

Coordinador de trasplantes: proceso de donación de órganos

RESUMEN

Antecedentes: España se mantiene a la cabeza del mundo en donaciones, aunque parece que su número no aumenta en la misma proporción que las listas de espera, lo que hace necesario disminuir las situaciones de negativa cifradas en torno al 16%.

Objetivo: analizar los informes de los coordinadores de trasplantes, conceptualizarlos y categorizarlos.

Material y métodos: estudio retrospectivo y descriptivo de los informes elaborados por los coordinadores de trasplantes archivados en el Hospital La Fe, entre el 1 de mayo de 2004 y el 31 de diciembre de 2007.

Resultados: se extrajeron 69 temas desde el punto de vista de la familia y 11 del de los entrevistadores, que se conceptualizaron, codificaron y clasificaron para textualizarlos de manera ordenada.

Conclusiones: con el fin de lograr mayor efectividad podrían plantearse determinadas pautas para homogeneizar la acción de los coordinadores de trasplante en la entrevista.

Palabras clave: trasplantes, donante de órganos.

Transplant coordinator: organ donation process

ABSTRACT

Background: Spain is a leader in organ donations although it seems that this number does not increase in the same proportion that the waiting list and it is necessary to decrease the refusal situations, which are ~16%.

Method: Analytic study. We review the reports prepared by the coordinators of transplants archived at the hospital La Fe during the period between May 1, 2004 and December 31, 2007, resulting in conceptualization and categorization.

Results: Sixty-nine topics were obtained from the point of view of the family and 11 from the point of view of the interviewer. After its conceptualization, codification and classification, we proceeded to create an appropriate text.

Conclusions: Certain guidelines may be offered that allow us to standardize the action of transplant coordinators during the interview and to be more effective.

Key words: Transplant, organs donor.

Purificación Gironés-Guillem¹
Ramón Camaño-Puig²
Manuel Lillo-Crespo³

¹Coordinación de trasplantes, Hospital La Fe, Valencia, España.

²Departamento de Enfermería, Universidad de Valencia, Valencia, España.

³Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante, España.

Recibido: 4 de marzo, 2014

Aceptado: 20 de mayo, 2014

Correspondencia:

Dr. Ramón Camaño-Puig
Calle Jaime Roig s/n
46010 Valencia, España.
Tel.: +34963983146/fax: +34963864183
ramon.camano@uv.es

ANTECEDENTES

España se mantiene a la cabeza del mundo en donaciones, aunque parece que este número no aumenta en la misma proporción que las listas de espera de los diferentes trasplantes, más bien se está estancando. Existe una oportunidad de cambiar esta situación a partir del trabajo de los coordinadores de trasplantes, pues está en su mano la posibilidad de disminuir las situaciones de negativa e incidir en la opinión de la familia respecto de la donación de órganos, que a pesar de todas las campañas de concienciación que se realizan, se calcula que está en torno al 16.4%.

Los coordinadores de trasplantes realizan la petición de órganos a la familia en unas circunstancias difíciles, lo que hace presuponer que si se pudieran adaptar los procedimientos a esta situación, la respuesta a la donación sería más positiva. La solicitud de órganos se efectúa justo en el momento en que la familia acaba de sufrir la pérdida de un ser querido, cuando sus miembros padecen los efectos emocionales ocasionados por dicha muerte, o más técnicamente, cuando están en crisis.¹

Existen diferentes trabajos sobre la cuestión, entre ellos el realizado por los coordinadores de trasplantes del Hospital General de Alicante,² que trabajan el tema junto con profesores de la Universidad de Alicante y dedican especial atención a su formación. Este modelo denominado Alicante¹ ha sido exportado a diferentes países de Europa y Latinoamérica y aborda todos los ámbitos de la entrevista familiar, desde la comunicación de la muerte encefálica, normalmente por el médico que trataba al paciente o por el médico de guardia. Esta parte es una fuente de información muy útil para preparar el planteamiento de la cuestión adecuadamente, y en la que los coordinadores de trasplantes deben estar presentes para conocer qué información han recibido, si la comprendieron y cuáles son sus respuestas. Finalmente, proceder a la valoración

de las necesidades, sobre todo las emocionales, que tiene en ese momento la familia, adecuando el apoyo a sus respuestas mediante la escucha y la valoración positiva de sus manifestaciones verbales y no verbales, pasando a informar sobre la donación de órganos; un tema delicado que no se puede plantear abiertamente sin tener en cuenta una serie de recursos que ofrecer a la familia. Por tanto, tal y como se ha comentado, el momento de la entrevista familiar es uno de los pocos ámbitos de mejora que disponen los coordinadores de trasplantes si se tiene en cuenta que: 1) la donación de órganos es una oportunidad para la familia del fallecido de llevar a cabo una obra de generosidad; 2) la donación de órganos representa la única posibilidad de obtener una mejora sustancial en la calidad de vida para otras personas.

La postura de la Coordinación de Trasplantes, en esta situación, debe ser, retomando la información aportada por el médico y la reacción de los familiares, la de fijar una relación de ayuda con el fin de promover la instauración del duelo.² En toda entrevista familiar se establece una relación de ayuda;³ una relación en la que al menos una de las partes intenta impulsar el crecimiento en el otro, el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor para enfrentar la vida de manera más adecuada.⁴ Sólo cuando la familia muestra haber entendido la muerte encefálica y la irreversibilidad de la situación, es cuando se plantea la donación de los órganos.²

Entre las variables que discriminan a los familiares donantes de los no donantes se sitúan, entre los tres primeros factores: la comunicación, la comprensión de la muerte cerebral y los modelos de acercamiento de los profesionales a la familia.⁵ Adicionalmente, otros estudios sugieren que la necesidad de información se constituye en un elemento fundamental.^{6,7} En esta línea, Pelletier⁸ detectó que además de las necesidades de información y apoyo que según la bibliografía compartían con otras familias de pacientes

críticos, igualmente importante para ellas fue la solicitud de consentimiento para la donación de los órganos, lo que indica claramente que los profesionales de la salud siempre deben ofrecer la opción de la donación.

En este intercambio, el coordinador de trasplantes tratará de captar las necesidades de los familiares, con el fin de ayudarlos a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación. La idea fundamental que subyace en el proceso de relación de ayuda, especialmente dentro de la corriente humanista, es la de facilitar el crecimiento personal y el descubrimiento de los recursos ocultos de la persona en conflicto. Carkhuff⁹ afirma que “ayudar es el acto de promover en una persona un cambio constructivo en el comportamiento”. La persona cambia en el proceso, y al finalizar la relación, el individuo no es el mismo que antes de entablarla. Ya no sufre tanto, no está tan indefenso, se conoce mejor a sí mismo, se comporta de modo más satisfactorio y se convierte en una persona mejor.

Una relación terapéutica que implica un proceso de crecimiento personal; y que supone para el profesional sanitario una experiencia de aprendizaje y crecimiento al ampliar su repertorio de capacidades y habilidades de vincularse, experiencias sobre el sufrimiento humano, formas de ofrecer ayuda, etc.,⁹ pero que en definitiva es una relación asimétrica en la que es necesario que se identifique claramente la función de cada uno, el demandante de ayuda y el ayudador o agente de ayuda.

La característica del que ayuda es más “humana” que “terapéutica”,⁹ de la corriente humanista-existencial y psicodinámica: “Lo que cura es la relación”.¹⁰ El encuentro personal tiene valor terapéutico en sí mismo. Supone una experiencia emocional correctiva. La relación le permitirá tomar distancia, configurando una experiencia emocional reguladora. El contexto facilitador debe favorecer que se decida a exhibir su vulne-

rabilidad. La reestructuración del proceso debe tender a identificar que la solución de su problema no está fuera de él sino dentro.¹⁰ El alivio emocional, según Parrilla y colaboradores,¹¹ se presupone a partir de una desorganización emocional y cognitiva. La persona sólo admite tanta realidad como es capaz de soportar.¹²

Tras cada entrevista se realiza un informe que es utilizado habitualmente por los equipos de coordinación para hacer una revisión. Cada vez que se obtiene una negativa familiar, surgen preguntas acerca de si se habrá usado la estrategia adecuada, si se podría haber hecho más. Cada familia es un mundo y sus sentimientos y motivaciones son distintos, pero se ha observado que algunos coordinadores de trasplantes, más expertos, reciben menos negativas que otros. Sería muy interesante, por tanto, transmitir la experiencia de unos a otros. Es por esto que es necesario saber lo que sucede en el momento de la entrevista con la familia y qué es lo que marca la diferencia. Los registros que cumplimentan los coordinadores de trasplantes después de la entrevista permiten analizar las entrevistas bajo un punto de vista cualitativo.

En este trabajo se analizan los informes elaborados por los coordinadores de trasplantes archivados en el Hospital la Fe, en el periodo comprendido entre el 1 de mayo de 2004 y el 31 de diciembre de 2007, relativos a lo que sucedió durante la entrevista con la familia al comunicársele el fallecimiento de uno de sus miembros, y cómo reaccionaron ante la petición de los órganos, planteando la posibilidad de obtener pautas de aprendizaje que permitan homogeneizar la acción de los coordinadores de trasplante en la entrevista y ser, en lo posible, más efectivos.^{13,14}

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de los registros, así como su tratamiento mediante la

utilización del test de χ^2 y el coeficiente de correlación de Pearson para verificar si algunas características de la familia, por ejemplo las variables cualitativas de sexo, parentesco, negativa inicial y la edad, estaban asociadas con algún tipo de respuesta específica.

Además, siguiendo a Cooffey y Atkinson,¹⁵ se trataron los informes elaborados por los coordinadores de trasplantes a través de la reducción de los datos en términos de selección y condensación, de explorarlos, sacar y verificar conclusiones, puesto que el análisis es un proceso de descomposición de los datos en sus elementos constituyentes para revelar sus temas y patrones característicos.¹⁵ A partir de los documentos primarios o informes elaborados por los coordinadores de trasplantes, se concretó un corpus o unidad interpretativa que permitiera la realización del análisis textual, procediendo a organizar y sumergirse en los datos, descubrir y generar categorías y temas, codificar (denominar conceptos), descomponiendo los datos en partes discretas, examinando de manera minuciosa y comparativa los datos en busca de similitudes y diferencias entre aquellos que se consideraron conceptualmente semejantes en su naturaleza, o relacionados en el significado. Por medio de la codificación abierta se “descompusieron los acontecimientos, sucesos, objetos y acciones o interacciones”. El proceso de conceptualización conlleva al de clasificación, y en este sentido, el/ los concepto(s)-fenómeno(s), es algo que puede “localizarse, colarse en una clase de objetos similares o clasificarse”.¹⁶ Los datos se agruparon bajo conceptos más abstractos, denominados categorías, para ofrecer interpretaciones a través de memos analíticos, búsqueda de comprensiones alternativas y escritura del informe y, en este caso, a proceder a la textualización de los datos de manera comprensible.

RESULTADOS

Se revisaron 158 entrevistas familiares para elegir una muestra según los criterios de muestreo

intencionado, tal y como Morse¹⁶ dice, ya que se considera que ha ocurrido la síntesis cuando los datos están saturados, o sea, cuando no emergen nuevas categorías. En este caso, la saturación de datos se alcanzó cuando ya no emergía ningún nuevo dato que fuera relevante, lo que en palabras de Dey¹⁷ se entiende como “suficiencia teórica”; un punto al que se llegó después de las 40 primeras entrevistas consecutivas, a partir de las cuales se confeccionó una base de datos con 70 variables cualitativas y cuantitativas, de las que se describen los datos más significativos.

La edad media del donante fue de 48 años, con una desviación típica de 22 años, siendo el menor de 7 años y el mayor de 87. En 50% de los casos, el origen fue un accidente, con el consiguiente trámite judicial que se explicó a los familiares y que suele influir en la decisión. La causa de la muerte fue: traumatismo cráneo-encefálico en 19 donantes, hemorragia cerebral en 17, y cuatro murieron por otros motivos. La mayoría eran de la Comunidad Valenciana, cuatro eran extranjeros.

Los donantes permanecieron en la Unidad de Cuidados Intensivos una media de 3.85 días, con una desviación típica de 3.99, con un rango de 1 a 20 días. La media del número de familiares presentes durante la entrevista fue de 3.35, con una desviación típica de 1.23 y un rango de 1 a 6. La duración media de la entrevista fue de 1.83 horas, con una desviación típica de 2.49 horas y un rango que osciló desde los 20 minutos a las 13 horas y 20 minutos. El familiar que influyó principalmente en la decisión final fue varón en 18 de los casos y mujer en 22, con una edad media de 47.85 años y una desviación típica de 13.79, siendo 23 años la edad menor y 75 la mayor. El nivel cultural fue bastante diverso.

Se produjeron ocho negativas a la donación (cuatro mujeres y cuatro varones). Respondieron positivamente 32 (18 mujeres y 14 varones). El tipo de parentesco fue variado: padre, madre,

esposo (a), pareja, hijo (a), hermano (a), tío(a) y otros. Hay que tener en cuenta que 17.5% de las negativas iniciales fueron revertidas. Por último, la aplicación del test de χ^2 y el coeficiente de correlación de Pearson a características de la familia tales como el sexo, parentesco, la negativa inicial y la edad, no mostró diferencias estadísticamente significativas.

Se codificaron las expresiones de los familiares de los pacientes y los entrevistadores (coordinadores de trasplantes y médicos de unidades de críticos), transmitidas por escrito en el protocolo de entrevista para la donación en el Hospital La Fe, cumplimentado por los coordinadores de trasplantes en los días consecutivos al evento, y se investigó lo que dijo el coordinador de trasplantes, lo que pasó y su manera de expresarlo. Los datos fueron transcritos por varias personas, lo que produjo un campo presentado. El grado de exactitud de la transcripción disuelve los acontecimientos en multitud de detalles específicos, la realidad se muestra únicamente como texto.¹⁸ También es importante destacar que con base en los objetivos, no sólo se ha analizado la respuesta de los familiares, sino que se ha prestado especial atención a la propia actitud y destreza de los profesionales. A lo largo del proceso, se han ido confeccionando memorandos para seguir los pasos que se han dado durante la investigación y ayudar a la propia reflexión que contribuirá a la codificación y categorización.^{16,19,20}

De este proceso se han extraído 69 temas desde el punto de vista de la familia y 11 desde el punto de vista de los entrevistadores. En un segundo término, con el fin de establecer comparaciones entre los temas para clasificarlos y nombrarlos bajo un concepto común, se agruparon los datos con sus subcategorías, quedando 34 códigos, los cuales se exponen a continuación de manera narrativa. Esto fue necesario para organizar los pensamientos acerca de los resultados, ya que su textualización ordenada permitió la agrupación de datos e integración de sus correspondientes

categorías: en casi todos los casos se inició la comunicación con los familiares expresando la situación de muerte encefálica (90%), generalmente a través del médico de guardia de la unidad que atendía al paciente. Se hizo referencia al pronóstico nefasto (17.5%) para que la familia manifestara su aceptación a la muerte. También se utilizaron expresiones tales como: "entiende", "acepta" e "irreversibilidad" (12.5%). Se llevaron a cabo las aclaraciones pertinentes que los coordinadores de trasplantes necesitan hacer en ocasiones para ayudar a la familia a comprender la situación. Algunos de los familiares no querían hablar con los coordinadores de trasplantes, generalmente porque aún no habían asumido la pérdida y no querían saber de la donación. La prueba diagnóstica se usó como elemento de confirmación legal de la muerte cerebral, e hizo surgir preguntas como: ¿y ahora qué?; una expresión que utilizaron muchas familias una vez asumida la muerte de su familiar.

En este punto, normalmente, se tanteaba la posibilidad de llevar a cabo las solicitudes de órganos (27%), y algunos coordinadores de trasplantes plantearon la donación (32.5%), ante la que muchas veces se produjo una negativa inicial, a consecuencia del estrés situacional y de la falta de aceptación de la pérdida del ser querido. En ocasiones, hubo una negativa no razonada, y los coordinadores de trasplantes ofrecieron un periodo de reflexión (22.5%). Si bien, en ciertos momentos los problemas que se plantearon solían estar relacionados con algún ingreso anterior.

Muchos familiares se interesaron por cómo sería el proceso (30%) que seguía; algunos pedían explicaciones acerca del método de extracción y solicitaban garantías, manifestando dudas sobre la integridad del cadáver; a lo cual se brindaron explicaciones respecto del procedimiento legal con la obligatoriedad de la realización de la autopsia y la comparecencia judicial.

Durante la entrevista familiar se utilizaron argumentos de generosidad y bondad, procurando que la familia pudiera expresar sus sentimientos (27.5%) en una actitud de ayuda, ofreciendo de manera habitual el recurso de poder ver al paciente como herramienta favorecedora de la instauración del duelo. Lo cual en ocasiones era también solicitado por la familia. Fueron frecuentes las manifestaciones de la familia respecto de hacer cumplir los deseos de su ser querido, aunque también algunos argumentaron el desconocimiento de la voluntad del finado para tomar una decisión. A veces, la posibilidad de la donación les produjo sorpresa. Nunca se lo habían planteado, no lo habían hablado, y necesitaban consultar con otros parientes; lo cual suele ser un recurso habitual en la mayoría de los casos. Asimismo, algunos miembros se erigieron en representantes de la familia.

Se consideró muy importante la información previa recibida. Cuando los familiares están bien informados las cosas fluyen mejor. De lo contrario, suele ser un problema, como ocurre en las situaciones en que se debe proceder a la desconexión. En estos casos, se les explica a los familiares el procedimiento del hospital.

Desde el punto de vista de los profesionales, se detectaron dificultades cuando hubo cambio del profesional sanitario que actuaba como informador, especialmente en caso de problemas con la asistencia hospitalaria; si intervinieron profesionales de salud ajenos al proceso y conocidos de la familia; si hubo o no problemas en el abordaje; si se produjo la relación de ayuda; si se presentó a los coordinadores de trasplantes como tales desde el primer momento, algo muy importante, ya que condiciona a la familia; las propias actividades que debían realizar los coordinadores de trasplantes, las posturas que adoptaban, las estrategias planteadas y los correspondientes argumentos utilizados para la reversión de la negativa. Adicionalmente, entre otros conceptos usados, se encontró el de familia

desestructurada, la existencia de conocidos transplantados, ayuda física, donantes de sangre, etc.

En otras ocasiones, hubo donaciones espontáneas antes siquiera de haberles planteado la donación. En estos casos, la resolución de la entrevista se concretaba en la aceptación de la donación, seguida de manifestaciones de los familiares en las que admiten que le daba sentido a la pérdida de su ser querido, consuelo, ayuda moral. El soporte religioso se ofrecía cuando se detectaba la necesidad de ayuda religiosa o cuando se pedía explícitamente. Finalmente, se abordaban los aspectos relativos al entierro durante la entrevista.

DISCUSIÓN

Lo imprevisto de la situación es uno de los factores que más influyen en el planteamiento de la donación de órganos y la toma de decisión de la familia.²¹ La relación de ayuda hay que plantearla con una perspectiva a corto plazo, ya que lamentablemente no hay más tiempo.⁹ La situación de muerte encefálica, su comprensión y aceptación es otro de los pilares fundamentales, como lo demuestra que 90% de los coordinadores de trasplantes proceden a su expresión al cumplimentar las entrevistas. Además, es necesario considerar la zozobra de la familia, que ve de pronto rota su vida en conjunto, que tenía planes para realizar una serie de actividades tal vez importantes, que de pronto han perdido valor frente a una nueva situación a la que no se sabe enfrentar, ya que el duelo la tiene bloqueada.²²

Se encuentran familiares en todas las fases descritas por Kubler Ross,²³ principalmente en negación, rebelión y depresión; e incluso se observan diferentes reacciones dentro de la misma familia. Esta situación fue difícil de describir por los coordinadores de trasplantes a la hora de cumplimentar los informes de la entrevista familiar, y se centraron en las personas cuya reacción ha sido más significativa para el desa-

rrollo de dicha entrevista, que siempre coincide con características específicas de la persona más allegada.

A partir del conjunto de elementos enumerados durante el proceso de análisis y reducción de datos, se tantearon seis categorías para la visión de la familia: la aceptación de la muerte cerebral como la “muerte” del individuo manifiesta que la familia ha comprendido la situación, poder ver al paciente funcionó como herramienta favorecedora de la instauración del duelo. El “futuro del cuerpo” fue la siguiente preocupación que manifestaron, ante lo que pedían garantías sobre la integridad del cadáver. Es en este momento cuando surgen los “sentimientos” de los familiares que, en su caso, se tratan de atribuir al finado buscando cuál sería su deseo y hacerlo cumplir,²² momento en que habitualmente se producía el posicionamiento de uno de ellos, quien “asumía el rol de representante” y tomaba las riendas de la situación.

La información previa recibida por los familiares fue muy importante para que las cosas fluyeran mejor. Cuando no es así, surgen problemas, al igual que ocurre en situaciones en las que se debe proceder a la desconexión. En estos casos se explica a los familiares el procedimiento del hospital. Fue necesario considerar los aspectos relativos a la “desconfianza en el sistema”^{21,24} que surgieron cuando se habían tenido problemas con la atención recibida durante la hospitalización. Y por último, se recibieron observaciones respecto al “entorno social” fundamental en la instauración del duelo.

Desde el punto de vista de los profesionales, se consideró importante el mantenimiento del interlocutor a lo largo de todo el proceso, así como incidir en la necesidad de desarrollar procedimientos de provisión de información más o menos uniforme y actitudes y conocimientos específicos en el entrevistador. En este sentido se encontraron dos categorías interesantes que

deben tenerse en cuenta: las propias características del “individuo/profesional” y las “actitudes del coordinador de trasplantes”.

La mayoría de los familiares tiende a recurrir a argumentos de generosidad y de afecto, o tal vez de culpabilidad por cuestiones sin resolver, pero hay indicaciones de la existencia de pautas que se repiten y están en consonancia con la evidencia científica encontrada,^{21,22,24} y que pueden ser útiles en el futuro en las entrevistas. Esto permitirá saber qué patrones producen más éxito y en qué caso, y qué otros son inadecuados, por lo que se podrían plantear determinadas pautas para homogeneizar la acción de los coordinadores de trasplante en la entrevista con el fin de que sea más efectiva.

CONCLUSIONES

Dado el punto en que se encuentra la investigación, se concluye que las categorías respecto de la familia que deben considerarse son: la muerte, el futuro del cuerpo, la desconfianza en el sistema, los sentimientos, el rol que asume el familiar y el entorno social. La profesionalidad y la actitud de los individuos que participan en la entrevista son las categorías de los profesionales.

En vista del gran interés que ha despertado y la repercusión social y en la salud y la vida de muchas personas que tiene el trasplante, valdría la pena profundizar más en el tema, perfeccionando la metodología para el desarrollo y diseño de abordajes específicos para la petición de órganos, con el fin de establecer los procesos de validación de estrategias futuras en la práctica.

REFERENCIAS

1. Gómez P, Santiago C. La entrevista familiar. Técnicas y resultados. En Libro Matesanz R. El modelo español de Coordinación y Trasplantes. 2^a ed. Madrid: Aula Médica; 2008. p. 105-119.

2. Gómez P, Santiago C, Getino A, Moñino A, Richart M, Cabrero J. La entrevista familiar: enseñanza de las técnicas de comunicación. *Nefrología* 2001;21(Supl 4):57-64.
3. Domínguez Santamaría JM. Importancia de la Relación de Ayuda en la Entrevista Familiar de Donación de Órganos de Fallecidos. Una perspectiva de los profesionales sanitarios. Tesis Doctoral. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante, 2011. (consultado 2012, diciembre 27). Disponible en http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/23521/1/master_santamaria.pdf
4. Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Paidos: Barcelona, 1987. p. 40-45.
5. Rosel J, Frutos MA, Blanca MJ, Ruiz P. Discriminant variables between organ donors and nondonors: a post hoc investigation. *J Transpl Coord* 1999;9(1):50-53.
6. Beaulier D. Organ Donation: The Family's Right to Make an Informed Choice. *J Neurosci Nurs* 1999;31(1):37-42.
7. Jacob L, Crosier V, Pohl H. Providing support to families considering the option of organ donation: an innovative training method. *Prog Transplant* 2006;16(3):247-252.
8. Pelletier ML. The needs of family members of organ and tissue donors. University of New Brunswick, Fredericton of Canada. *Heart Lung* 1993;22(2):151-157.
9. Carkhuff RR. Differential functioning of lay and professional helpers. *J Counseling Psychology* 1968;15(2):117-126.
10. Madrid Soriano J. Los Procesos de la Relación de Ayuda. 2ª Edición. Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer: Bilbao, 2005. p. 208.
11. Parrilla P, Ramírez P, Ríos A. Manual sobre donación y trasplante de órganos. Madrid: Arán Ediciones, 2008. p. 140.
12. Santiago C, Gómez PM, Olivares J, De La Concepción M. Evaluation of Organ Procurement in an area under the influence of a Training Program. *Transplant Proc* 2005;37(9):3649-3650.
13. DeJong W, Franz HG, Wolfe SM, Nathan H, Payne D, Reitsma W, et al. Requesting Organ Donation: An Interview Study of Donor and Nondonor Families. *Am J Critical Care* 1998;7(1):13-23.
14. Virginio BCAE, Escudeiro CL. Notification of brain death in an intensive care unit: a descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, [online]. 2012;11(2):546-549. (consultado 2013, Septiembre 20). Disponible en <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3787>
15. Cooffey A, Atkinson P. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Medellín, 2003. p. 54-77.
16. Morse J. (Editora). Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín. Primera Edición (España), Editorial Universidad de Antioquia, 2003. p. 29-31.
17. Dey I. *Grounding grounded theory: Guidelines for qualitative inquiry*. San Diego, CA: Academic Press; 1999. p. 257
18. Strauss A, Corbin J. *Bases de la Investigación Cualitativa*. Bogotá. Editorial Universidad de Antioquia, 2002. p. 95-156.
19. Glaser B, Strauss A. *The discovering of grounded theory*. New York: Aldine, 1967. p. 106-115.
20. Quilaqueo D, San Martín D. *Categorización de saberes educativos Mapuche mediante la Teoría Fundamentada*. Universidad Católica de Temuco, Facultad de Educación. Ed. Estudios Pedagógicos (Valdivia). Chile, 2008;34(2):151-168.
21. Burroughs TE, Hong BA, Kappel DF, Freedman BK. The stability of family decisions to consent or refuse organ donation: Would you do it again. *Psychosom Med* 1998;60(2):156-162.
22. López Martínez JS, Martín López MJ, Scandroglio B, Martínez García JM. Family perception of the process of organ donation. Qualitative psychosocial analysis of the subjective interpretation of donor and nondonor families. *Span J Psychology* 2008;11(1):125-136.
23. Kübler-Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona. Editorial Grijalbo, 1989. p. 59-148. Ü
24. Morgan SE, Harrison TR, Long SD, Afifi WA, Stephenson MS, Reichert T. Family discussions about organ donation: how the media influence opinions about donation decisions. *Clinical Transplant* 2005;19(5):674-682.