

Motivación a la Donación de Órganos en Chile

Motivation for Organ Donation in Chile

Miguel A. Bustamante U.¹, Patricia I. Villarreal N.²

¹Doctor. Universidad de Talca, Facultad de Ciencias Empresariales, 2 Norte 685, 3465548 Talca, Chile. E-mail: mabu@utalca.cl ²Ingeniero Comercial, Universidad de Talca.

RESUMEN. En este trabajo se determinaron los factores motivacionales y desmotivacionales que influyen en la disposición a la donación de órganos en Chile. El instrumento de indagación fue un cuestionario estructurado, el cual fue debidamente piloteado y validado. La población en estudio se ubicó en el rango de 15 a 64 años, segmentados por edad y elegidos aleatoriamente. Se realizó un análisis factorial por el método de rotación de factores Varimax con Kaiser, se extrajeron componentes principales con carga mínima de 0,5 y confiabilidad, medida por Alfa de Cronbach, superior o igual a 0,7. Los resultados sugieren que la conducta de donación de órganos proviene de conocer experiencias de terceros, de la solidaridad y conveniencia; mientras que aquellas personas que no se muestran dispuestas a donar órganos lo hacen por temor a desenlaces y por falta de información.

Palabras clave: Donación de órganos, rotación Varimax, análisis factorial, solidaridad.

ABSTRACT. In this work the motivational and demotivational factors than influence the disposition to donate organs in Chile were determined. The survey instrument was a properly piloted and validated structured questionnaire. The population studied was in the 15 to 64 years old range, segmented by age and chosen randomly. A factorial analysis with Varimax factor rotation with Kaiser was carried out, main components with a minimum load of 0.5 and reliability, measured by Cronbach Alpha, greater than or similar to 0.7. The results show that the behavior of organ donation comes from knowing third party experiences, from solidarity and convenience, and that those who show no willingness to donate, it is because fear of outcomes and for lack of information.

Key words: Organ donation, Varimax rotation, factorial analysis solidarity and convenience.

(Recibido: 23 de octubre de 2007. Aceptado: 2 de mayo de 2008)

INTRODUCCIÓN

En el aspecto económico Chile es un país que evidencia cifras exitosas. El PIB, en términos reales, ha ido en sostenido crecimiento durante el período 2000 a 2006, con una tasa promedio cercana al 3% (Ministerio de Hacienda, 2007). Por otra parte, el análisis demográfico señala a su vez que la población por segmentos entre los años 2000 a 2007 se ha envejecido. Más de la mitad de la población (57,6%) pertenece al segmento adulto, que va desde los 20 a los 64 años de edad, en tanto que los segmentos de niños y adolescentes representan un 16,6 y 18%, respectivamente. Finalmente, la población adulta mayor alcanza un 7,8% del total (INE, 2002, CASEN, 1990-2003).

En general, la población chilena en promedio se encuentra concentrada en la Región Metropolitana, con un total de 6.284.441 personas, lo que equivale a un 39,8% del total de la población del país. El ranking de la población total promedio ubica en los primeros cuatro lugares los Servicios de Salud Metropolitano Sur Oriente (8,2%), Metropolitano Oriente (8,1%), Metropolitano Occidente (6,9%) y Metropolitano

Central (6,8%). En quinto lugar se ubica el Servicio de Salud del Maule (6%); en los últimos lugares se encuentra el Servicio de Salud de Magallanes y el Servicio de Salud de Aysén con 0,9 y 0,6%, respectivamente.

Desde la perspectiva de la afiliación de la población a los sistemas de seguridad social, un 67,9% de la población total chilena en promedio, es beneficiaria del Fondo Nacional de Salud, FONASA, un 17,6% de la población pertenece a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), y por último, un 14,5% de la población participa de "Otros Sistemas de Salud", como los sistemas propios de algunas grandes empresas públicas o privadas y de las Fuerzas Armadas (Superintendencia de Salud, 2007).

En general, los beneficiarios de ISAPRE al igual que los de FONASA se encuentran mayormente concentrados en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, el cual posee 324.781 beneficiarios en promedio, que corresponde a un 11,7%; seguido, también, del Servicio Metropolitano Oriente con 323.429 beneficiarios, lo que corresponden a un 11,6% (FONASA, 2007).

Tabla 1. Evolución del número de donantes efectivos de órganos en Chile

Año	Donantes (Número)
1993	52
1994	72
1995	61
1996	96
1997	95
1998	116
1999	132
2000	147
2001	127
2002	117
2003	136
2004	134
2005	129
2006	152

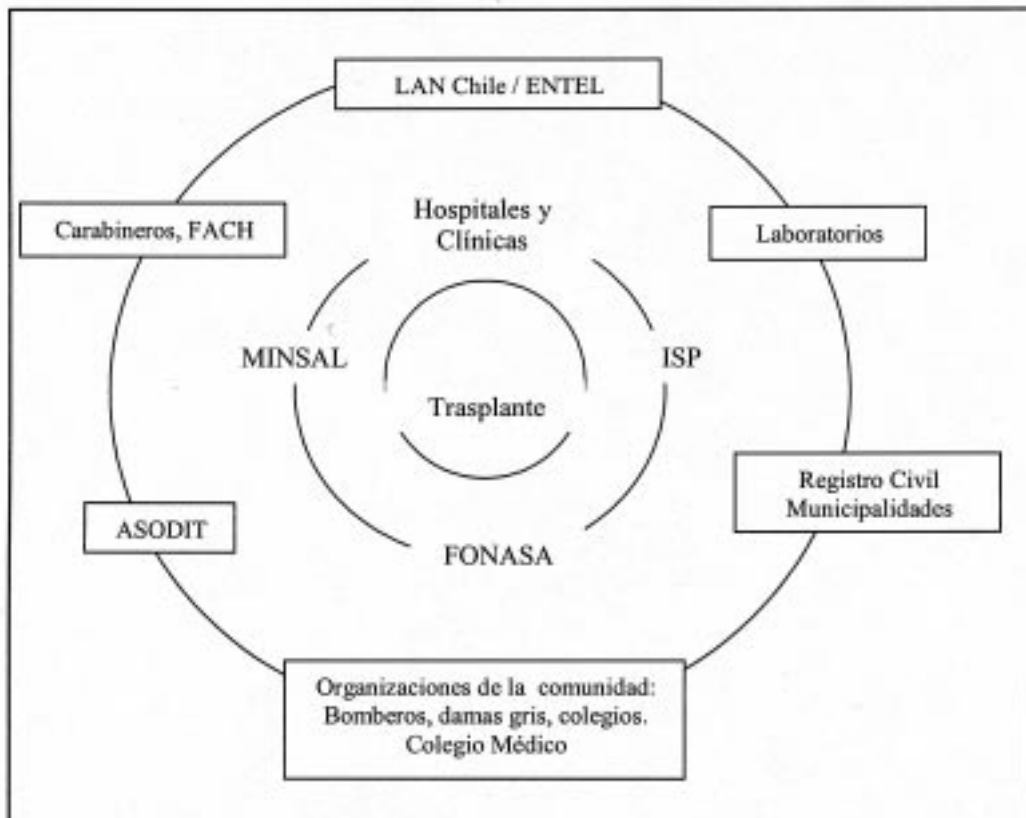
Fuente: Datos de la investigación en base a información de la Corporación del Trasplante (2007)

Según Rojas (2007), el 2006 fue un año histórico en donantes en Chile. Dado el contexto descrito en los párrafos anteriores, desde el punto de vista de la donación de órganos (Ley 19.541), y luego que el año 1967 se realizara el primer trasplante en Chile, se aprecia que éstos son una efectiva forma de combatir ciertas enfermedades que, en la mayoría de los casos, no tienen otra solución (**tabla 1**). Constituyen una opción certera y eficaz (Ipsos Search Marketing, 2002), porque los trasplantados tienen la posibilidad de vivir en forma normal, situación que no sería así en otro caso; y lenta porque las personas que necesitan un trasplante deben inscribirse en una lista de espera debido al escaso número de donantes disponibles y al aún menor número de donantes que concretan la donación. La donación de órganos es

un tema que inquieta a gran parte de la sociedad y aunque la medicina avanza a pasos agigantados, para realizar un trasplante se debe contar primero con donantes de órganos.

A la fecha, más de mil cuatrocientas personas, dentro de ellos, muchos niños, engrosan las listas de espera de trasplantes; sin embargo, no hay suficientes donantes y sólo alrededor de 300 personas logran trasplantarse cada año (Altomonte et al., 2005). Cada año se realizan en Chile campañas para captar un mayor número de donantes de órganos, realizadas principalmente por la Corporación del Trasplante, aunque no se han obtenido los resultados esperados ya que la tasa de donantes efectivos no ha evolucionado satisfactoriamente a través de los años.

Figura 1: Instituciones participantes del proceso donación-trasplante



Fuente: Adaptado de www.plataforma.uchile.cl

La Corporación del Trasplante actúa en Chile desde la etapa de obtener un órgano hasta coordinar su distribución. Dispone actualmente de una red voluntaria de coordinadores que están en alerta ante la posibilidad de un potencial donante. Además de lo anterior, el proceso donación-trasplante es apoyado por distintas instituciones y entidades públicas y privadas, como se presenta en la **figura 1**, entre las que destacan la Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile (ASODI), Instituto de Salud

Publica (ISP) y Ministerio de Salud (MINSAL). La tasa de donantes, que en el año 2000 fue de 9,9 por cada 1 millón de habitantes, ubicaba a Chile como líder en el ámbito latinoamericano. Sin embargo, dicha tasa ha bajado paulatinamente al mismo nivel del año 1998, cuando era de 8,3 por cada 1 millón de habitantes, evidenciando un retroceso en cinco años (Altomonte et al., 2005). La evolución por tipo de órgano es, en general, decreciente, evidenciando grados de escasez relativa preocupante (**tabla 2**).

Tabla 2: Evolución de la donación de órganos en Chile

Órganos	Año			
	2004	2005	2006	2007*
Total Donantes	134	129	152	85
Riñones	234	289	266	143
Hígado	67	62	87	44
Corazón	20	17	20	12
Pulmón	6	6	7	2
Intestino	1	0	0	0
Páncreas	0	2	1	1
Injerto Válvulas Cardiacas	65	53	47	11
Injerto Córneas	45	41	48	33
Injerto Piel	4	15	10	11
Injerto Huesos	3	10	7	6
Islotes Pancreáticos	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos de www.trasplante.cl

* Desde Enero a Julio de 2007

De ahí la importancia de obtener información sobre los factores fundamentales que motivan a las personas para tomar la decisión de ser donantes y la decisión de donar los órganos de un familiar fallecido, así como también aquellos factores que hacen que esta decisión sea negativa. El objetivo de este trabajo es identificar y analizar los factores motivacionales que promueven un aumento en la donación de órganos por parte de las personas, así como aquellas que inducen una respuesta negativa ante la donación.

MOTIVACIÓN

La motivación abarca la totalidad de la conducta humana, desde los impulsos más elementales hasta los más complejos. En general “toda actividad esta motivada por algún motivo, entendido como aquello que impulsa a una persona a actuar de determinada manera, o por lo menos, que origina una propensión hacia un comportamiento específico” (Chiavenato, 1994). Ésta genera un proceso que comienza con

una necesidad no satisfecha, dando origen a deseos que provocan tensiones, las cuales estimulan cierto comportamiento de búsqueda hasta lograr la satisfacción de esa necesidad, llegando a reducir la tensión.

La motivación es un término muy amplio, para el cual existen diversas definiciones, primero, es “un termino genérico que se aplica a una amplia serie de impulsos, deseos, necesidades, anhelos y fuerzas similares” (Locke, 1968), implica a su vez, “una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con que vigor se actúa y en que direcciones encauza la energía” (Vroom, 1964). El motivo que da origen a este proceso impulsa a actuar; sin embargo, no todos los motivos tienen un mismo origen, no son de la misma intensidad, ni tienden hacia las mismas cosas. Además, estos se pueden diferenciar entre innatos o aprendidos, pero ambos, al ser despertados, inician una actividad dirigida a un determinado fin.

Las teorías de la motivación son referidas a la conducta general de los individuos (Madsen, 1972). Así por ejemplo, se afirma que en el hombre existen una serie de variables motivacionales primarias, innatas pero modificables, denominadas instintos o propensiones. Estas variables motivacionales primarias determinan y organizan todos los procesos mentales y la conducta, orientándolos a metas especiales, experimentando un impulso a actuar de cierto modo (Maslow, 1954). Además, a través del proceso de aprendizaje varios instintos pueden centrarse en torno a los sentimientos, los cuales son las motivaciones más frecuentes directas de la acción. Sin embargo, los impulsos innatos constituyen la energía principal.

Por otra parte, los determinantes centrales de un individuo son activados por estímulos provenientes del medio o de los órganos internos. Los impulsos internos, es decir, necesidades e impulsos biológicos, tienen una gran importancia en la conducta (Festinger, 1957; Deci, 1971). Estos impulsos sólo son variables motivacionales dominantes en un individuo joven, dado que diferentes motivos adquiridos se desarrollan en relación con los impulsos biológicos innatos y comienzan gradualmente a funcionar con independencia de los mismos, pasando a ser los dominantes en el individuo desarrollado.

Complementariamente, la motivación no es el comienzo de una actividad sino la expresión de sus

patrones de conducta y su dirección. En otras palabras, define que el problema más importante es la organización y la dirección de la conducta y las relaciones de las variables motivacionales con otras variables (Reeve, 1999). Entre estas se incluyen las múltiples y complejas relaciones de la persona en su respectivo contexto, asociando la motivación al motivo como una asociación afectiva, que se manifiesta como conducta intencionista determinada por la asociación previa de señales y el placer o dolor. Según esta definición todos los motivos son adquiridos, y toda motivación se basa en emociones (Scanlan, 1990), asignándole sentido a la hipótesis de que el placer está determinado desde el nacimiento por todo aumento moderado de la intensidad del estímulo, mientras que un incremento mayor determina desplacer o dolor. De allí que haya dos tipos de motivos posibles: el positivo, o de aproximación, que es una expectativa de placer o satisfacción, y el negativo, o de evitación, que es una expectativa de desplacer o dolor (McClelland, 1961).

En conclusión, se pueden identificar tres tipos de motivaciones presentes en un individuo (Skinner & Holland, 1977). Los motivos “biológicos” (definidos por las necesidades biológicas del organismo, tales como hambre, sed y sueño), los motivos “emocionales” (se refiere a los estados internos que conducen, con cierta intensidad, a una actividad determinada, tales como miedo, amor, odio, angustia y alegría), y los motivos “sociales” (se ubican en un nivel superior a los motivos anteriores, dependen de sucesos externos y experiencias previas de las personas, y además consideran los intereses de los individuos, sus valores, actitudes y creencias)

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se planteó determinar los factores motivacionales y desmotivacionales que influyen en la percepción y en la disposición a la donación de órganos. El instrumento de indagación fue un cuestionario elaborado sobre la base de información secundaria de tipo cualitativo (Kinneer y Taylor, 2000), el cual fue piloteado consultando una muestra de 10% del tamaño muestral, es decir, a 20 personas con características similares a las de la muestra (Zikmund, 1995). A través de este proceso se presentaron dificultades por parte de los entrevistados, tanto en la comprensión de las preguntas como en la forma de responder, que permitieron perfeccionar el cuestionario. Las principales motivaciones hacia la donación de órganos, se determinaron mediante 15

preguntas de selección múltiple en una escala Likert (Likert, 1932), dándose la opción de que el encuestado entregara otro factor motivacional, no incluido dentro de los listados. En tanto que, las principales desmotivaciones se indagaron a través de 10 preguntas de selección múltiple en la misma escala y se dio también la opción de agregar otros factores de desmotivación, no considerados dentro de los listados. La población en estudio se definió como la población entre 15 y 64 años, segmentados por edad, de acuerdo al Censo del Población y Vivienda del año 2002 (INE, 2002), de acuerdo a la **tabla 3**. Teniendo en consideración que la edad ideal es entre los 5 y 60 años (Corporación del Trasplante, 2004). Además, se utilizó una lista de las áreas habitacionales de las ciudades objetivo y se realizó una selección aleatoria para conocer quiénes serían los encuestados (Kinneary y Taylor, 2000).

La varianza total del estudio fue 18,8%, calculada sobre la base de una variable dicotómica del

instrumento de medición. Se omitieron los cuestionarios no respondidos, disminuyendo el tamaño de la muestra (n) de 204 a 177 cuestionarios. El error final de la investigación alcanzó a un 2,6%. Por lo tanto, la investigación resultó más confiable de lo estimado *a priori* (Zikmund, 1995).

Con respecto a la *confiabilidad*, se optó por el método de mitades partidas de la escala, o alfa de Cronbach (Cronbach, 1982), alcanzando un alfa de 0,78. La validez interna se realizó mediante una auditoría de los datos, lográndose un 100%. La validez externa confirmó que las conclusiones se pueden generalizar a nivel de las ciudades capitales provinciales de Chile dadas las características de la muestra. Sobre la validez de contenido, el método y el contexto se ajustaron en forma lógica y exacta a lo que se propone medir. En relación a la validez de criterio, este trabajo posee las características adecuadas para correlacionarse con otras medidas del mismo tipo o con un criterio semejante. Por último, la validez de

Tabla 3: Distribución muestral proporcional por segmentos

Edad	n
15 años a 24 años	51
25 años a 34 años	45
35 años a 44 años	45
45 años a 54 años	33
55 años a 64 años	30
Total	204

Fuente: Datos de la investigación

construcción permite lograr una adecuada evidencia empírica concordante con las teorías en las cuales se basa la indagación, validadas mediante consulta a expertos (Zikmund, 1998).

El análisis factorial se realizó sobre la base de la escala Likert, con rotación Varimax con Kaiser (1958) y extracción de componentes principales (Vivanco, 1999). Se utilizó como constructo de cada factor las variables con una carga factorial mayor que 0,5 (Krause, 1995).

El gráfico de sedimentación, proveniente del análisis factorial, muestra las componentes que se deben retener o mantener en el análisis, previo a la zona de sedimentación. Se debe tener en consideración que el gráfico de sedimentación representa, en el eje de las ordenadas, las raíces características, y en el eje de las abscisas, los números de las componentes principales correspondientes a cada raíz característica en orden decreciente. Uniendo todos los puntos se obtuvo una figura con una pendiente fuerte hasta llegar a la base, formada por una meseta con una ligera inclinación (Vivanco, 1999).

Tabla 4: Caracterización sociodemográfica de la muestra

Concepto	Característica	n	%
Sexo	Femenino	134	65,7
	Masculino	70	34,3
Intervalo de edad	15 a 24 años	51	25,0
	25 a 34 años	45	22,1
	35 a 44 años	45	22,1
	45 a 54 años	33	16,2
	55 a 64 años	30	14,7
Estado civil	Casado(a)	67	32,8
	Conviviente	11	5,4
	Soltero(a)	98	48,0
	Divorciado(a)	1	0,5
	Anulado(a)	1	0,5
	Separado(a)	17	8,3
	Viudo(a)	9	4,4
Nivel educacional	Enseñanza básica incompleta	15	7,4
	Enseñanza básica completa	9	4,4
	Enseñanza media incompleta	22	10,8
	Enseñanza media completa	43	21,1
	Enseñanza superior incompleta	68	33,3
	Enseñanza superior completa	44	21,6
	Postgrado	3	1,5

Fuente: Datos de la investigación, sobre la base de encuesta aplicada.

Se utilizó además, el criterio “del salto abrupto”, el cual indica que la distribución de los datos debe ser uniforme, y en el punto en que varía esta uniformidad es donde se corta el número de factores válidos para el análisis. En este caso, la uniformidad varía luego del punto tres del gráfico, es decir, el análisis factorial óptimo, en este caso, debe contener tres factores. Las cargas factoriales pueden tener signo positivo o

negativo, lo cual indica el sentido de la correlación entre cada factor y las variables originales. Además, el valor de la carga factorial es el grado en que dichas variables se correlacionan. El nivel de confiabilidad de cada factor fue medido a través del índice alfa de Cronbach, considerando un mínimo de 0,7 a fin de ratificar si los factores efectivamente motivan la donación de órganos (Bisquerra, 1989).

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Respecto de la identificación de los factores que motivan, o motivarían, la donación de órganos, se optó por clasificar las respuestas en tres categorías:

- Porcentajes en los rangos « totalmente de acuerdo » y « de acuerdo »: variable “solidaridad” (83,8%), variable “continuar la vida del donador” (51%), variable “continuar la vida del receptor” (89,7%), variable “mejorar la calidad de vida del receptor” (87,7%), variable “si un familiar necesita un trasplante” (72,5%), variable “aprovechar los órganos” (73,0%), variable “si yo necesito un trasplante” (60,8%), variable “tener toda la información necesaria” (58,3%), variable “empatía con quien lo necesita” (51%), variable “conocer a alguien que fue trasplantado” (40,2%) y variable “conocer a alguien que esta en lista de espera” (36,3%).

- Porcentajes en el rango « indiferencia ante cada factor »: variable “conocer al receptor” (40,2%) y variable “conocer a alguien que esté inscrito como donante” (38,7%).

- Porcentajes en los rangos « totalmente en desacuerdo » y « en desacuerdo »: variable

“obligación moral” (54,4%) y variable “razones religiosas” (56,4%).

Del análisis factorial de las “motivaciones” se obtuvieron cinco factores, que explican un 67,7% de la varianza total. La matriz de componentes presentó un factor sin carga factorial mayor que 0,5 y dos variables no presentaron carga factorial en ningún factor. La matriz de componentes rotados presentó una variable sin carga factorial en ningún factor. En consecuencia, y de acuerdo con el modelo depurado, el análisis factorial final consta de tres factores que explican el 63,3% de la varianza total.

La decisión de que el análisis factorial definitivo estuviera conformado por estos factores, componentes y cargas factoriales, fue apoyada también sobre la base del criterio de la “media de la distribución total de los componentes”. Este criterio señala que la varianza explicada por cada factor debe ser mayor a la media de la distribución, en consecuencia, la varianza explicada mínima relevante para cada uno de los tres factores debe ser mayor o igual a 6,8%. Al mismo tiempo, en este caso, todas las cargas factoriales de la matriz de rotación Varimax presentaron signo positivo, lo que muestra que están directamente correlacionadas con cada factor en el grado que se indica, alcanzando una varianza total explicada de 63,3% (tabla 5).

Tabla 5: Factores que motivan la donación de órganos

Varianza explicada	Variabes	Carga factorial	Nivel de confiabilidad
Factor 1: “conocer experiencias de terceros”			
26,8%	Conocer a alguien que fue trasplantado	0,874	0,81
	Conocer a alguien que esta en lista de espera	0,867	
	Conocer a alguien que está inscrito como donante	0,823	
	Conocer el receptor	0,604	
	Tener la información necesaria	0,553	
Factor 2: “solidaridad con el receptor”			
20,9%	Continuar la vida del receptor	0,863	0,70
	Mejorar la calidad de vida del receptor	0,831	
	Aprovechar los órganos	0,664	
	Solidaridad	0,561	
Factor 3: “conveniencia”			
15,6%	Si un familiar necesita un trasplante en el futuro	0,923	0,823
	Si yo necesito un trasplante en el futuro	0,880	
63,3% = total varianza explicada			

Fuente: Datos de la investigación (anexo 4.5)

El factor 1, identificado por “conocer experiencias de terceros”, alcanzó una varianza explicada de 26,8% de la varianza total y se compone de (entre paréntesis se indica la respectiva carga): “conocer a alguien que fue trasplantado” (0,87), “conocer a alguien que está en lista de espera” (0,87), “conocer a alguien que está inscrito como donante” (0,82), “Conocer el receptor” (0,6), “tener la información necesaria” (0,55). Como se puede observar, el hecho de poseer o no conocimiento relacionado con las personas trasplantadas o el donante, así como de información general sobre el tema, resulta relevante para explicar este factor.

Por su parte, el factor 2, definido como “solidaridad con el receptor”, alcanzó una varianza explicada de 20,9% de la varianza total y se compone de (entre paréntesis se indica la respectiva carga): “continuar la vida del receptor” (0,86), “mejorar la calidad de vida del receptor” (0,83), “aprovechar los órganos” (0,66) y “solidaridad” (0,56 puntos). Este factor pone en evidencia el alto grado de relevancia que tiene para la persona donante la persona del receptor.

Por último, el factor 3, definido como “conveniencia”, alcanzó una varianza explicada de 15,6% de la varianza total y se compone de información de impacto directo o indirecto en la persona del donante (entre paréntesis se indica la respectiva carga): “Si un familiar necesita un trasplante en el futuro” (0,92) y “si yo necesito un trasplante en el futuro” (0,88).

El nivel de confiabilidad para cada factor, medido a través del índice alfa de Cronbach, fue: 0,81 para “conocer experiencias de terceros”, 0,7 para “solidaridad con el receptor” y 0,83 para “conveniencia”. Por lo tanto, dado que todos los valores se encuentran sobre 0,7 se puede afirmar que los factores que motivan la donación de órganos son confiables. Con relación a la identificación de los factores que desmotivan la donación de órganos, se logró caracterizar diez factores. Sin embargo, ninguno de ellos se ubicó en el rango de indiferencia. Frente a la opción de agregar otro factor que no se encontrara en la lista previa, dos entrevistados consideraron necesario hacerlo.

La desmotivación se categorizó mediante una escala de cinco puntos, la cual se simplificó en dos categorías.

- Porcentajes en los rangos « totalmente de acuerdo » y « de acuerdo »: variable “falta de

información” (50%), variable “miedo a la desconexión anticipada” (53,9%), variable “su decisión no sea respetada” (49,5%), variable “miedo a pensar en la muerte” (41,7%) y variable “creer en la existencia de tráfico de órganos” (63,7%).

- Porcentajes en los rangos « totalmente en desacuerdo » y « en desacuerdo »: variable “falta de interés en el tema” (47,5%), variable “mi familia no está de acuerdo” (40,2%) variable “razones religiosas” (61,3%), variable “miedo a la mutilación del cuerpo” (44,6%) y variable “no saber como hacer una donación” (49,5%).

Con relación a la opción de agregar un nuevo factor que desmotive la donación de órganos, los entrevistados mencionaron dos nuevas variables, “la insistencia médica” que presentó un 0,5% y la variable motivada “por no creer en la capacidad médica” que alcanzó también un 0,5%, ubicándose ambas en el rango « totalmente de acuerdo ». Entonces el análisis factorial de las variables que generan desmotivación, consideró además las dos variables incluidas por los entrevistados. Se obtuvieron cinco factores, uno de ellos sin cargas factoriales mayores a 0,5 en la matriz de componentes y un factor con sólo una variable en la matriz de componentes rotados, además una variable no participaba en ningún factor. La varianza total explicada por este primer análisis fue de 68,6%. Una vez que se mejoró el modelo utilizando el “criterio del salto abrupto” sobre la base del gráfico de sedimentación, y dado que se optó por tener una mayor varianza total explicada, se identificaron tres factores que explican el 76,2% de la varianza total.

Complementariamente, se utilizó el criterio de la media de la distribución total de componentes, motivo por el cual la varianza explicada mínima aceptable de los factores debería ser igual o superior a 8,3% para ser incorporados en el análisis. Además, en este análisis, las cargas factoriales de la matriz de rotación Varimax presentaron signo positivo, lo que indica que están directamente correlacionadas con cada factor y permitieron una varianza total explicada de 76,2% (**tabla 6**).

De los datos que presenta la **tabla 6**, se desprende que el Factor 1 denominado “temor a los efectos y desenlaces”, que explica un 40,9% de la varianza total, se compone de (entre paréntesis se indica la respectiva carga): “miedo a la mutilación de mi cuerpo” (0,89), “miedo a pensar en la muerte” (0,84) y “miedo

Tabla 6: Factores que desmotivan la donación de órganos

Varianza explicada	VARIABLES	Carga factorial	Nivel confiabilidad
Factor 1: “Temor a los efectos y desenlaces”			
40,9%	Miedo a la mutilación de mi cuerpo	0,879	0,83
	Miedo a pensar en la muerte	0,837	
	Miedo a la desconexión anticipada	0,821	
Factor 2: “Falta de información”			
19,9%	No se como hacer una donación	0,90	0,79
	Falta de información	0,880	
Factor 3: “Temor a no respetar acuerdos y decisiones”			
15,4%	Mi decisión no sea respetada	0,854	0,53
	Que mi familia no este de acuerdo	0,752	
76,2% = Total varianza explicada			

Fuente: Datos de la investigación, sobre los resultados obtenidos en el anexo 4.10.

a la desconexión anticipada” (0,82). La totalidad de estos componentes dicen relación con el miedo al impacto de la donación, en cuanto al efecto mutilador que pueda tener, así como a los estímulos perversos que pueda generar en términos de desconexión anticipada y en su efecto inmediato que es la muerte.

El factor 2, nombrado “falta de información”, alcanzó un grado de explicación de un 19,9% de la varianza total y se compone de (entre paréntesis se indica la respectiva carga): “no se como hacer una donación” (0,9) y “falta de información” (0,88).

El factor 3, definido como “temor a no respetar acuerdos y decisiones”, explicó el 15,4% de la varianza total y se compone de (entre paréntesis se indica la respectiva carga): “mi decisión no sea respetada” (0,85) y “que mi familia no este de acuerdo” (0,75).

Por último, el nivel de confiabilidad para cada factor, medido a través del índice alfa de Cronbach, fue: 0,83 para “temor a los efectos y desenlaces”, 0,79 para “falta de información” y 0,53 para “temor a no respetar acuerdos y decisiones”. Es decir, dado que los dos primeros factores presentan un valor alfa mayor a 0,7 se puede afirmar que éstos son confiables, mientras que el factor 3 no logró el grado de confiabilidad suficiente para el análisis.

CONCLUSIONES

Los componentes de motivación que activan la conducta de donación de órganos de los individuos proviene del hecho de conocer experiencias de terceros, de la solidaridad que despierta la persona del receptor y los naturales componentes de conveniencia que tal comportamiento genera en una persona, tanto para sí mismo como con respecto de un familiar; en todos los casos, con un alto grado de confiabilidad. Por lo tanto, la familiaridad o cercanía de las personas con la donación y/o el trasplante de órganos, el deseo de ayudar a quien lo necesita, y pensar que alguien cercano pudiese necesitar un trasplante, son variables determinantes a la hora de tomar la decisión de donar órganos. Lo anterior es apoyado con la evidencia empírica de que la mayor parte de quienes conocen a una persona que ha sido trasplantada, o alguien que está en lista de espera para un trasplante, se muestran dispuestos o expresan decididamente ser donante de órganos.

Respecto a las razones por las cuales las personas sienten desmotivación, o no se muestran dispuestas a donar órganos, se identificó el temor a los efectos y desenlaces, y la falta de información, como los factores más influyentes para adoptar una actitud negativa al respecto, lo que se confirma con niveles de confiabilidad altos. Esto se puede explicar por el

temor a los procedimientos médicos que se llevan a cabo cuando se hace efectiva la donación y por la falta de información sobre el tema.

Se puede afirmar que la disposición de las personas hacia la donación de órganos proviene de motivos emocionales y sociales, observándose tanto motivaciones innatas como aprendidas. Al mismo tiempo, se identificaron motivos positivos y negativos que se traducen en factores tanto motivacionales como desmotivacionales.

En general, el grado de conocimiento del tema de la donación y trasplante de órganos por parte de los individuos resulta vital. Se observa que éstos, en promedio, se consideran informados. Sin embargo, relacionándolo con el factor desmotivacional "falta de información", las personas pueden sentirse desmotivados no tanto por considerarse desinformados sino que por la necesidad de disminuir los miedos de la donación, ya sea a causa de eventuales mutilaciones como al riesgo de desconexión anticipada y a la muerte consecuente. La opción tal vez sea la generación de espacios de conversación en familia sobre el tema para hacerse cargo de la percepción de los potenciales donantes en torno a sus respectivos temores.

Entre las opciones que se derivan de lo anterior, está el hecho que se pudiesen realizar campañas orientadas a resaltar los atributos que caracterizan a los eventuales donantes, es decir, su sensibilidad respecto de conocer casos de donación, la solidaridad humana expresada en dicho acto y el grado de impacto que este tipo de situaciones tiene sobre la vulnerabilidad que la familia o la persona está dispuesta a reconocer.

Respecto de los factores que generan desmotivación a la donación de órganos, se sugiere trabajar sobre las actitudes y conductas de las personas cambiando paulatinamente la imagen que éstas tienen sobre aspectos que producen desconfianza, tales como el temor a desenlaces, falta de información y temor a no respetar acuerdos y decisiones personales o familiares adoptadas. Se propone enfocar los esfuerzos en fortalecer la decisión de las personas en ser donantes de órganos por una parte por aquellos que, estando inscritos, no van a donar sus órganos, o por quienes no lo han conversado aún en sus respectivas familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altomonte, G.; Tello, H.; Navarro, C.; Cea, R. 2004. *Trasplantando vidas: la realidad del sistema de trasplante de órganos en Chile*. Santiago, Chile: Grijalbo. 185p.
- Bisquerra, R. 1989. *Introducción conceptual al análisis multivariable. Un enfoque informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD*. Vol. I y II. Barcelona, España: Editorial P.P.U.
- Chiavenato, I. 2007. *Administración de recursos humanos*. 8ª ed. México: Mc-Graw Hill. 500p.
- Corporación del Trasplante. 2004. Memoria Anual. Disponible en <http://www.trasplante.cl/estadisticas> Leído el 2 de junio de 2005.
- Crombach, L.J. 1982. *Disigning evaluation of educational and social programs*. San Francisco: Jossey Bass.
- Deci, E.L. 1971. Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation. *Journal Personal. Soc. Psychol.* 18(3):105-115.
- CASEN. 1990-2003. Encuesta de Caracterización Socioeconómica. Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), disponible en <http://www.mideplan.cl/casen/>.
- Festinger, L. 1957. *A theory of cognitive dissonance*. Stanford CA, USA: Stanford University Press.
- FONASA. 2007. Fondo Nacional de Salud. Disponible en <http://www.fonasa.cl>.
- INE. 2002. Población total por comunas por área urbano-rural y sexo, según grupos de edad y años de edad. Instituto Nacional de Estadísticas, disponible en <http://espino.ine.cl/CuadrosCensales> Leído el 5 de septiembre de 2005.
- Ipsos-Chile Marketing Research. 2007. La donación de órganos. *Estudio de Opinión*, disponible en <http://www.ipsos.cl/web/Estudio7.pdf> Leído el 1º de octubre de 2007.
- Kaiser, H.F. 1958. The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23:187-200.
- Kinncar, T.C.; Taylor, J.R. 2000. *Investigación de mercados. Un enfoque aplicado*. 5ª ed. México: McGraw-Hill. 874p.
- Krause, J.M. 1995. La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*, 7:19-40.
- Ley N° 19.451, de 1996, que establece normas sobre "Trasplante y Donación de Órganos", Título I

- “Disposiciones generales”, Artículo 7; Título III “De la extracción de órganos a personas en estado de muerte”, Artículo 11; y Título IV “De la acreditación y certificación de la muerte encefálica”, Artículo 21 a 23. Disponible en http://www.minsal.cl/juridico/LEY_19451.doc Leído el 1º de junio de 2005.
- Likert, R.A. 1932. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140:1-50.
- Locke, E.A. 1968. Toward a theory of task motivation and incentives. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3:157-189.
- Madsen, K.B. 1972. *Teorías de la motivación: un estudio comparativo de las teorías modernas de la motivación*. 2ª ed. Buenos Aires, Argentina: Paidós. 381p.
- Maslow, A.H. 1954. *Motivation and personality*. New York, USA: Harper & Row. 419p.
- McClelland, D.C. 1961. *The achieving society*. Princeton, New Jersey, USA: D. Van Nostrand Company Inc. 514p.
- Ministerio de Hacienda. 2007. Disponible en <http://www.hacienda.gov.cl>.
- Reeve, J.M. 2004. *Motivación y emoción*. 3ª ed. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Rojas, J.L. 2007. 2006 año histórico en donantes. *ASODI* (Asociación de Dializados y Trasplantados), p.29.
- Scanlan, B.K. 1990. Principios de la dirección y conducta organizacional. 3ª ed. México. Editorial Limusa. 283p.
- Skinner, B.F.; Holland, J.G. . *El análisis de la conducta: una visión retrospectiva*. México: Limusa. 187p.
- Skinner, B.F. 1991. *El análisis de la conducta: una visión retrospectiva*. México: Limusa. 187p.
- Superintendencia de Salud. 2007. Disponible en <http://www.supersalud.cl>.
- Vivanco, M. 1999. *Análisis estadístico multivariable*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria. 243p.
- Vroom, V.H. 1964. *Work and motivation*. New York, USA: John Wiley and Sons. 331p.
- Zikmund, W.G. 1998. *Investigación de mercados*. 6ª ed. México: Pearson Prentice Hall. 768p.