órganos para salvar la vida de otros (+)	1	2	3	4	5
18. Me da miedo pensar en la donación de alguno de mis órganos (-)	1	2	3	4	5
19. Es lamentable que algunas personas sufran por la falta de donadores de órganos (+)	1	2	3	4	5
20. Pensar en la donación de órganos y tejidos es algo que prefiero evitar (-)	1	2	3	4	5

NORMA SUBJETIVA

A continuación aparecen cuatro frases, léalas cuidadosamente ya que todas inician diciendo "Mi familia piensa que yo debería", pero la segunda parte es diferente. Para cada frase encierre en un círculo el número que corresponde a su respuesta. Recuerde cuando no pueda contestar alguna escriba la razón.

Mi familia piensa que yo debería:	SI	NO
21. Donar mis órganos cuando fallezca .	1	2
22. Donar mis órganos en vida .	1	2
23. Donar mis tejidos cuando fallezca .	1	2
24. Donar mis tejidos en vida .	1	2

A continuación aparecen cuatro frases, léalas cuidadosamente ya que todas inician diciendo "Mi religión permite", pero la segunda parte es diferente. Para cada frase encierre en un círculo el número que corresponde a su respuesta. Recuerde cuando no pueda contestar alguna escriba la razón.

Mi religión permite:	SI	NO
25. Donar órganos al fallecer.	1	2
26. Donar órganos en vida.	1	2
27. Donar tejidos al fallecer.	1	2
28. Donar mis tejidos en vida.	1	2

CREENCIA CONDUCTUAL

A continuación encontrará una serie de frases, marque con una X el espacio que más se aproxime a su situación.

Ejemplo

Yo tendría un perro en mi casa:

Probable _____ Improbable

En este caso la persona no tendría un perro en su casa.

29. Donar mis órganos y/o tejidos, salvará la vida de alguna persona: Probable _____ Improbable
--

INTENCIÓN

30. Yo donaría alguno de mis órganos (riñón, corazón, córneas): Probable _____ Improbable ¿Por qué? _____ _____ _____

31. Yo donaría alguno de mis tejidos (médula ósea, cartilago, piel): Probable _____ Improbable ¿Por qué? _____ _____ _____
--

32. Yo donaría sangre:
 Probable _____ Improbable _____
 ¿Por qué? _____

33. Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y/o tejidos:
 Probable _____ Improbable _____
 ¿Por qué? _____

CREENCIA NORMATIVA

34. En México existe el tráfico de órganos:	CIERTO.....1 FALSO.....2
---	-----------------------------

MOTIVACIÓN PARA COMPLACER

35. Con respecto a la donación de órganos y/o tejidos deseo actuar como mi familia piensa que debe ser:	CIERTO.....1 FALSO.....2
---	-----------------------------

COMPORTAMIENTO

36. ¿Usted ha donado sangre alguna vez en su vida? SI.....1 NO.....2
¿Por qué? _____ _____ _____

EMPATÍA

A continuación se presenta otra lista de frases por favor haga un círculo sólo en uno de los números de cada frase, es importante que no deje frases sin respuesta. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas conteste de acuerdo a como es usted.

Lista de frases:

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
37. Soy una persona sensible (+)	1	2	3	4	5
38. Trato de ayudar a los menos afortunados (+)	1	2	3	4	5
39. Soy indiferente a los sentimientos de mis amigos (-)	1	2	3	4	5
40. Me da pesar el ver sufrir (+)	1	2	3	4	5
41. Me conmueve el dolor en otros (+)	1	2	3	4	5
42. Soy indiferente a los problemas de los demás (-)	1	2	3	4	5
43. Me preocupo por otros (+)	1	2	3	4	5
44. Me angustian las emergencias (+)	1	2	3	4	5
45. Adivino cuando alguien tiene problemas (+)	1	2	3	4	5
46. Fácilmente entiendo los sentimientos de los demás (+)	1	2	3	4	5

Apéndice 3.C. Factores e indicadores del instrumento después de obtener validez y confiabilidad

FACTORES DE LA ESCALA DE ACTITUDES

FACTOR 1. REACTIVOS POSITIVOS

- 1 La donación de órganos y tejidos es un acto que me interesa (+)
- 3 Donar órganos es un acto de nobleza (+)
- 4 Me interesa saber qué se tiene que hacer para donar órganos (+)
- 5 Si yo dono algún órgano me sentiría bien (+)
- 7 Las personas que donan sus órganos son generosas (+)
- 8 Es necesario que algunas personas donen sus órganos para salvar la vida de otros (+)
- 9 Es lamentable que algunas personas sufran por la falta de donadores de órganos (+)

FACTOR 1. REACTIVOS POSITIVOS

- 2 Si yo dono sangre arriesgo mi salud (-)
- 6 Es inútil donar órganos pues la gente de todas maneras sigue enferma (-)
- 8 El donar órganos puede dañar la salud del donador (-)
- 10 Me da miedo pensar en la donación de alguno de mis órganos (-)
- 12 Pensar en la donación de órganos y tejidos es algo que prefiero evitar (-)

ESCALA DE INTENCIÓN

1. Yo donaría alguno de mis órganos (riñón, corazón, córneas):
2. Yo donaría alguno de mis tejidos (médula ósea, cartílago, piel):
5. Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y/o tejidos:

INDICADOR DE LA ESCALA DE INTENCIÓN

4. Yo donaría sangre:

ESCALA DE NORMA SUBJETIVA FAMILIAR

Mi familia piensa que yo debería:

1. Donar mis órganos cuando fallezca
2. Donar mis órganos en vida
3. Donar mis tejidos cuando fallezca
4. Donar mis tejidos en vida.

ESCALA DE NORMA SUBJETIVA RELIGIOSA

Mi religión permite:

1. Donar órganos al fallecer
2. Donar órganos en vida
3. Donar tejidos al fallecer
4. Donar mis tejidos en vida.

FACTORES DE LA ESCALA DE EMPATÍA

FACTOR 1. COMPASIÓN EMPÁTICA

- 1 Soy una persona sensible(+)
- 2 Trato de ayudar a los menos afortunados (+)
- 4 Me da pesar el ver sufrir(+)
- 5 Me conmueve el dolor en otros (+)
- 7 Me preocupo por otros (+)
- 8 Me angustian las emergencias (+)

INDICADOR 1. EMPATÍA COGNOSCITIVA

- 9 Adivino cuando alguien tiene problemas (+)
- 10 Fácilmente entiendo los sentimientos de los demás (+)

INDICADOR 2. INDIFERENCIA A LOS SENTIMIENTOS O TRANQUILIDAD EMOCIONAL

- 3 Soy indiferente a los sentimientos de mis amigos (-)
- 6 Soy indiferente a los problemas de los demás (-)

APÉNDICE 4

Apéndice 4.A. Formas A y B de pretest y postest

Instrumentos utilizados en las estrategias de persuasión (Formas A y B de pretest y postest)

Pretest Forma A

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando acerca de la donación de órganos y tejidos. Es muy importante que **lea con cuidado** cada pregunta y las conteste todas con sinceridad. Sus **respuestas son confidenciales**.

INSTRUCCIONES

Conteste todas las preguntas, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo deseamos conocer su opinión respecto al tema.

A continuación se presenta una lista de frases por favor haga un círculo sólo en uno de los número de cada frase, es importante que no deje frases sin respuesta. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas sólo conteste lo que piensa.

A continuación aparece un ejemplo que le muestra de que forma debe contestar estas frases.

Ejemplo

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Me interesa enterarme de lo que sucede en el mundo.	1	2	3	4	5
2. La contaminación en la ciudad es un problema menor.	1	2	3	4	5

En este ejemplo, la persona está de acuerdo, aunque no completamente, en que le interesa enterarse de lo que sucede en el mundo, y está completamente en desacuerdo con que la contaminación en la ciudad es un problema menor.

Lista de frases:

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
Son indiferente a los sentimientos de mis amigos	1	2	3	4	5
Adivino cuando alguien tiene problemas	1	2	3	4	5
Me angustian las emergencias	1	2	3	4	5
Me conmueve el dolor en otros	1	2	3	4	5
Soy una persona sensible	1	2	3	4	5
Si yo dono sangre arriesgo mi salud	1	2	3	4	5
Donar órganos es un acto de nobleza	1	2	3	4	5
El donar órganos puede dañar la salud del donador	1	2	3	4	5
Me interesa saber qué se tiene que hacer para donar órganos	1	2	3	4	5
Pensar en la donación de órganos y tejidos es algo que prefiero evitar	1	2	3	4	5
Es lamentable que algunas personas sufran por la falta de donadores de órganos	1	2	3	4	5
Es necesario que algunas personas donen sus órganos para salvar la vida de otros	1	2	3	4	5
Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal	1	2	3	4	5
El hecho de que yo tenga pocos o muchos amigos se debe al destino	1	2	3	4	5
Cuando lucho por conseguir algo, en general lo logro	1	2	3	4	5
El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga	1	2	3	4	5
Mi vida está determinada por mis propias acciones	1	2	3	4	5
Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte	1	2	3	4	5
Que yo obtenga las cosas que quiero depende de mí	1	2	3	4	5
Casarme con la persona adecuada es/fue cuestión de suerte	1	2	3	4	5

A continuación aparecen cuatro frases, léalas cuidadosamente y conteste si o no, dependiendo de cual sea su situación.

	SI	NO
Mi familia piensa que yo debería donar mis órganos cuando fallezca	1	2
Mi familia piensa que yo debería donar mis tejidos en vida	1	2
Mi religión permite donar órganos en vida	1	2
Mi religión permite donar tejidos al fallecer	1	2

A continuación encontrará una serie de frases, marque con una X el espacio que más se aproxime a su situación.

Ejemplo:

Yo tendría un perro en mi casa:

Probable _____ **X** Improbable

En este caso la persona no tendría un perro en su casa.

Yo donaría alguno de mis órganos (riñón, corazón, córneas):

Probable _____ Improbable

Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y/o tejidos:

Probable _____ Improbable

Pretest Forma B

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando acerca de la donación de órganos y tejidos. Es muy importante que **lea con cuidado** cada pregunta y las conteste todas con sinceridad. Sus **respuestas son confidenciales**.

INSTRUCCIONES

Conteste todas las preguntas, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo deseamos conocer su opinión respecto al tema.

A continuación se presenta una lista de frases por favor haga un círculo sólo en uno de los número de cada frase, es importante que no deje frases sin respuesta. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas sólo conteste lo que piensa.

A continuación aparece un ejemplo que le muestra de que forma debe contestar estas frases.

Ejemplo

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Me interesa enterarme de lo que sucede en el mundo.	1	2	3	4	5
2. La contaminación en la ciudad es un problema menor	1	2	3	4	5

En este ejemplo, la persona está de acuerdo, aunque no completamente, en que le interesa enterarse de lo que sucede en el mundo, y está completamente en desacuerdo con que la contaminación en la ciudad es un problema menor.

Lista de frases:

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
Si yo dono algún órgano me sentiría bien	1	2	3	4	5
Es inútil donar órganos pues la gente de todas maneras sigue enferma	1	2	3	4	5
Las personas que donan sus órganos son generosas	1	2	3	4	5
La donación de órganos y tejidos es un acto que me interesa	1	2	3	4	5
Me da miedo pensar en la donación de algunos de mis órganos	1	2	3	4	5
Es lamentable que algunas personas sufran por la falta de donadores de órganos	1	2	3	4	5
Pensar en la donación de órganos y tejidos es algo que prefiero evitar	1	2	3	4	5
Mejorar mis condiciones de vida es una cuestión de esfuerzo personal	1	2	3	4	5
El hecho de que yo tenga pocos o muchos amigos se debe al destino	1	2	3	4	5
Cuando lucho por conseguir algo, en general lo logro	1	2	3	4	5
El que yo llegue a tener éxito dependerá de la suerte que tenga	1	2	3	4	5
Mi vida está determinada por mis propias acciones	1	2	3	4	5
Puedo mejorar mis condiciones de vida si tengo suerte	1	2	3	4	5
Que yo obtenga las cosas que quiero depende de mí	1	2	3	4	5
Casarme con la persona adecuada es/fue cuestión de suerte	1	2	3	4	5
Soy indiferente a los problemas de los demás	1	2	3	4	5
Fácilmente entiendo los sentimientos de los demás	1	2	3	4	5
Me preocupo por otros	1	2	3	4	5
Me da pesar el ver sufrir	1	2	3	4	5
Trato de ayudar a los menos afortunados	1	2	3	4	5

A continuación aparecen cuatro frases, léalas cuidadosamente y conteste si o no, dependiendo de cual sea su situación.

	SI	NO
Mi familia piensa que yo debería donar mis órganos en vida	1	2
Mi familia piensa que yo debería donar mis tejidos cuando fallezca	1	2
Mi religión permite donar órganos al fallecer.	1	2
Mi religión permite donar tejidos en vida	1	2

A continuación encontrará una serie de frases, marque con una X el espacio que más se aproxime a su situación.

Ejemplo

Yo tendría un perro en mi casa:

Probable _____ **X** Improbable

En este caso la persona no tendría un perro en su casa.

Yo donaría alguno de mis tejidos (médula ósea, cartilago, piel):

Probable _____ Improbable

Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y/o tejidos:

Probable _____ Improbable

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Postest Forma A

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando acerca de la donación de órganos y tejidos. Es muy importante que **lea con cuidado** cada pregunta y las conteste todas con sinceridad. Sus **respuestas son confidenciales**.

INSTRUCCIONES

Conteste todas las preguntas, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo deseamos conocer su opinión respecto al tema.

A continuación aparecen cuatro frases, léalas cuidadosamente y conteste si o no, dependiendo de cual sea su situación.

	SI	NO
Mi familia piensa que yo debería donar mis órganos cuando fallezca	1	2
Mi familia piensa que yo debería donar mis tejidos en vida	1	2
Mi religión permite donar órganos en vida	1	2
Mi religión permite donar tejidos al fallecer	1	2

A continuación encontrará una serie de frases, marque con una X el espacio que más se aproxime a su situación.

Ejemplo:

Yo compraría una pistola:

Probable _____ **X** _____ Improbable

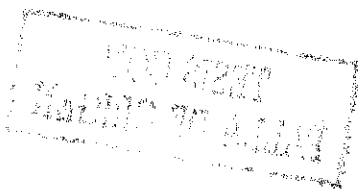
En este caso la persona no compraría una pistola.

Yo donaría alguno de mis órganos (riñón, corazón, córneas):

Probable _____ Improbable

Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y/o tejidos:

Probable _____ Improbable



A continuación se presenta una lista de frases por favor haga un círculo sólo en uno de los número de cada frase, es importante que no deje frases sin respuesta. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas sólo conteste lo que piensa.

A continuación aparece un ejemplo que le muestra de que forma debe contestar estas frases.

Ejemplo

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Me preocupa la situación que se vive en Chiapas	1	2	3	4	5
2. Me parece que los niños deben trabajar desde pequeños	1	2	3	4	5

En este ejemplo, la persona está de acuerdo, aunque no completamente, en que le interesa la situación que se vive en Chiapas, y está completamente en desacuerdo con que los niños deben trabajar desde pequeños.

Lista de frases:

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	1	2	3	4	5
El donar órganos puede dañar la salud del donador	1	2	3	4	5
Pensar en la donación de órganos y tejidos es algo que prefiero evitar	1	2	3	4	5
Es necesario que algunas personas donen sus órganos para salvar la vida de otros	1	2	3	4	5
Me interesa saber qué se tiene que hacer para donar órganos	1	2	3	4	5
Donar órganos es un acto de nobleza	1	2	3	4	5
Es lamentable que algunas personas sufran por la falta de donadores de órganos	1	2	3	4	5
Si yo dono sangre arriesgo mi salud	1	2	3	4	5

Postest Forma B

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Este cuestionario es parte de un estudio que se está realizando acerca de la donación de órganos y tejidos. Es muy importante que **lea con cuidado** cada pregunta y las conteste todas con sinceridad. Sus **respuestas son confidenciales**.

INSTRUCCIONES

Conteste todas las preguntas, no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo deseamos conocer su opinión respecto al tema.

A continuación aparecen cuatro frases, léalas cuidadosamente y conteste si o no, dependiendo de cual sea su situación.

	SI	NO
Mi familia piensa que yo debería donar mis órganos cuando fallezca	1	2
Mi familia piensa que yo debería donar mis tejidos en vida	1	2
Mi religión permite donar órganos en vida	1	2
Mi religión permite donar tejidos al fallecer	1	2

A continuación encontrará una serie de frases, marque con una X el espacio que más se aproxime a su situación.

Ejemplo:

Yo compraría una pistola:

Probable _____ **X** Improbable

En este caso la persona no compraría una pistola.

Yo donaría alguno de mis tejidos (médula ósea, cartilago, piel):

Probable _____ Improbable

Yo firmaría la tarjeta de donación de órganos y/o tejidos:

Probable _____ Improbable

A continuación se presenta una lista de frases por favor haga un círculo sólo en uno de los número de cada frase, es importante que no deje frases sin respuesta. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas sólo conteste lo que piensa.

A continuación aparece un ejemplo que le muestra de que forma debe contestar estas frases.

Ejemplo

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Me preocupa la situación que se vive en Chiapas	1	2	3	4	5
2. Me parece que todos los niños deben trabajar desde pequeños	1	2	3	4	5

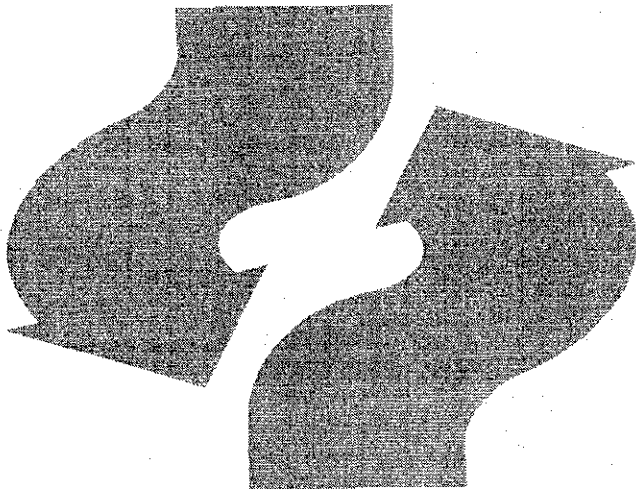
En este ejemplo, la persona está de acuerdo, aunque no completamente, en que le interesa la situación que se vive en Chiapas, y está completamente en desacuerdo con que los niños deben trabajar desde pequeños.

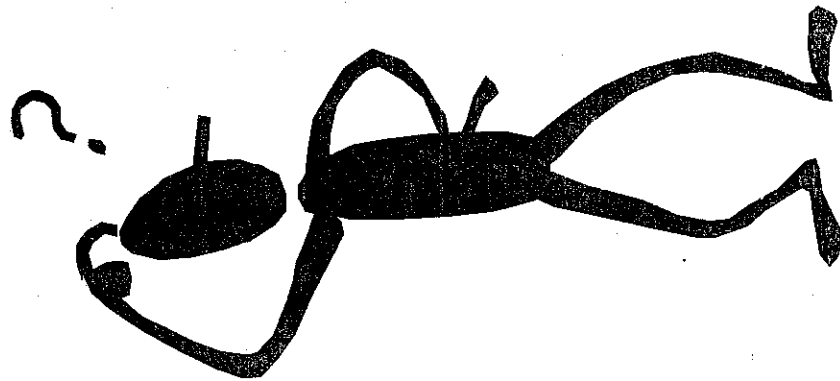
Lista de frases:

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
Es lamentable que algunas personas sufran por la falta de donadores de órganos	1	2	3	4	5
Pensar en la donación de órganos y tejidos es algo que prefiero evitar	1	2	3	4	5
La donación de órganos y tejidos es un acto que me interesa	1	2	3	4	5
Las personas que donan sus órganos son generosas	1	2	3	4	5
Me da miedo pensar en la donación de algunos de mis órganos	1	2	3	4	5
Si yo dono algún órgano me sentiría bien	1	2	3	4	5
Es inútil donar órganos pues la gente de todas maneras sigue enferma	1	2	3	4	5

Apéndice 4.B

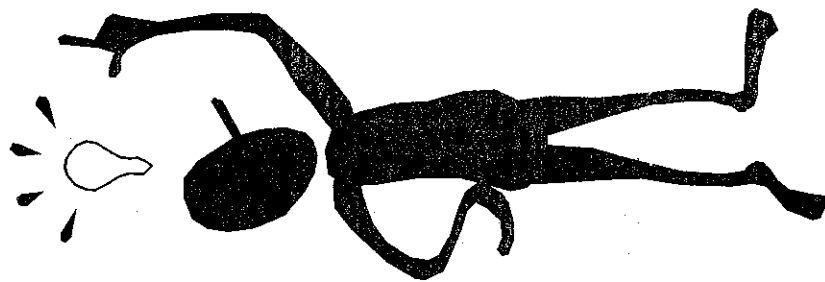
“DONACION DE ORGANOS Y TRASPLANTES”





Para garantizar el adecuado manejo y la designación correcta de los órganos y tejidos en nuestro país, existe una **Ley en materia de Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida** (D.O.F. 26 de mayo de 2000). De acuerdo con ésta... “la donación consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona que, en vida o después de su muerte, su cuerpo o cualquiera de sus componentes se utilicen para trasplantes” (Artic. 321 LGS).

¿QUÉ SIGNIFICA EL CONSENTIMIENTO TÁCITO?

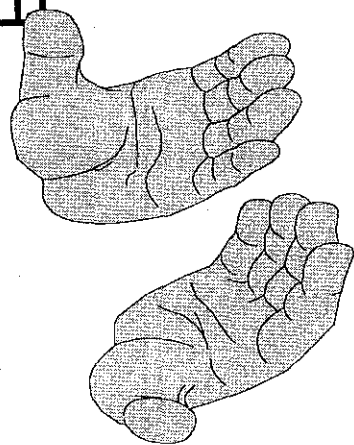


Que toda persona se considera **donador**, en tanto no manifieste su deseo a no hacerlo. Esta **negativa** la puede hacer por escrito y sin ninguna formalidad. Aún cuando exista consentimiento tácito la familia puede oponerse. (Artic. 324 LGS)

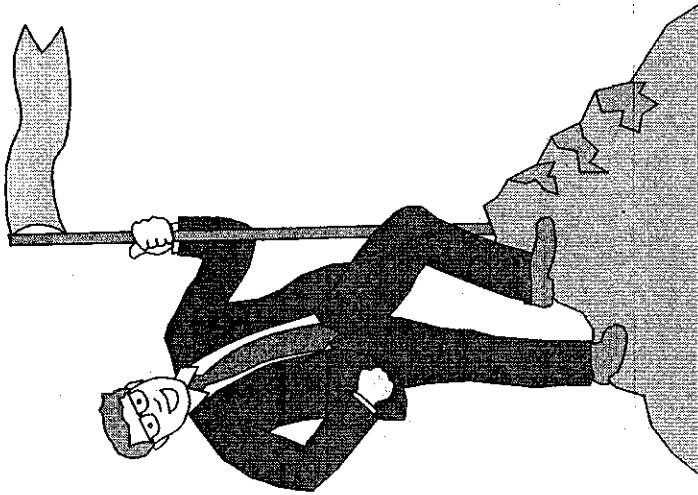
¿EN QUÉ CONSISTE EL CONSENTIMIENTO EXPRESO?

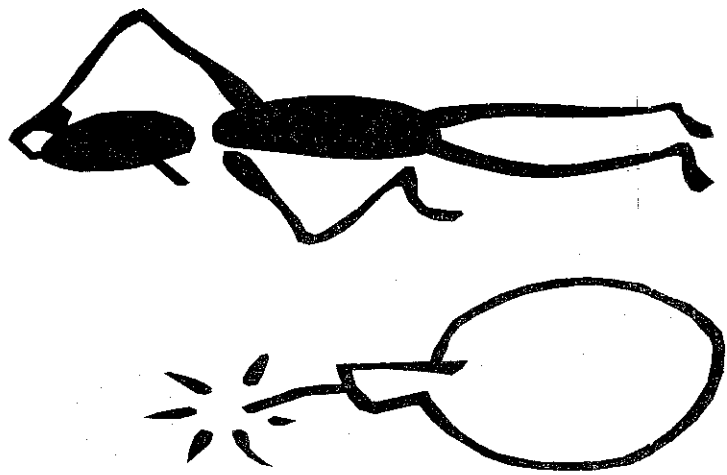
En expresar por escrito o verbalmente **la voluntad de ser donador**, se pueden especificar circunstancias de modo, lugar, tiempo y cualquier otra que condicione la donación. El donante podrá cambiar su decisión en cualquier momento.

(Artic. 322 LGS)

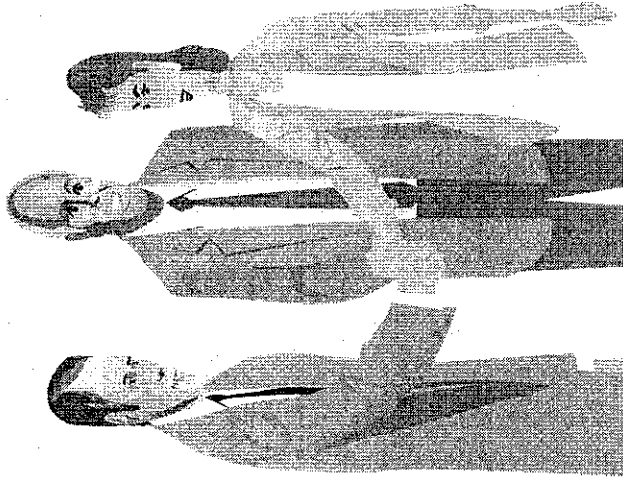


Donar órganos para trasplantes nos brinda la oportunidad de ser solidarios con nuestros semejante. Ya que es un acto en el cual las personas mostramos nuestro altruismo y damos a otros, alguno de nuestros órganos con la finalidad de restablecer o mejorar la salud de quien lo necesita.

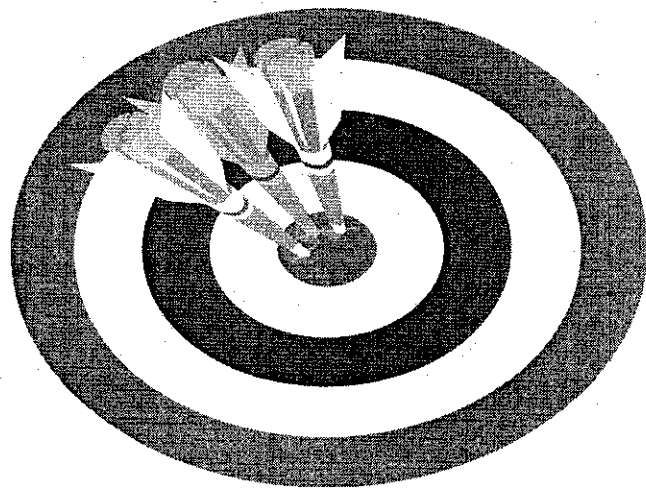




En México cada año cerca de 10 mil enfermos esperan que, al morir, alguien les done un órgano o tejido. Sin embargo, el número de personas que donan es entre 300 y 400 al año.

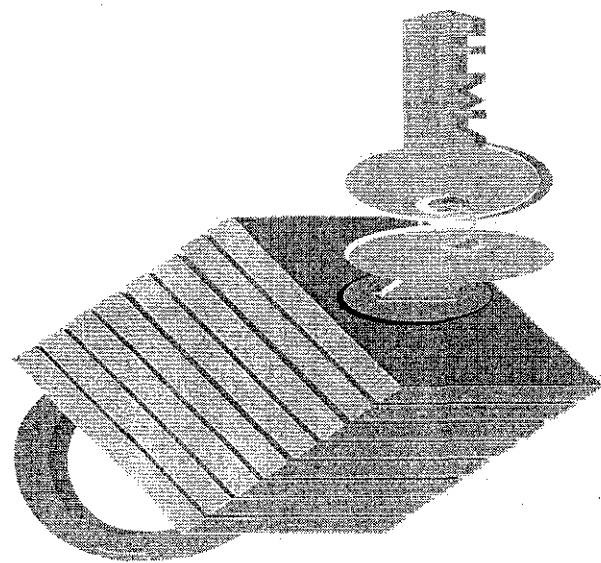


Las principales religiones aceptan y promueven la donación de órganos y tejidos. “La donación es estilo de vida, implica entender que además del bienestar personal inmediato que se pueda estar sintiendo al gozar de buena salud, se tenga conciencia de la importancia de compartir la posibilidad de bienestar con otros no tan afortunados. Algunas de las religiones a favor de la donación son: Católica, Judaísmo, Protestantismo, Evangélica, Testigos de Jehová.



Es importante **platicar con la familia**, acerca de nuestro deseo de donar o no donar órganos y tejidos, para que conozcan y respeten nuestra decisión. Recordemos que al fallecer, son nuestros familiares los que tienen la última palabra acerca de qué hacer con nuestro cuerpo.

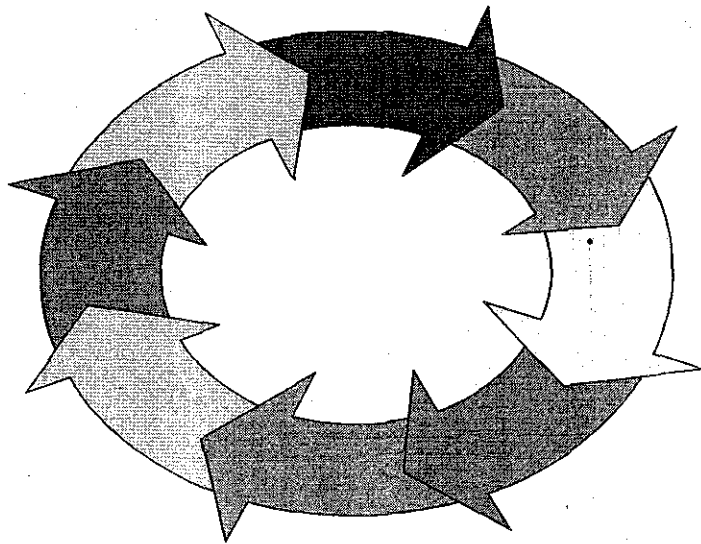
Se requiere de donadores para permitir incrementar la esperanza de vida de miles de personas y así aprovechar los avances científicos en el área de trasplantes. México cuenta con el personal médico, las instalaciones y equipo necesario para llevar a cabo con éxito estos procedimientos



« Es posible que nosotros algún día podamos requerir de la donación de un órgano o tejido.

« Desafortunadamente nadie está exento de padecer alguna enfermedad en la que se requiera de un trasplante.

« Por tal motivo es necesario estar enterados de que este procedimiento puede mejorar nuestra salud o salvar nuestra vida.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 3.46. Medias de las variables en los grupos establecidos por las combinaciones de los valores de las variables estrategia e internalidad.

Estrategia	Internalidad	Actitud pretest	Actitud postest	Familia pretest	Familia postest	Intención pretest	Intención postest	Religión pretest	Religión postest	
Experto	8.00	Media	21.00	26.00	.00	.00	7.00	2.00	2.00	2.00
		D.S	.	.	.	.	.	.	.	.
	9.00	Media	31.00	21.00		.00	12.00	2.00		.00
		D.S	.	.	.	.	.	.	.	.
	11.00	Media	21.00	24.00	.00	.00	2.00	5.00	2.00	2.00
		D.S	.	.	.	.	.	.	.	.
	14.00	Media	26.25	26.25	.25	.00	9.00	8.75	1.66	2.00
		D.S	4.34	4.11	.50	.00	3.82	4.27	.57	.00
	15.00	Media	27.50	30.00	.50	.50	10.00	10.00	1.50	1.50
		D.S	2.12	1.41	.70	.70	2.82	2.82	.70	.70
	16.00	Media	29.83	29.00	.16	.00	9.66	8.66	1.25	1.40
		D.S	3.60	3.57	.40	.00	4.08	4.27	.95	.89
	17.00	Media	24.00	28.00	.00	.00	4.00	6.00	.00	2.00
		D.S	.	.	.	.	.	.	.	.
	18.00	Media	29.00	30.85	1.00	1.00	11.14	11.14	1.42	1.71
		D.S	3.78	3.02	1.00	1.00	2.26	2.26	.97	.75
	19.00	Media	28.00	29.50	.50	.00	7.00	7.00	2.00	2.00
		D.S	5.65	6.36	.70	.00	7.07	7.07	.00	.00
	20.00	Media	30.20	26.60	.25	.50	9.00	9.40	1.60	1.60
		D.S	4.32	3.78	.50	.57	2.82	2.79	.89	.89
Total	Media	28.20	28.20	.42	.34	9.20	8.70	1.50	1.64	
	D.S	4.17	3.87	.69	.66	3.61	3.85	.81	.73	

*Act.= Actitudes, Fam.= Norma subjetiva familiar, Int.= Intención conductual, Rel.=Norma subjetiva religiosa. Pre.= Pretest, Pos.= Postest.

Estrategia	Internalidad	Actitud pretest	Actitud posttest	Familia pretest	Familia posttest	Intención pretest	Intención posttest	Religión pretest	Religión posttest	
Interacción	12.00	Media	28.00	20.00	.00		2.00	2.00	2.00	
		D.S								
	14.00	Media	28.00	24.00	.00	1.00	9.00	5.00	2.00	2.00
		D.S								
	15.00	Media	26.66	26.33	.33	1.50	10.66	10.66	.33	1.50
		D.S	5.50	3.78	.57	.70	2.30	2.30	.57	.70
	16.00	Media	27.36	28.09	.54	.90	10.00	10.63	1.54	1.72
		D.S	3.07	2.34	.68	.94	3.25	2.15	.82	.64
	17.00	Media	28.66	31.00	1.00	1.33	12.00	12.00	.00	.00
		D.S	.57	3.46	1.00	1.15	.00	.00		.00
	18.00	Media	29.50	30.25	.33	1.00	9.75	11.50	1.66	1.75
		D.S	4.50	5.50	.57	.81	2.63	1.00	.57	.500
	19.00	Media	29.20	29.80	.75	1.00	6.80	11.00	1.25	2.00
		D.S	1.92	2.86	.95	1.15	3.96	1.41	.95	.00
	20.00	Media	29.50	29.00	.00	.00	3.00	7.50	1.00	.00
		D.S	3.53	5.65	.00	.00	1.41	4.94	1.41	.00
	Total	Media	28.20	28.43	.50	.96	8.93	10.26	1.30	1.50
		D.S	3.07	3.76	.69	.89	3.69	2.77	.88	.81

*Act.= Actitudes, Fam.= Norma subjetiva familiar, Int.= Intención conductual, Rel.=Norma subjetiva religiosa. Pre.= Pretest, Pos.= Postest.

Tabla 3.47. Medias de las variables en los grupos establecidos por las combinaciones de los valores de las variables estrategia y fatalismo.

Estrategia	Fatalismo	Act. pre	Act. pos	Fam. pre	Fam. pos	Int. pre	Int. Pos	Rel. pre	Rel. pos	
Experto	4.00	Media	30.00	31.50	.66	.50	9.66	9.66	1.40	1.40
		D.S.	3.57	3.08	.81	.83	4.08	4.08	.89	.89
	6.00	Media	27.00	27.87	.42	.42	8.62	7.87	1.42	1.75
		D.S.	4.47	2.64	.78	.78	4.03	4.61	.97	.70
	7.00	Media	33.00	27.50	2.00	1.00	12.00	7.00	2.00	1.00
		D.S.	2.82	9.19	.	1.41	.00	7.07	.	1.41
	8.00	Media	30.75	29.00	.25	.00	10.50	9.75	1.33	1.33
		D.S.	3.50	3.55	.50	.00	3.00	2.87	1.15	1.15
	9.00	Media	24.00	21.00	.00	.00	12.00	7.00	2.00	2.00
		D.S.	.	.	.	.	.	.	.	.
	10.00	Media	28.00	27.00	.00	.00	8.00	7.50	2.00	2.00
		D.S.	1.41	2.82	.00	.00	5.65	6.36	.00	.00
	11.00	Media	28.00	31.00	.00	1.00	8.00	10.00	2.00	2.00
		D.S.	.	.	.	.	.	.	.	.
	12.00	Media	26.33	26.00	.33	.33	5.00	7.66	1.33	2.00
		D.S.	5.03	2.00	.57	.57	2.64	3.78	1.15	.00
	13.00	Media	20.00	21.00	1.00	.00	12.00	12.00	1.00	2.00
		D.S.	.	.	.	.	.	.	.	.
	14.00	Media	26.0000	29.00	.00	.00	8.00	8.00	1.00	1.00
		D.S.	.	.	.	.	.	.	.	.
15.00	Media	28.00	29.00	.00	.00	12.00	12.00	2.00	2.00	
	D.S.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	Media	28.20	28.20	.42	.34	9.20	8.70	1.50	1.64	
	D.S.	4.17	3.87	.69	.66	3.61	3.85	.81	.73	

*Act.= Actitudes, Fam.= Norma subjetiva familiar, Int.= Intención conductual, Rel.=Norma subjetiva religiosa. Pre.= Pretest, Pos.= Postest.

Estrategia	Fatalismo	Act. pre	Act. Pos	Fam. pre	Fam. pos	Int. pre	Int. pos	Rel. pre	Rel. pos	
Interacción	4.00	Media	29.50	35.00	.50	2.00	12.00	12.00	2.00	2.00
		D.S.	.70	.00	.70	.00	.00	.00	.	.
	5.00	Media	32.00	33.00	2.00	2.00	12.00	12.00	2.00	2.00
		D.S.	.	.	.	.	.	.	.	.
	6.00	Media	28.00	29.00	2.00	2.00	12.00	12.00	.00	.00
		D.S.	.	.	.	.	.	.	.	.
	7.00	Media	29.33	29.00	.33	.33	7.66	10.66	2.00	2.00
		D.S.	.57	3.60	.57	.57	3.51	1.15	.00	.00
	8.00	Media	29.12	28.87	.42	.85	8.75	11.12	1.42	1.71
		D.S.	1.64	2.58	.78	1.06	3.80	1.12	.97	.75
	9.00	Media	28.50	27.75	.66	1.00	9.50	9.25	1.33	1.66
		D.S.	4.65	6.18	.577	1.00	5.00	4.85	1.15	.57
	10.00	Media	24.50	28.00	.50	.00	9.50	9.50	1.50	1.00
		D.S.	3.53	.00	.70	.00	3.53	3.53	.70	1.4
	11.00	Media	26.83	25.50	.33	1.00	7.16	10.00	.66	1.20
		D.S.	4.44	2.73	.51	.70	4.49	3.34	.81	.83
	12.00	Media	28.50	26.50	.00	.50	10.50	8.50	2.00	1.00
		D.S.	.70	3.53	.00	.70	2.12	4.94	.	1.41
	15.00	Media	25.00	30.00	.00	2.00	6.00	6.00	1.00	2.00
		D.S.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	Media	28.20	28.43	.50	.96	8.93	10.26	1.30	1.50	
	D.S.	3.07	3.76	.69	.89	3.69	2.77	.88	.81	

*Act.= Actitudes, Fam.= Norma subjetiva familiar, Int.= Intención conductual, Rel.=Norma subjetiva religiosa. Pre.= Pretest, Pos.= Postest.

Tabla 3.48. Análisis multivariante de la varianza del conjunto de variables dependientes en los grupos establecidos por las combinaciones de los valores de las variables estrategia y locus de control: contrastes multivariados.

Efecto		Valor	F	gl de la hipótesis	gl del error	Sig.
Intercept	Pillai's Trace	.63	7.95	8	36	.00
	Wilks' Lambda	.36	7.9	8	36	.00
	Hotelling's Trace	1.75	7.9	8	36	.00
	Roy's Largest Root	1.75	7.9	8	36	.00
Estrategia*internalidad	Pillai's Trace	.44	3.5	8	36	.00
	Wilks' Lambda	.55	3.58	8	36	.00
	Hotelling's Trace	.79	3.58	8	36	.00
	Roy's Largest Root	.79	3.58	8	36	.00
Estrategia*fatalismo	Pillai's Trace	.15	.79	8	36	.61
	Wilks' Lambda	.85	.79	8	36	.61
	Hotelling's Trace	.17	.79	8	36	.61
	Roy's Largest Root	.17	.79	8	36	.61
Estrategia	Pillai's Trace	.42	3.34	8	36	.00
	Wilks' Lambda	.57	3.34	8	36	.00
	Hotelling's Trace	.74	3.34	8	36	.00
	Roy's Largest Root	.74	3.34	8	36	.00
Internalidad	Pillai's Trace	.46	3.85	8	36	.00
	Wilks' Lambda	.53	3.85	8	36	.00
	Hotelling's Trace	.85	3.85	8	36	.00
	Roy's Largest Root	.85	3.85	8	36	.00
Fatalismo	Pillai's Trace	.28	1.80	8	36	.10
	Wilks' Lambda	.71	1.80	8	36	.10
	Hotelling's Trace	.40	1.80	8	36	.10
	Roy's Largest Root	.40	1.80	8	36	.10

Tabla 3.49. Análisis multivariante de la varianza del conjunto de variables dependientes en los grupos establecidos por las combinaciones de los valores de las variables estrategia y locus de control: prueba de los efectos Inter.-sujetos.

Fuente	Variable dependiente	df	F	Sig.
Modelo Corregido	Actitud pretest	5	2.99	.02
	Actitud postest	5	3.15	.01
	Familia pretest	5	1.09	.37
	Familia postest	5	2.02	.09
	Religión pretest	5	.55	.73
	Religión postest	5	.92	.47
	Intención pretest	5	3.71	.00
	Intención postest	5	2.26	.06
Intercept	Actitud pretest	1	24.77	.00
	Actitud postest	1	32.46	.00
	Familia pretest	1	1.63	.20
	Familia postest	1	2.11	.15
	Religión pretest	1	5.28	.02
	Religión postest	1	9.44	.00
	Intención pretest	1	26.44	.00
	Intención postest	1	5.01	.03
Estrategia*internalidad	Actitud pretest	1	1.13	.29
	Actitud postest	1	.24	.62
	Familia pretest	1	.92	.34
	Familia postest	1	2.78	.10
	Religión pretest	1	.25	.61
	Religión postest	1	1.65	.20
	Intención pretest	1	13.77	.00
	Intención postest	1	1.69	.20

Fuente	Variable dependiente	df	F	Sig.
Estrategia*fatalismo	Actitud pretest	1	.26	.61
	Actitud postest	1	.25	.61
	Familia pretest	1	.32	.57
	Familia postest	1	.01	.91
	Religión pretest	1	1.61	.21
	Religión postest	1	1.79	.18
	Intención pretest	1	5.23	.02
	Intención postest	1	4.07	.05
Estrategia	Actitud pretest	1	1.18	.28
	Actitud postest	1	.07	.79
	Familia pretest	1	1.09	.30
	Familia postest	1	2.89	.09
	Religión pretest	1	.63	.43
	Religión postest	1	2.15	.15
	Intención pretest	1	15.20	.00
	Intención postest	1	3.62	.06
Internalidad	Actitud pretest	1	2.53	.11
	Actitud postest	1	2.01	.16
	Familia pretest	1	.02	.88
	Familia postest	1	.35	.55
	Religión pretest	1	.99	.32
	Religión postest	1	2.94	.09
	Intención pretest	1	7.81	.00
	Intención postest	1	.26	.60

Fuente	Variable dependiente	df	F	Sig.
Fatalismo	Actitud pretest	1	4.80	.03
	Actitud postest	1	9.57	.00
	Familia pretest	1	4.23	.04
	Familia postest	1	1.37	.24
	Religión pretest	1	1.12	.29
	Religión postest	1	.13	.71
	Intención pretest	1	8.16	.00
	Intención postest	1	3.01	.09

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 3.50. Formación jerárquica de conglomerados de casos en función de las variables actitudes, norma subjetiva e intención conductual: Historial de conglomeración.

Etapa	Cluster que se combina		Coeficientes	Etapas en las que el cluster aparece por primera vez		Próxima etapa
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
1	49	60	.00	0	0	7
2	54	55	.00	0	0	3
3	6	54	.00	0	2	25
4	50	53	.00	0	0	33
5	40	52	.00	0	0	11
6	31	51	.00	0	0	52
7	5	49	.00	0	1	17
8	45	46	.00	0	0	9
9	41	45	.00	0	8	36
10	22	44	.00	0	0	17
11	23	40	.00	0	5	14
12	28	39	.00	0	0	40
13	25	38	.00	0	0	15
14	23	35	.00	11	0	37
15	3	25	.00	0	13	18
16	19	24	.00	0	0	18
17	5	22	.00	7	10	23
18	3	19	.00	15	16	20
19	17	18	.00	0	0	20
20	3	17	.00	18	19	26
21	10	16	.00	0	0	26

Etapa	Cluster que se combina		Coeficientes	Etapas en las que el cluster aparece por primera vez		Próxima etapa
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
22	13	14	.00	0	0	23
23	5	13	.00	17	22	27
24	9	12	.00	0	0	27
25	6	11	.00	3	0	38
26	3	10	.00	20	21	29
27	5	9	.00	23	24	28
28	5	8	.00	27	0	36
29	3	4	.00	26	0	33
30	56	59	1.00	0	0	46
31	36	58	1.00	0	0	51
32	47	57	1.00	0	0	47
33	3	50	1.00	29	4	45
34	43	48	1.00	0	0	49
35	33	42	1.00	0	0	54
36	5	41	1.00	28	9	48
37	23	37	1.00	14	0	44
38	6	34	1.00	25	0	43
39	15	29	1.00	0	0	47
40	7	28	1.00	0	12	50
41	21	26	1.00	0	0	52
42	1	20	1.00	0	0	49
43	6	32	1.08	38	0	45
44	2	23	1.08	0	37	48
45	3	6	1.20	33	43	51
46	27	56	1.20	0	30	54

Etapa	Cluster que se combina		Coeficientes	Etapas en las que el cluster aparece por primera vez		Próxima etapa
	Cluster 1	Cluster 2		Cluster 1	Cluster 2	
47	15	47	1.20	39	32	56
48	2	5	1.22	44	36	50
49	1	43	1.39	42	34	53
50	2	7	1.44	48	40	55
51	3	36	1.46	45	31	53
52	21	31	1.57	41	6	58
53	1	3	1.57	49	51	56
54	27	33	1.63	46	35	57
55	2	30	1.63	50	0	57
56	1	15	1.68	53	47	58
57	2	27	1.77	55	54	59
58	1	21	1.82	56	52	59
59	1	2	2.19	58	57	0