

TESIS DOCTORAL

**ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS
EN LA DONACIÓN DE SANGRE**

Volumen 1

ANTONIO FERNÁNDEZ MONTOYA

Granada, 1995

**ACTITUDES Y
COMPORTAMIENTOS
EN LA DONACIÓN DE SANGRE**

Trabajo que presenta para aspirar al título
de Doctor en Medicina y Cirugía el
Licenciado Antonio Fernández Montoya.

UNIVERSIDAD DE GRANADA. FACULTAD DE MEDICINA

ESTEBAN RODRÍGUEZ OCAÑA

Catedrático de Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada.

JUAN DE DIOS LUNA DEL CASTILLO

Profesor Titular de Estadística e Investigación Operativa de la Universidad de Granada.

ANDRÉS RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

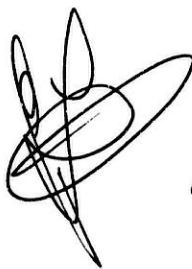
Catedrático de Psicología Social de la Universidad de Granada.

Certifican: Que la presente Tesis Doctoral

"Actitudes y comportamientos en la donación de sangre"

ha sido realizada bajo su dirección.

Granada, 2 de Octubre de 1995



A MI FAMILIA

AGRADECIMIENTOS

A los directores de la tesis, los Profesores Esteban Rodríguez Ocaña, Juan de Dios Luna del Castillo y Andrés Rodríguez Fernández, por su estímulo durante los demasiados años que ha durado este estudio; gracias a él, parece que ha llegado a buen puerto. Y también, desde luego, por su ayuda metodológica y sus enriquecedoras aportaciones, tanto durante todo su desarrollo como en la la revisión del manuscrito final.

Al Profesor Bernard Genetet, porque, hace ya muchos años, me apuntó la primera idea de este trabajo, y porque siempre ha confiado en mí.

A Concha Fernández-Piñar por la realización de una parte de las encuestas de 1987, y a Antonio López Berrio y Cristina Torres Fernández-Piñar, por la de todas las encuestas de 1994.

Al Profesor Jerónimo Barranco, por su asistencia bibliográfica y por sus útiles comentarios.

A Ana Delgado, por sus sugerencias y enmiendas al manuscrito.

A Loli Moleón, mi secretaria, editora y correctora eficaz de éste y otros trabajos míos.

A Enrique Echevarría, José Luis Martos, María Cerezo, Nieves Alcántara y Antonio G. Casco, por su contribución a la edición del manuscrito final.

A todos mis compañeros del Centro Regional de Transfusión Sanguínea, por el tiempo que este trabajo pueda haber robado a mis dedicaciones de todos los días.

A los donantes de sangre de Granada, tantos de ellos modelos de comportamiento altruista.

INDICE

volumen 1

INTRODUCCIÓN	1
1.1. Historia de la transfusión y de la donación de sangre	1
1.1.1. La sangre como símbolo	1
1.1.2. La transfusión	3
1.1.3. La donación	6
1.1.4. Donación de sangre y transfusión en Granada	13
1.2. Actitudes y conducta en donantes y no donantes de sangre. Importancia del tema	14
1.3. Conocimiento actual sobre los donantes	20
1.3.1. Características sociodemográficas	20
1.3.2. Características psicológicas	22
1.4. La donación de sangre como conducta	23
1.4.1. Conceptos de actitud, creencias, motivaciones y conducta	23
1.4.2. Teorías sobre la conducta y su aplicación a la donación de sangre	28
1.4.3. Factores motivadores y desmotivadores en la donación de sangre	33
1.4.4. Desarrollo en el tiempo de la conducta como donante de sangre. Predictores de la conducta futura	36
1.5. Donación de sangre y altruismo	39
1.5.1. Altruismo y conductas prosociales	39
1.5.2. Explicaciones tradicionales versus sociológicas de las conductas de ayuda	40
1.5.3. Altruismo, incentivos y retribución en la donación de sangre	41

OBJETIVOS E HIPÓTESIS	47
MATERIAL Y MÉTODOS	50
2.1. Diseño	50
2.2. Población y muestra de 1987	51
2.3. Muestra de donantes en 1994	53
2.4. Definición de los términos empleados en este estudio	53
2.5. Variables del estudio	56
2.6. Fuente de datos	57
2.6.1. Cuestionario de 1987	58
2.6.2. Cuestionario de 1994	60
2.6.3. Registros del CRTS	61
2.7. Períodos y método de recogida de los datos	61
2.8. Método estadístico	61
RESULTADOS	66
3.1. Descripción de la muestra de donantes de 1987	66
3.2. Descripción de la muestra de no donantes en 1987	74
3.3. Comparación entre donantes y no donantes en 1987	76
3.4. Análisis discriminante	79
3.5. Descripción de la muestra de donantes en 1994	81
3.6. Análisis de la no respuesta	84
3.7. Comparación entre los donantes en 1987 y 1994	85
3.8. Asociación entre todas las variables y el número de donaciones realizadas hasta 1987	87
3.9. Asociación entre todas las variables y el número de donaciones realizadas desde 1988 hasta 1993	89
3.10. Asociación entre todas las variables de la encuesta de 1987 con la probabilidad de ser un donante "de alto grado" hasta ese año	91
3.11. Asociación entre todas las variables de la encuesta de 1987 con la probabilidad de ser un donante "de alto grado" en el período de 1988 a 1993 .	93
3.12. Influencia del cambio producido en las variables entre 1987 y 1994, sobre el número de donaciones realizadas en el período 1988-1993	94

DISCUSIÓN	98
4.1. Donantes y no donantes en 1987	98
4.1.1. Demografía	98
4.1.2. Actitudes y creencias	99
Temores de salud. Miedos al pinchazo y a las enfermedades	100
Confortabilidad/atención	104
Demanda de recompensas al Banco de Sangre o Centro de Transfusión	105
Demanda de recompensas a la sociedad	107
Actitudes en el eje egoísmo/altruismo	109
Actitudes de excusa o de manifestación de inconveniencia	110
Actitudes que expresan obligación moral, deber y solidaridad	111
Información y modelos	112
Temor al comercio con la sangre	114
Actitudes específicas de los no donantes	114
4.1.3. Opiniones sobre la donación de sangre y sobre las instituciones relacionadas con ella	115
Los Bancos de Sangre y el Centro Regional de Transfusión Sanguínea (CRTS) .	115
Las Asociaciones de Donantes	116
4.1.4. Motivaciones	118
4.1.4.1. Motivaciones de los donantes	118
4.1.4.2. Motivaciones o "razones" que utilizarían los donantes para convencer a los no donantes	121
4.1.4.3. Motivaciones para los no donantes	122
4.1.5. Factores desmotivadores	122
4.1.5.1. Factores desmotivadores en donantes	123
4.1.5.2. Factores desmotivadores en no donantes	123
4.2. Variación de las actitudes de los donantes en el tiempo	125
4.3. Variables predictoras del comportamiento como donante	126
4.3.1. Variables asociadas al hecho de ser un "donante de alto grado"	129
4.4. Análisis de la no respuesta	130
4.5. Utilidad de los hallazgos en la promoción de la donación de sangre	132

CONCLUSIONES	135
SUGERENCIAS PARA POSTERIORES INVESTIGACIONES	138
BIBLIOGRAFÍA	140

volumen 2

TABLAS

GRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

En este trabajo nos hemos propuesto conocer las actitudes hacia la donación de sangre tanto de las personas que donan como de las que no lo hacen, las motivaciones y desmotivaciones para donar o no donar de unas y otras, y la evolución temporal de todas estas variables.

En los donantes, además, hemos estudiado la relación entre sus actitudes, creencias y motivaciones respecto a la donación, con su comportamiento específico como tales donantes a lo largo del tiempo, con el fin de saber si puede ser predicho por algunas de aquéllas.

El método utilizado, en esencia, consiste en un estudio transversal y un estudio de cohorte.

El primero, se llevó a efecto en el año 1987 y con él se investigó a donantes y no donantes. A partir de ese año y hasta 1994, se realizó el seguimiento de una cohorte formada exclusivamente por donantes.

1.1. Historia de la transfusión y de la donación de sangre

1.1.1. La sangre como símbolo

La sangre no es un objeto cualquiera. Nos remite a valores religiosos, simbólicos y culturales hondamente enraizados en el imaginario colectivo. Y esta representación simbólica impide con frecuencia que pueda ser considerada desde un punto de vista neutro (algunos escándalos recientes en los medios de comunicación lo demuestran), dificultando que sea objeto de explicación racional y científica. A lo largo de la historia del hombre ha sido considerada como un fluido vital, de caracteres mágicos, asociado a los acontecimientos más importantes de la vida del ser humano, tales como el matrimonio, el nacimiento y la muerte; por el contrario, su pérdida se ha considerado unida a la desgracia, a la enfermedad y a la tragedia.

Forma parte, como veremos más adelante, de los valores simbólicos de la mayoría de las religiones y ha servido desde siempre para caracterizar ciertos conceptos de raza y de familia. Se le han atribuido valores tales como la fuerza, el vigor, la nobleza, la pureza y la fertilidad. Igual inspira temor que se le asigna la capacidad de obrar milagros y, en suma, está presente en las creencias más profundas en relación con la vida y la muerte.

Es fácil suponer de dónde puedan provenir los mitos sobre la sangre si se imagina a un antiguo guerrero que la pierde por una herida y poco después muere: atribuir la muerte a que *"la vida se le fue con la sangre"* parece inmediato. Todavía hoy puede oírse la expresión "irse la vida" por una herida que sangra.

Son muchas las referencias históricas que apoyan la idea de la sangre como símbolo mágico (Titmus, 1970).

- Son particularmente abundantes en la Biblia: El Deuteronomio (s. VIII a.C.) dice en "Previsiones sobre los sacrificios" (XII,23): *"Guárdate sólo de comer la sangre, porque la sangre es la vida, y no debes comer la vida con la carne"*; y en el Nuevo Testamento las referencias a la sangre *"que es entregada por vosotros"*, son numerosas.

- También el Corán prohíbe "comer sangre" y, aún hoy, muchos árabes consideran que pueden morir si donan sangre.

- Los antiguos egipcios se bañaban en sangre para renovar sus poderes.

- Ovidio describió cómo Aeson recobró su juventud tras beber la sangre de su hijo Jason.

- Los romanos bebían la sangre de los gladiadores muertos para imbuirse de su valor.

- En la Edad Media se consideraba que beber la sangre de otra persona, tenía efectos tónicos y rejuvenecedores y era capaz de vencer diversas enfermedades.

- Los Aztecas —y, en menor grado, los Mayas— usaban con frecuencia los sacrificios con derramamiento de sangre para alimentar a los dioses.

- En muchas culturas, la sangre de los animales cazados ha merecido un respeto particular por parte del cazador.

- Algunas tribus australianas, más recientemente, daban a beber la sangre de los jóvenes a los viejos enfermos.

- En Sudamérica se ha utilizado la venisección como el más popular de los métodos para "echar fuera" un mal espíritu.

- Las ceremonias de "hermanos de sangre" todavía son usadas en muchos países como ritos de reconciliación, y "pagar con sangre" forma parte de numerosas convenciones en algunas sociedades actuales.
- La polémica de la "sangre sifilítica" durante el último tercio del siglo XIX y su relación con el descubrimiento de la reacción de Wasserman (Fleck, 1986).
- En tiempos aún recientes, Hitler fundamentó su delirante división racial en la "pureza de la sangre aria", que ahora vemos reproducida —para otra sangre— en la ex-Yugoslavia.
- La lengua española está llena de expresiones metafóricas que ligan la sangre a la vida, a las características personales, a la raza, a la familia y a la muerte: "sangre azul", "sangre fría", "sangre gorda", "sangre de horchata", "mala sangre", "pura sangre", "sangre caliente", "a sangre y fuego", "bullir la sangre", "chupar la sangre", "correr la sangre", "dar la sangre por algo o alguien", "encender la sangre" y "limpieza de sangre", son algunas de ellas (Moliner, 1988).

Mucho más recientemente, un trabajo realizado por la Cruz Roja Francesa en 1964 (citado por Boe, 1981), mostró que todavía la sangre era vista como elemento capaz de transportar características morales y peligrosas, como un combustible corporal y como un agente sobrenatural. Para mucha gente era la expresión misma del individuo, al que se identificaba con su sangre. También existía el miedo de que la sangre pudiera transmitir algunas de las características de la persona o de que su pérdida pudiera suponer la ruptura del equilibrio y la armonía del cuerpo.

En la actualidad, la sangre y sus derivados no han perdido entre nosotros algunos de sus componentes mágicos y se puede afirmar que todavía gozan, dentro del campo terapéutico, de un lugar privilegiado entre los placebos de efecto reanimador indemostrable, evidenciando que los médicos no son ajenos a esa carga simbólica y que, deseando "la máxima ayuda" para su paciente, recurren a veces, de modo poco científico, al primitivo lugar común de transferirle "fluidos vitales" (Myhre, 1976). Sólo así podrían explicarse las diferencias tan importantes de una nación a otra en el uso de determinados componentes sanguíneos.

1.1.2. La transfusión

El recurso a la sangre como remedio es ancestral. Ya se ha citado el empleo que de ella hicieron los pueblos antiguos, aunque hasta 1492 son escasas otras referencias históricas a la misma. Reseñamos, tomados fundamentalmente de Genetet y Mannoni (1980) y de Hagen (1982), los hitos más importantes de la historia de la transfusión:

- En 1492 el Papa Inocencio VIII recibió por vía oral la sangre de tres jóvenes sanos de su corte para recuperarle de su vejez y sus dolencias, con resultados nefastos para los cuatro.

- Entre 1505 y 1576, Hieronymus Dardanus, de Milán, y Magnus Pegelius, de Rastock, sugirieron que la transfusión entre seres humanos era posible.

- Andreas Libavius de Halles (1546-1616), describió en 1615 un método directo, utilizando tubos de plata para cateterizar las arterias, y defendió vigorosamente la transfusión.

- Pero es realmente con William Harvey (1578-1657) y su descripción de la circulación sanguínea en 1628, con quien comienza la historia de la transfusión fundamentada en observaciones rigurosas. Se avanza aún más cuando, en 1652, Francisco Potter describe la flebotomía y la vía intravenosa. Aplicando esta técnica, Sir Christopher Wren inyectó medicamentos mediante el uso de una especie de jeringa con una aguja hueca.

- La primera transfusión entre animales, llevada a cabo por Richard Lower (1631-1690), se realizó conectando mediante un tubo las yugulares de dos perros. Algo más tarde, en 1667, él mismo y Christopher Wren transfundieron sangre de un cordero a un muchacho "cuyo cerebro estaba demasiado caliente", con dudosos resultados sobre su "temperatura" cerebral aunque sin que le produjese mayores trastornos. Aún persistía la idea, que tenía sus orígenes en la cultura egipcia, de que la sangre contenía las cualidades de una persona. Además de las citadas antes por Titmuss en el Deuteronomio, la Biblia contiene otras referencias a la sangre basadas en ese supuesto ("*La vida de la carne es la sangre*". Levítico, 17:11; Génesis, 9:4). En cualquier caso, la principal función de la sangre era desconocida.

- En junio de 1667, el francés Jean Baptiste Denis transfundió sangre de un cordero a un joven de 15 años que había sido sometido a veinte sangrías sucesivas con el fin de sanarlo de una fiebre que le aquejaba desde hacía unos meses. Bien fuese por la transfusión o por la detención de las sangrías, el hecho es que el joven "*se sintió mejor*". Denis siguió con sus experimentos, hasta que uno de su pacientes murió. Fue acusado por la justicia y, como consecuencia, las transfusiones fueron prohibidas en Francia y, poco después, también en Inglaterra e Italia.

- Hasta 1818, el procedimiento apenas volvió a llevarse a cabo. En ese año, James Blundell, un obstetra del Guy's Hospital de Londres, comenzó a experimentar en el uso de

unas jeringas que servían para infundir la sangre entre animales. En 1824 describió las primeras transfusiones de sangre homóloga, precisamente a parturientas con hemorragias. Algunas salvaron la vida gracias al procedimiento. Blundell tuvo ya la sospecha de que la transfusión de sangre entre diferentes especies no era posible.

- Poco después se abandonó definitivamente la transfusión con sangre de animales. Landois describió 347 transfusiones con sangre humana y la aglutinación que se producía cuando ésta se mezclaba con sangre de animales.

- Se produjo un avance considerable en 1852 cuando Justus von Liebig planteó la hipótesis de que los glóbulos rojos pueden tener un compuesto de hierro que se combinaría con el oxígeno o con el dióxido de carbono de manera reversible.

- En 1899, S.C. Shattock describió la aglutinación de eritrocitos de un individuo por el suero de otro, pero interpretó este hecho de manera incorrecta atribuyéndolo a circunstancias patológicas.

- En 1900 nació la transfusión moderna: en ese año, el austriaco Karl Landsteiner descubrió que el suero de algunos sujetos podía aglutinar a los hematíes de otros. Describió tres grupos: A, B y C, y este descubrimiento inició la era de la transfusión actual. En palabras de Maluf (1954), este hallazgo "*supuso para la transfusión lo que la demostración por Robert Koch de la causa bacteriana de la infección de las heridas supuso para la cirugía*". El grupo AB fue descrito por De Castello y Sturli en 1902.

- Landsteiner revisó en 1927 su clasificación inicial y definió los grupos A, B, AB y O. En 1930, Landsteiner recibió el Premio Nobel por el conjunto de sus trabajos en inmunología y por su descripción de los grupos sanguíneos.

- Posteriormente, los conocimientos inmunológicos de la transfusión aumentaron con los trabajos de Hektoen, Schultz (en 1910) y Otteberg (en 1911) y, más tarde, con los de Wiener sobre el sistema Rh (en 1940) junto con los de Levine, Mourant, Race y del propio Landsteiner.

Desde entonces, los hitos esenciales de la transfusión, casi tal como la conocemos en la actualidad, han sido el uso del citrato de sodio como anticoagulante, que ha posibilitado la conservación de la sangre (en 1914); la introducción de las soluciones conservantes (desde la dextrosa al SAG-Manitol), y el paso desde los recipientes de vidrio a los de plástico.

La separación de la sangre completa en diferentes componentes celulares —hematíes, plaquetas— y los hallazgos de Cohn a partir de 1940 sobre el fraccionamiento del plasma,

permitiendo obtener diferentes grupos de proteínas con indicaciones terapéuticas distintas, culminaron lo esencial de esta disciplina, que hoy, quizás con cierta imprecisión, se está dando en llamar medicina transfusional.

1.1.3. La donación

En cuanto a la donación de sangre, no en todos los países ha sufrido la misma evolución. Los primeros donantes procedían de la familia o del entorno del enfermo, pero la necesidad de la transfusión durante la 2ª Guerra Mundial, unida a la mayor seguridad que dio el descubrimiento de los grupos sanguíneos y del Rh junto con el de las soluciones conservantes, hicieron preciso plantearse el recurso a otras fuentes distintas a los familiares para satisfacer las grandes demandas de productos sanguíneos.

Algunos países, como Francia, comenzaron durante esa contienda a extender la idea de la donación como un "deber social" que afectaba a todos, y a crear una organización nacional dedicada a la misma, con lo que iniciaron lo que podríamos denominar un "sistema de donación altruista puro". Intentos similares ocurrieron en Holanda, Suiza e Inglaterra. Sin embargo, paralelamente se generó otro sistema diferente en muchos otros países, por desgracia en mayoría: la donación retribuida a partir de personas cuya única motivación era el lucro económico. Este sistema, por lo común coexistiendo con la donación de familiares allegados, ha sido casi exclusivo hasta hace menos de 20 años en países como Estados Unidos o España y aún sigue en vigor en numerosas naciones en vías de desarrollo. Los importantes problemas ligados a la donación retribuida han hecho que ésta haya ido progresivamente desapareciendo de Europa (aunque todavía no del todo), pero en Estados Unidos se acepta la donación retribuida de plasma y en muchos países no desarrollados es el único sistema disponible para todo tipo de componentes.

Es cierto que la donación que procede exclusivamente de donantes altruistas todavía no ha conseguido resolver el problema de la autosuficiencia mundial en hemoderivados (y es difícil decir hasta qué punto contribuye a ello la propia coexistencia con el sistema de donación retribuida), pero nadie discute al menos estas tres características de la donación retribuida:

1. Sanitariamente es poco aceptable. El porcentaje de enfermedades transmisibles es muy superior al de la donación altruista y ello es imposible de eliminar por completo pese a cualquier control pre o postdonación.

2. Hace depender un sector terapéutico vital de un mercado irregular y poco controlable.

3. La relación costo/calidad es mucho más alta que en la donación voluntaria.

Todo ello sin entrar en consideraciones éticas que, aunque evidentes para nosotros, pueden ser sin duda discutibles cuando el análisis se hace sólo desde la óptica del mercado y de los beneficios. Lo cierto es que una inmensa mayoría de países aceptan hoy la necesidad de eliminar la donación retribuida y han intentado con mayor o menor éxito difundir entre la sociedad la idea de la donación altruista.

Es curioso constatar que, por lo común, existe una clara relación entre la calidad de los servicios de salud y el sistema transfusional de un país. Así lo reconoce la Liga de Sociedades de la Cruz Roja (1988):

"Es cierto, en general, que el grado de desarrollo económico se refleja en la calidad de los servicios de salud y que a su vez el estado de los servicios de salud corresponde al sistema de apoyo sanitario, del que forma parte la transfusión de sangre".

Los sistemas transfusionales pueden ser de diferentes tipos, según quien se ocupe de su organización y mantenimiento:

1. *Gubernamentales.* En ellos el sistema de donación y transfusión está organizado por las instituciones gubernamentales, como otro servicio de salud más. Es el caso del Reino Unido, Noruega, Francia y muchas regiones españolas.

2. *Dependientes de las Sociedades de la Cruz Roja.* La Cruz Roja posee un "Programa de Sangre" que es uno de los más importantes de esta organización en el campo de la salud. Canadá, los Países Bajos, Suiza, Australia y Japón se encuentran entre los países de este grupo.

3. *Dependientes de las propias Asociaciones de Donantes de Sangre,* a las que se encarga el suministro de sangre al sistema sanitario ofreciéndoles las ayudas precisas. Es el caso de Italia y, parcialmente, el de España.

Muchas naciones poseen sistemas mixtos en que el Ministerio de Sanidad u otras instituciones gubernamentales comparten con la Cruz Roja Nacional y, en algunos casos, con asociaciones sin ánimo de lucro, la organización de la red nacional de donación de sangre.

En España, las primeras iniciativas en relación con la estructuración de una red nacional de Bancos de Sangre aparecen en 1942 con la creación del Instituto Nacional de Hematología y Hemoterapia (Ministerio de la Gobernación, 1942), cuya misión (nunca

ejercida) fue la de planificar a escala nacional la organización transfusional y la promoción de la donación de sangre. Pero nuestro país no se incorporó hasta bien avanzada la década de los años 70 al conjunto de países europeos en los que la donación de sangre constituía una preocupación política y social de primer orden. Cabe incluso decir que esta incorporación, en el sentido mencionado, no se ha producido realmente hasta 1985 (con la publicación de R.D. 1945/85) y que aún hoy sus resultados son balbuceantes y desiguales (Gelabert y Castillo, 1984; Fernández Montoya, 1995)

Cerca de treinta años de diferencia — desde la finalización de la Segunda Guerra Mundial hasta 1971 — separan a España de los de su entorno en este campo. En 1971, con la creación de las Hermandades de Donantes de Sangre, se pretendió dar el primer paso para acabar con la donación retribuida, que, sin embargo, persistió para la sangre total hasta algunos años después y hasta principios de la actual década para la plasmaféresis.

Hasta la aparición de las normas fundamentales que enmarcan hoy nuestra actividad, tanto en el plano nacional como en el autonómico, la legislación promulgada en España ha evolucionado de forma lenta e insuficiente.

Desde que en 1942 se creara el Instituto Nacional de Hematología y Hemoterapia, la historia de la transfusión española ha sufrido una evolución cuyos hitos legales fundamentales han sido los siguientes:

1965. Decreto de 28 de Octubre del Ministerio de la Gobernación, sobre extracción de sangre.
1975. Decreto de 26 de Julio del Ministerio de la Gobernación, sobre regulación de la Hemodonación y los Bancos de Sangre.
1977. Real Decreto de 30 de diciembre sobre competencias de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y composición de las Comisiones Nacionales y Provinciales de Hemoterapia.
1982. Orden de 25 de mayo del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya, de creación del Programa Sectorial de Promoción de la Transfusión Sanguínea de Cataluña.
1984. Orden de 27 de julio de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, por la que se crea el Programa Sectorial de Hemoterapia.

1985. R. D. 1945/85 de 9 de octubre, por el que se regula la hemodonación y los Bancos de Sangre.

Decreto de 28 de octubre del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se crea el Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana.

Orden de 4 de diciembre del Ministerio de Sanidad y Consumo, de desarrollo del Real Decreto de 9 de octubre, por la que se reguía la hemodonación y los Bancos de Sangre, determinando con carácter general requisitos técnicos y condiciones mínimas en la materia.

1986. Orden de 6 de junio de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía por la que se regula la Red Transfusional de ésta.

Poco después se dictaron normas en otras Comunidades Autónomas (Manzanera y Santos, 1986) que, en la mayoría de los casos, tienen un contenido común a las de ámbito nacional.

1993. Real Decreto 1854/1993, de 22 de octubre, por el que se determinan con carácter general los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y bancos de sangre.

El más somero análisis del conjunto de las normas estatales anteriores al Real Decreto de 1985, demuestra dos cosas: primera, la escasa preocupación de las autoridades sanitarias por esta cuestión y, segunda, la deficiente base técnica que las inspiró. Ambas conclusiones pueden ser contrastadas comparando nuestra legislación con la de nuestro entorno europeo: ni en cantidad ni en contenidos nos acercábamos —ni nos acercamos aún—, por ejemplo, al sistema francés o al británico.

El Gobierno español aprobó en Consejo de Ministros del día 9 de octubre de 1985 el R. D. 1945/85 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985), por el que se regulaba la hemodonación y los Bancos de Sangre. Esta norma, que derogaba el Decreto 1574/1975 de 26 de junio, dio cuerpo legal al llamado *Plan Nacional de Hemoterapia*, cuyo objetivos, según se reseña en una publicación posterior (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990), son los siguientes:

- La autosuficiencia nacional en sangre y hemoderivados en base a la donación altruista.
- La protección de los derechos de los donantes y receptores.
- La correcta utilización de la sangre y hemoderivados.

Para conseguirlos, este Real Decreto regula los siguientes aspectos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986):

1. Define la sangre como un bien público, cuyo suministro debe ser garantizado por el Estado.
2. Configura a la donación de sangre y sus componente como un acto voluntario y altruista, eliminando la donación retribuida.
3. Crea una Red Nacional de Bancos de Sangre de carácter público, asentada bajo unos principios de suficiencia autonómica (Centros Comunitarios).
4. Establece como objetivo prioritario fomentar la donación de sangre para alcanzar la autosuficiencia en hemoderivados.

Por su parte, la Comunidad Autónoma Andaluza contaba hasta 1983 con 38 Bancos de Sangre hospitalarios, de los cuales 26 (68'5%) pertenecían al Sector Público y extraían más del 90% de toda la sangre donada en nuestra Comunidad. De ellos, solamente 2 (5'3%) superaban las 10.000 donaciones y la mayor parte no llegaron a extraer ese año 5.000 unidades de sangre (Junta de Andalucía, 1984).

En 1984 y con la finalidad de alcanzar la autosuficiencia en sangre y hemoderivados en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Consejería de Salud creó el *Programa Sectorial de Hemoterapia* tras constatar el evidente atraso que este sector presentaba en la estructura asistencial sanitaria.

En este marco de referencia, el Programa definía como objetivos generales los siguientes (García Rotllán, 1986):

1. *Coordinar todos los recursos a través de una red transfusional unificada, que garantice la actuación coordinada a nivel regional y autonómico de los distintos Centros de Transfusión.*
2. *Incrementar la donación altruista de sangre y sus fracciones hasta niveles que permitan alcanzar la autosuficiencia.*
3. *Establecer una estrategia específica tendente a la obtención de hemoderivados plasmáticos.*
4. *Establecer unas pautas unificadas en cuanto a criterios transfusionales, controles de calidad, intercambios, etc.*
5. *Proceder a una independización progresiva de la red, con objeto de aumentar la eficacia funcional y de gestión de los Centros de Transfusión.*

El Programa dividió el territorio de la Comunidad Autónoma en *cinco regiones hemoterápicas*, coincidiendo con las regiones hospitalarias previamente definidas por la Consejería de Salud:

- Granada-Almería
- Málaga
- Sevilla-Huelva
- Córdoba-Jaén
- Cádiz

Cada una de estas regiones abarca un contingente poblacional que oscila entre 1 y 2 millones de habitantes. En la cabecera de cada una de ellas se implantó un *Centro Regional* con competencias sobre toda la región, fuera ésta uni o biprovincial. En las regiones biprovinciales se previó la creación de un *Centro de Area* con competencias funcionales coordinadas por el Centro Regional correspondiente, que no están todavía del todo desarrollados. Por último, los Bancos de Sangre hospitalarios se transformaron en *Depósitos*, definiéndose éstos como las unidades de consumo del sistema.

Este concepto de regionalización en los Bancos de Sangre está ampliamente extendido y afianzado desde hace varias décadas en los países más importantes de nuestro entorno.

Las siguientes podrían ser consideradas como sus ventajas fundamentales sobre un sistema exclusivamente sostenido por los Bancos de Sangre hospitalarios:

1. Permite la concentración de recursos materiales y humanos frente a la dispersión de una multitud de pequeños Bancos diseminados e insuficientemente dotados.
2. Posibilita, en consecuencia, incorporar los más avanzados procedimientos tecnológicos, de otro modo inasequibles por su costo elevado.
3. Permite unir dos elementos de otra forma dispersos: la promoción de la donación y la planificación de las necesidades.
4. Posibilita la redistribución de unidades, minimizando las caducidades y las carencias.
5. Establece una unidad de controles y de criterios técnicos.
6. Crea un nexo de unión entre todos los elementos del sistema, configurando una verdadera red, en yuxtaposición a una simple suma de elementos dispersos.

7. Permite crear un registro único de donantes.

8. Supera el ámbito exclusivamente hospitalario de los Bancos, orientando su actividad a las necesidades totales de la población.

En cuanto a las funciones de estos Centros, a tenor de lo dispuesto en la Orden de 6 de junio de 1986 de la Consejería de Salud y Consumo, se les atribuyen las siguientes:

a) Promover y coordinar la propaganda destinada a suscitar la donación voluntaria de sangre y sus fracciones en el ámbito de la región en que se ubican.

b) Planificar y efectuar las extracciones de sangre dentro de su ámbito regional, en coordinación con los demás Centros de Transfusión del mismo.

c) Mantener un registro permanente de los donantes y de todos los aspectos administrativos relacionados con la actividad del Centro.

d) Asegurar el control médico de los donantes.

e) Proveerse de depósitos de sangre y sus derivados, realizar su analítica y procesamiento y asegurar el correcto almacenamiento de los mismos.

f) Atender las demandas de sangre y sus productos derivados que sean formuladas por los establecimientos sanitarios y usuarios de su ámbito, asegurando un servicio permanente a los mismos.

g) Preparar los productos, reactivos y derivados sanguíneos para los que sean autorizados.

h) Promover la mejora de las técnicas transfusionales y de los métodos de preparación, conservación y uso de la sangre y sus derivados, en coordinación con el Consejo General de Transfusión Sanguínea y dar a conocer estas técnicas y métodos a los servicios facultativos usuarios de su ámbito.

i) Asegurar el control y supervisión de las técnicas y materiales empleados, así como las actividades realizadas en los centros de titularidad pública o privados concertados en su ámbito regional.

j) Realizar las tareas de docencia e investigación en el campo de la transfusión sanguínea con arreglo a las directrices que emanen del CRTS.

1.1.4. Donación de sangre y transfusión en Granada

Pueden identificarse dos períodos bien definidos en la historia local de la donación de sangre, separados por la creación del Centro Regional de Transfusión Sanguínea (CRTS) en 1986.

En Granada y provincia existían hasta 1986 (antes del comienzo de la actividad del CRTS) tres Bancos de Sangre autorizados, tantos como hospitales públicos. De entre ellos, los dos vinculados a los hospitales gestionados por la Seguridad Social coordinaban sus actividades de captación mediante la Hermandad de Donantes de Sangre, y el tercero, dependiente de la Diputación Provincial, se abastecía de manera autónoma. Como sucede con todos los Bancos de Sangre hospitalarios españoles, su objetivo primordial era satisfacer la demanda del hospital en el que se ubicaban, sobre todo de dos de los elementos formes de la sangre: hematíes y plaquetas; el plasma ocupaba un segundo lugar, casi residual, destinado al consumo interno bajo la forma de plasma completo (fresco o congelado) y, en una pequeña proporción, de crioprecipitados.

En la gráfica 1 se representa la evolución que experimentó el número de donaciones desde 1976 hasta finales de 1985, en la que puede observarse una tendencia a la disminución en la tasa de incremento anual en los últimos años, prácticamente inexistente en 1984 (+ 0,67%) y una recuperación discreta en 1985. Ni en ese momento se satisfacían las necesidades del más básico de los productos, los hematíes, sino muy al contrario, ni esa tendencia plana apuntaba a que la situación fuese a cambiar en el futuro.

Hasta 1985 la actividad de promoción de la donación y planificación de extracciones en equipos móviles se efectuaba por el personal de la Hermandad de Donantes de Sangre de la Seguridad Social, que mantenía dos puntos de atención a donantes en los dos mayores hospitales, aunque los equipos de extracción eran independientes y estaban constituidos por el personal de los Servicios de Hematología.

El Centro Regional de Transfusión Sanguínea (CRTS) de Granada fue oficialmente inaugurado el 11 de julio de 1986, aunque su actividad plena no dio comienzo hasta el 1 de octubre de ese año.

Desde el 1 de noviembre todas las extracciones pasaron a ser efectuadas por los equipos del CRTS.

La creación del CRTS en julio de 1986, supuso la centralización de todas las actividades que antes desarrollaban los bancos de sangre. Lo más importante fue la adopción de una serie de medidas destinadas a elevar el número de donaciones,

comenzando por la creación de una unidad con la misión de dirigir el marketing (o promoción) para toda la provincia y de otra unidad —ligada a la primera— de planificación de las colectas de sangre.

La atención al donante de sangre pasó de ser una tarea más del ocupado personal hospitalario a ser la actividad más importante del nuevo Centro. De visitante apenas distinguible de los enfermos que acuden a un hospital, el donante se transformó en *el cliente* más importante.

Se inició una política de expansión de la donación, se aumentaron las colectas en equipos móviles y se comenzaron un conjunto de actividades destinadas a mejorar la imagen del donante y de la donación: presencia habitual en todos los medios de comunicación (prensa, radio, vídeos comunitarios), charlas, visitas al CRTS de grupos escolares y estudiantes, presencia en fiestas escolares, edición de una revista trimestral que se distribuye a todos los donantes ("*DONANTES*"), etc.

Los buenos resultados han supuesto que el número de donaciones se haya multiplicado por más de 2 desde 1985 hasta 1994 (gráfica 1) y que el índice actual de 42.3 donaciones por mil habitantes y año sea el más alto de Andalucía y uno de los más altos de todas las provincias españolas.

1.2. Actitudes y conducta en donantes y no donantes de sangre. Importancia del tema

La importancia de conocer las actitudes frente a la donación de sangre en donantes y no donantes y la relación de éstas con la conducta en los primeros, tiene, en nuestra opinión, dos utilidades al menos:

1º. Ayudar a conocer mejor a unos y otros, facilitando en consecuencia el trabajo de captación de nuevos donantes y el de retención de los donantes ya existentes. Podríamos llamar a esta utilidad *perspectiva de mercado*.

2º. Contribuir a conocer mejor, de forma general, la relación entre actitudes y conducta, utilizando el fenómeno de la donación de sangre como modelo. A este enfoque podríamos llamarlo *perspectiva psicosocial*.

En España se ha tenido siempre un conocimiento pobre del fenómeno de la donación de sangre, derivado de la falta de implicación en el mismo de los profesionales de este campo. La ya citada creación de las asociaciones de personal voluntario conocidas como Hermandades de Donantes en 1974, en las que el sistema sanitario depositó la responsabilidad de la gestión de una parte de este sector terapéutico, tuvo como

consecuencia que todo el sistema sufriese durante más de una década de falta de profesionalismo. Mientras que en todos los países europeos —con la excepción de Italia y Portugal— habían ya nacido estructuras (los Bancos de Sangre o los Centros de Transfusión, según el caso) en que se aunaba la captación de los donantes con el procesamiento de la sangre donada y su suministro a los hospitales, en España se creó un sistema dual que ha proporcionado resultados deficientes, que todavía persisten. Por un lado, la Hermandades de Donantes se ocupaban, con más o menos acierto, de "conseguir" los donantes; por otro, los Bancos de Sangre realizaban el resto del proceso al que, para convenir un lenguaje, podría llamarse *médico*. Puesto que cada una de estas dos estructuras era autónoma, la consecuencia fue que los responsables del tratamiento de los enfermos —los profesionales del Banco de Sangre— dependían para ejercer su trabajo de la disponibilidad de un recurso sobre cuya consecución no tenían ningún control.

En el mejor de los casos, el desajuste entre oferta y demanda era la norma. En la práctica, además, las carencias han sido y son aún una dolorosa realidad en muchas zonas del país. Todavía en 1991, España ocupaba el penúltimo lugar de la Unión Europea (sólo por encima de Portugal) en número de donaciones de sangre por habitante (Aken, van, 1994).

Aunque esta cuestión podría ser objeto en sí misma de otra investigación (analizar por qué esa situación se ha prolongado tanto tiempo, por qué las reformas que se han introducido en el sector son tan tímidas, cuál ha sido el papel que han jugado los diferentes actores —profesionales, gestores políticos y Hermandades de Donantes—, cómo ha influido en todo ello la industria farmacéutica, etc.), al objeto del trabajo presente sólo interesa tener en cuenta en qué medida este estado de cosas ha afectado al conocimiento científico de la donación de sangre y, en consecuencia, al grado de rigor con que se han enfocado las estrategias de promoción de la donación de sangre.

En general, la promoción de un producto que se vende es compleja, y aún lo es más la de un bien difícil de concretar que proporciona beneficios intangibles al que lo "adquiere". ¿Qué se compra cuando se dona sangre? O, dicho de otro modo, ¿qué venden los Bancos de Sangre? Por extrañas que puedan parecer estas preguntas, sin embargo no sólo tienen respuesta sino que su respuesta es razonable y plausible, de forma que, si ésta se conoce y se tiene en cuenta de manera adecuada, posibilita esa "venta": es decir, hace posible la donación de sangre en la cantidad y con el flujo requeridos.

Diversos trabajos han insistido en la necesidad de abordar la captación de los donantes de desde la perspectiva del marketing, tanto en el caso de los donantes de sangre

(Rodríguez Villanueva, 1994; Knight, 1983), como de otro tipo de donantes, por ejemplo los que ayudan económicamente a determinadas obras sociales (Schelegelmilch, 1986). Esta perspectiva considera que en todo análisis de un posible mercado existen cuatro componentes que constituyen lo que en inglés se conoce como "marketing-mix": producto, precio, distribución y promoción.

La aproximación al problema de la donación desde el punto de vista del marketing es diferente que desde el de la mera publicidad (que es la práctica más corriente). Supone integrar todos los componentes de la estrategia para dirigirlos a una diana del mercado.

Según este enfoque, cada uno de los cuatro elementos de este conjunto quedaría definido así:

1. El *producto o servicio ofrecido* al donante por la organización responsable del reclutamiento es la satisfacción (sentimientos de autoestima, del deber cumplido, de ser solidario) que éste recibe por el hecho de donar sangre. De manera secundaria, pueden incluirse en él otras gratificaciones como la de recibir un trato personalizado por parte del personal que le atiende, o los sentimientos de pertenencia a un grupo que es frecuentemente percibido como especial por los propios donantes.

2. El *precio* está representado por el conjunto de incomodidades que el hecho de donar supone: miedos, dolor, tiempo invertido, necesidad de trasladarse hasta el lugar de la donación.

3. La *distribución* depende de la localización del centro o banco de sangre y de todos los puntos --fijos o móviles-- en donde puedan realizarse las donaciones de sangre. El conjunto de estos lugares constituiría la red de distribución del servicio.

4. Por último, la *promoción* agrupa todos los recursos publicitarios y de relaciones públicas utilizados para dar a conocer la donación de sangre, así como la difusión realizada por los profesionales de los servicios de donación de sangre o por otros colaboradores cualesquiera que ejercerían, en estos términos de marketing, el papel de "agentes de ventas".

Una estrategia global de marketing aplicada a la donación de sangre es mucho más que una simple campaña de anuncios, una serie de charlas o unos carteles más o menos ingeniosos. Esta visión simplista está, sin embargo, muy arraigada en España, desde las propias administraciones sanitarias, a las asociaciones de donantes y a los mismos medios de comunicación.

Parece obvio que esta estrategia debe, en primer lugar, mejorar la calidad del *servicio ofrecido*, lo que pasa por crear estructuras adecuadas, con personal amable, bien entrenado y específicamente dedicado a la atención de los donantes que contribuya a potenciar los sentimientos a los que aludíamos a propósito del producto.

En segundo lugar, deberá disminuirse su *precio* (aunque no deba nunca bajar de un cierto umbral). A esta disminución contribuye la información, la creación de ambientes relajados, el acortamiento de los tiempos de espera y, en lo posible, el de las distancias físicas entre el donante y el servicio.

En cuanto a la *distribución*, cuanto más amplia sea la red más se acercará la oferta al posible donante. Ello supone multiplicar el número de colectas en equipos móviles tanto como sea posible, con el único límite de mantener unos costos razonables. Es, probablemente, uno de los factores más importantes y el más olvidado en todos los servicios deficientemente organizados.

Las posibilidades de los procedimientos de *promoción* sobrepasan el marco de este trabajo y tampoco tienen otros límites que los del costo/eficacia. Haremos más adelante mención indirecta a algunos de ellos.

Saber quiénes y cómo son las personas a las que dirigimos todos estos esfuerzos es esencial para obtener éxito. Es lo que podría denominarse "conocimiento del mercado", lo que supone saber:

- Quién es el donante de sangre: cuál es su perfil demográfico y socioeconómico.
- Qué piensan los donantes de sangre sobre la donación, cómo ven a los servicios de transfusión y a otras instituciones relacionadas con ellos, cuáles son los factores que más les motivan y cuáles los que les desmotivan.
- Cómo son los donantes que más donan.
- Quién es el no donante: cuál es su perfil.
- Qué piensan los no donantes sobre los mismos apartados anteriores.

De forma grosera, estos trazos que hemos esbozado son las mismas líneas de trabajo que se propone cualquier distribuidor de un producto determinado antes de empezar a venderlo. De manera empírica, muchos profesionales de los bancos de sangre conocen algunas respuestas a las preguntas anteriores, aunque éstas unas veces son meros lugares comunes y otras son extrapolaciones de investigaciones realizadas en otros países, porque los estudios nacionales son sólo descriptivos y muy escasos (Fernández Montoya, 1986).

Desde una *perspectiva psicosocial*, la donación de sangre constituye, además, un marco en el que estudiar las teorías que pretenden explicar la conducta humana. Pero lo cierto es que muchos de los estudios que se han realizado sobre las actitudes y motivaciones de los donantes de sangre y de los no donantes están ya obsoletos porque se realizaron en períodos en que la donación retribuida estaba permitida.

Esta *necesidad de actualización de la investigación* afecta a la mayoría de los países. Por ejemplo, cabe citar el caso de los Estados Unidos: hasta que el Plan Nacional de Sangre de 1975 suprimió por completo cualquier tipo de retribución (con la excepción de la plasmaféresis), la donación de este género era la norma, y es obvio que la motivación no puede ser la misma con o sin retribución; incluso considerando la posibilidad de un sistema mixto —como ha existido durante mucho tiempo en algunos países— los estudios sobre esta cuestión pueden tener sesgos importantes. Así pues, buena parte de las investigaciones publicadas en este campo hasta 1977 no pueden considerarse aplicables en la actualidad (Piliavin, 1990).

La aparición del SIDA, por otra parte, ha conllevado un cambio importante en el modo de entender la donación y la transfusión de sangre.

También hay cambios importantes en cuanto a la transfusión: los miedos de los pacientes, por un lado, y la cautela de los médicos, de otro, están haciendo que cambien las pautas de empleo y sus indicaciones; se está produciendo un aumento considerable de la autotransfusión y una disminución de la transfusión autóloga (Forbes y Laurie, 1992; Heaton, 1994)

Y en cuanto a la donación en sí, esta enfermedad (el SIDA) ha hecho, en primer lugar, que la selección de los donantes sea más rigurosa y, en consecuencia, que el número potencial de donantes decrezca, y, en segundo lugar, que las secuelas de miedos infundados que ha generado entre los propios donantes —sobre todo en los primeros años que siguieron a su descubrimiento—, les hayan hecho temer ser contagiados durante el proceso de la donación. Una encuesta reciente, publicada en febrero de 1995, que ha sido realizada por la Comisión Europea entre 13.000 ciudadanos de la Unión Europea (1.000 de ellos españoles), ha mostrado que un 28% de todos los encuestados tienen ahora *"más miedo que antes a donar sangre como consecuencia del SIDA"* y este porcentaje se eleva al 41% entre los españoles, que presentan la mayor proporción de toda la UE con la excepción de Portugal en este miedo (INRA, 1995). Lo analizaremos más tarde de manera detallada.

Otros cambios se podrían deber, aunque ésta es una hipótesis no demostrada, a la impregnación social progresiva por los mensajes sobre la donación de sangre ocurrida desde que las investigaciones más clásicas se llevaron a cabo. Esta impregnación podría haber hecho cambiar muchas de las actitudes, motivaciones y creencias en relación con la donación de sangre.

La década de 1965 a 1975 fue un período, que podría llamarse "de comienzos", enmarcado por dos años que fueron relevantes en nuestro país, porque en ellos se promulgaron dos textos legales básicos en cuanto a la donación de sangre, el último de ellos prohibiendo la donación retribuida:

1965. Decreto de 28 de Octubre del Ministerio de la Gobernación, sobre extracción de sangre.

1975. Decreto de 26 de Julio del Ministerio de la Gobernación, sobre regulación de la Hemodonación y los Bancos de Sangre.

En esa década, los servicios de donación eran en general primitivos y todo lo que se refería a la donación de sangre tenía un cierto carácter "heroico" o, para decirlo de otro modo, excesivamente singular: en cierto modo era un hecho novedoso.

Doce años después (en 1987, año en que comenzó nuestro estudio) el asentamiento de esta conducta de ayuda en la cultura colectiva tenía que ser forzosamente mayor y, probablemente, las actitudes y motivaciones habrían cambiado con respecto a las hasta entonces conocidas. Esta misma hipótesis sería válida para cualquier otro momento: en 1994, año en que volvemos en este estudio a indagar sobre estas actitudes y motivaciones, o aún después.

En España sólo existe un estudio con suficiente entidad, realizado por encargo del Ministerio de Sanidad que, en esencia, era una descripción sociodemográfica de donantes y no donantes y de las actitudes de unos y otros frente a la donación, pero que no estudió la relación entre las actitudes y la conducta de los donantes ni se propuso estudiar factores que predijesen esta última (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

Así pues, tanto por la conveniencia de que estos estudios se actualicen permanentemente, como por la falta de investigaciones que pongan en relación las actitudes con la conducta en los donantes de sangre (de manera concreta en España, pero también fuera de ella), se justifica, en nuestra opinión, el interés de algunos de los objetivos que nos propusimos con este trabajo.

1.3. Conocimiento actual sobre los donantes

Revisando la literatura publicada hasta la actualidad, se puede observar que existen dos tipos de profesionales a los que ha interesado este tema: por un lado, a los de los bancos de sangre y, por otro, a los del campo de la Psicología Social y de la Sociología.

Sin embargo, el acercamiento que hacen unos y otros es diferente: en los primeros es fundamentalmente descriptivo: dicen cómo son los donantes o qué opinan los donantes (o los no donantes). Entre los segundos hay también —sobre todo en los trabajos más antiguos— los que se centran en la descripción (en este caso, además de demográfica, psicológica), pero se encuentran asimismo los que intentan explicar cómo se relacionan las opiniones, actitudes e intenciones de los donantes con su conducta como tales y cómo la donación de sangre puede ser estudiada a través de los modelos y teorías que tratan de explicar las conductas humanas en general. En consecuencia, estos últimos trabajos aportan mucho más que los descriptivos al entendimiento del fenómeno de la donación de sangre.

Resumimos a continuación los resultados más importantes de todas estas corrientes de estudio:

1.3.1. Características sociodemográficas

La mayoría de los trabajos sobre los donantes de sangre *describen* sus características sociodemográficas: edad, sexo, ocupación, raza, nivel cultural, status civil, o sus creencias políticas o religiosas, grupo sanguíneo, etc.. El primero que conocemos data de 1956 (Walsh y Clemens, 1956) y, desde entonces, han sido numerosos los publicados (Grace, 1957; Hantcheff, 1960; Korzekwa, 1960; Boe, 1966; Beal 1969; Rice Dpea, 1976; Bettinghaus y Milkovich, 1975; Staalleker, Stammeijer y Dudok de Wit 1980; Boe y Ponder, 1981; Uhlig, 1989; Hoffman Research Company, 1991; De-Zoysa, 1992). En 1977, Oswald (1977) realizó una revisión de todo lo publicado al respecto hasta entonces, que se constituyó en un punto de referencia posterior por las conclusiones que extrajo.

En España, el trabajo de mayor relieve, atendiendo al número de personas incluidas, es el realizado por el Ministerio de Sanidad en 1989 sobre 1.671 individuos de todo el Estado, al que ya se ha aludido (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989).

Edad

La mayoría de estos estudios encuentran una edad media en los donantes que se sitúa entre los 33 y los 38 años, con proporciones decrecientes hacia un extremo y otro de los límites permitidos (por lo común desde los 17-18 años hasta los 65).

Aunque muchos autores se pronuncian en la actualidad por extender el límite superior de la edad permitida para donar hasta los 70 años (Ala, 1986; Pindyck, Avorm y Kuriyan, 1987), todavía no ha sido admitido de forma general.

Nivel económico y nivel cultural

Desde que se eliminó la donación retribuida, es muy probable que se haya elevado el nivel socioeconómico medio de los donantes, puesto que ahora no son personas necesitadas económicamente quienes donan. Según un estudio citado por Piliavin (1990) realizado en USA en 1986, los donantes habituales estudiados tenían unos ingresos que eran, en promedio, un 30% más elevados que los de los no donantes y su nivel cultural era también más alto.

Hay trabajos que han encontrado que el nivel educativo de los donantes es superior al de la población general (Uhlig, 1989); otros investigadores, sin embargo, no han encontrado diferencias (Thompson, 1993).

Sexo

En la citada revisión de 1977, Oswalt encontró que la proporción de hombres estaba siempre por encima del 66%, pero debe tenerse en cuenta que en ese momento la donación predominante era retribuida y es muy probable que quepa adscribir al sexo los mismos cambios que hemos citado con ocasión de los niveles económico y cultural. A medida que éstos son más bajos, parece demostrarse que también las diferencias entre sexos se acentúan en el sentido apuntado, como lo demuestra un estudio reciente en Sri Lanka (De-Zoysa, 1992) en que los hombres representaban un 81% del total.

Pero esta distribución entre hombres y mujeres, en los países desarrollados, se ha ido igualando a medida que la promoción de la donación se ha hecho de carácter más comunitario (Piliavin, 1990), de modo que en la actualidad se corresponde con la de la población general (Stalleker, Stammelijer y Dudok de Wit, 1980; Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Granada, 1994) e, incluso, se ha documentado en algunas zonas una mayor proporción de mujeres (Uhlig, 1989).

Estado civil

La mayor parte de los estudios han concluido que los donantes son casados con mayor frecuencia que los no donantes (Boe, 1976).

Crítica de los estudios sociodemográficos

Se ha criticado que los hallazgos de todo este tipo de estudios parecen deberse más al modo en que organizan su trabajo los servicios de donación de sangre, a la manera en que programan las colectas y a la selección que realizan de los segmentos sociales a los que dirigen sus esfuerzos de promoción, que a verdaderas diferencias en la motivación de unos u otros. Piliavin (1990) lo explica diciendo que *"el personal de reclutamiento de donantes da por supuesto que los miembros de ciertos grupos responderán mejor que otros. Así, las diferencias demográficas entre donantes y no donantes pueden perpetuarse gracias a una predicción que por su propia naturaleza tiende a cumplirse"*.

1.3.2. Características psicológicas

Otra de las corrientes de investigación está centrada en describir el perfil "psicológico" de los donantes, resaltando en qué difiere del de los no donantes.

Los resultados no son consistentes. Los hay que encuentran en los donantes un conflicto entre un deseo intenso de auto-sacrificio y una fuerte necesidad de reconocimiento y prestigio. Para ellos, la donación de sangre aparece *"como una de las pocas formas legítimas disponibles en nuestra sociedad de resolver estos conflictos"* (Sievers, 1968)

Otros investigadores han descrito en los donantes rasgos de inteligencia alta, de baja autoestima, a veces con depresión encubierta, y de dificultades de relación con los demás (Szymanski *et al.*, 1978; Burnett, 1981 y 1982). Para otros, los donantes son *"caracterialmente más vigorosos y más originales en su pensamiento..., socialmente más activos en cuanto a su participación en ayuda y organizaciones voluntarias"* (Boe y Ponder, 1981). También se ha señalado que los donantes tienen menores rasgos de "maquiavelismo" que la población general (Cataldo, Cohen y Morganti, 1976). Otros estudios, sin embargo, no han hallado ninguna diferencia importante con los no donantes en cuanto a características psicológicas. Así, Mai y Beal (1967) encontraron que los donantes no son ni más ni menos neuróticos que los controles e, incluso, que los controles tienden más que los donantes a definirse a sí mismos como enfermos.

Este afán de asociar ciertos rasgos con la sangre, ha producido curiosos resultados, como los encontrados por Lester (1987), quien ha correlacionado, en un grupo de 17 naciones diferentes, la frecuencia de los grupos sanguíneos (A, B, O y AB) con sus tasas de violencia (suicidio y homicidio) y con ciertos índices de ansiedad, concluyendo que los pueblos con un porcentaje más bajo del tipo O y un mayor porcentaje del tipo AB son más

ansiosos, y que las tasas de suicidio y de ansiedad son menores en las naciones con mayor porcentaje del tipo O.

Este mismo autor ha señalado que en los individuos con grupos A y B predomina la introversión mientras que en los de grupos O y AB lo hace la extraversión (Lester y Gatto, 1987).

De todas estas investigaciones, muchas de las cuales deben ser críticamente leídas desde el punto de vista metodológico, coincidimos con Piliavin (1990) en que no se obtiene una imagen definida de la personalidad de los donantes.

1.4. La donación de sangre como conducta

1.4.1. Conceptos de actitud, creencias, motivaciones y conducta

El estudio de las actitudes ha constituido y sigue constituyendo el núcleo básico de la Psicología Social y, en consecuencia, son múltiples las definiciones que se han formulado sobre las mismas, si bien todas ellas coinciden en entenderlas como *una reacción, favorable o desfavorable, hacia alguien o hacia algo, que expresamos mediante creencias, sentimientos y/o conductas que estimamos adecuadas.*

La actitud puede ser definida como *"una suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios y distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico"; es "una idea cargada de emoción que predispone a un conjunto de acciones"* (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1984).

Las actitudes siempre son referentes, es decir, suelen referirse a sentimientos (positivos o negativos) acerca de o hacia algún objeto, persona, grupo o problemas sociales que sean relevantes para una sociedad determinada. Así pues, en nuestro campo, cabe esperar que las reacciones evaluadoras —favorables o desfavorables— expresadas mediante opiniones, sentimientos o disposición para la acción, definan de algún modo la actitud de la personas hacia la donación de sangre. Pero, por otro lado, la revisión de la literatura nos lleva a poner en cuestión la existencia de una estrecha relación entre la propia actitud y los modos de manifestar esa determinada actitud, es decir, si las actitudes determinan la conducta o, dicho de otro modo, si lo que hacemos responde a lo que somos.

A lo largo de la historia se ha especulado mucho en torno a esta conexión entre pensamiento y acción, expresión privada y acción pública, emergiendo de ese debate especulativo la presunción de que nuestras opiniones y creencias, así como nuestros

sentimientos, determinan nuestra conducta. De hecho los psicólogos sociales, en principio, se adherían por lo general a esta presunción. Sin embargo, en la década de los años sesenta, y debido a los avances de la investigación, este enfoque tuvo que ser revisado. Concretamente, Festinger (1964) sostuvo que las investigaciones realizadas hasta entonces sobre actitudes no demostraban que el cambio de una actitud debiera conllevar necesariamente un cambio de conducta. Más aún: según este autor, la relación entre actitud y conducta, en realidad, funciona al revés.

En esta misma línea, años después, Abelson (1972) llega a una conclusión similar al plantear que *"tenemos un entrenamiento excepcional para encontrar razones que expliquen lo que hacemos, pero fallamos cuando se trata de hacer lo que mandan las razones"*.

A caballo entre uno y otro, Wicker (1969) revisó un amplio número de investigaciones que cubrían una inmensa gama de sujetos, actitudes y conductas, llegando a la conclusión de que las actitudes expresadas de un grupo de personas, por lo general, predicen poco o nada acerca de los cambios que se producirán en sus conductas.

Estas evaluaciones, que se desarrollan entre los años sesenta y principios de los setenta, configuran un nuevo marco explicativo sobre la relación actitud-conducta en el sentido de que van a ser los factores externos aquellos que se consideren que controlan nuestras conductas, restando importancia a los factores internos. Es, por otra parte, lo que Fishbein y Ajzen (1974, 1975) y Ajzen y Fishbein (1973, 1980) tratan de clarificar a través de su teoría de la acción razonada —de la que se hablará después—, en la que sostienen que el beneficio de la actitud en una persona hacia algún objeto determina el total de las intenciones conductuales de esa persona con respecto a dicho objeto. Por ello, para comprobar la relación actitud-conducta, según estos autores, habría que emplear criterios de conducta de actos múltiples.

Hasta tal punto fue puesta en cuestión la tesis de que nuestras actitudes determinan nuestras acciones, que Wicker (1971) llega a sugerir que, puesto que las actitudes no determinan nada, podría ser incluso deseable abandonar el propio concepto de actitud. Sin embargo, a lo largo de la década de los setenta, los psicólogos sociales tratarán de poner algo de orden en la investigación sobre las actitudes, asumiendo que nuestras conductas y acciones no sólo son la expresión de nuestras actitudes, sino que están sujetas a otras muchas influencias de carácter muy heterogéneo.

El problema radica, precisamente, en identificar y distinguir entre actitud verdadera, actitud expresada y conducta, pues todas ellas están sometidas a múltiples influencias difíciles de aislar y controlar, a pesar que desde principios de los años setenta, con los

trabajos pioneros de Jones y Sigall (1971) y Sigall y Page (1971), se diseñaron los llamados dispositivos simulados, mediante los cuales se pretendía detectar actitudes verdaderas, no distorsionadas por los mecanismos de expresión. Las influencias sociales llegan, a veces, a ser tan fuertes que logran inducir a ciertas personas a transgredir sus más profundas creencias y convicciones. Desde el Génesis, pasando por la literatura de todas las épocas, hasta la actualidad, encontramos abundantes ejemplos que así lo ilustran.

En tal sentido, parece que los efectos que una determinada actitud tiene sobre la conducta sobresalen más cuando analizamos la conducta promedio durante un período largo de tiempo que si lo hacemos de forma aislada y puntual (Kahle y Berman, 1979). Existen, pues, modos y procedimientos que pueden ayudar a mejorar el potencial predictivo de las actitudes. Así, Ajzen y Fishbein (1977) señalan que cuando la actitud que se mide es general y la conducta es específica, no debemos esperar una estrecha correspondencia entre palabras y acciones.

Lo que se deriva de estos estudios y de las nuevas aportaciones que se vienen haciendo al estudio de las actitudes es que éstas guiarían mejor la conducta siempre que estuvieran presentes, fueran significativas para los individuos y tuvieran una alta valoración por parte del grupo al que perteneciesen. Asimismo, como sostiene Sherman *et al.* (1983), las actitudes más potentes y que mejor predicen la conducta son aquellas que se han forjado en la experiencia y están consolidadas, aquellas que responden específicamente a acciones concretas y, por último, aquellas que al actuar nos hacen ser conscientes de esas actitudes. Por tanto, dependerá de las condiciones en las que se planteen tales relaciones entre actitud y conducta para que éstas puedan ser nulas o muy estrechas. Así pues, sí parece existir un vínculo entre lo que somos y lo que hacemos, aún cuando tal relación no sea lo precisa y rigurosa que pudiera desearse.

Si las actitudes, a pesar de todos los problemas que hemos comentado, son unos determinantes claros de la conducta, también es pertinente plantearse, como ya han hecho los psicólogos sociales, en qué medida puede la conducta determinar nuestras actitudes. En este sentido, parece existir un amplio consenso en la literatura de que los efectos secundarios, de orden mental, de nuestras conductas, conforman actitudes, tal como se pone de manifiesto, por ejemplo, en la asunción de un nuevo rol, ficticio o real, provisional o permanente, o cuando se da la situación conocida como "el pie en la puerta" (de la que se hablará después), mediante el cual, paso a paso, hacemos que las personas actúen de una determinada manera y esa actuación les lleva a configurar, modificar o fortalecer las

actitudes deseadas (Penner, Dertke y Achenbach, 1973; Beaman *et al.*, 1983; Dillard, 1984).

El hecho de que la gente se comprometa con conductas de índole pública (donar sangre) y perciba que realiza tales conductas de forma voluntaria, hará que crea cada vez con mayor intensidad en lo que está haciendo (Cialdini y Kenrick, 1976). Estos y otros autores han demostrado lo poderosos que son los efectos de un compromiso previo, similar a la acción deseada; es decir, habitualmente, siempre acabamos por creer en lo que decimos y en lo que hacemos.

El modo en que los psicólogos sociales tratan de explicar esta relación entre conducta y actitudes se basa, al menos, en tres teorías: la teoría de la autopresentación, la teoría de la disonancia cognitiva y la teoría de la autopercepción. En el primer caso, porque las personas tienden a hacer coherentes sus presentaciones o conductas públicas con lo que previamente se han comprometido o han expresado, a fin de crear una impresión favorable en los demás y, al mismo tiempo, con sus ideales y creencias (Schlenker, 1982; Baumeister, 1982).

Desde la teoría de la autopresentación, pues, se sostiene que las personas adaptarán sus actitudes para ajustarlas a sus comportamientos y así aparentar una mayor coherencia. Hasta tal punto esto es así que, a veces, nuestras autopresentaciones acaban siendo internalizadas como auténticos cambios de actitud, debido a que esa presión nos lleva a racionalizar nuestra conducta, a fin de disminuir nuestra disonancia cognitiva (Festinger, 1957; Sherman y Gorkin, 1980).

En segundo lugar, desde la teoría de la disonancia se explica bastante bien lo que sucede cuando actuamos en contra de nuestras actitudes ya definidas. Habitualmente nos sentimos tensos y trataremos de adecuar nuestra actitud a nuestros comportamientos para reducir, en la medida de lo posible, esa tensión.

Por último, la teoría de la autopercepción sostiene que cuando nuestras actitudes no son suficientemente sólidas, nos limitamos a observar nuestros comportamientos y las circunstancias en las que han tenido lugar éstos, de donde inferimos cuáles han sido nuestras actitudes.

Así pues, desde las distintas teorías que acabamos de esbozar, se sostiene con rotundidad que nuestros comportamientos y acciones contribuyen a crear, modelar, reforzar o modificar nuestras actitudes. Por tanto, cabe considerar que la relación que se establece entre actitud y conducta es mutua, de tal manera que se realimentan la una a la otra.

Debemos insistir en distinguir el concepto de actitud de algunos otros conceptos con los que suele identificarse, además del de la conducta, como acabamos de ver. *Las creencias*, por ejemplo, se refieren o representan la información interiorizada que una persona tiene acerca de un objeto, no la evaluación (favorable o desfavorable) de esa misma persona hacia ese objeto, que sería la actitud.

Otro concepto con el que suelen identificarse las actitudes es con las *intenciones conductuales*. Sin embargo, mientras que las actitudes son sentimientos hacia un objeto y las creencias son los eslabones cognoscitivos que unen el objeto y varios atributos, las intenciones conductuales se refieren a las intenciones de una persona de desarrollar conductas específicas (Moreira Lima, 1985).

Tanto las creencias como las intenciones conductuales nos indican las probabilidades subjetivas de que las personas se comporten de una determinada manera y, aunque influyen en la conducta de esas personas, no garantizan necesariamente que la ejecuten. Por tanto, actitudes, creencias e intenciones son conceptos hipotéticos internos no directamente observables que, habitualmente, inferimos de las respuestas que nos dan los sujetos a unas determinadas preguntas que les formulamos, lo que también es válido para las actitudes frente a la donación de sangre (Breckler y Wiggins, 1989).

Dada su complejidad y características, las actitudes no son medibles directamente, sino que se objetivan y se miden a través de su expresión verbal, que constituye una *opinión*. Una opinión simboliza una actitud, por lo que puede ser usada para medir aquella, aún sabiendo que sólo será un índice de esa actitud y que no predecirá con toda certeza lo que el individuo efectivamente hará. Por eso dice Summers (1984) que "... *el índice más seguro de la actitud de un individuo es su conducta*".

La conducta, sin embargo, sí puede ser directamente observada, y es este componente, como hemos visto, el que más interesa investigar; es decir, entender y explicar las acciones y comportamientos de la gente. Nosotros asumimos que las creencias de una persona acerca de la donación de sangre influyen en sus actitudes hacia ella y éstas, a su vez, en el modo en cómo esa persona pretende o tiene intención de actuar con respecto a la donación. Así pues, aunque estos conceptos son independientes, los consideramos íntimamente relacionados entre sí.

Suponemos que los comportamientos de la gente reflejan de alguna manera sus creencias y sentimientos hacia la donación, que estarán sustentados en experiencias personales directas y en las múltiples interacciones con personas, grupos, instituciones y medios de comunicación con los que interactúa.

Destacaremos, por último, el concepto de *motivación*, que es también uno de los más controvertidos de todos los utilizados por los psicólogos sociales. Nosotros, de manera simplificadora, adoptaremos aquí la definición proporcionada por Fernández Trespalacios (1985): "*La activación del organismo como un todo, por la que éste pone en ejecución una conducta, ya anteriormente programada, o determina nuevas programaciones de ella*".

1.4.2. Teorías sobre la conducta y su aplicación a la donación de sangre

Teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen

Desde esta clásica teoría (Fishbein, 1974; Ajzen, 1980) se mantiene que las personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de llevarlas a efecto, de ahí que se llame al modelo *teoría de la acción razonada*, en contraposición a una conducta automática o inconsciente. El determinante inmediato de la acción es la intención personal de realizarla; salvo casos excepcionales, una persona actúa de acuerdo con su intención.

Si la conducta voluntaria está precedida por la intención de conducta, ésta, a su vez, es función de dos componentes, uno de naturaleza personal, y otro que es reflejo de la influencia social:

- El factor personal es la evaluación, positiva o negativa, que el individuo hace del hecho de realizar la conducta: es lo que estos autores llaman "*actitud frente a la conducta*".

El segundo factor es la percepción de las presiones sociales que el individuo siente en relación con que realice o no esa conducta. Este factor lo denominan "*norma subjetiva*" y refleja las creencias sobre las expectativas de los otros.

Los individuos intentarán realizar una conducta cuando ellos la evalúen de forma positiva y cuando piensen que las personas que son importantes para ellos también lo harán.

Las "*actitudes frente a la conducta*" son una función de las creencias: a estas creencias que sostienen la actitud de una persona frente a la conducta se les denomina "*creencias de conducta*" (gráfica 2).

Las "*normas subjetivas*" son también una función de las creencias, pero de otro tipo, que ellos llaman "*creencias normativas*" o "*creencias sobre las expectativas de los otros*".

Bagozzi (1981, 1982) estudió la conducta como donantes de sangre de un grupo de 170 sujetos a los que siguió durante cuatro meses después de haberles aplicado una encuesta, y propuso un modelo que confirma la secuencia de efectos desde los juicios de

valor previos (creencias de conducta) y las expectativas (creencias normativas), al afecto, las intenciones, y, finalmente, la conducta, según la teoría de Fishbein. Pero, según él, los juicios de valor influyen en las intenciones, no sólo indirectamente a través de los afectos, como dice la teoría de Fishbein, sino también de manera directa. Otro hallazgo de su modelo es que la conducta está influenciada sólo por las intenciones, y los procesos cognitivos y afectivos sólo operan a través de sus efectos sobre las intenciones. Las intenciones, por tanto, tienen un papel directivo sobre la conducta volitiva. Sus hallazgos refuerzan el llamado *modelo volitivo*, pero señalan que a medida que los conocimientos previos, los estímulos externos o la presión externa, aumentan en potencia, debe tenerse en cuenta la influencia directa de los hábitos, los afectos y las normas sociales. Con esto se amplían los determinantes de la conducta y se llega al que llaman *modelo volitivo extenso* (Gráfica 3).

Pautas personales y autoatribución de responsabilidad

Schwartz y Tessler (1972) y Schwartz (1973) sugirieron que la conducta podía ser predicha si se combinaban las creencias personales respecto a un acto con una característica de la personalidad a la que denominó "*autoatribución de responsabilidad*" para esa conducta. Así, quienes presentaban valores altos en ambos rasgos, ejecutaban la conducta (en este caso, donar médula) con mayor probabilidad.

En otro estudio, los individuos que durante una encuesta mostraron mayores índices de deseo de donar sangre (intenciones) y de autoatribución de responsabilidad, tuvieron una mayor probabilidad de donar sangre con posterioridad, pero los autores opinaron que ninguna de estas dos variables eran condiciones suficientes para que se diera la *conducta* altruista: de hecho, la mayoría de sujetos con índices altos en ambas no llegaron a donar, por lo que concluyeron que la conducta de donar sangre debe depender, además, de otras variables: las ya mencionadas normas personales, las expectativas de los otros, etc. (Zuckerman, Siegelbaum y Willians, 1977).

En otros trabajos se han encontrado resultados parecidos (Pomazal y Jaccard, 1976; Piliavin y Libby, 1985).

Teoría de los modelos

En principio, esta teoría propone que una conducta se aprende del hecho de observarla y que, por tanto, será más probable que se ejecute si se tiene cercano un modelo que la realiza. Por ejemplo: los niños aprenden de sus familiares.

En la donación de sangre, cabría esperar que a unos padres donantes (o amigos, u otros modelos) se asociasen con mayor probabilidad hijos (o amigos, o discípulos) donantes.

Al menos un trabajo aplicado a la donación de sangre lo demostró en adultos: la observación de una conducta altruista (donar sangre) de un modelo cercano, aumentó la realización de esa conducta y no sólo a corto plazo, sino también a largo plazo. Por el contrario, los adultos que no tuvieron la oportunidad de observar la conducta (donar sangre), donaron menos a corto plazo y ninguno a largo plazo (Rushton, 1978).

La influencia de la familia en la donación de sangre también se ha demostrado en diversos estudios (Callero, 1983; Chacón, 1985).

Teoría de la atribución

Esta teoría sostiene que cuando el individuo percibe que lleva a cabo una conducta sin coerción externa alguna, se atribuye una tendencia personal para esta conducta y, desde ese momento, actúa en consecuencia con esa autoatribución.

En las conductas altruistas, si existen presiones o incentivos, esta atribución no se produce.

Investigando esta teoría, un estudio confirmó la hipótesis de que insistir a los donantes en los motivos altruistas de la donación antes de que la realizaran, aumentaba la probabilidad expresada de volver a donar en el futuro, sobre todo si los donantes habían realizado antes más donaciones (Paulhaus, 1977).

Dos técnicas de reclutamiento de donantes se inspiran en la teoría de la atribución: la llamada en inglés "*foot-in-the-door*" (FID) (el pie en la puerta) y la "*door-in-the-face*" (DIF) (la puerta en la cara). La primera consiste en hacer al individuo una pequeña petición a la que resulta fácil acceder, después de la cual se le hace ya una de mayor dificultad; en teoría, el individuo, tras haber accedido a la primera petición, se ve a sí mismo como persona que ayuda y, en consecuencia, después sigue actuando como tal (Schwartzwald, Bizman y Raz, 1983; Weyant, (1984) y Weyant y Smith (1987). La técnica de "*door-in-the-face*" consiste en hacer inicialmente una petición tan grande que el individuo no pueda acceder a ella para, seguidamente, hacerle una más fácil a la que accederá: en este caso, la negativa a la primera petición hace que el individuo ponga en duda su capacidad para ayudar, y la segunda petición, a la que le cuesta menos acceder, le permite restablecer su imagen de persona solidaria.

En la donación de sangre, la FID parece mejor que la DIF (Hayes *et al.*, 1984; Schwarzwald, Bizman y Raz, 1983), aunque algunos trabajos han encontrado que ninguna de estas dos técnicas tiene en ella efecto alguno (Cialdini y Ascani, 1976; Foss y Dempsey, 1979).

Teoría del "free-ride"

El principio del "free-rider" (en Estados Unidos, obrero no sindicado que se beneficia de los logros del sindicato de su empresa), descrito por Condie (1979) y Johnson (1982), dice que, en una comunidad humana amplia, un individuo racional no contribuirá voluntariamente a proveer bienes públicos, sino que evitará hacerlo para ahorrarse esta contribución.

En muchos trabajos sobre la donación de sangre se analiza este componente valorando su intensidad. Los donantes parecen tener una menor tendencia al "free-ride" que los no donantes (Condie, Warner y Gillman, 1976). En forma semejante, los que puntúan más bajo en individualismo tienen más tendencia a ser donantes de sangre regulares (Piliavin, 1990).

Teoría de la identidad de rol

Esta teoría mantiene que cuanto más se define el sujeto a sí mismo como un donante regular y más ve la donación de sangre como una parte de sí mismo, más probable es que done en el futuro. De forma extensa, dice que:

1. Cuanto mayor es el grado de fusión rol-persona, mayor será el número de donaciones futuras, independientemente de los efectos de las normas personales y sociales.
2. La fusión rol-persona se asocia con más fuerza con una historia de donación de sangre que las normas personales y las sociales.
3. Las normas personales y sociales interactúan con la fusión de rol-persona en sus efectos sobre futuras donaciones de sangre: el efecto de la fusión rol-persona es más fuerte cuando las normas personales y sociales son débiles, mientras que el efecto de las normas personales y sociales es más fuerte cuando la fusión rol-persona es débil (Callero, 1985; Callero, Howard y Piliavin, 1987)

Relación de la donación de sangre con los estados de ánimo

Se ha señalado la relación de la donación de sangre con los estados de ánimo. Por ejemplo, se indujo en tres grupos de sujetos otros tantos estados de ánimo diferentes:

alegre, culpable y neutro, y después se les invitó a donar sangre a cambio de dinero, gratuitamente, o a elección entre una y otra posibilidad (a efectos de sus conclusiones, el hecho de aceptar donar sangre, incluso a cambio de dinero, fue considerado como una conducta de ayuda). Se encontró que tanto los que se sentían alegres como los que tenían sentimientos de culpa donaron más que aquéllos en los que se había inducido un estado de ánimo neutro: *"En contra de lo que cabría predecir, la conducta de ayuda no se vio afectada por el tipo de incentivos que se les ofrecieron a los sujetos. La gente que se siente bien -feliz- parece estar especialmente motivada para ayudar a otros, independientemente de lo que reciban a cambio; pero sólo cuando donan gratuitamente tienen después la sensación de ser altruistas. Los que se sienten culpables también están motivados para donar con el fin de aliviar su culpa, pero ésta sólo se atenúa cuando donan a cambio de dinero y no cuando lo hacen gratuitamente (ni cuando no donan)"* (O'Malley y Andrews, 1983; Batson, Darley y Coke, 1985).

Influencia de los determinantes situacionales y de las características del solicitante de la ayuda

La investigación socio-psicológica ha demostrado que las variables situacionales son importantes determinantes de la conducta de ayuda. Algunas condiciones conducen a ayudar más que otras. Si la necesidad es clara, por ejemplo, se produce un mayor porcentaje de intervenciones que si ésta es ambigua. Incluso la presencia de otros puede afectar a las tasas de intervención: algunos investigadores han demostrado que actúan el 50% de los observadores de un hecho que requiere una intervención de ayuda si se encuentran solos, mientras que sólo lo hacen el 22% si están en presencia de otros. Según Latané y Nida (1981), la difusión de la responsabilidad juega aquí un importante papel.

Muchas otras condiciones pueden afectar al deseo de ayudar: el tipo de accidente; el objeto de atención de quien tiene que prestar la ayuda, el reconocimiento de la capacidad propia para comprometerse en la ayuda, las características del receptor de la ayuda; la distancia entre el observador y la persona necesitada y la visibilidad de la persona necesitada.

La importancia del sexo de la persona que pide que se haga la donación ha sido también estudiada. Swain y Blascovich (1977), partiendo de que diversos estudios habían demostrado la importancia del sexo del solicitante de una ayuda y también la de su apariencia (según los cuales se ayuda más a los que tienen la misma apariencia que nosotros), se propusieron estudiar la influencia del sexo de unos "promotores de la donación" experimentales, así como la del hecho de que llevaran o no uniforme. Sus

resultados demostraron que cuando eran mujeres las personas que solicitaban un pequeño grado de compromiso con la donación de sangre, se obtenían mejores resultados tanto de los hombres como de las mujeres; sin embargo, no encontraron diferencias en cuanto al uso de uniforme.

Todas estas circunstancias, junto con el posible esfuerzo, dolor, empleo de tiempo, etc., forman parte de los costos que el individuo que tiene que ayudar piensa que deberá emplear si se decide a intervenir. Existe un cierto consenso en las teorías sobre las conductas de ayuda en que estos *costos* son un determinante mayor de las mismas, admitiéndose que la evaluación de los costos y de los posibles beneficios condiciona si la respuesta prosocial ocurrirá o si se emplearán mecanismos de defensa para evitarla (P.ej: negar la responsabilidad personal en el problema).

1.4.3. Factores motivadores y desmotivadores en la donación de sangre

La *motivación* es el móvil o causa por el que se realiza un acto altruista y, en nuestro caso, el móvil por el que se dona sangre. Estos móviles pueden ser favorecedores (muchos autores los llaman simplemente *motivaciones*) o inhibitorios (*desmotivaciones*). Los primeros estimulan a donar sangre, mientras que los segundos dificultan o inhiben esta conducta.

En una gran parte de la investigación sobre los comportamientos de donantes y no donantes, no se habla de actitudes sino exclusivamente de las motivaciones. Estos trabajos han basado su método en preguntar a unos y otros sobre los *motivos* por los que donan o no donan, bien con preguntas abiertas o, con más frecuencia, proporcionándoles un cuestionario sobre el que elegir unas expresiones ya determinadas por el investigador (que suelen denominarse ítems o sentencias). Este tipo de estudios coinciden en gran parte con los que antes hemos denominado "descriptivos": pertenecen, con frecuencia, a los mismos autores que aquéllos y, en general, no suelen poner en relación los móviles encontrados ni con las intenciones de conducta ni con la conducta real.

Su utilidad ha sido, sin embargo, apreciable, porque han permitido a los profesionales de los bancos de sangre orientar su trabajo, potenciando las condiciones que eran señaladas como favorables y disminuyendo en lo posible las que producían rechazo.

Desde el principio, la motivación o factor motivador más citado ha sido el *humanitarismo/altruismo*, el deseo de ayudar a otros. En lugares secundarios y con importancia variable según los autores, están los siguientes:

- presiones sociales o de grupo
- presiones del propio banco de sangre
- búsqueda de recompensas: dinero, días libres, chequeos médicos (recuérdese que en la actualidad están proscritos)
- gratitud por haber recibido una transfusión él mismo o su familia
- sentido del deber hacia la comunidad
- curiosidad por experimentar
- accesibilidad o conveniencia (cercanía de una unidad móvil o del propio banco de sangre)
- beneficios para la propia salud
- pensar que puede ser necesario para él mismo o su familia en el futuro
- percepción de sentimientos de autoestima.

En cuanto a las desmotivaciones o factores desmotivadores, Piliavin (1990) los denomina, globalmente, "excusas para no donar", queriendo indicar que rara vez están fundamentados. Lo que no se puede afirmar fácilmente es si son excusas conscientes o racionalizaciones inconscientes. Los más citados en la literatura (London y Hemphill, 1965; Titmuss, 1970; Oswalt y Hoff, 1974; Betinghaus y Milcovich, 1975; Osborne y Bradley, 1975; Sherer, 1975; Oswalt, 1977; Boe, 1976; Staallekker, Stammeijer y Dudok de Wit, 1980; Boe y Ponder, 1981) son los siguientes :

- miedos (a la aguja, a la visión de la sangre, al mareo, al dolor).
- razones médicas (padecer o creer que se padece alguna enfermedad que impide la donación).
- ansiedad
- apatía o desgana
- encontrar que el banco de sangre no es suficientemente accesible, bien sea en el espacio (está muy lejos, se acerca poco al domicilio del individuo) o en el tiempo (sus días de apertura, o los días de colecta o los horarios, no resultan adecuados)
- temor a que la donación afecte a la salud

- estar muy ocupado
- no habérselo pedido nunca (es uno de los factores más citados)
- no haber pensado en ello
- no creer que fuese necesario
- falta de tiempo
- considerar que el trato que alguna vez recibieron en el banco no les pareció adecuado

Se ha demostrado que no hay relación, *per se*, entre la raza o el origen étnico y las motivaciones o desmotivaciones frente a la donación de sangre (Oswalt y Gordon, 1993).

De estos factores desmotivadores citados, nos detendremos especialmente en el miedo a la aguja, a la visión de la sangre y al mareo (síncope), por su relativa frecuencia.

La asociación del síncope con la visión de la sangre, es conocida desde hace tiempo: en el acto IV, escena III de "As You Like It" ("Como gustéis"), de W. Shakespeare se habla de él diciendo : "*Many will swoon when they do see blood*" ("Muchos se desmayarán cuando vean la sangre").

Thyer, Himle y Curtis (1985), tras estudiar este grupo de fenómenos, concluyeron lo siguiente:

1. Que el mareo subsecuente a la visión de la sangre en las personas con fobia a este estímulo "*es una forma de síncope vasovagal que muestra una respuesta difásica con una fase inicial de taquicardia e hipertensión seguida por una bradicardia e hipotensión abruptas, que conducen a la pérdida de conciencia*".

2. En su opinión, esta fobia (que llaman "blood" —a la sangre—, "injury" —a los pinchazos—, "illness" —a la enfermedad o "*Bll-phobia*") constituye en sí misma una categoría diagnóstica separada de la fobia simple.

La fobia a la sangre, a los pinchazos y a la enfermedad es muy frecuente entre la población general y parecen existir evidencias de que no es en sentido estricto un fenómeno culturalmente aprendido. Más bien parece un fenómeno adaptativo de la especie, para evitar la autodestrucción (se da también en chimpancés). El síncope podría ser también un fenómeno adaptativo de supervivencia, puesto que la hipotensión que conlleva disminuiría la pérdida de sangre.

Schmidt (1975) apuntó que los donantes que se marean tienden a poseer rasgos psicopatológicos y son menos estables emocionalmente, pero esto no ha vuelto a ser descrito en la literatura.

Kaloupek y White, (1984), Kaloupek, Scott y Kattami (1985), y Kaloupek y Stoupakis (1985), demostraron que las características físicas de los donantes (peso, talla, ingesta de comida previa, situación de salud), no están relacionadas con el síncope, pero sí lo están la ansiedad previa, la historia anterior de otros síncope y el hecho de tener una menor experiencia como donantes. Según estos autores, la ansiedad impide al sujeto que utilice técnicas evasivas (no pensar, estar más pasivo) ante el distress, que son las más eficaces, y disminuye con la experiencia, por la exposición repetida al mismo, lo que conlleva una cierta habituación.

1.4.4. Desarrollo en el tiempo de la conducta como donante de sangre. Predictores de la conducta futura

La mayoría de la investigación, como ya hemos dicho, se ha centrado en identificar cuáles son las "características" de los donantes más asiduos, para identificar una población diana a la que dirigir los esfuerzos de captación: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, etc. Otros estudios lo han hecho en estudiar el compromiso con la donación de sangre tratando de identificar variables que diferenciasen a los donantes de primera vez de los donantes regulares (Condie y Maxwell, 1970a).

Otra corriente, procedente del campo de los psicólogos sociales teóricos, ha utilizado la donación de sangre como un ejemplo de conducta altruista con la que probar hipótesis sobre las conductas de ayuda, pero, dado que no se ha centrado en la donación de sangre "per se"; que, además, lo más común era que cada investigador sólo haya realizado un único estudio, y que cada uno de los investigadores pretendiese probar teorías diferentes (modelización, "foot in the door", teoría del "costo y premio", etc), esta corriente no ha llegado a producir ninguna explicación coherente sobre el compromiso hacia la donación de sangre. Tampoco estudió ninguno este compromiso como un proceso de desarrollo gradual por el que los donantes de primera vez llegan a ser donantes regulares.

Callero y Piliavin (1983), por el contrario, decidieron abordar esta cuestión: se propusieron conocer qué influencia tienen los factores asociados a la primera donación sobre estadios sucesivos de la evolución de un donante y llegaron a la conclusión de que la conducta como donante de sangre parece evolucionar en el tiempo; *es un proceso*. Si

se ignora este aspecto de "proceso" —dicen— habría que asumir que los factores que influyen sobre la decisión de donar tienen un efecto uniforme sobre todas las etapas de la historia de un mismo donante, y esta asunción puede ser incorrecta, porque los factores que influyen sobre la decisión de donar una vez pueden ser bastante distintos que los que lo hacen sobre la de donar una cuarta vez. En su opinión, la mayoría de los donantes empiezan a verse como "regulares" a partir de la tercera o cuarta donación.

Esta nueva perspectiva mantiene que ese proceso de desarrollo supone cambios en las atribuciones sobre uno mismo, en relación con cómo se perciben las causas de los actos propios, a lo largo de una escala que tiene un polo externo y otro interno. Las sucesivas decisiones para donar estarían así condicionadas por factores diferentes.

La teoría del aprendizaje social mantiene que la conducta altruista aumenta con la edad a partir de la infancia y que el altruismo se aprende observando e imitando a los otros, que juegan el papel de modelos. Esta teoría es compatible con la de la atribución (ya citada), según la cual, el hecho de decirle a un niño "eres una persona ordenada" modifica inmediatamente su auto-concepto y hace que se comporte como tal, y lo mismo sucede si se le dice que es una persona "colaboradora". Y se sabe que estas técnicas son más eficaces que las comunicaciones persuasivas para hacer que una persona cambie su conducta (Bierhoff, 1987).

Dentro de las conductas de ayuda, y en nuestro caso, en la donación de sangre, también puede ser interesante conocer cómo se mantienen a lo largo del tiempo (lo que, como veremos más adelante, otros autores llaman "profundidad"); por qué se continúan ejerciendo o se cesa de ejercerlas (Lightman, 1981), pero lo cierto es que sólo hay unos pocos trabajos que estudien la evolución en el tiempo de la conducta de los individuos como donantes (Lightman, *op.cit.*; Callero y Piliavin, 1983).

Por ejemplo, en un estudio se demostró que el modo en que se evaluó afectivamente la experiencia de la primera donación fue un predictor significativo para volver o no a donar. Los donantes que regresaron fueron los más implicados, los que experimentaron un afecto negativo pequeño tras la donación, aquellos que se habían sentido satisfechos después de donar y se autodefinían como gente que podía dar con facilidad. Este trabajo señaló que la intención manifiesta de volver a donar otra vez no era predictiva de hacerlo realmente, así como tampoco lo eran las variables que indicaban altruismo y responsabilidad (Evans, 1982).

Lightman (1981) llevó a cabo una investigación en la que envió cuestionarios por correo a un grupo de donantes. Después relacionó, con un modelo de regresión, cada uno

de los motivos positivos y negativos para donar con el hecho de haber continuado donando, considerado este hecho como variable dependiente. Con este método, se mostró que la probabilidad de no volver a donar aumenta de manera lineal con el tiempo que haga desde la última donación, y que las variables de educación, estado civil, situación de empleo y ocupación no influyen en la continuidad de la donación. Estudiando la influencia de los motivos por los que se donó la primera vez, mostró que aquellos para los que el "sentido del deber" fue más intenso al comienzo, tuvieron más probabilidades de continuar como donantes. Si los motivos declarados por los cuales se había donado eran de tipo "interno" ("interno" serían el sentido del deber y la obligación moral hacia la comunidad, y "externos" la persuasión por otros y la cercanía del lugar de donación, p. ej.), estos donantes seguían más como donantes activos; las otras motivaciones implican una respuesta transitoria a un estímulo externo y su resultado es menos duradero en el tiempo. La apatía, que representaría una característica falta de sentido comunitario y de integración social, predice la conducta de dejar de donar.

El interesante estudio de Callero y Piliavin (1983), ya citado, sobre los factores que influyen en la transición desde la primera donación a la cuarta, demostró que, de la 1ª a la 2ª donación, los que fueron a donar solos, dijeron que no tuvieron que esperar mucho tiempo, evaluaron la experiencia positivamente y manifestaron fuertes intenciones de continuar, donaron con más probabilidad la 2ª vez. Sin embargo, cuando se controlaron todas las variables, el hecho de haber venido solo ya no tuvo significación como predictor de volver y, curiosamente, aparecieron como predictores el haber donado motivados externamente y el haber tenido alguna reacción colateral. En el paso de la 2ª a la 3ª donación, dos de los predictores previos invirtieron su efecto: el ímpetu interno inicial se asoció positivamente, y los efectos físicos colaterales, así como un largo tiempo de espera lo hicieron negativamente. En la tercera transición (de la 3ª a la 4ª) ninguna de las variables estudiadas mostró una correlación significativa. A partir de ese momento, parece que ya haría falta otro conjunto de predictores para distinguir a los que continúan donando de los que abandonan.

La carencia de estudios longitudinales a más largo plazo, sin embargo, impide conocer cuánto tiempo se mantienen los factores motivadores iniciales y cuáles de éstos son los más importantes en el mantenimiento de la conducta.

Esta carencia no afecta sólo al campo de la donación: en un metaanálisis de 130 trabajos publicados entre 1983 y 1992, en los que se relacionan intenciones con diferentes conductas según el modelo de Fishbein y Ajzen, sólo en 14 hay un seguimiento de un año

o más para evaluar la conducta, y ninguno de ellos tiene relación con la donación de sangre (Randall, 1994).

En este metaanálisis se prueba que la correlación entre intenciones y conducta no decrece con el tiempo de manera significativa. Según sus resultados, esta correlación alcanza un valor medio para el conjunto de los trabajos analizados igual a 0.45, aunque empeora cuando la realización de la conducta, en lugar de ser autoevaluada por el sujeto, es medida objetivamente por el investigador.

1.5. Donación de sangre y altruismo

1.5.1. Altruismo y conductas prosociales

Se admite hoy, por lo general, que el tan famoso como simplista enunciado de la teoría de Darwin de que sólo sobreviven los mejores no es acertado. La teoría evolutiva actual reconoce las necesidades de cooperación social y admite que esta cooperación ha ayudado a sobrevivir a la especie humana. Los grupos con más individuos altruistas son más aptos para la supervivencia porque el altruismo produce beneficios al individuo: con un bajo riesgo (el de la ayuda) se obtiene un provecho a largo plazo (Hoffman, 1981).

El altruismo —para el que existen otros términos tales como "conducta de ayuda" o "asistencia"— puede ser definido como *"la conducta que promueve el bienestar de otros sin tener en cuenta, de forma consciente, los intereses propios"*. Es una conducta universal, pues se da incluso en las sociedades más competitivas. Según muchos autores, puede negarse la hipótesis, mantenida con cierta frecuencia, de que las actitudes altruistas responden en el fondo a actitudes egoístas (lo que se denomina *"teoría del intercambio social"*: ayudamos pensando que después podremos nosotros mismos necesitar que nos ayuden). Incluso desde una perspectiva economicista caben argumentos favorables al altruismo; por ejemplo, Johnson (1982) piensa que la sugerencia de que muchos, si no la mayoría, de los actos filantrópicos pudieran estar motivados por el interés personal, no puede ser interpretada de manera cínica ni es una crítica de la filantropía: aún persiguiendo sus propios intereses, se proveen beneficios públicos a la sociedad.

Pero, para muchos investigadores, hay razones y pruebas suficientes para asumir que existe un sistema altruista con entidad propia (Batson, Darley y Coke, 1985).

Para diferenciar entre ayuda egoísta y ayuda altruista se ha dicho que *"la conducta de ayuda egoístamente motivada se dirige a la meta final de aumentar el bienestar del que"*

ayuda.. mientras que *"la ayuda altruistamente motivada se dirige a la meta final de aumentar el bienestar del otro"* (Batson et al., 1981).

Según Bar-Tal (citado en Bierhoff, 1987) las respuestas altruistas vienen definidas por dos condiciones necesarias:

- a) La intención de beneficiar a otra persona.
- b) La libertad de elección: la acción debe ser iniciada por la persona voluntariamente (p.ej., ausencia de obligación profesional)

Dado que en la polémica sobre el egoísmo residual que subyace en las conductas altruistas tiene, en nuestra opinión, una buena parte de semántica, a nosotros nos basta con asumir, a efectos del estudio que nos ocupa, que cuando el ser humano actúa lo hace motivado, al menos en parte, por razones no egoístas, y que, como mínimo, existe en sus acciones un residuo de altruismo.

1.5.2. Explicaciones tradicionales versus sociológicas de las conductas de ayuda

Schwartz (citado en Callero, 1987), identificó tres tipos de variables utilizadas en las explicaciones tradicionales de las conductas de ayuda: impulsos emotivos, expectativas sociales y auto-expectativas, y sugirió que estas variables podían ser situadas dentro de un más amplio análisis de la ayuda, implícito en el análisis de la filantropía de Mead, que sugería que los actos benéficos pueden ser generados en tres estados diferentes de la evolución social:

- En el primero, la acción no implica auto-conciencia; los actos benéficos son impulsivos. Aquí estarían incluidos los actos motivados por impulsos emotivos.
- En la segunda etapa, la auto-conciencia emerge poco a poco junto a rudimentarias formas de incorporación del rol; en esta etapa, los actos tienen una cualidad moral, están fundamentados en leyes morales y en normas sociales.
- En la tercera etapa, los actores son capaces de incorporar el rol a sí mismos, actuando consciente y reflexivamente; es sólo en esta etapa cuando se puede decir que el altruismo está enraizado en el ser. En ella la acción es auto-motivada y va más allá de los fundamentos normativos sociales de la segunda etapa.

Callero, Howard y Piliavin (1987) sostienen que las acciones de ayuda realizadas por sujetos motivados por normas sociales podrían ser situadas en el segundo estadio evolutivo de Mead. Las realizadas por personas motivados por normas personales están auto-motivadas y se sitúan en el tercer estadio de Mead, en el que las acciones motivadas

por roles que han llegado a ser incorporados dentro de uno mismo pueden también coincidir con normas sociales, pero no por ello dejan de ser acciones auto-motivadas. De esta forma, detrás de actos altruistas de este tercer estadio, pueden encontrarse tanto la adherencia a normas personales como diferentes grados de fusión persona-rol. Para estos autores, un modelo que explique las conductas de ayuda en función de las normas personales es esencialmente individualista; otro que lo haga a partir de normas sociales, aunque menos individualista, está limitado no sólo por el determinismo individual sino también por la dificultad de localizar las fuentes de esas normas en la historia y en las estructuras sociales. Cuando el yo y el rol se funden —dicen— el análisis que separa al individuo de la sociedad se muestra erróneo: la fusión de rol y persona combina características de las normas personales y de las sociales.

1.5.3. Altruismo, incentivos y retribución en la donación de sangre

La donación de sangre como conducta altruista

Muchos autores consideran que la donación de sangre es una conducta altruista o prosocial modélica (Genetet y Coudurier, 1986). En opinión de Titmuss (1970), son diversas las características que hacen de la donación de sangre un acto altruista modélico:

1. La donación de sangre tiene lugar en situaciones impersonales, a veces con consecuencias físicas desagradables para el donante.
2. El receptor es desconocido por el donante en casi todos los casos; no puede haber, por tanto, expresiones personales de gratitud o de otros sentimientos.
3. Únicamente algunos grupos de la población pueden donar y su selección se realiza por árbitros externos mediante patrones racionales y no culturales.
4. No existen penalizaciones personales predecibles por el hecho de no donar; tampoco hay sanciones sociales impuestas que impliquen remordimiento, vergüenza o culpa.
5. No hay certeza para el que dona de que vaya a ser correspondido del mismo modo, ni en el presente ni en el futuro.
6. Ningún donante exige ni desea recibir una donación para sí; no espera ni desearía recibir una transfusión de sangre.
7. En la mayoría de los sistemas, no se impone ninguna obligación al receptor de que efectúe una donación como compensación.

8. Que la donación realizada pueda resultar beneficiosa o nociva para el receptor dependerá en buena medida de la sinceridad y honestidad del donante (la ocultación o subestimación de algunos datos que le conciernan puede ser letal para el otro). Más aún, los intermediarios —que toman y procesan la sangre— pueden determinar cuándo es potencialmente beneficiosa o nociva.

9. Tanto los donantes como los receptores podrían, si se conociesen, rechazar su participación en el proceso en función de creencias religiosas, políticas o éticas.

10. La sangre es perecedera (su valor disminuye con el tiempo), pero ni el donante ni el receptor pueden decidir cuando será usada o desechada.

11. Para el donante, su donación es rápidamente reemplazada por su organismo. No pierde nada de manera permanente. Para el receptor, la donación puede serlo todo: la misma vida.

En otro trabajo, Titmuss dice que *"... la sangre... puede constituir en la actualidad en las sociedades occidentales uno de los últimos tests sobre dónde empieza lo "social" y termina lo "económico" (Titmuss, 1971).*

La donación de sangre y otras formas de ayuda organizada son consideradas por algunos autores como maneras de *"ayudar y compartir"*, en contraposición a otros tipos de ayuda a los que podría llamarse *"pequeños favores a los desconocidos"* y *"ayudas de emergencia"* (Pearce y Amato, 1980). También se ha señalado que en las situaciones de ayuda existen dos dimensiones fundamentales:

1. Ayuda planificada o formal - ayuda espontánea o informal
2. Ayuda importante - ayuda poco importante

En esta línea, está claro que la donación de sangre debe ser considerada como ayuda planificada e importante (Chacón, 1985).

Incentivos y retribución versus altruismo

Sin embargo, se ha dicho a veces que el donante altruista *sí recibe en realidad algo a cambio*, de modo que, para algunos, la manifestación explícita de los donantes de que donan por altruismo (o humanitarismo), carece de valor, porque niega el hecho de que la persona que lleva a cabo tal acción recibe una gratificación emocional, a menudo considerable, y satisface necesidades psicológicas importantes que representan un estimable beneficio para ella (Szymanski *et al.*, 1978).

Puede admitirse desde luego —y esto engarza con el enfoque de la donación desde una perspectiva de marketing, a la que nos hemos referido antes— que toda persona que realiza una acción prosocial o altruista recibe "algo" a cambio, pero lo cierto es que este "algo" es por lo común intangible: sentimientos de autoestima, de bienestar consigo mismo, de disminución de una culpa latente, de pertenencia al grupo, etc..

Una teoría que se basara en el análisis de costos y beneficios defendería, como dice Roberts, que *"cuando un donante potencial considera la posibilidad de donar, sopesa los beneficios contra los costos: dolor, energía, tiempo, posibles riesgos para la salud. Un donante potencial se hace donante real si los beneficios de donar la primera vez exceden a los costos"* (Roberts y Wolkoff, 1988).

No son muchos —ni tienen excesiva calidad, a nuestro juicio— los trabajos publicados que demuestren la utilidad del uso de otro tipo de incentivos (materiales) como estímulo de la donación de sangre. Bowen (1976) encontró que una muestra de individuos donaron más cuando se empleaban ciertos incentivos (retribución económica, había miembros en la familia que podían recibir la sangre), que cuando éstos no existían, y otros autores han encontrado útil la determinación de algunos parámetros analíticos (de interés "popular"), como el colesterol, y su comunicación a los donantes (Murray, 1988). Otros, con los regalos como camisetas, gorras, etc. (Jason, Jackson y Obradovic, 1986).

La definición más precisa de *donación altruista* es la establecida por el Consejo de Europa, que ha sido adoptada también por la Unión Europea:

"Una donación se considera voluntaria y no remunerada si la persona da sangre, plasma o componentes celulares por su propia iniciativa y no recibe pago por hacerlo, ni en efectivo ni en especie, que pueda considerarse sustitutivo del dinero. En ello se incluye un tiempo de trabajo superior al razonablemente necesario para el desplazamiento y la donación. Algún pequeño obsequio, unos refrescos y la devolución de los gastos directamente relacionados con el desplazamiento son compatibles con la donación voluntaria no remunerada".

Esta definición coincide casi exactamente con la que ha resultado de la reciente toma de posición de la American Association of Blood Banks (AABB) en 1994, que argumentando a favor de la donación voluntaria y en contra de la donación retribuida, dice:

"El donante altruista es una persona que satisface las necesidades de sangre y componentes sanguíneos de los pacientes mediante la donación sin recibir ni

compensación ni gratificaciones de las que se relacionan a continuación, de la institución que efectúa la colecta, de otro espónsor o de una fuente externa". Esta lista incluye: "Pago en dinero, billetes de loterías, descuentos en compras, objetos de valor, deducciones fiscales, becas de estudios, etc.. NO se consideran pagos: 1. Tiempo de trabajo libre para realizar la donación 2. Regalos o premios cuyo valor no sea suficiente para que el donante pueda estar interesado en ocultar datos médicos y que se ofrezcan a todos los donantes. 3. Diplomas o insignias por las donaciones realizadas. SON PRACTICAS NO PERMITIDAS: 1. Los seguros en sangre para el donante 2. Realizar estudios de laboratorio suplementarios u otros tests diagnósticos de manera gratuita. 3. Tiempo de trabajo libre no relacionado con la donación. 4. Entradas para espectáculos." (American Association of Blood Banks, 1994).

Estas precisiones tan detalladas no son banales. En el seno de la Unión Europea, algunos países en los que la donación de plasma es todavía retribuida (Alemania, Austria, Suecia: todos ellos con poderosas industrias farmacéuticas trabajando en este sector), discuten la definición del Consejo de Europa y pretenden que sus prácticas no sean consideradas como "retribución" en sentido estricto, sino como "compensación" de los hipotéticos gastos producidos al donante por el desplazamiento o la pérdida de horas de trabajo (la realidad es que la mayoría de estos donantes carecen de empleo). Sin embargo, para cualquier conocedor está clara la separación, bien establecida por la AABB.

Todavía no ha cesado el debate entre los partidarios de la donación altruista y la donación retribuida como demuestran recientes publicaciones (Domen, 1994). Este debate se inició a partir del magnífico libro publicado por Titmuss en 1970 (Titmuss, 1970), que tuvo una gran influencia en los cambios políticos operados en Estados Unidos desde 1973 para reconvertir el sector desde la donación retribuida a la voluntaria.

Hace 20 años, en pleno auge de la donación retribuida, se llegó a comparar la dificultad de hacer la luz en este campo "con la de llegar al fondo de la mafia" (Garrot Allen, 1973): aún hoy resulta complicado penetrar en las entrañas de esta industria, amparada tras una maraña de importaciones y exportaciones; de países de origen, países de destino y países interpuestos; de transformaciones de productos brutos (se entiende que de origen plasmático) en otros acabados..., haciendo todo ello casi imposible su seguimiento y su control. Un valiente libro de un periodista holandés (Hagen, 1982, op.cit.) hizo públicos parte de los intrincados caminos de este comercio, denunciado tantas veces por otros autores (Veylon, 1976; Leikola, Sagoe y Baré, 1984).

Mucho antes, Titmuss (1971) había hecho una defensa ardiente de la donación voluntaria y del sistema británico, basado exclusivamente en la misma, frente a la donación retribuida y al sistema americano, considerando al primero más eficiente y de más calidad.

La posición de los partidarios de que la donación sea retribuida, ha sido bien descrita por Johnson (1992). Este autor cree que la teoría económica no da la razón a Titmuss ni a la doctrina que defendió. Según él la mayoría de los economistas:

1. Consideran a la donación de sangre como un bien privado y no como un bien público, que puede por tanto ser suministrado por el sistema comercial.

2. Niegan que el aumento de infecciones se deba intrínsecamente al hecho de la retribución, sino a que los precios de la sangre no son apropiados y al hecho de que la sangre sea considerada como un servicio y no como un producto, con lo cual no está sometida a la legislación que a éstos afecta.

3. Rechazan que el sistema retribuido pueda producir carencias.

4. Piensan que los donantes pagados pueden también ser altruistas.

5. Creen que la superioridad ética del sistema de donación voluntaria es también cuestionable: muchos donantes reciben a cambio tiempo libre, o entradas, o están presionados.

En definitiva, según esta corriente de opinión, deberían evaluarse *todos* los costos de ambos sistemas y elegir después el más eficiente (para ella, el de retribución).

Desde nuestra perspectiva, si se desean evaluar las ventajas y desventajas de la donación voluntaria y de la donación retribuida, debe saberse que las condiciones en que se realizan las donaciones retribuidas son, con mucha frecuencia, sanitariamente inaceptables, como ha sido denunciado desde hace tiempo por los países menos desarrollados, en donde este tipo de donación era —y sigue siendo— la norma (Mehta, 1968).

Los donantes están mal vigilados, pertenecen a estratos sociales marginales, están malnutridos y tienen tasas muy superiores de enfermedades transmisibles (Harbour *et al.*, 1978; Gift of blood, 1972; Hoofnagle *et al.*, 1976; Canavaggio *et al.*, 1990; Fiedler, 1992)

Al contrario de lo que aseguran sus defensores, desde un enfoque puramente económico, la donación retribuida entraña también una paradoja que no se da en otros bienes del mercado: cuanto más se paga por ella, más se fomenta su mala calidad. Además, está demostrado que con un sistema basado en el pago no puede asegurarse el

aprovisionamiento (de hecho, ésta fue la razón fundamental por la que se cambió el sistema en Estados Unidos a mediados de la década de los años 70).

Existen quienes proponen mantener grupos de donantes retribuidos selectos y muy controlados como medio de asegurar el suministro, afirmando que no aumentan por ello los riesgos de infecciones. Así, Strauss *et al.* (1986), comunicaron que dentro de un panel de donantes pagados y bien controlados, la tasa de seroconversiones para hepatitis y VIH era muy baja y las infecciones postransfusionales estaban dentro de los límites conocidos. El problema es que, como se ha visto antes, estos resultados, aún suponiéndolos verídicos, no parecen ser la regla, y además no consideramos en absoluto que sea necesario recurrir a estos métodos para asegurar el aprovisionamiento en sangre y sus derivados de una comunidad.

Nos referiremos para terminar a una modalidad de donación, conocida como donación dirigida (cuando la donación se hace para una persona conocida del donante), que para muchos autores es un ejemplo de que la ausencia de retribución económica no basta para que el acto reúna las características de la donación altruista. Este tipo de donación tiene muchos de los inconvenientes de la donación retribuida y, en concreto, una mayor prevalencia de marcadores infecciosos (Freed, 1989; Kruskal, Umlas, 1988; Page, 1989). Además, conculca las bases solidarias sobre las que se asienta la donación voluntaria: es difícil defenderla sin poner en tela de juicio al voluntario anónimo, porque conlleva el mensaje implícito de que *las donaciones voluntarias son apropiadas para la transfusión de emergencia, pero la familia y los amigos de los pacientes en cirugía programada son donantes más seguros* (Sayers, 1992).

Parafraseando el título de un trabajo de Mayer (1987), terminaremos diciendo que, en nuestra opinión, los donantes voluntarios y altruistas continúan siendo, sin lugar a dudas, la mejor fuente de donación posible.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVOS

1. Conocer y comparar las creencias, actitudes y motivaciones de donantes y no donantes en relación con la donación de sangre.
2. Ver de qué modo se asocian —o predicen— a la conducta del donante como tal, expresada ésta en términos de número de donaciones realizadas, sus variables sociodemográficas, actitudes, creencias y motivaciones.
3. Saber si estas creencias, actitudes y motivaciones varían con el transcurso del tiempo, y de qué modo esta variación pueda influir sobre su conducta.
4. Conocer qué factores se asocian al hecho de ser donantes regulares (los que denominamos de "*alto grado*").
5. Conocer la opinión de los donantes sobre las instituciones relacionadas con la donación de sangre en Granada:
 - a) Centro Regional de Transfusión Sanguínea.
 - b) Asociaciones de Donantes (antigua Hermandad de Donantes de Sangre y la actual Asociación de Donantes Altruistas de Sangre de Granada).

HIPÓTESIS

Las hipótesis que formulamos en relación con estos objetivos son las siguientes:

Hipótesis primera

La literatura ha probado que donantes y no donantes se diferencian en ciertos caracteres sociodemográficos y en diversas actitudes, creencias y motivaciones. Pero hay notables discrepancias en la significación que se atribuye a cada una de estas diferencias

y, sobre todo, no existen estudios en nuestro medio que hayan aplicado una metodología adecuada de investigación. Nuestra primera hipótesis es la siguiente:

Las actitudes, creencias y motivaciones de donantes y no donantes con respecto a la donación, deben ser diferentes.

Hipótesis segunda

Existen ciertas variables que se asocian al número de donaciones que un donante realizará en el futuro, pero los períodos de seguimiento en que se han realizado los estudios han sido demasiado breves, no permitiendo este escaso tiempo de observación que se modifiquen las variables de interés. Además, algunas variables que a nuestro juicio son importantes no se han explorado en los estudios realizados hasta el momento. Como consecuencia, deseamos contrastar la siguiente hipótesis:

El número de donaciones que un donante efectúa en un período de tiempo prolongado, debe poder ser explicado a partir de algún conjunto de variables propias del individuo.

Hipótesis tercera

Parece demostrado que la conducta de la donación de sangre es un proceso en el que, a medida que pasa el tiempo, se produce una mayor integración entre la persona y el rol de donante, y que los factores que motivan la primera donación son diferentes de los que motivan la segunda o la tercera.

Pero, dado que no hay estudios longitudinales a largo plazo, no se conoce qué sucede después de esas primeras donaciones, ni cuánto tiempo se mantienen los factores motivadores iniciales o cuáles de éstos son los que más perduran.

Asumiendo este concepto de proceso y la teoría de la identidad rol-persona, formulamos la siguiente hipótesis:

Algunas creencias, actitudes y motivaciones de los donantes deben variar con el paso del tiempo, a medida que conocen mejor la donación y que incorporan el rol de donante a su propia persona.

Hipótesis cuarta

Existe literatura que avala la existencia de un corte crucial entre los donantes que no realizan más de 3-4 donaciones y aquellos que las sobrepasan. Parece demostrado que el salto de la tercera o cuarta donación es importante en la trayectoria del donante como tal

y que los donantes empiezan a verse a sí mismos como "regulares" alrededor de la tercera donación.

Pensamos, pues, que estos donantes deben ser diferentes de los demás, y enunciamos la hipótesis siguiente:

Deben existir ciertas variables en los donantes regulares ("de alto grado"), que se asocien a su comportamiento como tales y que los diferencien del resto.

Hipótesis quinta

a) La creación del CRTS de Granada en 1986 supuso cambios sustanciales en comparación con las prácticas habituales en los Bancos de Sangre Hospitalarios anteriores, tanto en el modo de organizar la donación, como en la imagen que se da de la misma a los donantes y en la atención que a éstos se presta.

Estos cambios no han podido pasar desapercibidos a los donantes. Nuestra hipótesis es:

La percepción por parte de los donantes de la atención que reciben y de la organización general de la donación de sangre, debe ser mejor desde que el CRTS comenzó su funcionamiento.

b) Las Hermandades de Donantes de Sangre actúan con frecuencia como estructuras alejadas de los donantes de sangre y suelen dedicarse más a tareas de gestión que al contacto con los mismos y a su motivación.

La creación de una nueva Asociación (ADSAG), mucho más participativa, sin responsabilidades de gestión en beneficio de una mayor participación en la difusión de la donación de sangre, debe haber supuesto una mejora clara en la valoración que recibe por parte de los donantes.

Nuestra última hipótesis es, por tanto:

La nueva Asociación de Donantes debe gozar de una mejor imagen entre los donantes que la antigua Hermandad, y tener más influencia asociativa que aquélla.

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño

Las actitudes, como se dijo en el apartado 1.3.2., se miden a través de las opiniones, y éstas, a su vez, pueden medirse mediante estudios cualitativos o mediante estudios cuantitativos. De hecho, en la investigación de las actitudes hacia la donación de sangre se han empleado ambos, aunque mucho menos los primeros que los segundos.

Los estudios cuantitativos tienen, frente a los cualitativos, las ventajas de permitir la medición objetiva de los resultados controlando el azar y, además, la de posibilitar el estudio de una muestra de la población diana e inferir después los resultados al conjunto de la misma.

Cabría, asimismo, un estudio experimental o cuasi-experimental en el que se observase la influencia de una determinada intervención introducida por el investigador sobre una muestra, para comparar después los resultados con los de otra muestra control sobre los que esta intervención no se hubiese producido. Existen algunos —aunque muy pocos— ejemplos de estos estudios en la literatura revisada, pero nos hubiesen resultado menos asequibles con nuestros medios y además no darían respuesta a algunos de los objetivos que se plantean en esta investigación.

Descartados los estudios experimentales, nos pareció que para conocer las características y actitudes que diferencian a los donantes de los no donantes resultaba idóneo un estudio transversal en un momento dado sobre dos muestras de ambas poblaciones. Es, de hecho, el método empleado en todos los trabajos que conocemos.

Para conocer las relación entre las variables sociodemográficas y las actitudes con la conducta como donantes, resultaba imprescindible plantear un estudio de seguimiento, bien de cohorte retrospectiva, bien prospectiva.

Un estudio de cohorte o longitudinal nos permitiría, además, estudiar los posibles cambios de las actitudes en el tiempo y su influencia sobre la conducta posterior.

Según el diseño finalmente elegido, el estudio se llevó a cabo en dos fases:

1. La primera fase tuvo lugar en 1987 y consistió en un *estudio transversal*, utilizando encuestas, para comparar las actitudes de donantes y no donantes, poniendo en relación estas actitudes con el número de donaciones realizadas por los donantes (conducta) hasta ese momento.

2. La segunda fase consistió en un *estudio longitudinal*, basado en el seguimiento durante 6 años (1988-1994) de la cohorte formada por los donantes estudiados en 1987.

2.2. Población y muestra de 1987

La población de referencia de no donantes fue la de Granada capital, que se dividió a su vez en nueve zonas, y la de 22 núcleos de población de su provincia. Con ello se pretendió tener en cuenta el hábitat, urbano o rural, y la zona provincial.

De esa población, se extrajo una *muestra de 303 no donantes* por el método consistente en seguir rutas aleatorias al azar, según el bloque de viviendas y, dentro de éste, el piso. La muestra se distribuyó proporcionalmente a las cuotas de edad y sexo de los diferentes censos. La distribución obtenida para esa muestra aparece en la Tabla 1. Con ella se asegura un intervalo de confianza para una proporción al 95%, con un error de un 5.7%, suponiendo que $P=q=0.5$. Este nivel de error se asegura para toda la población de Granada y provincia.

La población de donantes fue la registrada en los ficheros del Centro Regional de Transfusión Sanguínea. De ella se extrajo una *muestra de 208 donantes* al azar, de la que finalmente sólo respondieron 197 (dado que los no respondientes supusieron un número escaso, consideramos que no introducen sesgo alguno). Esta muestra fue apareada en cuanto a sexo y edad con la muestra de no donantes. La extracción se hizo atendiendo al lugar de residencia, como puede verse también en la Tabla 1.

Para extraer la muestra de donantes se consideró una población máxima de 21.000 individuos en 1987, admitiendo la definición más extendida de "donante"; es decir, se consideró como integrantes de esa población a todas aquellas personas que habían realizado una donación al menos en los tres últimos años (entre el 30 de mayo de 1984 y el 30 de mayo de 1987).

Esta muestra nos asegura un error de $\pm 7.04\%$, para un intervalo de confianza del 95%, siempre en el caso más desfavorable de $P=q=0.5$.

Como uno de los objetivos básicos de este trabajo es la comparación de donantes con no donantes, se calculó la potencia que nos aseguraban esas dos muestras para detectar una diferencia de un 10%, realizado el test a un nivel de error del 5%. Esa potencia es de un 74.86%.

Con objeto de asegurar que la muestra utilizada en el estudio representaba suficientemente bien a la población de donantes registrados hasta esa fecha, se analizaron las distribuciones de la edad, el sexo, lugar de residencia y situación laboral en una subpoblación de 1.000 donantes extraídos aleatoriamente del fichero (correspondientes al período 1974-1985) porque la población total de donantes no resultaba asequible para conocer todas las variables (téngase en cuenta que en ese momento los datos de los donantes no estaban informatizados). Los hallazgos fundamentales de esa muestra de 1000 donantes se muestran a continuación:

- Distribución por sexos. Varones: 48.4%; hembras: 51.6%.
- La media de edad de todos los donantes fue de 37.3 años. El grupo etáreo más numeroso era el de los más jóvenes (18-29 años) que representaba un 35% del total, seguidos del grupo de 30-39 años (23.7%). El grupo más reducido era el de 40-49 años (19%).
- En cuanto al lugar de residencia, más de la mitad de los donantes (50,6%) residían en Granada capital, mientras que sólo un 10% lo hacían en el medio rural.

Dado que el tamaño de esta subpoblación de 1.000 donantes representaba bien a la población total, se realizaron las comparaciones entre las distribuciones de ambas muestras (la tomada para la encuesta y ésta de 1.000 donantes) atendiendo a las variables mencionadas, con los resultados que pueden verse en la Tabla 2. Supimos así que no había diferencias significativas entre ambas muestras para la edad ($\chi^2_{exp} = 3.18$, 3 g.l., N.S.) y que sí las había para el sexo ($\chi^2_{exp} = 3.87$, 1 g.l., $P = 0.05$), pero tales diferencias no dejaban de ser pequeñas (en la muestra de la encuesta la proporción de mujeres —58.4%— era ligeramente superior al 51.6% de la muestra de 1.000 individuos). Donde las diferencias eran más importantes era en relación con el lugar de residencia ($\chi^2_{exp} = 18.36$; 3 g.l.; $P < 0.0001$), debidas a una subrepresentación en la muestra del estudio de los donantes de la capital, y a una sobrerrepresentación de los de zonas semiurbanas. Este sesgo, con ser evidente, carece de importancia porque, como se verá más adelante, el lugar de residencia no tiene ninguna influencia sobre las variables de la donación.

Sí resultó posible establecer la comparación por grupos de edad entre la muestra extraída de donantes con la población total de donantes ($n=7.629$) que habían donado alguna vez en 1987, y los resultados mostraron que tampoco había diferencias significativas para esa variable (Tabla 3).

2.3. Muestra de donantes en 1994

Entre los objetivos de este trabajo están, de un lado, los de conocer la evolución de las actitudes de los donantes en el tiempo y, de otro, analizar en qué medida sus respuestas de principio (las de 1987) se asociaban a su conducta previa y posterior como donantes, es decir, al número de donaciones que habían ya realizado hasta ese momento y al que realizarían en el futuro.

De la muestra inicial de 197 donantes, por diferentes causas (entre ellas, haberse ausentado de Granada, cambios de domicilio que no constaban en nuestros registros, imposibilidad de encontrarlos por otras razones) sólo fue posible volver a entrevistar a 126. Con esta muestra se consigue una potencia de un 53% para detectar una diferencia de proporciones de un 10% y haciendo el test a un nivel de error del 5%, suponiendo que la proporción sobre la que trabajamos es de un 30%.

Aún partiendo de un escaso tamaño de muestra, las significaciones que se han obtenido posteriormente nos hacen pensar que las diferencias son mayores de ese 10% que se deseaba detectar. Además, la potencia referida es en realidad una subestimación de la que de hecho se posee porque en los tests posteriores se empleó una metodología de comparación de dos medias (métodos paramétricos) mucho más potente que el test de comparación de proporciones.

2.4. Definición de los términos empleados en este estudio

Donante

Para evitar confusiones, cuando se habla de donantes conviene referirse a un donante *activo*, es decir, aquel que es donante en el momento del estudio. Dado que incluso así es difícil concretar, suele convenirse que un donante es activo cuando ha realizado al menos una donación en los últimos tres años. Así operan en la práctica la mayoría de los servicios de transfusión españoles (también el CRTS de Granada-Almería) y de otros países de nuestro entorno. Otros autores, sin embargo, establecen un año para diferenciar un donante-activo de un ex-donante (Lightman, 1981), y otros, dos años (Edwards y Zeichner, 1985), criterios que no tienen en la actualidad muchos seguidores, pero que dan idea de la imprecisión de todos estos términos.

Dentro de los donantes cabe diferenciar tres tipos:

1. Donante de primera vez o nuevo-donante

Es aquel que sólo ha realizado una donación. Algunos autores lo extienden hasta las tres donaciones.

2. Donante regular y donante de alto grado

Por donante regular, suele entenderse aquel que dona con una cierta periodicidad —que ningún estudio suele concretar, por otro lado— que no se interrumpe. Dos trabajos —que conozcamos— cifraban de algún modo en qué consistía esta regularidad, definiendo al "donante activo regular" como aquel que realizaba, como mínimo, una donación por año (Edwards y Zeichner, op. cit.; Fernández Montoya, 1986).

Muchos estudios han investigado qué diferencia a los donantes de los no donantes, o han estudiado a los donantes en su conjunto sin hacer distinciones entre ellos, pero muy pocos han analizado las diferencias de los donantes entre sí según el número de donaciones que realizan. En palabras de Lightman (1981), se ha estudiado la "extensión" pero no la "profundidad".

Existe, por ejemplo, suficiente literatura que avala la existencia de un corte crucial entre los donantes que no realizan más de 3-4 donaciones y aquellos que las sobrepasan. Ambos serán objeto de esta investigación, bajo la denominación, que proponemos, de *donantes de alto grado y donantes de bajo grado* según que hayan sobrepasado o no las tres donaciones. Se ha apuntado que el salto de la tercera o cuarta donación es crucial en la carrera de un donante y que una vez que este obstáculo se pasa, el donante parece desarrollar un "hábito" y un sentido más profundo de la significación del acto de donar. También se ha sugerido una cierta "adicción" a partir de ese salto (Zillmer *et al.*, 1989), y, en otro estudio, que los donantes empezaban a verse a sí mismos como "regulares" alrededor de la tercera donación (Piliavin, Callero y Evans, 1982).

Algo similar fue ya hecho en la encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad en 1989, en la que se dividió a los donantes en *habituales* (los que habían donado en más de 2 ó 3 ocasiones en los últimos 3 años) y *ocasionales* (cuando habían donado sólo una vez en toda su vida).

A efectos de este estudio, utilizaremos el término de *donante regular* como equivalente al *donante de alto grado*, entendiendo por tal el que ha realizado más de tres donaciones.

3. Donante irregular

Es aquel que, siendo donante activo, no realiza el número mínimo de donaciones requeridas para ser considerado como regular. Es decir, se sitúa entre el donante activo regular y el ex-donante. Algunos autores lo definen como aquel que realiza menos de una donación por año (Edwards y Zeichner, 1985; Fernández Montoya, 1986).

Ex-donante

Es aquella persona que ha sido donante pero que, por diferentes razones, ya no dona de manera definitiva. Como está en función de la definición que se haga de donante activo, puede oscilar entre no haber hecho una donación en los últimos uno, dos o tres años.

Pseudo ex-donantes

Son aquéllos que habiendo dejado de donar estarían dispuestos a volver a hacerlo.

No donantes

Son las personas que, estando en la edad aceptable para hacerlo, no han donado nunca.

Donante repetidor

Es un término tan común como impreciso. Literalmente sería aquel que realiza más de una donación, como contrapunto al donante de primera vez. Engloba a los regulares y a los irregulares. Dada su indefinición, encontramos preferible utilizar en su lugar el que más se aproxime de los anteriores, pero, no obstante, se empleará en este trabajo dado que algunos estudios han investigado las diferencias entre ellos (bajo esta denominación) y los donantes de primera vez.

Población elegible

Es el grupo de personas médicamente aptas para donar dentro de los márgenes de edad permitidos.

Un estudio de 1988 calculó el número de personas mayores de 16 años médicamente aptas para donar sangre a partir de los datos médicos de 20.000 adultos, excluyendo a todos aquellos que tenían una o más de las causas que impiden la donación. El resultado fue que un 57% de las mujeres y un 70% de los hombres eran aptos y que esta proporción -según los autores- bajaría a 55% y 67% respectivamente si se introdujese (como luego se hizo) la determinación obligatoria de la enzima alanino-amino-transferasa (ALT) y del anti-HBc (no se conocía todavía el anti-HCV) (Linden, Gregorio y Kalish, 1988).

Otros trabajos, para saber cuántos donantes potenciales podría haber entre la población, han extrapolado las tasas de las enfermedades más frecuentes, obtenidas de registros nacionales, al total de la misma. Resultado: los hombres se reducen un 30% (igual que en el caso de Linden) y las mujeres un 53 % (incluyendo la posibilidad de embarazos). Como media de unos y otras, un 41.7% quedarían eliminados (Miller y Weikel, 1974).

Así pues, se puede afirmar que alrededor de un 60% de la población adulta (los controles aún más exhaustivos de la actualidad podrían haber disminuido algo más esta cifra) no tiene ninguna contraindicación médica para donar y por tanto son donantes potenciales.

Donación

Cada una de las veces que una persona acude a un servicio de donación de sangre y se inicia el proceso médico para proceder a la misma, independientemente de que, por causas ajenas a la voluntad del donante, no llegue a realizarse o deba interrumpirse antes de que se considere terminado.

2.5. Variables del estudio

Variables independientes

En las dos fases del estudio, y tanto en donantes como en no donantes, se analizaron las siguientes *variables independientes*:

1. Edad en años cumplidos
2. Sexo
3. Nivel de estudios, siguiendo la clasificación del Instituto Nacional de Estadística (INE) (Anexo 1)
4. Lugar de residencia, categorizado en:
 - rural: < 2.000 habitantes
 - semiurbano: 2.000 - 10.000 habs.
 - urbano: 10.000 - 50.000 habs.
 - capital: Granada
5. Situación laboral, según el INE (Anexo 2)

6. Actitudes, creencias y motivaciones sobre la donación.

En el caso de los donantes se recogió además:

7. El mes y año de la primera donación.

8. La existencia o no durante la última ocasión en que el donante acudió a donar (a lo largo del período de seguimiento de la segunda fase) de un rechazo por parte del CRTS, entendido como la no aceptación de esa donación por una razón médica ajena a la voluntad del donante.

Variable dependiente

La *variable dependiente* de la investigación sobre los donantes fue siempre el número de donaciones efectuadas, aunque medida, bien como variable continua, o bien como variable categórica, y en ambos casos en las dos fases del estudio. Es decir:

1. En la primera fase, se contabilizó el número de donaciones realizadas durante toda la historia del donante hasta el 31.12.1987.

2. En la segunda fase, el número de donaciones realizadas desde el 1.01.1988 hasta el 31.12.1993.

3. En las dos fases, se categorizaron los donantes como "donante de alto grado" (haber realizado más de 3 donaciones) o "donante de bajo grado" (haber realizado 3 o menos de 3 donaciones).

Como ya se ha dicho, la literatura muestra que este "corte" en las tres donaciones tiene soporte suficiente para ser probado en nuestro medio, porque parece que el salto de la tercera donación es crucial en la evolución de un donante, tras el cual se desarrolla un cierto hábito que hace al donante más constante.

La posibilidad de establecer el límite en cuatro donaciones (apuntada por algunos trabajos) no fue posible con nuestra muestra porque los grupos que se formaban eran demasiado pequeños.

2.6. Fuente de datos

Tanto las variables independientes como la variable dependiente en la primera fase (corte de 1987) fueron recogidas con sendos cuestionarios, que se describen a continuación.

2.6.1. Cuestionario de 1987

En total, el cuestionario de los donantes consta de 39 preguntas o ítems y el de no donantes de 37 (Anexos 3 y 4), y en ellos se utilizan diferentes tipos de ítems que pasamos a describir.

Los ítems fueron redactados a partir de los resultados de las publicaciones más importantes al respecto (Oswalt, 1977; Osborne, Bradley y Lloyd-Griffiths, 1978; Condie, 1979; Lightman, 1981; Boe y Ponder, 1981) y de la encuesta realizada en España por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1989.

El cuestionario fue sometido a una prueba piloto antes de su aplicación masiva.

Medición de actitudes y creencias: escalas tipo Likert

a) Sentencias o ítems comunes a los cuestionarios de donantes y no donantes. La numeración de éstos que se sigue en todo el trabajo es la que corresponde al cuestionario de los donantes en 1987, según puede verse en el Anexo 3. Dado que los ítems de los cuestionarios de no donantes y de los donantes en 1994, no se presentaron a los encuestados con las sentencias ordenadas del mismo modo que en 1987, se ha optado por incluirlos en los anexos respectivos sin numerar, para evitar confusiones.

Las actitudes y creencias se exploran mediante 25 ítems que están en relación con las condiciones en que se realizan las donaciones (nº 1, 2, 9, 12), sus creencias sobre la relación entre donación y la salud (nº 5, 6, 16), los miedos (nº 11, 22), actitud egoísta (nº 3, 21), nivel de información (nº 7, 8), sentimientos de deber y solidaridad (nº 13, 15, 17, 19), necesidad de recompensas (nº 24, 26, 27), accesibilidad física del Banco o Centro (nº 23), existencia de donantes en el entorno familiar (nº 10), inconveniencias y excusas (nº 4, 14, 18).

b) Sentencias diferentes para ambos cuestionarios:

El cuestionario de donantes incluye 2 ítems específicos, uno sobre los sentimientos asociados a la donación (nº 20) y otro sobre el refrigerio tras la misma (nº 25). El de no donantes incluye 7 ítems específicos sobre su condición como tales (grado de concienciación frente a la donación, miedos, existencia de razones médicas para no donar, actitud hacia la retribución) (ítems marcados con las letras *a, b, c, d, e, f, g, h, i* del cuestionario del Anexo 4).

La escala tipo Likert fue la elegida, por su mayor implantación en la investigación sobre las actitudes. Numerosos autores la utilizan (Ware *et al.*, 1983). Sus ventajas son (López Pérez, 1987):

- ser de construcción sencilla
- necesitar menor número de ítems que otro tipo de escalas, por ejemplo, la de Thurstone (Thurstone, 1984).
- permitir que se establezcan graduaciones e intensidad de respuesta.
- ser de corrección rápida

Esta escala exige del investigador un esfuerzo por elaborar un amplio abanico de estímulos o "ítems" sobre el tema a estudiar, en este caso, sobre las actitudes hacia la donación de sangre. También hubimos de tener en cuenta los posibles sesgos que pueden introducir este tipo de técnicas basadas en el autoinforme (deseabilidad social, aquiescencia, olvidos...), e intentamos minimizarlos haciendo que los cuestionarios fuesen anónimos, evitando —en lo posible— las respuestas claramente deseables en la sociedad, reduciendo el cuestionario a los aspectos esenciales para nuestros objetivos, e introduciendo ítems en sentido favorable y desfavorable, y en formulación positiva o negativa (Ajzen y Fishbein, 1980. Appendix A: Steps in the construction of a standard questionnaire).

Los ítems tipo Likert se presentaban con los valores siguientes (Mayntz, Holm y Hubner, 1983):

- 1. Desacuerdo total
- 2. Desacuerdo
- 3. Indeciso
- 4. Acuerdo
- 5. Acuerdo total

Medición de motivaciones: preguntas abiertas

No hay ninguna común para donantes y no donantes. Para los donantes se utilizaron 5 preguntas que tienen como fin conocer las motivaciones relacionados con su conducta como tales y los posibles cambios de éstas en el tiempo, así como aquellas que les pudieran parecer más convincentes para los demás. En el caso de los no donantes, las 2 preguntas libres utilizadas pretenden conocer qué motivos les harían donar sangre y a cuáles de ellas atribuyen el hecho de que la gente no done.

Algunas de las respuestas abiertas permitían una sola respuesta y, otras, de una a tres respuestas, del modo siguiente:

Cuestionario de donantes:

- *"¿Recuerda qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez? (una respuesta).*
- *"En caso negativo, ¿cuáles son ahora sus razones?" (de una a tres respuestas).*
- *"¿Qué tres razones emplearía Ud. para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?" (de una a tres respuestas).*
- *"¿Desea añadir algo que no se le haya preguntado?" (una respuesta).*

Cuestionario de no donantes:

- *"¿Por qué cree que hay tan pocos donantes de sangre en nuestro país?" (de una a tres respuestas)*
- *"¿Qué motivos le llevarían a hacerse donante? Cite las tres que considere más importantes" (de una a tres respuestas)*

Las respuestas a estas preguntas abiertas —transcritas literalmente por los encuestadores— fueron trasladadas después a denominaciones genéricas que recogiesen su significado más importante, procurando acomodarlas a las que tuviesen antecedentes en la literatura, cuando ello fuese posible. Ya renombradas, se agruparon bajo epígrafes más amplios, buscando su significado más común, del modo que se muestra en los Anexos 6, 7, 8 y 9.

Medición de opiniones sobre la donación y las instituciones

Estas opiniones sobre aspectos informativos y organizativos relacionados con la donación, se recogieron con 7 preguntas dicotómicas (si/no) o de respuesta categórica (peor/mejor/igual) para los donantes y 3 para los no donantes.

Medición de las variables sociodemográficas

Se recogieron mediante las escalas mencionadas en la descripción de estas variables.

Medición de la variable dependiente

El número de donaciones realizadas hasta 1987 se recogió mediante una pregunta de este cuestionario.

2.6.2. Cuestionario de 1994

Al final del seguimiento de la cohorte de donantes (1994), se utilizó un cuestionario que recoge las mismas variables independientes ya citadas, en las que, cuando era oportuno, se cambió la denominación "Banco de Sangre" por la de "Centro de Donación"

o "Centro Regional de Transfusión Sanguínea", para ajustarse a la denominación de la nueva institución responsable de la donación, evitando confusiones. Del mismo modo, en las preguntas dicotómicas finales, se cambió "Hermandad de Donantes de Sangre", ya inexistente, por la actual "Asociación de Donantes Altruistas de Sangre". Se añadieron "ex novo" 5 sentencias tipo Likert (señaladas con las letras *j, k, l, m, n*) sobre el modo en que el CRTS realiza su trabajo, y otra pregunta de respuesta dicotómica en la que se pide que se compare la manera en que el CRTS organiza la donación con la que en su momento el donante conoció en los antiguos Bancos de Sangre. En total, este cuestionario está compuesto por 44 ítems (Anexo 5).

2.6.3. Registros del CRTS

De estos registros se obtuvieron el número de donaciones realizadas entre el 1.01.1988 y el 31.12.1993 y la existencia o no de un rechazo en el momento de acudir a donar durante ese período.

2.7. Períodos y método de recogida de los datos

Todas las variables enumeradas se recogieron a través de los cuestionarios mencionados, que fueron aplicados en dos momentos diferentes:

a) A lo largo de los primeros veinte días de junio de 1987, para las encuestas iniciales a donantes y no donantes.

b) De febrero a septiembre de 1994, para las encuestas al subgrupo de donantes sometido a seguimiento durante el período 1987-1994.

Todos los cuestionarios fueron administrados mediante entrevista dirigida y personal en el domicilio del encuestado. Las encuestas de 1987 fueron realizadas por un equipo de 3 licenciados en Psicología y las de 1994 por 2 técnicos superiores del Centro Regional de Transfusión Sanguínea. A todos los sujetos se les envió una carta oficial anunciándoles la visita del encuestador y explicándoles brevemente el objeto del estudio. Los encuestadores fueron formados previamente a la realización de la encuesta y se presentaron a los entrevistados explicando su procedencia y el objetivo del estudio.

2.8. Método estadístico

Enumeraremos a partir de ahora el conjunto de técnicas estadísticas aplicadas para responder a cada uno de los objetivos del estudio.

2.8.1. Descripción de la muestra de donantes y no donantes

En este caso, para cada variable de la muestra de donantes (muestra de 1987 y submuestra de 1994) y de no donantes, se obtuvo una distribución de frecuencias y, en el caso de los caracteres cuantitativos, se calcularon la media, desviación típica, mediana y rango.

2.8.2. Comparación entre la muestra de donantes y no donantes

Para tal comparación se empleó, en el caso de caracteres cuantitativos y de caracteres ordinales, la comparación de medias para muestras independientes usando la "t-student" cuando las varianzas eran iguales, y el "test de Welch" en el caso de varianzas distintas. Este test se empleó porque, aún no tratándose de variables normales, los tamaños muestrales, suficientemente grandes, aseguraban el funcionamiento correcto del test.

Cuando lo que se deseaba comparar eran caracteres de tipo cualitativo, se aplicó el test de la chi al cuadrado para ver si había diferencias entre ambas poblaciones. En el caso de tablas 2x2, cuando no se cumplían las condiciones de aplicación del test, se aplicó el "test exacto de Fisher".

Usando sólo los ítems tipo Likert, se hizo un análisis discriminante mediante el que se pretendía establecer cuál era el menor conjunto de variables que separaba a un grupo de otro. El método aplicado fue la discriminación lineal de Fisher en un paso a paso ascendente. Una vez más, se empleó esa técnica que es para normales multivariantes, pues los tamaños muestrales disponibles hacían pensar en tests potentes; además, tal técnica funciona cuando las matrices de covarianza de uno y otro grupo no son distintas, o cuando, aún siendo distintas las covarianzas, no son de distinto signo en uno y otro grupo, que es lo que ocurrió en nuestro caso.

2.8.3. Análisis de la no respuesta de donantes a la encuesta de 1994

Tal comparación entre uno y otro grupos de donantes se hizo con objeto de identificar sesgos introducidos en nuestro análisis a causa de la no respuesta.

Para comparar entre ambos grupos las variables numéricas, se usó el test de comparación de medias para muestras independientes de la "t-student" cuando las varianzas poblacionales eran iguales, y el "test de Welch" cuando las varianzas eran distintas.

Cuando la comparación era entre caracteres de tipo cualitativo, se empleó el test de la chi al cuadrado para tablas de contingencia.

2.8.4. Diferencias entre las respuestas de los donantes en 1987 y las respuestas de los donantes en 1994

Con objeto de ver cómo evolucionaban las opiniones de los donantes desde 1987 a 1994 se compararon las respuestas de esas dos encuestas.

En el caso de que los caracteres fueran cuantitativos se empleó el test de la "t-student" para muestras apareadas (aunque este test es sólo para variables normales, se empleó en este caso pues el tamaño de la muestra aseguraba una excelente aproximación) y, en el caso de caracteres cualitativos, el "test de McNemar" (ya sea con dos modalidades, o su generalización, con más de dos) siempre que las condiciones de la aproximación se cumpliesen, y el test exacto en caso de que no se verificasen tales condiciones.

2.8.5. Determinación de la estructura factorial del cuestionario con los ítems de tipo Likert, tanto para donantes como para no donantes

Trabajando sólo con las respuestas de 1987 se realizaron dos análisis factoriales, uno para los donantes y otro para los no donantes. En ambos casos el método de extracción de factores fue el de componentes principales (se empleó también el método de máxima verosimilitud, dando resultados muy parecidos); el método de rotación empleado fue el varimax. En la lectura de las saturaciones para la identificación de los factores se despreciaron valores de éstas inferiores a 0.25.

La estructura factorial para los no donantes fue clara e interpretable desde el principio. Sin embargo, la estructura para los donantes no era tan global sino más bien fragmentaria: había algunos ítems que no quedaban incluidos en ningún factor; además, ciertos ítems mostraban unas asociaciones débiles que dificultaban la identificación de factores. Se despreciaron tales ítems en función de sus correlaciones, de sus bajas saturaciones en los diferentes factores y de su falta de adecuación a los mismos, y se volvió a realizar el factorial obteniéndose un resultado que es el que definitivamente fue empleado.

2.8.6. Análisis de la asociación existente entre las variables sociodemográficas y los factores de la escala en los donantes

Para cada una de las variables sociodemográficas, se realizó un análisis de la varianza de una vía y, cuando éste resultó significativo, se realizaron las comparaciones por parejas, usando la penalización de Bonferroni para los casos en que las variables tuviesen más de dos categorías.

2.8.7. Determinación de las variables que pudieran influir en el número de donaciones efectuadas por los donantes hasta 1987

Para contestar a este objetivo se realizó un análisis en tres fases. En la primera fase se analizó la asociación entre cada una de las variables sociodemográficas del cuestionario (edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y lugar de residencia), los diferentes factores obtenidos en la escala de actitudes y las agrupaciones de las preguntas libres, con el número de donaciones habidas hasta 1987 (transformado por el logaritmo decimal con objeto de homogeneizar las varianzas y conseguir un ajuste mejor al modelo empleado, haciendo que se pareciera más a una variable aleatoria normal).

De entre las variables empleadas en el análisis bivalente, seleccionamos para los análisis multivariantes aquellas que, o bien daban asociaciones significativas, o bien tenían un nivel de significación por debajo de 0.30 (niveles de significación por encima de este valor parecen demostrar que no existe asociación clara entre la variable y el número de donaciones, o bien que ésta es muy débil)

En una segunda fase se realizó el ajuste del número de donaciones por las variables antes citadas y por el número de años pasados desde aquel en que se realizó la primera donación (variable fundamental que condicionaba claramente el número de donaciones hasta 1987).

Hecho ese ajuste, y encontrando que el efecto del número de años desde la primera donación tenía una asociación con la variable de respuesta extraordinariamente fuerte, se procedió a seguir una tercera fase en la que se ajustó por un modelo de regresión múltiple pero sin esa variable, con objeto de que el efecto de las otras quedara más claro.

Una vez ajustados los diferentes modelos multivariantes, se pasó a realizar un estudio de las posibles interacciones entre variables y al análisis de detección de datos influyentes. Todos esos análisis dieron resultados negativos.

2.8.8. Determinación de las variables que pudieran influir en el número de donaciones efectuadas por los donantes desde 1988 hasta 1993

Se realizó el mismo análisis que el reseñado en el apartado anterior, salvo que en este caso se eliminó la variable "año de la primera donación" y se usó como variable condicionante el número de donaciones efectuadas hasta 1987.

2.8.9. Estudio de la influencia que el cambio producido en las variables independientes entre 1987 y 1994 pudiese tener sobre el número de donaciones efectuadas en el período 1987-1993

Se realizó el mismo análisis que en el apartado 2.8.8. pero las variables tenidas en cuenta fueron las diferencias entre 1987 y 1993 en los diferentes factores (actitudes) y en las motivaciones.

2.8.10. Determinación de las variables que influían en el hecho de ser un donante con más de 3 donaciones antes de 1987

Este análisis se hizo usando la regresión logística según el camino del apartado 2.8.7. Para ello, la variable "número de donaciones hasta 1987" se dividió en dos intervalos : hasta 3 donaciones y más de 3. Además, las diferentes variables del cuestionario que no eran binarias se partieron en dos categorías usando sus cuartiles terceros. En el caso de la edad se cortó en 40 años o menos, que era donde empezaba a observarse significación; para el lugar de residencia se hizo un grupo con "urbano" y "capital", frente al resto. No se emplearon, sin embargo, el nivel de estudios ni la situación laboral, porque estaban muy lejos de la significación.

Además, las motivaciones citadas por el donante para donar la primera vez se dividieron en "intrínsecas" y "extrínsecas", según se describe en el Anexo 10, de acuerdo con la propuesta de Lightman (1981), estudiándose la asociación de ambos grupos con el hecho de ser un donante "de alto grado".

En todos los modelos se probó la bondad del ajuste usando el "test de Hosmer-Lemeshow", que no dio significativo en ningún caso, y se hizo el análisis de detección de datos influyentes con idénticos resultados.

2.8.11. Determinación de las variables que influían en el hecho de ser un donante con más de 3 donaciones en el período de 1988 a 1993

Se llevó a cabo el mismo análisis que en el apartado 2.8.10., pero condicionado ahora por el número de donaciones efectuadas hasta 1987 y no teniendo en cuenta el año de la primera donación.

También aquí se estudió la asociación con las motivaciones "intrínsecas" y "extrínsecas" para donar.

RESULTADOS

Para la exposición de los resultados seguiremos la siguiente secuencia:

- Describir las muestras de donantes y no donantes en 1987, incluyendo en esta descripción sus datos sociodemográficos, los obtenidos del cuestionario y el resultado del análisis factorial.
- Comparar ambas muestras, incluyendo el análisis múltiple discriminante.
- Describir la muestra de donantes en 1994, analizando las diferencias con los no respondientes a la misma.
- Comparar a los donantes en 1987 con los de 1994.
- Estudiar cómo se asocian en los donantes sus diferentes variables en 1987 (incluyendo las sociodemográficas y los factores obtenidos en el factorial), con el número de donaciones efectuado tanto antes como después de ese año.
- Estudiar qué variables de 1987 se asocian con el hecho de ser un donante de "alto grado", en cualquiera de las dos fases del estudio.
- Ver cómo influyen los cambios producidos entre 1987 y 1994 en estas variables, en las donaciones posteriores a 1987.

3.1. Descripción de la muestra de donantes de 1987

Variables sociodemográficas

La muestra de donantes está integrada por 197 sujetos, 58.4% mujeres y 41.6% varones (Tabla 4), de edades comprendidas entre los 18 y 65 años, con una edad media de 37.8 años (SD = 13.3) (Tabla 5). De ellos, un 42.6 residen en pueblos de 2.000 a 10.000 habitantes (zona semiurbana) y un 30.5% en Granada ciudad (Tabla 6).

En cuanto al nivel de estudios, aunque todos los grupos están representados, la proporción más numerosa, con un 34%, corresponde a aquellos que saben leer y escribir

sin haber realizado estudios, y la menos numerosa a los analfabetos, con un 1%, y a los universitarios con un 4.6% (Tabla 7)

En la situación laboral puede verse que la proporción de empleados y la de amas de casa es la misma: 36.5%, seguida de un 12.2% de estudiantes, un 11.7% de desempleados y un 3% de pensionistas (Tabla 8).

VARIABLES DE LA DONACIÓN

La muestra de donantes estudiada había realizado una media de 6.02 donaciones (SD = 5.36). La mayoría (40.3%) había hecho menos de 3 donaciones. El grupo que había realizado de 4 a 6 representaba un 29.6% y un 30.1% habían realizado 7 ó más (Tabla 9).

ACTITUDES Y CREENCIAS (ESCALA TIPO LIKERT)

Las respuestas a estos ítems, que configuran las actitudes y creencias exploradas, aparecen en la Tabla 10. Posteriormente se describirán los resultados del análisis factorial realizado.

MOTIVACIONES (PREGUNTAS ABIERTAS)

a) "¿Recuerda qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez?" (ítem 29)

Esta pregunta de respuesta libre, destinada a conocer las motivaciones iniciales por las cuales los donantes recordaban haber hecho su primera donación, dio la mayor proporción de respondientes en la categoría de "Ayuda a otros/solidaridad/amor al prójimo" con un 22.3% del total, seguida de pensar que "Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta" con 10.2%, haber tenido una experiencia personal o familiar de transfusión con 10.2%, influencia de familiares cercanos que ya eran donantes con 6.6%, influencia de amigos o compañeros donantes con 5.1% y haber tenido una experiencia personal o familiar de enfermedad con otro 5.1%. Sólo un 1.5% aducen que donasen por dinero o por otras recompensas (Tabla 11).

Agрупadas estas respuestas según unas denominaciones genéricas expuestas en los Anexos 6 y 7, encontramos que el grupo de motivaciones más numeroso corresponde a las que hemos llamado "Motivaciones de solidaridad o de sentido del deber", con un 26.4% del total. Este grupo de motivaciones viene seguido del que hemos llamado "Información/Presiones", con un 23.4%, y de las que hemos denominado "Beneficios personales o familiares", con un 21.8%. Las motivaciones religiosas dan una proporción de 2% (Tabla 12).

b) *"¿Continúa donando sangre por las mismas razones que lo hizo la primera vez?"* (ítem 30).

Un 75.9% de los donantes afirman que continúan donando por las mismas razones/motivaciones que lo hicieron la primera vez y el 24,1% que habían cambiado de razón.

c) *"En caso negativo, ¿cuáles son ahora sus razones?"* (ítem 31).

Entre los 46 donantes (24.1%) que dijeron que sus razones para donar en el momento en que se les hizo la encuesta ya no eran las mismas que cuando hicieron su primera donación, la motivación más aducida siguió siendo *"Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo"* citada por un 8.6% de los donantes, seguida de *"Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta"*, citada por el 7.6% de los donantes y de *"Por deber social/moral"* con un 4.1% de los donantes (téngase en cuenta que, dado que un mismo donante podía dar hasta tres respuestas, el número de las respuestas no coincide con el de los respondientes) (Tabla 13).

Agrupadas estas respuestas del modo ya citado, las motivaciones denominadas de *"Solidaridad o sentido del deber"* son las más aducidas, con un 13.2%, seguidas de las que denominamos *"Sentido de la necesidad concreta"* con un 9.6%, mientras que los otros grupos dan porcentajes muy bajos (Tabla 14).

d) *"¿Qué tres razones emplearía Ud. para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?"* (ítem 32)

Las razones más empleadas serían las de *"Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo"* (36.5%), seguida de *"El mismo o su familia podrían necesitarla"* (25.4%), *"Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta"* (24.4%), *"Salva vidas"* (21.8%) y *"Es inocuo para la salud"* (19.8%). Las demás tienen porcentajes que quedan muy distantes de éstas (Tabla 15).

Agrupadas, las razones más citadas están en los grupos *"Solidaridad / sentido del deber"* (49.7%) y *"Sentido de la necesidad concreta"* (45.7%) (Tabla 16).

e) *"¿Desea añadir algo que no se le haya preguntado?"* (ítem 39).

De las respuestas libres a esta pregunta (la última del cuestionario), una vez agrupadas según se expuso en el apartado de material y métodos, el grupo más citado es el de *"Mejorar el acceso-comodidad"*, con un 74.6% de las respuestas, y, dentro del mismo, lo que más llama la atención es que un 59.9% de todos los donantes sugieren que el

refrigerio debería ser más copioso y/o de mejor calidad. Muy de lejos, esta sugerencia es seguida, con un 10.2%, por la queja de que el Banco/Centro no se desplaza cerca de su domicilio con la frecuencia que el donante desearía, y/o que debiera acercarse más a la gente.

Finalmente, un 5.6% de las respuestas apuntan que falta información sobre la donación (Tabla 17).

Información y opiniones sobre las instituciones

a) *"La legislación española permite donar hasta seis veces al año. ¿Qué periodicidad considera Ud. más adecuada?"*

El mayor porcentaje de respondientes consideran que la periodicidad más adecuada es de 3 a 4 veces por año (55.3%). Le siguen de 1 a 2 (21.1%) y de 5 a 6 (23.7%).

b) Información y relaciones con la Hermandad de Donantes de Sangre

Un 75.6% no conocen esta organización, el 19.8% dicen ser miembros de la misma, un 93.9% no conocen sus actividades, un 77.8% no se sienten motivados por ella, ninguno ha participado activamente en sus actividades y sólo un 1% ha asistido a una de sus reuniones o asambleas (Tabla 18).

Análisis factorial de la escala Likert

Con el fin de determinar en los ítems de la escala Likert del cuestionario una estructura más simple y más fácil de interpretar para poder hacer estudios de predicción, se llevó a cabo un análisis factorial con extracción de componentes principales y método de rotación varimax.

Como primer paso para el estudio de los factores, se analizó detalladamente la matriz de correlación de los diferentes ítems. En esa matriz, ya se veía que la asociación para algunos ítems era extraordinariamente débil y que en el análisis factorial no iban a introducir sino "ruido".

Realizado el análisis factorial, se identificaron 10 factores que explicaban en total un 63.66 % de la varianza global.

Los factores identificados son los que se enumeran a continuación, añadiéndose aquellos ítems que tienen saturaciones más altas e indicando los que tienen saturaciones más bajas.

Factor 1

Explica él sólo un 10.83% de la variabilidad y en él tienen las saturaciones más altas los ítems números 16 (0.827) y 5 (0.671), mientras que el 21 tiene una saturación bastante más baja (0.483) (Además, el ítem 21 no guarda relación con los otros dos y tiene saturaciones más bajas pero no despreciables con el factor 4 y con el factor 10).

Factor 2

Hasta él hay un porcentaje acumulado de varianza explicada de un 20.37%. Los dos ítems claros de este factor, y además con saturaciones muy altas, son el número 1 (0.819) y el número 2 (0.800)

Factor 3

Este factor acumula un 27.87 % de la varianza total explicada. En él aparecen con saturaciones altas los ítems números 27 (0.802) y el 26 (0.620) y después aparecerían de manera más baja el ítem 17 (0.400) y el 22 (-0.494). Cabe también señalar aquí que ni el ítem 17 ni el 22 parecen pertenecer a este factor; ambos muestran saturaciones no despreciables en los otros, pero "encajan" mal en todos los factores.

Factor 4

El porcentaje acumulado de varianza explicada hasta él es de 34.09% y estaría formado por los ítems números 24 (0.791), el 15 (-0.611) y, por último, el 4 (0.431).

Factor 5

El porcentaje acumulado de varianza hasta él es de un 39.90%. Está formado por los ítems números 7 (0.715) y 11 (0.565). Es el primer factor que empieza a no tener sentido.

Factor 6

El porcentaje acumulado de varianza hasta él es de un 45.19%. Está formado por los ítems números 13 (0.831) y 9 (0.440)

Factor 7

El porcentaje acumulado de varianza hasta él es de un 50.33%. Estaría formado por los ítems números 8 (0.750) y 19 (0.434).

Factor 8

El porcentaje acumulado de varianza hasta él es de un 55.08%. Ítems con saturaciones importantes en él: números 6 (0.772), 14 (0.433) y 12 (-0.417).

Factor 9

El porcentaje acumulado de varianza hasta él es de 59.43%. Ítems con saturaciones importantes en él: números 18 (0.786), 3 (0.562) y 23 (0.479).

Factor 10

El porcentaje acumulado de varianza hasta él es de 63.66%. Sólo el ítem 10 presenta una saturación importante en él (0.876).

De ese análisis factorial se podían deducir dos principios:

1) La estructura factorial de la escala no es simple y, desde luego, no es tan resumida como la que aparece en otros trabajos.

2) Hay una serie de ítems que no son lo suficientemente independientes de los demás como para formar un factor que sólo los incluya a ellos, ni tampoco muestran una correlación lo suficientemente alta con los otros como para que los factores en los que entran sean muy fuertes.

A este último conjunto de ítems nos referiremos a continuación con objeto de dar argumentos para no considerarlos en futuros análisis.

El primero es el número 21. En efecto, este ítem entraría en el factor 1, sin embargo en ese factor no tiene mayor sentido su presencia y, además, su saturación es baja (0.483) frente a los otros. Además, si se mira la matriz de correlación puede verse que los coeficientes de este ítem son todos inferiores a 0.30. Por ello será eliminado del siguiente análisis.

Empleando el mismo tipo de argumentos se eliminaron los ítems números 14, 17, 12, 23, 22, 4, 19 y 9.

Al repetir el análisis sin ellos, se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 19):

a) El número de factores extraídos (considerando aquéllos con un autovalor mayor que 1), fueron 7, consiguiéndose explicar un porcentaje de la varianza global de un 61.13%, que es un valor alto.

b) El **FACTOR 1**, que consigue explicar un 13.85% de la varianza global, está formado por los ítems números 5 (0.787 de saturación), 16 (0.739), 7 (0.524) y, por último, el número 6 (0.402). En este primer factor los ítems 5, 16 y 6 están relacionadas y podrían constituir un factor al que denominaremos "*Temores de salud*", mientras que el ítem 7 no

pertenece claramente a ese grupo, pero tampoco puede asignarse claramente a ningún otro factor, por lo que o se considera dentro de éste o no se considera en ninguno (se decidió, en consecuencia, que en los análisis subsiguientes utilizando este modelo factorial no se tendría en cuenta) (El valor del alfa de Cronbach para este factor es de 0.685).

c) El *FACTOR 2*, al que denominamos "*Confortabilidad*", está integrado por los ítems 1 y 2, con saturaciones de 0.855 y 0.803, respectivamente, explicando hasta él un 24.23% de la varianza. (Alfa de Cronbach=0.79).

d) Al *FACTOR 3* lo denominamos "*Demanda de recompensas al Banco*", es decir, recompensas ligadas al acto inmediato de la donación, y está integrado por los ítems números 24 y 25 con unas saturaciones de 0.746 y 0.721, respectivamente. Varianza explicada: 33.26%. (Alfa de Cronbach=0.81).

e) El *FACTOR 4* está formado por los ítems números 13 y 15 y lo llamamos "*Deber y solidaridad*". Ambos ítems tienen saturaciones muy altas (0.774 y 0.763). Varianza explicada: 41.22%. (Alfa de Cronbach=0.86).

f) El *FACTOR 5*, que denominamos "*Egoísmo/Excusas*", está integrado por los ítems números 3 (0.776), 18 (0.472) y 11 (0.447). Varianza explicada: 48.64%. (Alfa de Cronbach=0.62).

g) Con el *FACTOR 6* se alcanza un porcentaje de varianza explicada de un 55.14% Este factor estaría formado por los ítems números 27 (0.787) y 26 (0.684) y lo denominamos "*Demanda de recompensas sociales*". (Alfa de Cronbach=0.61).

h) Por último, el *FACTOR 7*, con el se consigue explicar un porcentaje acumulado de varianza de 61.13%, estaría formado por los ítems números 8 (0.767) y 10 (0.54) y lo llamamos "*Información/modelos*". (Alfa de Cronbach=0.59).

Con estos 7 factores realizamos el resto del análisis multivariante, al objeto de manejar categorías más generales y explicables en la interpretación de los resultados.

Se intentó un análisis factorial de las respuestas libres a las preguntas "*¿Cuáles son ahora sus razones para donar?*" (en caso de que las hubiese cambiado desde la primera) y "*¿Qué tres razones emplearía para convencer a una persona de que se hiciese donante?*", pero no se obtuvieron resultados coherentes debido, sobre todo, al escaso número de respondientes para cada una de las variables creadas, ya que cada donante sólo podía marcar un máximo de tres de estas respuestas. Por ello, para estas respuestas se trabajó con las agrupaciones de las mismas formadas a priori en el cuestionario.

Asociación entre las variables sociodemográficas y las actitudes medidas a través de los factores

Sexo

Las mujeres dan valores significativamente más altos en el factor 1 ("*Temores de salud*") ($P=0.0105$) y más bajos en el factor 7 ("*Información/modelos*") ($P=0.0167$); en el resto de los factores, no hay diferencias entre sexos (Tabla 20).

Edad

Los donantes de más edad (de más de 50 años), dan valores significativamente más altos ($P=0.0348$) en el factor 1 ("*Temores de salud*") frente a los demás grupos de edad considerados todos en bloque. La diferencia más extrema se da con el grupo de los más jóvenes, que son quienes puntúan más bajo en ese factor.

En cuanto al factor 6 ("*Demanda de recompensas sociales*"), la significación proviene del grupo de donantes con edad entre 40 y 49 años, que presentan valores más altos que los más jóvenes que ellos ($P=0.0183$); no se diferencian, sin embargo, de los de más de 50 años (Tabla 21).

Nivel de estudios

Los donantes con un nivel de estudios más alto (por encima de estudios primarios), presentan valores más bajos en el factor 1 ("*Temores de salud*") ($P<0.001$). Lo mismo sucede con el factor 3 ("*Demanda de recompensas al Banco*") ($P=0.0107$) y el factor 6 ("*Demanda de recompensas sociales*"), aunque en ellos el corte se encuentra a partir de los estudios de grado medio (Tabla 22).

Lugar de residencia

Se encuentran diferencias para el factor 2 ("*Confortabilidad*"), en el que puntúan más bajo los donantes que viven en el medio urbano con respecto a todos los demás, mientras que los donantes que viven en la capital dan valores más altos que el resto ($P<0.0001$).

Asimismo, hay diferencias en los factores 3 ("*Demanda de recompensas al Banco*") y 6 ("*Demanda de recompensas sociales*"), para los que alcanzan valores significativamente más altos, con respecto al resto, los donantes que viven en Granada capital ($P=0.0142$ y $P<0.0001$, respectivamente) (Tabla 23)

Situación laboral

Los estudiantes dan valores más altos que el resto de las categorías para el factor 2 ("*Confortabilidad*") ($P=0.008$), mientras que dan valores más bajos para el factor 6 ("*Demanda de recompensas sociales*") ($P=0.0193$) (Tabla 24).

Asociación entre las variables sociodemográficas y las motivaciones

Esta asociación no resulta significativa en la casi totalidad de las respuestas. Únicamente se encuentra significación entre algunas de esas variables y las respuestas a la pregunta "*¿Qué tres razones emplearía Ud. para convencer a una persona de que se hiciera donante?*", del modo siguiente:

- Cuanto mayor es la edad de los donantes, más emplearían como razones el grupo de respuestas al que llamamos "*motivos religiosos*" ($P=0.01$), aunque su porcentaje sea siempre pequeño.
- Las mujeres emplearían más que los hombres las razones que llamamos "*factores facilitadores*" ($P=0.04$).
- Los varones emplearían más que las mujeres las razones que se refieren a los "*beneficios personales o familiares*" que de la donación puedan derivarse ($P=0.02$).

3.2. Descripción de la muestra de no donantes en 1987

Variables sociodemográficas

La muestra de no donantes estaba constituida por 303 sujetos de los que 53.8% eran mujeres y 46.2% hombres (Tabla 4). Su edad media era de 39.8 años ($SD=12.6$); la distribución por grupos etáreos puede verse en la Tabla 5.

De ellos, 41.9% tenían la residencia en Granada ciudad y un 38.3% en el medio semiurbano, mientras que en el rural vivían un 11.9% (Tabla 6)

Según su nivel de estudios, la mayor proporción correspondía, como en las demás muestras, a los que saben leer y escribir pero no tienen estudios (33.1%) y las menores a los analfabetos (0.3%) y a los universitarios (9.6%) (Tabla 7)

Por su situación laboral, un 45.9% eran empleados, seguidos por un 29.7% de amas de casa. Los pensionistas (5.9%) eran el grupo menos numeroso (Tabla 8)

Actitudes y creencias

Los resultados pueden verse en la Tabla 25.

En los ítems específicos para los no donantes (Tabla 26), destacan los altos porcentajes de desacuerdo con la idea de que no les preocupe la donación de sangre (70.9%), con que nunca hayan pensado en donar sangre (72%) y, sobre todo, con el hecho de que deba pagar la sangre quien la precise (92.8%).

Un 38.6%, no obstante, están de acuerdo con el enunciado "*sólo donaría sangre en caso de estricta urgencia para salvar una vida*".

Motivaciones

a) "*¿Por qué cree que hay tan pocos donantes de sangre en nuestro país?*"

Las respuestas detalladas a esta pregunta se encuentran en la tabla 27.

Agrupadas, la "*Falta de información*" es señalada por un 43.6% de ellos, seguida de los "*miedos*" con un 32.3%, dentro de los cuales el "*miedo a los contagios*" es el más frecuente de los miedos específicos (8.9%). El grupo de causas que hemos llamado genéricamente como "*Apatía/desinterés*" presenta una frecuencia de un 17.5% (Tabla 28).

b) "*¿Qué motivos le llevarían a hacerse donante?*"

El motivo citado por más individuos es el de "*Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo*", con un 32%, seguido de "*Porque le hiciera falta a un familiar o porque él mismo la puede necesitar*" (16.2%), "*Para salvar vidas*" (15.5%) y "*Porque le hiciera falta a alguien concreto que la precise*" (12.9%) (Tabla 29).

Una vez categorizados, el grupo de motivos más citado es el de "*Sentido de la necesidad concreta*", mencionado por el 47.9% de los no donantes, seguido de motivos de "*Solidaridad/sentido del deber*", por un 35%. Los motivos de "*Beneficios personales o familiares*", son citados por 17.5% de ellos (Tabla 30).

Información y opinión sobre las instituciones

a) "*La legislación española permite donar hasta seis veces al año. ¿Qué periodicidad considera Ud. más adecuada?*"

La mayoría consideran que la frecuencia más adecuada es de 3 a 4 veces por año (46.4%).

b) *Información sobre la Hermandad de Donantes de Sangre entre los no donantes en 1987*

Un 65.2% han oído hablar de esta organización, y sólo un 10.9% conocen sus actividades (Tabla 31).

Actitudes de los no donantes

Para ver si la estructura factorial del cuestionario para donantes y no donantes coincidía, se llevó a cabo un análisis factorial con todos los ítems de la escala que concordaban en la escala de donantes y no donantes.

El número total de factores obtenidos fue de 10, alcanzándose con ellos un porcentaje de varianza total explicada de un 60.17%. Los resultados de este análisis factorial y la asignación de los ítems a cada factor aparecen en la Tabla 32.

Muchos de los factores de esta escala son comunes con los de la escala de donantes y están integrados por los mismos ítems. Así, por ejemplo, el factor 1 ("*Deber y solidaridad*"), el factor 2 ("*Temores de salud*"), el factor 5 ("*Confortabilidad*") y el 6 ("*Excusas*"). El resto, comparten ítems con los de donantes pero ya no son exactamente iguales.

3.3. Comparación entre donantes y no donantes en 1987

Variables sociodemográficas

No hay diferencias estadísticamente significativas entre donantes y no donantes respecto al sexo ($P=0.31$) (Tabla 4) ni a la edad ($P=0.11$) (Tabla 5).

Considerando el lugar de residencia de manera global, las diferencias están tan cercanas de la significación que pueden tenerse por significativas ($P=0.05$); sin embargo, las diferencias no son homogéneas: la proporción de no donantes que viven en la capital (41.9%) es bastante mayor que la de donantes (30.5%), mientras que ocurre al contrario en los medios rural y semiurbano, en que hay mayor proporción en la muestra de donantes que en la de no donantes (Tabla 6).

No hay diferencias para el nivel de estudios, considerado éste de manera global ($P=0.39$) (Tabla 7).

En cuanto a la situación laboral, la proporción de empleados es mayor entre los no donantes (45.9%) que entre los donantes (36.5%) y esta diferencia es estadísticamente significativa ($P=0.04$). La proporción de desempleados es homogénea en ambos. Hay más amas de casa entre los donantes (36.5%) que entre los no donantes (29.7%) y lo mismo sucede con los estudiantes (12.2% versus 6.9%) (Tabla 8).

Actitudes y creencias

En esta primera comparación enfrentamos una a una las respuestas a cada uno de los ítems comunes en ambos cuestionarios. Los resultados pueden verse en la Tabla 33: en 16 de los 25 ítems comunes existen diferencias estadísticamente significativas.

Aunque, como se verá más adelante, dos de los factores encontrados en el análisis factorial de ambas muestras son idénticos —factor 2 ("*Temores de salud*") y factor 5 ("*Confortabilidad*")—, la mayoría son diferentes. Parece lógico que así sea, puesto que los resultados globales enseñan que donantes y no donantes son poblaciones muy diferentes entre sí.

En la Tabla 34 se presenta la misma comparación de ítems que en la tabla anterior, pero agrupando éstos bajo los epígrafes correspondientes a los factores identificados en la escala de donantes, con objeto de facilitar la interpretación de las diferencias.

De esta comparación resulta:

- Los dos ítems que integran el factor "*Confortabilidad*" de la escala de donantes, referidos, el primero, a que "*las condiciones en que se realizan las donaciones son higiénicas*", y el segundo a que "*son cómodas y relajadas*", obtienen un alto grado de acuerdo entre los mismos: un 91.8% en el primer caso y un 89.9% en el segundo.

Por contra, entre los no donantes la proporción de los que se muestran indecisos en estos ítems es muy alta (38.6% y 43.6%, respectivamente) y los que están de acuerdo representan una proporción significativamente inferior ($P < 0.0001$), hasta el punto de que ambos se cuentan entre los más discriminantes entre los dos grupos.

- Los dos ítems integrados en el grupo denominado "*Altruismo/egoísmo*" tienen valores más altos en donantes; uno hace referencia al hecho de donar "*para miembros de mi comunidad*" y el otro a donar "*para un ser querido*". Sólo el segundo discrimina a unos de otros ($P < 0.0001$), con unos porcentajes de desacuerdo mucho más altos. De hecho, sólo un 1.5% están de acuerdo entre los donantes, frente a un 11.2% entre los no donantes.

- Tres de los cuatro ítems que expresan "*Temores de salud*" son significativamente más altos en no donantes mientras que no hay diferencias para el otro. Los no donantes tienen mucho más "*miedo al pinchazo*" ($P < 0.0001$), temen más que la sangre "*pueda*

llevar al agotamiento físico" ($P < 0.0001$) y que *"pueda ser peligroso para la salud"* ($P = 0.005$).

No hay diferencias entre ellos en cuanto al ítem *"Aunque soy donante, con todo lo que se oye ahora tengo cierto miedo de contagiarme con alguna enfermedad"* que el análisis factorial no incluye en el factor que estamos comentando, pero que lo incluimos aquí porque es obvio que tiene algo que ver con los *"Temores de salud"*. Este ítem tuvo, entre los donantes, un 72.1% de respondientes en desacuerdo y un 26.4% de acuerdo.

- En el grupo que llamamos *"Información/modelos"*, puntúa más alto de forma significativa en donantes el ítem *"Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados"* (es uno de los ítems más discriminantes entre ellos) y no hay diferencias para el ítem *"Hubiera donado sangre con más frecuencia si algunos de mis amigos o familiares fueran ya donantes"*.

- De los cuatro ítems del grupo que expresan actitudes positivas de *"Moral, deber, solidaridad"*, las puntuaciones medias son significativamente más altas en donantes en dos de ellos, en uno la diferencia está cerca de la significación ($P = 0.066$) y en otro no hay diferencias.

- Los no donantes puntúan más en los tres ítems que expresan actitudes de *"Excusas/inconveniencia"*, aunque sólo en dos hay significación muy fuerte.

- En dos de los tres ítems que forman el grupo al que llamamos *"Demanda de recompensas"* hay una diferencia estadísticamente significativa en el sentido de que los no donantes demandan para los donantes más recompensas que éstos mismos.

El ítem *"La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes"*, obtiene un porcentaje de acuerdo entre los donantes de 43.3%, pero los no donantes se manifiestan de acuerdo con él en una proporción significativamente mayor (57.4%) ($P < 0.0001$). Casi un 80% de los donantes están en desacuerdo con el aserto *"El Banco de Sangre no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes"* (10.7% de donantes están de acuerdo con él y 10.2% se muestran indecisos). En no donantes, alcanza valores de acuerdo del 16.9% (30.4% indecisos), significativamente más altos, de forma que es también otra de las variables seleccionadas como más discriminantes entre ambas muestras.

El ítem *"Considero insuficiente el refrigerio que se da después de la donación"* muestra un porcentaje de acuerdo entre donantes de un 7.1% (por razones obvias, esta pregunta no se formuló a los no donantes).

El ítem "Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitarían diversos servicios relacionados con la salud", arroja un porcentaje de acuerdo entre donantes de 58.1% y de un 60.7% entre no donantes (la diferencia entre ambos no es significativa).

Finalmente, nos referiremos a un ítem individual en el que las diferencias son muy importantes:

- La proporción de no donantes que temen que *a veces se comercie con la sangre de los donantes* (42.6%), es mucho mayor que la de los donantes, que es de 26.9% ($P < 0.0001$) (Tabla 35).

Información y opinión sobre las instituciones

No hay diferencias estadísticamente significativas entre ellos en cuanto al número de donaciones por año que consideran más adecuado (Tabla 33).

En cuanto a las preguntas sobre la Hermandad de Donantes de Sangre, los resultados muestran que un 75.6% de los no donantes "han oído hablar de ella", mientras que un 24.4% de los donantes la "conocen". Pero al ser el enunciado de ambas preguntas diferente ("*oír hablar*" / "*conocer*"), no cabe compararlas.

En la pregunta "*¿Conoce las actividades que realiza?*" vuelve a suceder lo mismo: los no donantes parecen tener un mayor conocimiento de esta institución que los donantes (10.9% frente a 6.1%) aunque esta diferencia no llega a ser significativa ($P = 0.06$). De todos modos, lo más llamativo es la ignorancia entre el grupo de donantes, que alcanza un 93.9%. En el conjunto de todos los encuestados es de un 91%.

3.4. Análisis discriminante

Con objeto de determinar cuáles de los ítems tipo Likert del cuestionario separaban mejor a donantes de no donantes, se realizó un análisis discriminante paso a paso ascendente con los 25 ítems que eran comunes a ambos. El método empleado fue el de discriminación lineal de Fisher que, dados los tamaños relativos de ambas muestras (197 para donantes y 303 para no donantes), parecía lo suficientemente robusto aunque las variables no fueran continuas y seguramente no-normales. Además, estudiadas las matrices de covarianza de uno y otro grupo, resultaron muy parecidas y en ningún caso fueron de signo distinto para cada pareja de variables.

El número de ítems finalmente seleccionados fue 11, habiendo sido su entrada en el modelo por el siguiente orden (Tabla 36):

1°. *"Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas"*, que da una mayor puntuación promedio en el grupo de donantes que en el de no donantes: los donantes se muestran más de acuerdo que los no donantes con el hecho de que la donaciones se producen en condiciones totalmente higiénicas.

2°. *"Únicamente daría sangre para un ser querido"*, con una puntuación promedio más alta —mayor acuerdo— para los no donantes.

3°. *"No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación"*, con una puntuación más alta —mayor acuerdo— en no donantes que en donantes.

4°. *"Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo"*, también con una puntuación más alta en no donantes que en donantes.

5°. *"La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes"*, con una puntuación más alta para no donantes.

6°. *"El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas"*, con mayor puntuación en no donantes que en donantes.

7°. *"Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados"*, con mayor puntuación en donantes que en no donantes.

8°. *"Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas"*, que tiene una mayor puntuación en donantes que en no donantes.

9°. *"A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo"*, con mayor puntuación en donantes que en no donantes.

10°. *"Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de mi comunidad"*, con mayor puntuación en donantes que en no donantes.

11°. *"El Banco de Sangre no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes"*, con mayor puntuación en no donantes que en donantes.

Estos ítems muestran efectos independientes de discriminación entre donantes y no donantes, y esta discriminación es suficientemente buena, porque los porcentajes de clasificaciones correctas con la regla de discriminación que forman es de un 75.6% en total (76.7% en donantes y 74.8% en no donantes, prácticamente iguales).

3.5. Descripción de la muestra de donantes en 1994

Variables sociodemográficas

(Estos datos proceden de la encuesta que se les había realizado en 1987).

La muestra de donantes vuelta a entrevistar en 1994 está compuesta por 126 sujetos de los que 65.9% eran mujeres y 34.1% eran hombres. Su media de edad era de 42.2 ± 12 años en 1987 y, según los datos aportados por ellos mismos durante la segunda encuesta, en 1994 tenían una edad de 49 ± 12 años (Tabla 37). Este dato no difiere del que puede calcularse sumando los años transcurridos a la edad que se registró al inicio.

Un 56.3% residen en medio suburbano, seguido en proporción por el medio rural, urbano y, en último lugar, por Granada ciudad, con un 11.1% (Tabla 38).

En cuanto a su nivel de estudios, un 43.7% sabían leer y escribir pero carecían de estudios y los niveles con menos representación son los analfabetos (0.8%) y los universitarios (3.2%) (Tabla 39).

Según su situación laboral, un 48.4% son amas de casa, seguidas en proporción por los empleados (37.3%). Los estudiantes, con un 0.8%, son el grupo menor (Tabla 40).

Variables de la donación

Existencia de un rechazo para donar

De los 197 donantes encuestados en 1987, 14 (7.1%) fueron rechazados definitivamente con motivo de hallazgos encontrados durante última donación, en el período de seguimiento comprendido entre la primera encuesta y el 31.12.1993.

Número de donaciones

Los valores de las medias del número de donaciones realizadas hasta 1987, las del período comprendido entre el 1 de enero de 1988 y el 31 de diciembre de 1993, y el de las totales efectuadas en ambos períodos, pueden verse en la Tabla 41.

En total, los donantes que fueron entrevistados de nuevo en 1994 habían realizado desde su primera donación una media de 10.51 donaciones ($SD = 8.37$) hasta 31.12.1993 y una media de 4.25 entre 1988 y 1993.

La distribución por tramos, según el número de donaciones, puede verse en la Tabla 42, en la que destaca que un 73.6% habían efectuado más de 4 donaciones en toda su historia como donantes.

La media del número de donaciones efectuado por los donantes que sufrieron un rechazo definitivo durante el período de seguimiento, es algo mayor ($\bar{x}=6.39$) que la de los demás ($\bar{x}=5.31$), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa ($P>0.15$). Por ello, esta variable ("rechazo") no tiene influencia alguna sobre los análisis posteriores ni introduce ningún sesgo.

Actitudes y creencias

Los resultados se contienen en la Tabla 43.

Motivaciones

a) *"¿Recuerda qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez?"*

El motivo más aducido fue *"Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo"* (23%), bastante por encima del siguiente que es *"Por una experiencia personal/familiar de transfusión"* (11.9%) y de *"Es una buena acción"* (7.9%) (Tabla 44). Las respuestas que componen el grupo que hemos llamado de *"Información/Presiones"* constituyen las más citadas después de las anteriores.

Por grupos, las más citadas son las que hacen referencia a *"Solidaridad/sentido del deber"* (34.1%) seguidas, con el mismo porcentaje, por *"Beneficios personales o familiares"* y *"Por presiones extrínsecas"*, ambas con un 20.6% (Tabla 45).

b) *"¿Continúa donando sangre por las mismas razones que lo hizo la primera vez?"*

De los 123 que responden esta pregunta, un 35.8% aseguran que han cambiado estas razones.

c) *"En caso negativo, ¿cuáles son ahora sus razones?"*

La razón más citada por estos donantes que afirmaban que sus razones actuales para donar eran diferentes a las de la primera vez, fue, de nuevo, *"Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo"* (15.1%), seguida de *"Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta"* (12.7%), *"Es una buena acción"* (5.6%) y *"Es inocuo para la salud"* (5.6%) (Tabla 46).

Por grupos, los resultados se pueden ver en la Tabla 47.

d) *"¿Qué tres razones emplearía Ud. para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?"*

La más citada es *"El mismo o su familia podrían necesitarla"* (38.9%), seguida de *"Es inocuo para la salud"* (37.3%) (Tabla 48).

Por grupos, el más importante es el que aglutina las respuestas que hemos llamado de "*Sentido de la necesidad concreta*" (72.2%), seguido del de "*Beneficios personales o familiares*" (57.1%). En tercer lugar queda el grupo llamado "*Solidaridad/sentido del deber*" (46.8%) (Tabla 49).

Información y opinión sobre las instituciones

a) "*La legislación española permite donar hasta seis veces al año. ¿Qué periodicidad considera Ud. más adecuada?*"

El mayor porcentaje de respondientes consideran que la periodicidad más adecuada es de 3 a 4 veces por año (62.7%). Le siguen de 1 a 2 (20.6%) y de 5 a 6 (16.7%).

b) *Información y relaciones de los donantes en 1994 con la Asociación de Donantes de Sangre.*

Un total de 6 preguntas, las mismas que en 1987 y con el mismo enunciado que en aquel año, fueron formuladas a los donantes vueltos a entrevistar en 1994. Se cambió "*Hermandad de Donantes de Sangre*" por "*Asociación de Donantes de Sangre Altruistas de Granada*", que es como se llama en este momento la asociación existente (puesto que la "*Hermandad*" desapareció en 1990).

Los resultados pueden verse en la Tabla 50. Lo más destacable es el alto porcentaje que asegura conocer la Asociación (50.4%). Un 27.2% afirman conocer sus actividades y un 24.8% haber asistido alguna vez a una de sus reuniones o asambleas.

c) *Opiniones sobre el funcionamiento del CRTS y sobre la atención que presta a los donantes.*

(Todos los donantes respondientes a estos ítems o preguntas habían realizado, al menos, una donación en alguno de los Bancos de Sangre hospitalarios anteriores, por lo cual sus opiniones son todas ellas válidas).

Este grupo de 6 preguntas introducidas "de novo" en la encuesta de 1994 tenían como finalidad, apartada de cualquier comparación, la de conocer el grado de aceptación que tiene el CRTS, pasados ya 8 años desde su fundación, entre los donantes de sangre. Las respuestas se recogen en la Tablas 51 y 52.

Es destacable que un 92% de los donantes están de acuerdo con el modo en que el CRTS lleva a cabo la donación de sangre, que un 96% consideran adecuadas la atención médica y humana y, especialmente, que 67.7% de ellos opinan que el CRTS organiza la donación de sangre mejor que los anteriores Bancos de Sangre Hospitalarios. Ninguno de los donantes entrevistados opina que esta organización sea ahora peor.

3.6. Análisis de la no respuesta

Como se explicó en material y métodos, de la muestra inicial de 197 donantes que respondieron a la encuesta en 1987, por diferentes razones ya explicadas, únicamente se pudo volver a entrevistar a 126 de ellos.

Con el fin de conocer en qué podrían diferenciarse ambas muestras y, en consecuencia, identificar posibles sesgos que influyan en los análisis realizados con ellas, se compararon ambas —siempre en función de las variables y datos de 1987— con los siguientes resultados:

Nivel de estudios

Los 126 respondientes en 1994 tienen un nivel de estudios más bajo que los 71 que no respondieron y esta diferencia es estadísticamente significativa ($P < 0.0001$) (Tabla 53).

Sexo

Entre los respondientes hay mayor proporción de mujeres (65.9%) que en la muestra de 1987 (58.4%) ($P < 0.005$) (Tabla 54)

Edad

También es diferente la edad ($P < 0.0001$), en el sentido de que los respondientes tenían, en 1987, una media de edad casi 12 años más elevada que los no respondientes (42.2 ± 12 años frente a 30.3 ± 12.3).

Lugar de residencia

En la muestra de los respondientes hay una sobrerrepresentación de los habitantes en los medios semiurbano y urbano, mientras que los habitantes de Granada capital están subrepresentados ($P < 0.0001$) (Tabla 55).

Situación laboral

La proporción de amas de casa es más alta entre los respondientes (48.4%) que en los no respondientes (15.5%). Por el contrario, el grupo de estudiantes ha desaparecido casi por completo en 1994 (0.8%) frente a 1987 (12.2%) ($P < 0.0001$) (Tabla 56).

Número de donaciones

Las diferencias en el número medio de donaciones realizado hasta 1987 por los individuos de ambas subpoblaciones no son estadísticamente significativas. Los

respondientes habían realizado 5.75 ± 4.78 y los no respondientes 4.73 ± 4.14 ($t_{exp} = 1.49$, 194 g.l., $P < 0.1365$).

Actitudes y creencias

Como puede verse en la Tabla 57, hay 11 ítems de la escala en las que las diferencias entre los respondientes y los no respondientes son estadísticamente significativas; son los números 1, 2, 3, 6, 10, 19, 20, 22, 24, 26 y 27.

Motivaciones

No se encontraron diferencias significativas entre respondientes y no respondientes en ninguna de las respuestas a las preguntas libres.

Factorial

Hay tres factores en los que hay diferencias significativas (Tabla 58):

- Factor 2 ("*Confortabilidad*"), con un mayor valor entre los donantes que no respondieron la encuesta de 1994 ($P = 0.0004$).
- Factor 6 ("*Demanda de recompensas sociales*"), con un valor mayor entre los respondientes ($P < 0.0001$).
- Factor 7 ("*Información/modelos*"), con un valor mayor entre los no respondientes ($P = 0.01$).

3.7. Comparación entre los donantes en 1987 y 1994

Actitudes y creencias

Comparando los ítems de manera separada, excepto en 9 de ellos, la opinión es significativamente distinta, lo que supone un cambio general importante en su relación con la donación de sangre (Tablas 59).

El porcentaje de donantes que "*temen que a veces se comercie con la sangre*" ha disminuido (de 26.9 a 19.8%), pero esta diferencia no es estadísticamente significativa (Tabla 35).

Motivaciones

a) "*¿Recuerda qué le impulsó a donar sangre la primera vez?*"

Agrupadas las motivaciones en las 5 categorías, según puede verse en la Tabla 60, no hay diferencias significativas consideradas todas en su conjunto ($\chi^2 = 3.46$, 4 g.l., $P > 0.20$).

b) *"Si ya no dona por las mismas razones que lo hizo la primera vez, ¿cuáles son ahora sus razones?"*

Las respuestas a esta pregunta se recogen en la Tabla 61. En aquellos donantes que afirmaron que sus razones habían cambiado, se han producido cambios en 8 de las 30 respuestas posibles y en 2 de ellas estos cambios son estadísticamente significativos: hay más donantes que dan como nueva razón para donar la de *"Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo"* y también la de que han considerado que donar *"Es inocuo para la salud"*. Al menos en otros dos, en que los tests no pueden realizarse por ser uno de los valores (los correspondientes a 1987), los aumentos son también muy importantes: *"Porque es bueno para la comunidad"* y *"Porque es bueno para la salud propia"*.

Agrupadas estas respuestas libres en 5 grupos y procediendo a la comparación, los resultados son los que pueden verse en la Tabla 62, en la que se aprecia significación en 3 de los 5 grupos formados y siempre en sentido creciente de 1987 a 1994:

- Motivaciones de *"Solidaridad/sentido del deber"*.
- Motivaciones de *"Beneficios personales o familiares"*.
- Motivaciones de *"Factores facilitadores"*.

c) *"¿Qué tres razones emplearía para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?"*.

En 6 de las 30 respuestas libres posibles se produce un cambio estadísticamente significativo. Aumentan los porcentajes de donantes que emplearían como razones las siguientes:

- *"Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta"*.
- *"Donarla es el único modo de tenerla"*.
- *"El mismo o su familia podrían necesitarla"*.
- *"Por la satisfacción personal de ayudar a otros/es gratificante"*.
- *"Es inocuo para la salud"*.

Por el contrario, disminuye el porcentaje de aquellos que argumentaban como razón *"motivos religiosos"* (Tabla 63).

Agrupadas todas las respuestas libres en los 5 grupos ya conocidos, se obtiene significación en todos ellos excepto en el de "Solidaridad/sentido del deber". Esta significación se produce en el sentido de mayores porcentajes en 1994 que en 1987, excepto, como ya se ha dicho, para las razones de tipo religioso (Tabla 64).

Información y opinión sobre las instituciones

a) La comparación entre el número de donaciones anuales que consideraban más adecuada en 1987 con el de 1994, no es estadísticamente significativa (Tabla 65).

b) Comparación entre la información sobre la Hermandad de Donantes de Sangre en 1987 con la de la Asociación de Donantes en 1994.

El conocimiento de la Asociación ha aumentado considerablemente con respecto al que tenían los mismos donantes en 1987 sobre la Hermandad de Donantes, así como el de las actividades que realizan ambas, su grado de participación en estas actividades y el de asistencia a sus reuniones. Todas estas diferencias son estadísticamente muy significativas. No lo son, por contra, la pertenencia de los donantes a estos grupos, ni tampoco el grado en que dicen sentirse motivados por ellos (Tabla 66).

Comparación de los factores

Los resultados de la comparación de los ítems de actitudes agrupados en factores, pueden verse en la Tabla 67. En 5 de los 7 factores se produce un cambio significativo.

3.8. Asociación entre todas las variables y el número de donaciones realizadas hasta 1987

Como ya se ha dicho, con objeto de determinar qué variables influían en el número de donaciones realizadas por cada donante hasta la fecha de la primera encuesta, se siguió un camino en tres pasos:

a) El primer paso consistió en ver la asociación de cada variable, considerada individualmente, con el número de donaciones, transformado éste por el logaritmo decimal con objeto de que se pareciera más a una variable aleatoria normal.

b) Con las variables que en el análisis anterior estuvieron más cerca de la significación (niveles de significación inferiores a 0.30), se hizo un análisis de regresión múltiple, controlado por la variable "año en que se realizó la primera donación".



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

Agrupadas todas las respuestas libres en los 5 grupos ya conocidos, se obtiene significación en todos ellos excepto en el de "Solidaridad/sentido del deber". Esta significación se produce en el sentido de mayores porcentajes en 1994 que en 1987, excepto, como ya se ha dicho, para las razones de tipo religioso (Tabla 64).

Información y opinión sobre las instituciones

a) La comparación entre el número de donaciones anuales que consideraban más adecuada en 1987 con el de 1994, no es estadísticamente significativa (Tabla 65).

b) Comparación entre la información sobre la Hermandad de Donantes de Sangre en 1987 con la de la Asociación de Donantes en 1994.

El conocimiento de la Asociación ha aumentado considerablemente con respecto al que tenían los mismos donantes en 1987 sobre la Hermandad de Donantes, así como el de las actividades que realizan ambas, su grado de participación en estas actividades y el de asistencia a sus reuniones. Todas estas diferencias son estadísticamente muy significativas. No lo son, por contra, la pertenencia de los donantes a estos grupos, ni tampoco el grado en que dicen sentirse motivados por ellos (Tabla 66).

Comparación de los factores

Los resultados de la comparación de los ítems de actitudes agrupados en factores, pueden verse en la Tabla 67. En 5 de los 7 factores se produce un cambio significativo.

3.8. Asociación entre todas las variables y el número de donaciones realizadas hasta 1987

Como ya se ha dicho, con objeto de determinar qué variables influían en el número de donaciones realizadas por cada donante hasta la fecha de la primera encuesta, se siguió un camino en tres pasos:

a) El primer paso consistió en ver la asociación de cada variable, considerada individualmente, con el número de donaciones, transformado éste por el logaritmo decimal con objeto de que se pareciera más a una variable aleatoria normal.

b) Con las variables que en el análisis anterior estuvieron más cerca de la significación (niveles de significación inferiores a 0.30), se hizo un análisis de regresión múltiple, controlado por la variable "año en que se realizó la primera donación".

c) El año de la primera donación era la variable más fuertemente asociada al número de donaciones realizadas hasta 1987, tanto que anulaba las demás asociaciones presentes, por lo que se hizo otro análisis multivariante sin ella.

Los tres análisis se resumen en la Tabla 68 en la que aparecen, para cada uno de ellos, los coeficientes de regresión con sus errores estándar, los coeficientes de correlación parcial de cada variable con el número de donaciones —descontado, en los análisis multivariantes, el efecto de las otras variables—, y el nivel de significación del test para ver si cada coeficiente de regresión era significativamente distinto de cero.

De la lectura atenta de esa tabla se deduce lo siguiente:

a) En el *análisis bivariante*, sólo unas cuantas variables muestran alguna asociación con el número de donaciones. La que está más fuertemente asociada es el año de la primera donación ($r=0.570$), siendo esa asociación de signo positivo (cuanto más lejano está el año de la primera donación, mayor es el número de donaciones habidas hasta 1987). La edad muestra también una asociación clara con el número de donaciones y también en sentido positivo ($r=0.214$), aunque la fuerza de la asociación es mucho más débil que la del año de la primera donación y, como se verá más adelante, es un reflejo de la relación entre el año de la primera donación y la edad.

En cuanto a los factores del cuestionario, muestran algunas asociaciones aunque muy débiles. Así, el factor 1 ("*Temores de salud*") se asocia débilmente y de manera negativa con el número de donaciones ($r=-0.134$), es decir, que conforme el individuo presenta mayores valores en este factor, menor es el número de donaciones que efectuó hasta 1987. Lo mismo ocurre con el factor 2 ("*Confortabilidad*") ($r=-0.132$). Con el factor 4 ("*Deber y solidaridad*"), la asociación es aún más débil y de signo positivo ($r=0.105$); el factor 6 ("*Demanda de recompensas sociales*"), muestra también una asociación clara, aunque débil, con el número de donaciones ($r=0.188$); por último, el factor 7 ("*Información/modelos*"), muestra la asociación más fuerte con el número de donaciones ($r=-0.251$) y es de signo negativo, es decir, que cuanto mayor es el valor del factor, menor es el número de donaciones realizadas.

b) Todas las variables anteriores se usaron para un *análisis de tipo multivariante* con la variable "año de la primera donación". Tras éste, desciende mucho el efecto de todas ellas, así como el que antes presentaba la edad, cuyo coeficiente de correlación pasa a ser 0.088, perdiendo el efecto que pudiera tener sobre el número de donaciones, y lo mismo

ocurre con los factores 2, 4 y 6. Quedan, sin embargo, como claramente significativos, los factores 1 ("*Temores de salud*") y 7 ("*Información/modelos*"), este último con un efecto debilitado ($r = -0.143$ y $r = -0.198$, respectivamente).

El modelo con todas estas variables da un $R^2 = 0.3735$ (el 37.35% de la varianza del número de donaciones es explicado por las variables del modelo) y, desde luego, en conjunto, las variables aportan algo significativo a la explicación de esa varianza ($F_{\text{exp}} = 12.61$, (7;148) g.l., $P < 0.0001$).

c) Debido a la fuerte asociación entre el número de donaciones con el año en que se realizó la primera de ellas, podría estar ocurriendo que las otras asociaciones, por débiles, no resultasen significativas. Por esta razón, se realizó el *análisis de un modelo multivariante en el que no se introdujo el año de la primera donación*. De este análisis se puede deducir:

La edad tiene un efecto claro sobre el número de donaciones ($r = 0.230$), efecto que se perdía por completo cuando se consideraba el año de la primera donación. El hecho de que la edad sea considerada todavía en el modelo controla los resultados de las otras variables, aunque de manera más débil, por la variable "*año de la primera donación*".

- El factor 1 ("*Temores de salud*"), muestra una asociación negativa con el número de donaciones ($r = -0.199$). El factor 2 ("*Confortabilidad*"), muestra una asociación mucho más débil con la variable dependiente ($r = -0.116$) y también de signo negativo.

- El factor 4 ("*Deber y solidaridad*"), pierde su efecto ($r = 0.023$).

- Los factores 6 y 7 siguen mostrando un efecto sobre el número de donaciones que es positivo en el caso del factor 6 ("*Demanda de recompensas sociales*") ($r = 0.166$) y negativo en el caso del factor 7 ("*Información/modelos*") ($r = -0.261$).

El modelo con todas estas variables asegura un porcentaje de varianza explicada de la variable dependiente de un 18.55% y las variables en su conjunto muestran una asociación significativa con la variable dependiente ($F_{\text{exp}} = 5.807$, (6;149) g.l., $P < 0.0001$).

5.9. Asociación entre todas las variables y el número de donaciones realizadas desde 1988 hasta 1993

Con objeto de ver qué variables predecían mejor el número de donaciones realizadas desde 1988 a 1993, se consideraron todas las variables del cuestionario de 1987 (los

factores y los agrupaciones de las respuestas a los ítems números 31 y 32) así como el número de donaciones habidas hasta 1987. El análisis se realizó en tres fases:

- a. Análisis bivariante de cada variable con la variable dependiente.
- b. Análisis multivariante de las variables que, o bien resultaron significativas, o bien quedaron cerca de la significación ($P < 0.30$) en el análisis bivariante.
- c. Análisis de las mismas variables anteriores, pero eliminando el número de donaciones hasta 1987.

a) *Análisis bivariante*. Las variables seleccionadas del primer análisis serían (Tabla 69):

- El sexo, con un efecto negativo ($r = -0.139$), es decir, los hombres donarían más que las mujeres por término medio. El efecto es débil y no es significativo.
- El factor 1 ("*Temores de salud*"), con un efecto muy débil y negativo ($r = -0.114$)
- El factor 4 ("*Deber y solidaridad*"), con un efecto mucho más claro ($r = 0.198$) y de tipo positivo.
- El factor 6 ("*Demanda de recompensas sociales*"), con un efecto también débil y de tipo positivo ($r = 0.139$)
- El grupo de respuestas al ítem ("*¿Cuáles son ahora sus razones? —en caso de que ya no sean las mismas que la primera vez—*") que denominamos "*Factores facilitadores*", que muestra una asociación también clara y significativa, en el sentido de que los individuos que la marcan tienden a tener menos donaciones ($r = -0.210$).
- Lo mismo ocurre con el grupo de respuestas que llamamos "*Solidaridad/sentido del deber*" a la pregunta "*¿Qué tres razones emplearía Ud. para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?*", que se asocia de manera positiva pero muy débil ($r = 0.170$).
- El grupo de respuestas llamado "*Motivos religiosos*" muestra una asociación positiva ($r = 0.152$).

Por último, el número de donaciones hasta 1987 muestra una asociación clara ($r = 0.349$).

b) *Análisis multivariante controlando por el número de donaciones hasta 1987* y considerando las variables anteriormente seleccionadas, se consigue explicar un 26.57% de la varianza del número de donaciones hasta 1993, mostrando el conjunto de variables una asociación significativa con la variable dependiente ($F_{exp} = 3.11$, 10.86 g.l.,

$P=0.002$). Los resultados de ese análisis muestran un debilitamiento del efecto de todas las variables, quedándose como significativas o cerca de la significación las variables siguientes (véase que los coeficientes de correlación son menores y del mismo signo):

- Factores 1 ("*Temores de salud*") y 4 ("*Deber y solidaridad*").
- Número de donaciones hasta 1987
- El grupo de respuestas al ítem número 31 al que llamamos "*Factores facilitadores*"

c) Si se elimina el número de donaciones hasta 1987 del modelo, se consigue explicar un 20.15 % de la varianza del número de donaciones hasta 1993 y eso de manera significativa ($F_{exp} = 2.44$, 9.87 g.l., $P=0.016$). Observando la tabla de resultados de este análisis multivariante, sólo son significativas o están cerca de la significación las asociaciones de las variables:

- Factor 1 ("*Temores de salud*"), con un $r = -0.193$ (asociación negativa)
- Factor 4 ("*Deber y solidaridad*"), con un $r = 0.159$.
- Factor 6 ("*Demanda de recompensas sociales*"), con un $r = 0.170$.
- Grupo de respuestas a la pregunta "*¿Cuáles son ahora sus razones para donar?*" —si han cambiado desde la primera—, llamado "*Factores facilitadores*", con un $r = -0.197$ (asociación negativa)
- Idem a la pregunta 32, llamado "*Motivos religiosos*", con $r = 0.134$.

3.10. Asociación entre todas las variables de la encuesta de 1987 con la probabilidad de ser un donante "de alto grado" (con más de tres donaciones) hasta ese año

El método empleado para este análisis fue el de la regresión logística.

En la Tabla 70 aparecen los resultados (en términos de las razones del producto cruzado y de sus intervalos de confianza) para el análisis individual de cada una de las variables. En segundo lugar aparecen los resultados para el análisis multivariante, realizado con las variables que estuvieron cerca de la significación y controlando por el año en que se realizó la primera de ellas. Por último, aparece el mismo modelo sin controlar por esta variable.

a) En el *análisis bivalente* aparece el año de la primera donación como variable asociada con más fuerza al hecho de ser un donante "de alto grado" hasta 1987: obsérvese que su odds ratio es 3.09, siendo su asociación estadísticamente significativa. El sexo ($OR = 1.05$), no muestra asociación con el hecho de ser un donante "de alto

grado". Por contra, sí muestra una asociación muy clara el factor 1 ("*Temores de salud*"), en el sentido de que los individuos que alcanzan una puntuación alta en el mismo, tienen una probabilidad mucho menor (0.40 veces) de ser donantes de alto grado que los que tienen una puntuación normal. Esta asociación es claramente significativa; no es significativa, por el contrario, la asociación del factor 2 ("*Confortabilidad*"), que es mucho más débil (OR = 1.64); tampoco la del factor 4 ("*Deber y solidaridad*"), que es también más débil que la del factor 1 ("*Temores de salud*") (OR = 1.63).

La asociación del factor 7 ("*Información/modelos*"), sí es estadísticamente significativa y patente (OR=0.36), mostrando que los individuos con grandes puntuaciones en este factor tienen una probabilidad 0.36 veces inferior de ser donantes de alto grado.

Por último, los que tienen 40 años o más tienen una OR = 1.48 de ser donantes de alto grado respecto a que están por debajo de esa edad, pero este efecto no es estadísticamente significativo.

Las variables procedentes de las respuestas libres no presentan significación, debido a la escasez de respuestas en las mismas, lo que hacía inviable un análisis como éste.

b) Cuando se probó el *análisis multivariante, incluyendo como variables el año de la primera donación*, la edad y los factores 1, 2, 4 y 7, se obtuvieron los resultados siguientes:

- El efecto del año de la primera donación es claro (OR = 2.99) y significativo.
- El efecto de la edad es débil y se mantiene prácticamente en los mismos términos del que tenía en el análisis bivariante, sin llegar todavía a ser significativo.
- Para el caso de los factores 2 y 4, su efecto al controlar por el año de la primera donación se hace muy débil y prácticamente desaparece.
- Por último, tanto los factores 1 como el 7 muestran asociaciones claras con el hecho de ser un donante de alto grado, en el sentido de que las puntuaciones altas en los mismos disminuyen la probabilidad de ser un donante de alto grado.

c) Por último, *ajustado el modelo sin utilizar como variable el año de la primera donación*, se mantiene prácticamente igual, pero ahora sí que la edad muestra un efecto claro de asociación con el hecho de ser donante de alto grado: los individuos de 40 años o más tienen una probabilidad de ser donantes de alto grado 2.07 veces mayor que los de menos de 40 años.

Las motivaciones de tipo "intrínseco" para donar la primera vez, se asocian de manera positiva.

El conjunto del análisis se puede resumir diciendo que las variables que parecen influir bastante en ser un donante de alto grado son:

- la edad
- los factores 1 y 7
- las motivaciones de tipo "intrínseco" para efectuar la primera donación.

3.11. Asociación entre todas las variables de la encuesta de 1987 con la probabilidad de ser un donante "de alto grado" en el período de 1988 a 1993

El análisis se hizo siguiendo el mismo procedimiento que el anterior. Los resultados pueden verse en la Tabla 71.

a) Del *análisis bivalente* se puede deducir que:

- El individuo que tenía más donaciones hasta 1987 tiene una mayor probabilidad (OR=2.61) de ser también un donante de alto grado en el período 1987-1993. Esta asociación es estadísticamente significativa.

- Las mujeres tienen una probabilidad de ser donantes de alto grado 0.48 veces mayor que los hombres (esta asociación, sin llegar a ser estadísticamente significativa, está muy cerca de la significación).

- La edad (mayor de 40 años) también muestra un efecto claro (OR=1.98) aunque no sea estadísticamente significativo.

- El factor 1 ("*Temores de salud*") actúa como un factor protector, pues los individuos que alcanzan en él una puntuación alta tienen una menor probabilidad de ser donantes de alto grado (OR=0.41).

- Los individuos con una puntuación elevada en el factor 2 ("*Confortabilidad*") tienen una mayor probabilidad de ser donantes de alto grado (OR=6.09).

- El factor 4 ("*Deber y solidaridad*"), sin alcanzar la significación, muestra un claro efecto (OR=2.10).

- También muestra asociación (OR=2.6) el hecho de dar una respuesta de las clasificadas como "*Sentido de la necesidad concreta*" a la pregunta "*¿Cuáles son ahora sus razones para donar sangre —en caso de que hayan cambiado?*". Esa asociación no alcanzó significación estadística.

- Por último, los individuos que dan una cualquiera de las respuestas de las clasificadas como "*Solidaridad/sentido del deber*" a la misma pregunta anterior, tienen una probabilidad menor de ser donantes de alto grado (OR=0.25).

b) Quedándonos con las variables antes citadas, y *ajustado el modelo multivariante*, se obtienen como asociaciones claras y estadísticamente significativas, las siguientes:

- El número de donaciones realizadas hasta 1987 (OR=2.44)
- El sexo (OR=0.37)
- Factor 2 ("*Confortabilidad*") (OR=5.45)

Aunque no alcanzan la significación, parece claro el efecto de las siguientes variables: edad > a 40 años (OR=1.98); factor 1 ("*Temores de salud*") (OR=0.65); factor 4 ("*Deber y solidaridad*") (OR=2.11); respuestas del grupo "*Para satisfacer una necesidad*" a la pregunta 31 del cuestionario (OR= 2.4); respuestas del grupo "*Solidaridad/sentido del deber*" a esa misma pregunta (OR=0.33). En las dos últimas, la no significación es debida al efecto de los pequeños tamaños muestrales sobre los errores estándar de las "odds-ratio".

c) *Sin controlar el análisis por el número de donaciones realizadas hasta 1987*, las asociaciones son prácticamente las mismas, siendo claras las del sexo y la del factor 2 ("*Confortabilidad*"), quedando las demás muy próximas.

Por último, constatamos que no hay asociación con el hecho de que las motivaciones para donar la primera vez fuesen de tipo "intrínseco" o "extrínseco".

3.12. Influencia del cambio producido en las variables entre 1987 y 1994, sobre el número de donaciones realizadas en el período de 1988 a 1993

El camino seguido es el mismo que en el análisis anterior y los resultados aparecen en la Tabla 72.

En este análisis se han usado para cada una de las variables del cuestionario las diferencias entre la puntuación en la encuesta de 1987 con la de la encuesta de 1993. De los ítems que no se alteran no hay ninguno que en el análisis bivariante muestre indicios de significación.

a) En el *análisis bivalente*, están asociados los cambios en los factores 1, 4 y 5. En el factor 1 ("*Temores de salud*"), la asociación se da en el sentido de que cuanto mayor es el descenso en su puntuación, mayor es el número de donaciones que se producen en este período. El cambio en el factor 4 ("*Deber y solidaridad*") muestra también una

asociación clara ($r=0.229$): al aumentar su puntuación, aumenta el número de donaciones. Lo mismo ocurre con el factor 5 ("*Egoísmo/excusas*").

Entre las respuestas libres, muestran significación clara:

- Grupo "*Factores facilitadores*" a la pregunta 31 ($r=-0.260$), indicando que, conforme aumenta la puntuación en esa respuesta, disminuye el número de donaciones.
- Grupo de respuestas llamado "*Solidaridad/sentido del deber*" a la pregunta 32, que muestra una asociación más débil ($r=0.158$), en el sentido de que al disminuir su puntuación, aumenta el número de donaciones.
- Grupo de respuestas llamado "*Beneficios personales o familiares*" ($r=0.207$) a la pregunta 32, que se asocia en el mismo sentido que la anterior.

b) Realizado el *análisis para el modelo multivariante, controlando por el número de donaciones hasta 1987*, con las variables que o resultaban estadísticamente significativas o estaban cerca de la significación, se obtuvieron los resultados siguientes:

- Al introducir en el análisis el número de donaciones realizadas hasta 1987, vuelve a verificarse también en este análisis que esta variable muestra una asociación positiva con el número de donaciones realizadas desde 1987 a 1993.
- El efecto de la variación en el factor 1 ("*Temores de salud*") se hace muy débil.
- Por contra, el efecto de la variación en el factor 4 ("*Deber y solidaridad*") sigue siendo muy importante y actúa en el sentido de que conforme su puntuación aumenta también lo hace el número de donaciones.
- El efecto de la variación en el factor 5 ("*Egoísmo/excusas*") desaparece ($r=0.097$)
- Sigue, sin embargo, patente y más claro el efecto de la variación en las respuestas del grupo "*Factores facilitadores*" a la pregunta 31, que se correlaciona negativamente con el número de donaciones.
- Para los grupos de respuestas a la pregunta 32 llamados "*Solidaridad/sentido del deber*" y "*Beneficios personales o familiares*", se pierde la significación.

El conjunto de las variables aporta algo significativo a la variable dependiente ($F_{\text{exp}}=5.06$, (9;88) g.l., $P<0.0001$, $R^2=0.3410$).

c) *Eliminada la variable "donaciones realizadas antes de 1987" y ajustado el modelo multivariante*, se encuentra que el conjunto de las variables aportan significación al modelo ($F_{\text{exp}}=4.47$, (8;89) g.l., $P<0.0001$, $R^2=0.2868$). Puede observarse el descenso del valor

de R^2 de este modelo al anterior, debido a la desaparición de la variable eliminada que predecía fuertemente el valor del número de donaciones realizadas desde 1987 hasta 1993.

En este nuevo modelo se mantiene la significación, y en términos muy claros, en los casos del factor 4 ("*Deber y solidaridad*") y en el grupo de respuestas llamadas "*Factores facilitadores*" a la pregunta 31.

DISCUSIÓN

Para facilitar la comprensión de nuestros resultados, de un lado, e incardinarlos con los objetivos del trabajo, de otro, su discusión se hará siguiendo una secuencia más integrada que la que se mantuvo durante su exposición, reuniéndolos alrededor de los que son los tres ejes esenciales del estudio, a saber:

- el conocimiento que estos resultados proporcionan sobre los donantes y los no donantes: datos sociodemográficos, actitudes, creencias, motivaciones y desmotivaciones.
- cómo evolucionan las actitudes de los donantes en el tiempo.
- cómo se asocian las diferentes variables estudiadas —incluidas las actitudes— con la conducta, y cuál es la capacidad de algunas de ellas para predecir ésta.

4.1. Donantes y no donantes en 1987

4.1.1. Demografía

Haremos énfasis en los hallazgos que, después de considerar el efecto del muestreo sobre la distribución de la edad, el sexo y el lugar de residencia, aún puedan aportar algo significativo, ya que, como se recordará, este muestreo fue realizado estratificando estas características en la muestra de donantes de acuerdo con la muestra de no donantes, de modo que, necesariamente, ambas son en gran parte homogéneas.

Algunas de las diferencias existentes entre la muestra de donantes y la población total de los mismos, como ya se señaló en la sección de "Material y métodos", deben ser consideradas como sesgos del muestreo; pero, sin embargo, estos sesgos carecen de trascendencia cuando se comprueba la irrelevancia de las mencionadas variables en el conjunto del estudio.

En nuestra muestra de 1987, la edad coincide con la del total de los donantes en ese momento, mientras que en el sexo existían unas pequeñas diferencias (una proporción algo mayor de mujeres), que eran mayores para el lugar de residencia.

En cuanto al sexo de los donantes, es interesante destacar que, en Granada, las proporciones entre ellos no son diferentes a la población general, al menos desde que el Centro Regional de de Transfusión Sanguínea se ocupa de la planificación de la donación (CRTS, 1994). Esta igualdad entre sexos, en nuestra opinión, indica que el modo en que se realiza la promoción de la donación da iguales posibilidades a hombres y mujeres para donar, es decir, que los lugares de colecta elegidos y los horarios de las colectas, son adecuados para ambos sexos.

Pero esto no parece ser universal. Según una encuesta reciente, en el conjunto de la Unión Europea hay más hombres que mujeres que donan sangre (INRA, 1995). Nosotros atribuimos este resultado a factores de accesibilidad más que de género; de otro modo resultaría difícil de entender por qué en zonas próximas entre sí la distribución sexual de los donantes sea diferente.

Casi la mitad de nuestra muestra tenía menos de 41 años, con una media de 37.8 años (el conjunto de los donantes tenía en 1987 una edad media de 37.3 años —Fernández Montoya, 1986— y en la actualidad —1995— es de 32.2 años). Según la mayor parte de las investigaciones, los donantes suelen tener una edad comprendida entre los 30 y los 40 años. En la encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad en 1989, se encontró que los donantes habituales estaban constituidos por una mayoría de varones (65%), con una edad comprendida entre 31 y 45 años (38%) (Ministerio de Sanidad, 1989). En un estudio en realizado en Escocia en 1991, el grupo de edad más frecuente era el de 25 a 45 años y los ex-donantes estaban entre los de más edad; por el contrario, los no donantes se distribuían homogéneamente en todos los grupos (Hoffman Research Company, 1991). En la Unión Europea, en 1994, predominaban los comprendidos entre 25 y 54 años (INRA, 1995).

En cuanto al lugar de residencia, hay diferencias entre donantes y no donantes porque la proporción de no donantes que tienen residencia en la capital es mayor, mientras que ocurre lo contrario en los medios rural y semiurbano, que están más representados en la muestra de donantes que en la de no donantes. Este sesgo, que podría afectar la comparación de ambas muestras, no tiene trascendencia posterior, por cuanto esta variable no influye de modo significativo sobre ninguna de las demás importantes para el análisis.

El interés del lugar de residencia como variable puede residir en que hay datos que sugieren que la disposición a ayudar es menor en las ciudades que en los pueblos. Korte y Kerr (1975), encontraron que la gente que vivía en la ciudad de Boston ayudaba menos a los demás que los de ciudades más pequeñas, lo que ha sido atribuido por otros autores a la sobrecarga de información que sufren los individuos que viven en las grandes

ciudades, dando como resultado que la atención que prestan a los otros se vea disminuida. También parece cierto que la presión social es más efectiva en los grupos de pequeño tamaño, donde, como dice Olson (1971), "... los miembros puedan tener contacto cara a cara entre ellos". A pesar de estas teorías, parece que en términos globales el índice de donación en Europa es más alto en los grandes centros urbanos (así ocurre, por ejemplo, en la provincia de Granada (Fernández Montoya, 1986), lo que, en nuestra opinión, puede deberse, entre otras causas, a que es en ellos donde se ubican los centros.

El nivel cultural de donantes y no donantes no es diferente en nuestro trabajo. Este hallazgo no es frecuente en otros estudios: así, según la encuesta del INRA (1995), en la Unión Europea, cuanto mayor es el nivel de educación, más se dona, existiendo también una correlación positiva con el nivel socioeconómico. Diversos trabajos han encontrado un mayor nivel de educación entre los donantes habituales (Burnett, 1981; Patrick, 1976; Thompson, 1993; Ministerio de Sanidad, 1989) y este nivel es inferior en los donantes pagados que en los altruistas (Condie y Maxwell, 1970). En nuestro estudio, sin embargo, la proporción de empleados entre los donantes es más baja que en la de no donantes y ocurre lo opuesto con las amas de casa y con los estudiantes, lo que puede explicarse porque el CRTS pone un especial énfasis sobre las colectas que se realizan en las instituciones educativas y, por otro lado, por el alto número de estudiantes de la Universidad de Granada.

En cualquier caso, y como ya se comentó, muchos de los rasgos sociodemográficos que se atribuyen a los donantes son fruto del sesgo que los propios servicios de donación introducen al orientar la promoción que realizan. En consecuencia, estos rasgos son cambiantes de unos lugares a otros, sin que ello pueda ser atribuido a ninguna característica intrínseca de los donantes mismos. Por ello, su comparación de unos a otros lugares, sin asociarlos a otras variables, no ofrece ninguna información relevante.

4.1.2. Actitudes y creencias

El análisis factorial muestra, de entrada, la escasa concordancia entre los factores hallados en los donantes y en los no donantes. Efectivamente, en el cuestionario de no donantes, los factores son todos más compactos que en el de donantes y todos los ítems, excepto uno, se integran en ellos de manera coherente: en este sentido podría decirse que nuestro cuestionario parece que "funcionó" mejor con los no donantes, aunque la parte de la varianza que explican uno y otro sea semejante. Este resultado puede ser debido a que el cuestionario estaba inspirado, en buena parte, en otros que habían sido diseñados para la población general, y no específicamente para donantes.

De todos modos, es lógico que los factoriales de ambos grupos sean distintos en la medida en que sus actitudes ante la donación son tan diferentes, y también lo es, en nuestra opinión, que los donantes tengan una estructura actitudinal más compleja que los no donantes ante la donación de sangre.

Para la discusión de los datos, incluidos los correspondientes a los no donantes, hemos elegido seguir el modelo factorial de los donantes, tal como hicimos en la exposición de resultados, porque de este modo todo el estudio queda integrado bajo una misma perspectiva y se facilitará su comprensión.

Temores de salud. Miedos al pinchazo y a las enfermedades

Los donantes no manifiestan acuerdo con los ítems que expresan miedo al agotamiento físico o peligro para la salud, indicando así que estos miedos son bajos entre ellos. El ítem "*Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo*" obtuvo un 9.6% de acuerdo entre los donantes en 1987. Esta proporción no es muy diferente de la publicada por otros autores (McAskill, 1989).

Este miedo discrimina muy bien a donantes de no donantes en nuestro estudio, porque en los segundos es mucho más elevado. Es también conocido como *miedo a la aguja* y puede tener varios orígenes: el miedo al dolor, el miedo fóbico a las agujas y el miedo a los contagios, ahora fundamentalmente al SIDA. La fobia a la sangre, a los pinchazos y a la enfermedad parecen no ser excepcionales en la población general: en un estudio de Agrads de 1969, la encontraron en el 3.1% de la población, y Costello la encontró en el 4.5% de las mujeres (ambos citados por Thyer, Himle y Curtis, 1985). Ha sido estudiado desde diferentes puntos de vista; así, Tyano, Munitz y Wijsenbeek (1975), en una encuesta entre 430 donantes, en la que estudiaron la ansiedad durante la donación, demostraron que ésta es más fuerte durante la espera que durante la toma de la sangre, y que disminuye gradualmente a partir de la penetración de la aguja. En los sujetos con reacciones vasovagales, la curva es distinta: aumenta tras la penetración de la aguja hasta la pérdida del conocimiento. Con el tiempo, disminuye progresivamente y cae al mínimo después de la décima donación.

El ítem "*Aunque soy donante, con todo lo que se oye ahora tengo cierto miedo de contagiarme con alguna enfermedad*" obtuvo una mayor tasa de acuerdo que el de "*donar puede ser peligroso para la salud*", de modo que parece que los donantes no están pensando en ambos casos el mismo temor, sino que, en el segundo, piensan en otros riesgos más genéricos (por ejemplo, en el debilitamiento), es decir, en procesos no infecciosos que serían consecuencias colaterales de la donación. También puede ser que, a pesar de que tengan miedo, perciban que ese miedo carece de base real, lo que

seguramente ocurre en más de un donante, sobre todo al principio de su evolución, cuando tiene que vencer numerosas resistencias internas. En otro trabajo ya se demostró que un 20% de los donantes creían que existía algún riesgo de contraer SIDA durante la donación, pero no obstante continuaban donando. Los autores lo explicaban diciendo que era probable que los donantes pensarán que, a pesar de todo, este riesgo debía ser mínimo (Nutbeam y Nugent, 1989). En otro trabajo también se puso en evidencia este hiato entre la actitud de miedo y la conducta real: mientras que un 7% creían que había algún riesgo para la salud por el hecho de donar, sólo un 1% dijeron que este riesgo les frenaba para hacerlo (Therkelsen, Korent y Haugen, 1988).

Los miedos a la adquisición de enfermedades constituyen entre donantes y no donantes uno de los más poderosos desmotivadores para donar, aunque con frecuencia son reconocidos por los propios sujetos como irracionales. La literatura es prolija en la descripción de estos temores (Oswalt y Naponiello, 1974; Oswalt y Hoff, 1975; Leibrecht *et al.*, 1976; Boe, 1976; Osborne, Bradley y Lloyd-Griffiths, 1978). Probablemente —como ya señalaron Bartel, Steltzner y Higgins (1975)— la gente sea en realidad más refractaria a donar sangre de lo que admite, a causa de los temores de amenaza personal que percibe para su salud, independientemente de que estos miedos tengan un fundamento racional o no.

En general, el miedo al contagio por SIDA durante la donación ha disminuido con el paso de los años, pero está lejos de haber desaparecido. Parece que los donantes han recobrado la confianza al comprobar que no se ha hecho público ni un solo caso de infección de un donante en un centro de donación público, aunque, desgraciadamente, sí hay bastantes casos de contagio en centros privados dedicados al comercio del plasma, más interesados en disminuir sus gastos que en la seguridad de los donantes. Casos de este género han ocurrido también en España, antes de que se prohibiese definitivamente toda práctica privada de donación de plasma (Navarro, Roig y Nieto, 1988) y también en otros países (Avila, 1989).

Este miedo al SIDA es también muy frecuente entre la población general. En los Estados Unidos, en 1985, más de un tercio de los encuestados creían que se podía contraer SIDA donando sangre; sin embargo, sólo un quinto seguía creyéndolo en 1988, aunque entre los adolescentes este porcentaje alcanzaba un 47% (Felts y Glascoff, 1990; Marwick, 1988). En Gales, la proporción de los que pensaban que "no había riesgo de contraer SIDA" por la donación aumentó entre 1987 y 1988; compartían esta opinión un 79% de los donantes, un 64% de los ex-donantes y un 62% de los no donantes (Nutbeam y Nugent, 1989).

En 1990, un 20.9% de estudiantes de universidad o de politécnicos del Reino Unido todavía consideraban que existía riesgo de contagiarse por VIH cuando se donaba sangre y un 4.8% creían que este riesgo era moderado o alto. Mediante entrevista personal se comprobó que esta creencia era real y que no se debía a una falta de validez del cuestionario usado para detectar el problema (Bhopal *et al.*, 1992). El miedo a contraer el SIDA donando fue admitido por un 28 % de todos los europeos en una encuesta realizada en 1994 (INRA, 1995); en esa misma encuesta, los ciudadanos españoles encuestados dieron, entre las razones para no donar, la del "miedo a las agujas infectadas" en un 26%, y el "*miedo a las agujas*" —simplemente— en un 25%.

Sin duda, el SIDA ha supuesto un hito crucial en la historia de los bancos de sangre. Como ha señalado McCullough (1993), en muchas naciones la imagen de los bancos de sangre ha sido profundamente dañada, ha cambiado la relación con los donantes de sangre, y el sistema transfusional en su conjunto es ahora visto por los ciudadanos con escepticismo, o incluso con cierta hostilidad.

Pero, a pesar de ello, aún estando tan presente en los donantes y en los no donantes, el SIDA ha tenido poco efecto en la disminución de las donaciones (MacAskill *et al.*, 1989). La experiencia de Granada lo corrobora: iniciada la actividad del CRTS en pleno auge de la difusión en los medios de comunicación de los peligros que esta enfermedad representaba (en 1986), y en un momento en que todavía era presentada como vinculada de manera estrecha a las transfusiones, la donación creció rápidamente, pasando en pocos años a duplicarse (Gráfica 1).

Desde luego, los no donantes no tienen la misma actitud frente a estos miedos.

En nuestro trabajo, los no donantes tienen mucho más "miedo al pinchazo", temen más que la sangre "*pueda llevar al agotamiento físico*" y que "*pueda ser peligroso para la salud*".

Estos miedos constituyen actitudes muy discriminantes entre donantes y no donantes y son, quizás, los elementos en donde más se pueda influir por la información (sobre todo en los dos últimos, que son prejuicios sin base alguna). El miedo al pinchazo es más complejo, porque ya vimos que puede tener un carácter fóbico y porque, además, no es exactamente un prejuicio, porque casi todo el mundo ha experimentado alguna vez una venopunción. Influir en él desde el exterior no parece fácil, aunque es posible que sea la misma experiencia como donante la que lo haga disminuir, como sucede con algunos otros miedos de carácter fóbico que desaparecen tras una exposición controlada y progresiva al estímulo que los origina.

Sin embargo, el miedo "a contagiarse con alguna enfermedad" no es diferente en donantes y no donantes, lo que puede tener diversas explicaciones.

Una de esas explicaciones es que el enunciado que hicimos de este ítem era ligeramente diferente en ambos cuestionarios: mientras que para los donantes se formulaba diciendo: "Aunque soy donante, con todo lo que se oye ahora tengo miedo a contagiarme con alguna enfermedad", para los no donantes esta formulación era: "Una de las razones por las que no soy donante es por el miedo a contagiarme con alguna enfermedad". En consecuencia, puede ser que los no donantes estén sencillamente afirmando que, independientemente de que tengan más o menos miedo al contagio, esa es sólo una de las razones que tienen para no donar, pero que, además, tienen otras y quizás más importantes que esa.

Rados (1977) apuntó que algunos temores pueden ser superiores en los donantes precisamente por su conocimiento del proceso: saben que duele, que pueden marearse, etc., y están decididos a seguir donando a pesar de todo, es decir, donan a pesar de sus miedos.

Hay otros trabajos en los que tampoco se han visto diferencias entre donantes y no donantes para el miedo a contraer el SIDA (MacAskill *et al.*, 1989), pero en la mayoría sí las había. Entre estos últimos cabe citar la encuesta llevada a cabo por el Servicio Nacional de Sangre de Escocia en la que, entre las razones dadas por los no donantes para no donar, la frase "Es imposible contagiarse de SIDA donando", puntuó casi el doble en los donantes (Hoffman Research Company, 1991).

Las variables sociodemográficas que se mostraron relacionadas de manera positiva con el factor que expresaba la existencia de miedos o temores de salud ("puede ser peligroso", "puede llevar al agotamiento físico", "sólo pueden donar las personas muy fuertes"), factor al que denominamos, precisamente, "Temores de salud", fueron: ser mujer, tener una edad mayor de 50 años y tener un nivel de estudios por debajo de los primarios. Todo lo cual nos hace pensar en la relación que estos miedos deben tener con el nivel de información, por las siguientes razones:

- los donantes de mayor edad son también los menos educados
- en cuanto a la relación con el sexo, entre los donantes españoles los hombres se consideran a sí mismos mejor informados sobre la donación que las mujeres (Ministerio de Sanidad, 1989).

- por otro lado, el nivel medio educativo de las mujeres españolas es inferior al de los hombres.

Confortabilidad/atención

Los dos ítems que configuran el factor o dimensión que denominamos "*Confortabilidad/atención*", tienen valores más altos en los donantes, mostrando que éstos están más de acuerdo en que las condiciones de confort y de atención durante la donación son adecuadas.

Como los no donantes no conocen estas condiciones, es lógico pensar que sus opiniones responden a falsas creencias que podrían ser disminuidas con una información adecuada.

En un estudio realizado en España por Chacón (1985), se constató que los donantes percibían la donación como menos desagradable, más recompensante y más segura que los no donantes. Esto no quiere decir que donar sea en sí una experiencia placentera; al contrario: como dicen Bartel, Steltzner y Higgins (1975, op. cit.), el reclutamiento de donantes sería más fructífero si se reconociese claramente que la donación de sangre supone de hecho cierto disconfort e inconveniencia. Donar exige tiempo, un determinado grado de dolor, y con frecuencia tener que esperar. Además, hay que vencer los temores a los que ya nos hemos referido. Todo ello forma parte de los costos que el donante evalúa, consciente o inconscientemente, comparándolos con lo que recibe a cambio: sentimientos de satisfacción, de ser solidario, de pertenencia a un grupo, sobre todo en las pequeñas comunidades donde las relaciones personales son fuertes.

El donante conoce las molestias inherentes a la donación y no resulta conveniente ocultarlas: aún al contrario, parece que una cierta valoración de estos costos aumenta en él la apreciación del acto mismo.

Los donantes repetidores sienten en general menos disconfort y encuentran menos inconvenientes que los de primera vez (Paulhaus, Shaffer y Downing, 1977; Condie y Maxwell, 1970b; Wiesenthal y Emmot, 1979), y este hecho de sentir confort o comodidad es un importante predictor de que el donante llegue a convertirse en un donante repetidor.

Wiesenthal y Emmot (op. cit.) se preguntaron si es que hay un proceso de selección por el cual sólo aquellos a los que afecta menos el proceso de la donación permanecen para llegar a ser donantes activos, o si es la familiaridad con los procedimientos de la colección de la sangre lo que reduce la ansiedad y el disconfort en la siguientes

donaciones. Nuestro estudio longitudinal muestra que, probablemente, ambas suposiciones son ciertas.

Cabe preguntarse, tanto en este apartado como en todos los demás, hasta qué punto lo que los donantes recuerdan, ya pasado un tiempo, sobre el discomfort que sintieron, o sobre lo que no les gustó de la donación que realizaron, coincide con lo que realmente sucedió durante la misma. Un reciente experimento ha investigado la fiabilidad de esta memoria y ha comprobado que los donantes *recuerdan* haber sentido más ansiedad de la que dijeron sentir mientras donaban. También *recuerdan* una mayor diferencia entre las emociones previas y posteriores a la donación, de la que expresaron en su momento. Este sesgo de memoria es mayor en los donantes con pocas donaciones que en los más expertos, lo que contribuye a explicar el hallazgo de la mayoría de las investigaciones de que son los donantes de primera vez los que manifiestan más discomfort. Es decir, parece que, a una vivencia más negativa de la experiencia de donar, los donantes inexpertos unen una tendencia a acrecentar en el recuerdo los aspectos negativos de la misma (Breckler, 1994).

El hecho de que nuestros resultados den valores más bajos en este factor de confortabilidad para los donantes que viven en el hábitat urbano, debe explicarse por la baja calidad de los espacios en los que en 1987 se realizaban las colectas en los pueblos que estaban dentro de esa categoría. Por contra, los estudiantes encontraban mayor confort que el resto de las situaciones laborales, lo que asociamos a dos circunstancias: primera, a que, con mayor frecuencia, donaban —y aún lo hacen— en el propio Centro de Transfusión, que reúne condiciones de mayor confort que los lugares de colecta móviles, y, segunda, a que su mayor nivel cultural les permite estar seguros de la higiene que rodea a la donación.

Demanda de recompensas al Banco de Sangre o Centro de Transfusión

Sólo hay un 10.7% de donantes que están de acuerdo con la afirmación "*El Banco de Sangre no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes*", pero en no donantes el acuerdo es más alto, de forma que es uno de los ítems más discriminantes entre ambos grupos.

Aunque el porcentaje no es muy elevado en los donantes, dado que el enunciado no permite más que expresar una insatisfacción genérica, no podemos saber qué es lo que esos pocos donantes desearían recibir como recompensa (el porcentaje de indecisos es también alto: 10.2%).

En otros trabajos se ha visto, por ejemplo, que una gran mayoría de donantes encuentran las esperas para ser atendidos "irritantes" o demasiado largas (Knight, 1983; Osborne, Bradley y Lloyd-Griffiths, 1978). Esa podría ser una causa.

Podría ser también que ese grupo esperase unos beneficios materiales que no reciben. Pero el uso de incentivos, tales como cupones para comprar con descuentos en determinadas tiendas o para asistir a espectáculos gratis, se ha demostrado útil en muy escasos estudios y sólo entre donantes de primera vez (algunos grupos españoles de donantes los proponen, no obstante; incluso han llegado a crear una tarjeta de crédito propia y han reclamado descuentos fiscales).

También ha sido invocada por algunos autores la utilidad de efectuar a los donantes análisis suplementarios de sangre como, por ejemplo, la determinación de colesterol, que hizo que aumentase la donación hasta un 11% sobre un período similar en el que no se realizó; además, según los autores, los donantes se sintieron gratificados y manifestaron que esta atención podía influenciar positivamente a la gente para que donase sangre (Murray, 1988; Rzasa y Gilcher, 1988).

Pero todas estas prácticas están desaconsejadas en la actualidad tanto por el Consejo de Europa como por la American Association of Blood Banks, por citar dos organizaciones prestigiosas.

Muy interesante es notar que los no donantes se muestran más insatisfechos que los donantes sobre las recompensas que éstos reciben. Esto parece querer decir que, con las actuales recompensas, sienten que su posición de no donar está justificada: ellos precisarían, para cambiar su actitud, percibir beneficios más tangibles que los que el donante recibe, lo que es coherente con sus actitudes más egoístas, además de resultar una buena excusa.

Aunque el ítem "*Considero insuficiente el refrigerio que se da después de la donación*" obtuvo un bajo acuerdo entre los donantes (7.1%), existe una discordancia con lo que a este mismo respecto apuntan los resultados de la última pregunta de respuesta abierta que discutiremos después, en la que una mayoría pide que se mejore.

Entre nuestros donantes, quienes más presentan esta actitud global de demanda, que se medía en el factor 3 ("*Demanda de recompensas al Banco*"), son los de menor nivel cultural (por debajo de estudios medios), de forma que decrece de manera casi lineal a medida que éste aumenta. Otra variable sociodemográfica asociada con este factor es el lugar de residencia: los donantes que viven en la capital son los menos exigentes. Nos

atrevernos a explicar estas asociaciones pensando que el donante de capital es, como hemos visto, mayormente joven y estudiante, de manera que podría ser el nivel cultural quien, de nuevo, estuviese influyendo en los resultados.

No obstante, es también cierto que uno de los ítems que integran este factor hace referencia a la satisfacción con el refrigerio postdonación y que éste ha sido tradicionalmente de mejor calidad tanto en los antiguos Bancos de Sangre Hospitalarios como, después, en la sede central del CRTS, por lo que tendría cierta lógica que los donantes de la ciudad estén más satisfechos.

Demanda de recompensas a la sociedad

Los donantes que manifiestan esta actitud en menor grado, medida en el factor 6 ("*Demanda de recompensas sociales*"), son los donantes de menos de 40 años, los estudiantes, los que viven en Granada capital y los que tienen un nivel cultural de medio hacia arriba. Todo ello nos hace pensar de nuevo, como en otras actitudes anteriores, en el elemento común del nivel de educación, que parece ir unido a una menor necesidad de cualquier tipo de contraprestaciones.

Nos sorprende que los donantes estén de acuerdo en la misma medida que los no donantes con el ítem "*Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitarían diversos servicios relacionados con la salud*".

Para interpretar esto, hay que recordar la particular historia de nuestro país, en que a los donantes se les ha permitido —precisamente como recompensa— que entrasen libremente a los hospitales (libertad que parece gozar de mucho atractivo en nuestra población). En Granada, había quien donaba sólo con este fin, y "el carnet de donante" hacía las veces de una especie de salvoconducto sanitario.

Cuando el CRTS comenzó su funcionamiento, una de las primeras medidas adoptadas fue la de terminar con esta práctica, limitándola a las horas establecidas de visita. Poco después, se suprimió por completo. Es posible, en consecuencia, que lo que los donantes dejan traslucir en esta insatisfacción sea el anhelo de recuperar aquella especie de prebenda sanitaria que la mayoría de ellos seguramente disfrutó.

Tampoco es muy clara la "queja" que pueden estar expresando los donantes con su alto grado de acuerdo (43.3%) con el ítem "*La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes*". Sin embargo, encontramos que es una insatisfacción muy sugerente, precisamente por su vaguedad.

Y vuelve a ser sorprendente que los no donantes estén aún más de acuerdo (57.4%) que los donantes en esta falta de reconocimiento por parte de la sociedad. Entendemos que quizá muestren así una culpa latente ("*ya que yo no dono, me parece que debería recompensarse más a quienes lo hacen*"), o bien que lo utilizan, de nuevo, como excusa ("*puesto que estas recompensas son insuficientes, no dono*").

Pero, ¿qué reconocimiento pueden esperar los donantes de la sociedad? Parece que esta insatisfacción, que merecería la pena estudiar de manera específica, pueda dar la razón a las teorías que aseguran que hay una frontera muy tenue entre el altruismo genuino, absolutamente anónimo, y otro que alberga una necesidad de reconocimiento social. Sin olvidar por ello que una población tan vasta como la de donantes podría estar compuesta por diferentes subpoblaciones, unas con menores necesidades de reconocimiento social y de recompensas que otras, unas más altruistas que otras.

Por ejemplo, en el informe elaborado para el National Blood Transfusion Service del Reino Unido en 1990, se formulaba esta pregunta "... ¿Necesitan reconocimiento los donantes?... " y se respondía diciendo: "...Los donantes se dividen de forma extrema en dos grupos opuestos, según que deseen o no insignias, diplomas y/o reconocimiento público..." (Research International, 1990).

En esta necesidad de recompensas, nuestros hallazgos difieren mucho, por ser más elevados, de otros semejantes realizados en la población española. En la encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad en 1989, sólo un 16% de los encuestados entre la población general manifestaron que los donantes deberían recibir alguna compensación. Entre los donantes, únicamente un 12% eran favorables a las recompensas y este porcentaje era algo más elevado (20%) entre los que no eran donantes ni estaban dispuestos a serlo.

Quizás esta discrepancia se deba a la ambigüedad de la formulación de nuestros ítems frente a la concreción de los otros, ambigüedad que les permite proyectar insatisfacciones de variado género, en contraste con la petición de conocidas recompensas y beneficios que muy pocos donantes desean.

En ese estudio del Ministerio de Sanidad (1989), cuando se pidió a los encuestados que, con independencia de cuál fuese su criterio, eligiesen aquellas compensaciones que les pareciesen más adecuadas en el caso de que éstas existiesen, las más valoradas fueron (por este orden): "*recibir consejo médico*", "*tener prioridad si necesitase una transfusión*", "*conocer los resultados de la analítica practicada*" y "*poseer un carnet que acredite la condición de donante*". La entrega de diplomas, los homenajes en actos públicos y contar con mejores servicios médicos, figuraban en los últimos lugares.

En 1994, un 17 % de los españoles encuestados (sin distinguir entre donantes y no donantes) se manifestaron favorables a que los donantes reciban *"algún testimonio de reconocimiento, por ejemplo un certificado o un alfiler"* (INRA, 1995). Este porcentaje indica que el grado de extensión de esta actitud de exigencia permanece bastante estable desde 1989 entre la población española.

Hay autores que han sugerido que debe aumentarse el beneficio personal, por ejemplo haciendo públicos los nombres de los donantes (Roberts y Wolkoff, 1988). De hecho, esta es una medida que se adopta con cierta frecuencia, pero limitando el ámbito de la publicidad al entorno social del donante. La estrategia de ofrecer diplomas o insignias está ampliamente aceptada y, dado su nulo valor material, no plantea, en nuestra opinión, problemas de selección negativa de los donantes menos seguros, lo que sí sucede con los incentivos económicos o con las fuertes recompensas (Mayo, 1992).

La sugerencia más extendida es que todos los donantes deben recibir expresiones de agradecimiento por su contribución, que pueden ser públicas o privadas —según elijan ellos mismos—, lo que refuerza su percepción de "respetabilidad" y de "reconocimiento" sociales. Pero debe tenerse en cuenta que, aunque la mayoría de los donantes se sienten satisfechos cuando se les entrega un diploma en público reconociendo su generosidad, algunos desean permanecer en el anonimato y rechazan estas manifestaciones.

El reconocimiento social tiene un claro efecto: transmite un cierto sentido de pertenencia o de grupo. Los expertos en marketing, concededores del poder que la necesidad de pertenencia tiene para el ser humano, insisten en que los servicios de donación de sangre refuercen este sentimiento entre los donantes (Research International, 1990). Y es obvio que la mayoría de las asociaciones de donantes lo utilizan, y a veces de manera abusiva.

Actitudes en el eje egoísmo/altruismo

Creemos que la primera sentencia incluida en esta dimensión —referida al hecho de donar más *"para miembros de mi comunidad"*— no discrimina entre donantes y no donantes porque su formulación no fue clara. El término "comunidad" tiene diferentes significados (colectividad, familia, sociedad), y muchos encuestados, probablemente ante estas dudas, se inclinaron por la indecisión.

Por contra, el segundo ítem (*"únicamente daría sangre para un ser querido"*), es muy claro y no caben dudas sobre su interpretación. Y los resultados muestran un rasgo esencial de los donantes: la práctica totalidad están en desacuerdo: donan *para los otros*.

A pesar de que entre los no donantes esto no sea tan evidente, no puede pasarse por alto que la mayoría de ellos también están en desacuerdo con lo que el ítem formula. Cabe suponer que aquellos que sí están de acuerdo con el ítem anterior representan a los no donantes más *irreductibles*, entre otras cosas porque deben suponer que esa situación de donar para un familiar cercano es poco probable que se dé en la práctica, con lo que su gesto nunca será necesario. Además, es una afirmación poco creíble, porque podemos recordar que, cuando en tiempos felizmente pasados para nuestro país, la carencia de sangre era puntual y grave, no era excepcional que los profesionales de los bancos de sangre encontrasen difícil convencer a los familiares de un enfermo de que donasen sangre, ni aún asegurándoles que su donación sería destinada de forma exclusiva a su familiar. Y en los países en vías de desarrollo, donde estas situaciones son todavía frecuentes y la presión del personal de los hospitales a las familias es permanente, sólo se consigue, en muchas ocasiones, que la familia busque donantes "profesionales" que les sustituyan en esa obligación.

Actitudes de excusa o de manifestación de inconveniencia

Los ítems que hemos incluido aquí se refieren al hecho de no donar "*por falta de tiempo*", de atribuir al Estado la obligación de proporcionar la sangre ("*tal como ocurre con las medicinas*") y de la "*proximidad del Centro al domicilio o lugar de trabajo de la gente*" como factor que haría que hubiese más donantes.

Puede resultar sorprendente que haya muchos más donantes que no donantes de acuerdo en atribuir a la falta de tiempo "*el haber pensado en donar sangre pero no haberlo hecho*" (44.2% frente a 27.4%). Nuestra interpretación es que los donantes —al contrario de los que no lo son— *sí* piensan en donar sangre y, por tanto, *pueden no haber encontrado tiempo*, mientras que los no donantes, o no piensan en donar sangre, o ésta no es razón por la que no donen.

"*Estar demasiado ocupado*" es una de las excusas argüidas de manera más recurrente por donantes y no donantes para no donar o para hacerlo con menor frecuencia de la que los sujetos dicen desear (Condie, 1979). Los porcentajes son bastante homogéneos: Boe (1976) encontró que alcanzaba un 18.9% en 1975 entre un grupo de estudiantes, y, en 1994, 19% de los no donantes españoles señalaron la falta de tiempo como causa para no haber donado. Ese porcentaje fue de un 21% cuando se encuestó a los donantes que no habían donado en los últimos tres años (INRA, 1995).

Atribuir al Estado la obligación de conseguir la sangre "*tal como ocurre con las medicinas*" no puede ser también sino otra excusa, una falta de información, o ambas

cosas. Este ítem es de los que más discriminan a donantes de no donantes: los no donantes están más de acuerdo con él.

Aunque España se encuentra entre los tres países de la Unión Europea con menos información sobre la sangre (los otros son —por debajo de ella— Grecia y Portugal), más de un 60% de las respuestas dadas por los encuestados españoles a una serie de preguntas de índole general sobre la sangre y su donación, eran correctas (INRA, 1995). Parece, pues, que es difícil que algo tan elemental como que el Estado no tiene ninguna capacidad de proveer este recurso si no es con la imprescindible colaboración de los propios ciudadanos, pueda ser ignorado. Esta actitud sería una de las que constituyen el "free-ridership": beneficiarse pasivamente del esfuerzo de los demás.

Aunque no hay diferencia entre donantes y no donantes para el ítem "*Los hospitales disponen de la sangre que necesitan generalmente*", su significado puede ser muy distinto para unos y otros. Los donantes conocen los hospitales y saben qué sucede en relación con la sangre; son conscientes, con mayor o menor certeza, de la necesidad de la misma, y de su mayor o menor disponibilidad. Los no donantes no conocen nada de esto de manera personal, así que esta afirmación tiene que tener en ellos cualidad de prejuicio, de suposición, y nos evoca uno de los factores que, según Latané y Darley (1976), explican la inhibición social, y que consiste en pensar, ante una situación en que se demanda nuestra ayuda, que no existe tal necesidad real, es decir, en negar tal necesidad. En el caso de la donación de sangre, es como si los no donantes pensasen que, puesto que ellos no perciben que haya desgracias alarmantes, *no debe ser grave la falta de sangre*. Es decir, *suponen* que debe haber la sangre que se precisa.

Actitudes que expresan obligación moral, deber y solidaridad

Lo más llamativo sobre las cuatro sentencias que integran este apartado, dos de las cuales forman un factor en los donantes, es que tanto ellos como los no donantes están de acuerdo en proporciones elevadas con los valores positivos que representan. De hecho, sólo dos de los cuatro llegan a discriminarlos:

- En el primero, los no donantes dan una puntuación más baja a que donar sea una *cuestión de solidaridad*.

- Y, en el segundo, están más en desacuerdo con que *todo el mundo deba ser donante*.

Sin embargo, tanto donantes como no donantes coinciden en considerar la donación como una *obligación moral*, y en que la mayor recompensa es *saber que (donando) puede salvarse una vida*.

Utilizando técnicas de grupos proyectivos y encuestas en profundidad a donantes y no donantes, un estudio puso de manifiesto que para los donantes de sangre la donación es, ante todo, un acto moral, social y solidario, un acto cívico que responde al deber de satisfacer una necesidad percibida. El no donante, en cambio, piensa con frecuencia —según ese fenómeno conocido como "dilución de la responsabilidad"— que "ya hay suficientes donantes": reconocen que la necesidad existe pero —de manera incoherente y conflictiva para ellos mismos—, niegan que ese deber les concierna directamente, escudándose en que ya hay otros que donan. También se apuntó que los no donantes ven a los donantes como seres humanitarios, tolerantes, caritativos... en fin, llenos de cualidades positivas, pero, al mismo tiempo (mostrando también ahí su ambivalencia), como un poco ingenuos, débiles y manipulables (Société, 1983).

Esta ambivalencia de los no donantes parece que también está presente en nuestros resultados: reconocen la donación como un acto cargado de valores positivos: salva vidas, expresa solidaridad, es una obligación moral..., pero no por eso consideran que todo el mundo tenga que donar, no todo el mundo tiene el deber de ser donante.

Información y modelos

Que los donantes atribuyan más que los no donantes a la *falta de información* el hecho de que haya gente que no done, constituyendo éste otro de los ítems que más separan a unos y otros, manifiesta que intuyen —o conocen por propia experiencia— lo que diversos estudios han señalado, a saber, que la falta de información constituye un poderoso desmotivador (INRA, 1995; Tyano, Munitz y Wijzenbeek, 1975; Osborne y Bradley, 1975).

Existe un estudio, realizado por Thompson en 1993, que demostró que el factor más importante que explicaba las diferencias entre donantes y no donantes, después de controlar otras variables, era la información sobre la donación (Thompson, 1993).

En el ya citado trabajo realizado en España en 1989, se encontró que el grado de información que los españoles decían tener sobre la donación de sangre disminuía según el orden siguiente:

- 1°. Donantes habituales
- 2°. Donantes ocasionales
- 3°. No donantes con una actitud favorable a la donación
- 4°. No donantes con actitud no favorable

Este estudio encontró que los que afirmaban estar mejor informados solían ser hombres, de edad comprendida entre 31 y 45 años, de nivel social más elevado y con residencia en hábitats de mayor población, y concluía que "...parece obvio que actualmente no existe en nuestro país una excesiva información sobre... las donaciones de sangre..." (Ministerio de Sanidad, 1989).

En nuestro trabajo, los donantes varones dan valores más altos en este factor que hemos llamado "*información y modelos*".

Podemos preguntarnos cómo actúa la *información* sobre la conducta y si una es previa a la otra. Nuestra opinión es que la información es condición imprescindible para que se dé una actitud favorable hacia la donación y, en consecuencia, para que se derive el comportamiento como donante. Pero es obvio que, a su vez, el hecho de donar proporciona la oportunidad de estar más informado sobre todos los aspectos que se relacionan con la donación, lo que reafirmará la actitud y, por ende, el comportamiento subsiguiente.

En cuanto a la sentencia que señala la influencia de posibles modelos ("*Hubiera donado con más frecuencia si alguno de mis amigos o familiares fueran ya donantes*"), es llamativo que no proporcione diferencias entre donantes y no donantes (sólo un tercio de ambos grupos, aproximadamente, están de acuerdo con su formulación), porque en la mayoría de la literatura se apunta lo contrario: la influencia de la familia y de los amigos parece ser muy importante (Oswalt y Hoff 1974; Ford y Wallace, 1975; Bowen, 1976; Rushton y Campbell, 1978; Wiesenthal y Emmot, 1979; Foss, 1983; Jason *et al.*, 1984; Callero, 1985; Chacón, 1985; Briggs *et al.*, 1986; Thompson, 1993).

Una explicación posible es que lo que explora este ítem es una actitud, pero no pregunta por la existencia en sí misma de amigos o familiares donantes. Es decir, lo que expresa es la opinión de que la conducta del que responde no habría cambiado *si tuviesen estos modelos*, pero no nos permite conocer cómo puedan realmente haberles influido éstos si de hecho los tienen. Para conocer esta influencia, habría primero que saber si los modelos existen —y, quizás, cuantificarlos y graduar su proximidad— y luego estudiar su posible relación con el comportamiento real del donante. Esta podría constituir un sugerencia interesante para próximas investigaciones.

Un ejemplo de trabajo experimental sobre la influencia social es el realizado por Reingen (1982), quien probó que el hecho de mostrar a los sujetos a los que se va a pedir algo (dinero para una causa o que donen sangre) una lista de otras personas que ya han aceptado esa petición, aumenta mucho las probabilidades de que el sujeto acepte contribuir

con lo que se le pide. Curiosamente, también demostró que hacía falta un número mínimo de nombres en esa lista para que se diese este efecto de "influencia-informativa-social".

El mayor inconveniente que tiene el uso de la presión social para conseguir que la gente done, es la posibilidad de que se fuerce a donar a personas que pertenezcan a grupos de riesgo para algunas enfermedades transmisibles y, en concreto para el SIDA (Mayo, 1992). Debe proibirse toda presión que pueda desencadenar un fenómeno tan peligroso como éste.

Temor al comercio con la sangre

Los resultados sobre este temor merecen diversos comentarios. Por un lado, es llamativo el alto porcentaje de no donantes que lo manifiestan, que se acerca a la mitad de ellos y es casi el doble que en donantes. Pero la proporción de donantes que lo mantiene es en sí misma suficientemente alta como para inquietarse por las razones que puedan motivarlo.

Debemos recordar a este respecto que la historia de la donación altruista en España es muy reciente. Comenzó en 1974, pero no estuvo implantada por completo hasta 1990. En efecto, en ese año se cerró, después de un escándalo en los medios de comunicación, el último banco de sangre privado dedicado a la extracción de plasma de donantes retribuidos. No es de extrañar, pues, que todavía pesara en 1987 este temor. Es positivo que este porcentaje haya disminuido en los siete años de seguimiento de nuestro estudio sobre un 7%, pero esta disminución es insuficiente porque todavía en 1994 se mantiene cercano a un 20%.

Sin duda, parece que se debe reflexionar sobre cómo incidir sobre esta creencia, tan falsa como negativa.

Actitudes específicas de los no donantes

De las respuestas que dan los no donantes a los ítems específicos para ellos, puede concluirse que la mayoría (alrededor de 2/3) acepta que la donación es algo que les preocupa y que han pensado en donar sangre alguna vez.

En sentido opuesto, un tercio arguye que no dona porque padece alguna enfermedad, o que le da miedo la visión de la sangre. Esta proporción de individuos que no pueden donar por razones de salud, coincide con las cifras de otros estudios realizados en diversos momentos durante las dos últimas décadas: así, en 1974, Miller y Weikel la cifraron en un 30% de los varones y en un 54% de las mujeres, y en 1991 se estimó que alcanzaba a un 30% de la población total de Escocia (Hoffman R.C., 1991).

Es destacable que la práctica totalidad de los no donantes descarten que *"quien precise la sangre sea quien debe pagarla"*. En nuestro criterio, el 2.3% de sujetos que mantienen esta actitud vienen a representar la expresión máxima del individualismo: para ellos, no sólo es una cuestión que no les concierne, sino que la niegan como acto generoso: quien tenga el problema debe buscar una solución personal (que, además, será ajena a toda posibilidad de altruismo). A ese grupo, por fortuna tan reducido, será difícil que ninguna intervención exterior les haga cambiar de actitud.

Cuando casi la mitad de los no donantes aseguran que si no donan es *"porque nunca se lo han pedido"*, entendemos que quieren decir que nunca se lo han pedido *"personalmente"*, respuesta muy frecuente en casi todos los estudios en los que se pregunta a los no donantes por sus motivos para no donar: Ford y Wallace la encontraron en un 29% de los encuestados (Ford y Wallace, 1975), Bartel, Steltzner y Higgins (1975) en un 36%, y Therkelsen, Korent y Haugen (1988) en un 59%.

Esta exigencia de *petición personal* se halla también implícita en la actitud pasiva de muchos ex-donantes (o pseudo ex-donantes) que aseguran que no donan porque están esperando a que se les pida de forma directa (Oswalt y Hoff, 1974). Los llamamientos generales no logran convencer a un cierto número de personas que, sin embargo, sí se manifiestan propicios a donar cuando se les pide de manera personal. Muchos servicios de donación recurren a estas llamadas de forma regular y, por lo general, con buenos resultados; son más costosas que los mensajes públicos, pero mucho más eficaces (Condie, 1979).

Para este contacto personal, el procedimiento más utilizado es el teléfono. Su utilidad ha sido demostrada en muchos trabajos, bien como único procedimiento, bien asociado a otros (Ferrari *et al.*, 1985b; Freiburger y George, 1988; Lipsitz *et al.*, 1989). Y es más eficaz cuando se conciertan con los donantes citas puntuales, en lugar de, simplemente, invitarlos a donar en cualquier momento; según los autores de esta experiencia (Walz y Coe, 1984), los donantes prefieren estas citas porque les hacen sentirse importantes.

4.1.3. Opiniones sobre la donación de sangre y sobre las instituciones relacionadas con ella

Los Bancos de Sangre y el Centro Regional de Transfusión Sanguínea (CRTS)

El cambio producido desde los Bancos de Sangre Hospitalarios al actual CRTS no ha pasado desapercibido para los donantes y un 67% opinan que la organización de la donación es ahora mejor que con aquéllos (el resto piensan que es igual que antes; no hay

ninguno que diga que ahora sea peor). Los esfuerzos por mejorar la atención, la dedicación cuidadosa al donante de los profesionales responsables de su recepción, entrevista médica y extracción, parece que han dado sus frutos.

La regionalización de los servicios de donación y transfusión de sangre representa, como se dijo en la introducción, claras ventajas sobre la atomización en numerosos pequeños Bancos de Sangre Hospitalarios, en donde el personal tiene que simultanear la atención al donante con otras tareas, con la consiguiente disminución en la calidad de la misma.

Porcentajes cercanos al 95% aprueban "la forma en que el CRTS lleva a cabo la donación de sangre" y "la atención médica y humana" que presta a los donantes. Persiste un porcentaje relativamente bajo de insatisfacción sobre la información que se proporciona (14.3%), y otro algo mayor sobre la frecuencia con que el Centro se desplaza a los lugares de residencia de los donantes (28.8%).

Mientras que esta segunda insatisfacción tiene difícil solución, porque su frecuencia, que es la esencia de la "accesibilidad", tiene que tener un límite —que viene dado por las necesidades de productos sanguíneos y por la imprescindible adecuación de los recursos a las necesidades—, no sucede lo mismo con la información: elevar ésta es siempre posible.

Se ha hecho notar a este respecto la conveniencia, no sólo de informar, sino de educar para la donación. La escuela puede jugar un importante papel en animar a la participación en la donación de sangre; los estudiantes pueden aprender los conceptos racionales relacionados con ella y darse cuenta del valor de la misma como conducta prosocial. Las escuelas, por su parte, pueden beneficiarse de proyectar hacia la comunidad una imagen positiva de sí mismas (Felts y Glascoff, 1990). Por ejemplo, algunos servicios de donación han demostrado que los donantes universitarios, mediante una adecuada promoción, pueden llegar a cubrir hasta el 20% de sus necesidades, además de educar y preparar donantes para el futuro (Christofferson y Leith, 1986).

Las Asociaciones de Donantes

La sorprendente diferencia entre donantes y no donantes acerca del conocimiento sobre la antigua Hermandad de Donantes de Sangre (a favor de los no donantes), sólo puede explicarse por la diferencia de enunciado de las preguntas que se formularon a ambos. Recuérdese que mientras a los donantes se les preguntó si la *conocían*, a los no donantes se les preguntaba si habían *oído hablar* de ella.

Pensamos que el verbo "conocer" ha sido interpretado por los donantes como *conocer en profundidad, haber tenido contacto personal con ella*, mientras que *haber oído hablar*

es inequívoco. Por eso, dado que su formulación es diferente, esas preguntas no han sido comparadas par evitar extraer conclusiones erróneas.

Pero aún con las reservas dichas, que las tres cuartas partes de los donantes no "conociesen" a la institución que entonces tenía toda la responsabilidad de la promoción (sea cual sea el significado que atribuyamos a la palabra), no deja de ser expresivo del escaso papel que esta organización jugaba ante los donantes.

Tampoco era mucho el conocimiento sobre *las actividades* que realizaba esa institución. Ni en unos ni en otros: incluso, aunque de forma no significativa, vuelve a suceder lo mismo: los no donantes parecen tener un mayor conocimiento que los donantes sobre estas actividades (10.9% frente a 6.1%), diferencia que podría atribuirse al hecho de ir seguida de esa otra primera, que puede haber hecho de pregunta-filtro.

En cualquier caso, el resto de las preguntas sobre la Hermandad de Donantes de Sangre, nada equívocas, demuestran la escasa ascendencia de esa institución sobre los donantes: pocos eran los que se consideraban o se sabían "miembros" de ella, y menos aún los que habían asistido alguna vez a una de sus reuniones o asambleas (un 1%). Esto confirma la idea de que este tipo de agrupaciones, al comportarse como grupos burocratizados dedicados a la gestión, se alejan de los donantes.

La nueva Asociación de Donantes Altruistas de Sangre de Granada (ADSAG) aparece en 1994 más cercana a los ciudadanos interesados en esta forma de colaboración y goza de más prestigio entre ellos que la antigua Hermandad. Al dedicar su actividad a la participación directa en la promoción de la donación, sin responsabilidad sobre la gestión ni la planificación de la misma, creemos que ha atraído a personas de perfil verdaderamente altruista.

Esto parece reflejarse en los resultados de la encuesta de 1994. Las mismas preguntas que se formularon en 1987 sobre la Hermandad de Donantes dan en 1994 un resultado muy distinto en cuanto al conocimiento sobre esta nueva asociación y sus actividades, y en cuanto al grado de participación de los donantes en las mismas.

Pero ni una ni otra logran sobrepasar un cierto umbral en cuanto a su capacidad de "motivar" a los donantes o en hacer que los donantes se sientan sus "miembros". Podría decirse que los cambios que ha supuesto la ADSAG para los donantes con respecto a la antigua Hermandad de Donantes, son *externos*, pero que, intrínsecamente, son pocos los que se consideran vinculados a ella, a pesar de los esfuerzos cuantiosos que el propio CRTS ha realizado en este sentido durante los seis años transcurridos desde su creación.

La capacidad de estas organizaciones para servir de estímulo a los donantes parece tener un límite, que coincide en cuantía, precisamente, con la que tienen los factores relacionados con la influencia de amigos o compañeros donantes.

Sin embargo, la utilidad de estos grupos de colaboradores es indudable. Tiene que ver, sobre todo, con su capacidad de presionar y de influir a los otros desde la proximidad que proporciona la amistad entre quienes los forman. También con la transmisión de la información y con la modelización. Esto se ha puesto de manifiesto al comprobar que los métodos personales de reclutamiento de donantes, empleando a los amigos, son más eficaces que cualesquiera otros (medios de comunicación, cartas personales, llamadas por teléfono o todos ellos juntos): cuando las personas que hacían la petición eran amigos, 31% donaron; si eran extraños, sólo lo hicieron 14%. Para explicar este resultado se apunta que los amigos ven las cosas del mismo modo, lo que hace que surjan sentimientos de obligación y de culpa que favorecen la conducta solicitada (Jason *et al.*, 1984). Y, por otro lado, también parece cierto que los donantes tienen tendencia a buscar amigos entre aquellos que ya lo son (Piliavin y Libby, 1985).

Información sobre la frecuencia más adecuada de las donaciones

La mayoría de donantes y no donantes, sin diferencias entre ellos, conocían en 1987 que la frecuencia más adecuada para donar sangre es de 3 a 4 veces al año (que era la correcta) y este porcentaje aumentó en 1994 hasta un 62%. En el conjunto de nuestro país es sólo de un 20% (INRA, 1995). El alto índice de donación de Granada, y la información que se proporciona, puede explicar que se conozcan mejor estos datos.

La ausencia de diferencias entre donantes y no donantes en cuanto a este conocimiento es un hallazgo poco frecuente en otros trabajos: lo común es que los donantes conozcan mucho mejor la frecuencia correcta y tanto más cuanto más veteranos son como tales (Condie y Maxwell, 1970b).

4.1.4. Motivaciones

4.1.4.1. Motivaciones de los donantes

En nuestro trabajo, las motivaciones para donar argumentadas por los donantes se obtenían de una pregunta abierta sobre las razones que les impulsaron a donar la primera vez.

En la mayoría de los trabajos se proporcionan al donante los listados de posibles motivaciones y éste sólo tiene que elegir aquella o aquellas que considera más importantes. Esto, en nuestra opinión, puede dirigir al donante, limitando la libertad de sus respuestas,

porque los nombres que estas motivaciones reciben son los que ha elegido el investigador. Debemos admitir, no obstante, que nuestra opción tampoco resuelve el problema, pues si las respuestas individuales que obtuvimos son singulares y a menudo muy ricas en significados, la necesidad de operar con sólo unas cuantas nos obligó a agruparlas bajo denominaciones genéricas, lo que, a su vez, incurre en el mismo sesgo, aunque se procurase mantener en lo posible los mismos términos empleados por los donantes.

Si la motivación para donar citada con más frecuencia por los donantes en toda la literatura es la que suele ser denominada "humanitaria o altruista" (Tyano, Munitz y Wijzenbeek, 1975; Oswalt, 1977; Lightman, 1982; Ong y Ong, 1984; Piliavin, 1990), también lo es en nuestra investigación, aunque nosotros la hemos llamado "*ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo*", recogiendo los términos empleados por los propios donantes, y a la dimensión relacionada con ésta le llamamos "*Solidaridad/sentido del deber*".

Hay autores que han criticado la utilidad de lo que, para ellos, son sólo manifestaciones explícitas o motivadores confesados por los donantes, preguntándose hasta qué punto el "altruismo/ humanitarismo" no es sino una racionalización, más que una expresión de verdadero altruismo (Oswalt, 1977).

La experiencia de una transfusión, bien personal o en el entorno familiar, constituye en nuestro estudio la motivación para donar citada en segundo lugar. La hemos asociado a otras motivaciones que reportan algún beneficio al propio donante o a su familia: donar porque pueden necesitarla en el futuro, porque es bueno para su salud, etc., constituyendo un grupo o dimensión al que hemos llamado "*Beneficios personales o familiares*". La motivación de tener un familiar que precisó una transfusión aparece citada en muchos trabajos (Osborne, Bradley y Lloyd-Griffiths, 1978; Hoffman R.C. 1991). En España, en 1994, un 8% de todos los entrevistados dijeron que la gente donaba porque alguien próximo a ellos había sido transfundido, y un 52% que cuando alguien cercano a ellos lo necesitaba (INRA, 1995). Algunos autores han querido ver en esta motivación un sentimiento de culpa latente hacia el miembro de la familia transfundido (Mai y Beal, 1967).

Otro grupo de motivaciones hace referencia a la "*respuesta a una necesidad*" (porque hace falta, porque hay gente que la necesita, para los accidentes..). Leibrecht *et al.* las encontraron ocupando el primer lugar, citados por un 23.5% de los donantes, mientras que el "altruismo/humanitarismo" ocupaba en su estudio un segundo lugar con un 14%, y Staalleker, Stammeijer y Dudok de Wit (1980) los encontraron en tercer lugar. En la

revisión de Oswalt (1977), se mencionaban varios trabajos que señalaban la conciencia de la necesidad como factor de motivación fundamental.

La llamada a esta conciencia de necesidad ha sido y es prolijamente utilizada por los servicios de donación de sangre. Su uso fue suficiente, por ejemplo, para convencer a los donantes retribuidos de un banco de sangre de que se pasasen a un sistema completamente altruista (Surgenor y Cerveny, 1978) y un reciente trabajo de Gimble *et al.* (1994), ha mostrado que las donaciones aumentan cuando son solicitadas para un receptor específico, para un accidente o para una catástrofe natural, lo que, desde luego, es bien conocido por todos los profesionales de los servicios de donación.

El efecto de la publicidad realizada por los servicios de donación y la influencia de amigos o familiares, los hemos incluido en un grupo de motivadores relacionados con la información y las presiones que el donante recibe, y que ocupa un lugar relevante en el conjunto.

¿Cómo cambian estas motivaciones con el tiempo? Cuando, tras siete años, se volvió a preguntar a los donantes por su recuerdo de la motivación que les condujo a donar por primera vez, sus respuestas coincidieron mayoritariamente con las de 1987, lo que tiene varios significados: de un lado es una prueba de la fiabilidad o reproductibilidad de esta pregunta, asegurándonos que ha sido bien entendida; de otro, manifiesta que la primera motivación debe tener un valor considerable para el donante, lo que hace que no la olvide.

Pero lo más importante es que en la inmensa mayoría de los donantes (65%) las motivaciones para seguir donando, tras los 7 años de seguimiento, eran las mismas que las que tuvieron para hacerlo la primera vez, y en los que aseguraron que éstas habían cambiado, este cambio se produjo, en primer lugar, hacia las motivaciones que expresan solidaridad y sentido del deber y, en segundo lugar, a aquellas que expresan sentido de la necesidad. Por contra, es casi insignificante el porcentaje de quienes cambiaron a motivos relacionados con algún beneficio personal o familiar. Ninguno citó, entre sus nuevos motivos, las presiones del entorno o la influencia de publicidad/información del Centro.

Cabe deducir, en consecuencia, que, con el tiempo, la mayoría de los donantes tiende a identificarse con las motivaciones más genuinamente altruistas y generosas, pasando a un plano secundario o desapareciendo las de contenido más utilitario o egoísta. Esto está recogido en la teoría de la atribución: con el tiempo, las presiones externas son menos importantes o desaparecen y entonces el sujeto atribuye las fuentes de su motivación a

factores internos, identificándose con el rol de donante regular. Hallazgos semejantes han sido encontrados por Lighthman (1981).

4.1.4.2. Motivaciones o "razones" que utilizarían los donantes para convencer a los no donantes

No conocemos ningún trabajo en el que se hayan explorado las motivaciones de los donantes a través de esta aproximación indirecta: saber cuáles de sus motivaciones les parecen más convincentes para los demás, para los no donantes. Los resultados que hemos encontrado nos parecen muy sugerentes.

Lo más llamativo es que, manteniéndose en primer lugar los valores relativos a la solidaridad y al sentido del deber, tal como sucedía en las motivaciones iniciales que ellos tuvieron para donar, los donantes sitúan en segundo lugar las razones relacionadas con *la necesidad* (que ocupaba el 4º lugar entre las motivaciones para donar la primera vez) y que aparezca después otro grupo de razones de carácter pragmático ("*factores facilitadores*"), que apenas contaba entre sus propias motivaciones.

Parece que, tras respetar un primer lugar invariable para los valores más altruistas y humanitarios, la escala de éstos varía cuando se trata de convencer a los otros. Entonces, encuentran que puede ser más eficaz el empleo de aquellos que hablan de la "utilidad" y de la necesidad de donar, e insisten en negar aquellos factores que más gente suele considerar como obstáculos irracionales para hacerlo, es decir, resaltan la imposibilidad de que se produzcan contagios, la ausencia de comercio, el que no afecte a la salud y que sea un acto fácil.

Da la impresión de que los donantes conocen muy bien, por su propia experiencia, cuáles son las dificultades iniciales a vencer y qué provecho puede obtener el donante del hecho de donar: que él mismo o su familia pueden necesitarla alguna vez, que es inocuo para la salud (motivo que nadie citaba como propio), que es bueno para quien dona, o que es un acto que lleva poco tiempo.

En el ya citado informe elaborado en 1990 por una empresa de publicidad para el National Blood Transfusion Service del Reino Unido, se dice algo que concuerda con este enfoque de nuestros donantes:

"La presentación de la necesidad (de donar) en términos de relevancia general, es un factor clave para estimular la donación. Puesto que el acto de donar sangre implica siempre algunos inconvenientes y molestias, todo donante potencial encuentra razones aceptables

para no donar sangre. Que estas razones o excusas sean salvadas o no, depende por completo de la percepción de la necesidad. Esta necesidad debe ser permanentemente mantenida mediante recordatorios, con el fin de estimular la donación repetida".

Y este informe dice también, concordando con las respuestas de nuestros donantes que, además de convencer de la necesidad, hay que convencer de que la experiencia es aceptable y de que está libre de riesgos (Research International, 1990).

En la evolución que sufren estas razones desde la encuesta de 1987 a la de 1994, aumentan mucho las de contenido más utilitario, evidenciando que, con el paso de los años, los donantes parecen más firmes en la idea de que a los no donantes hay que convencerlos a través de argumentos prácticos, que resalten los beneficios que les reportaría el hecho de donar.

4.1.4.3. Motivaciones para los no donantes

Cuando se preguntó a los no donantes por las razones que les llevarían a hacerse donantes, aparece una —la más citada como respuesta individualizada— que está relacionada con la conductas altruistas y que es común con los donantes: *para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo*. El contraste entre la primacía que dan a esta actitud y la falta de traducción de la misma en conducta, es algo que habría que explorar. Quizás los no donantes que señalan este tipo de razones sean más susceptibles de ser convertidos en donantes; quizás los desmotivadores juegan un peso tan fuerte que impida que las intenciones lleguen a traducirse en conducta. Identificar un grupo de no donantes y seguirlos en el tiempo sería una investigación útil para el futuro.

Valorando el conjunto de sus actitudes, los no donantes tienen un sentido más pragmático de la donación (más egoísta también) y parece que lo que más *les llega* de la misma es su carácter de acto necesario, de bien imprescindible para salvar la vida en determinadas ocasiones, con lo que, precisamente, vienen a confirmar lo que los donantes intuyen sobre ellos y la mejor manera de motivarlos.

4.1.5. Factores desmotivadores

4.1.5.1. Factores desmotivadores en donantes

En la literatura de lengua inglesa se encuentra con frecuencia el término "inconveniencia" para expresar un conjunto de incomodidades más o menos objetiva, que nosotros hemos preferido llamar "*falta de accesibilidad*"; están relacionadas con el momento en que se realizan las colectas o con los horarios de extracción del Centro, la distancia hasta los puntos de donación desde el domicilio de los donantes y la frecuencia

con que las unidades móviles (vehículos equipados y personal necesario) se desplazan a los pueblos o a los puntos alejados de las ciudades (Oborne, Bradley y Lloyd-Griffiths, 1978).

En algunos trabajos, los donantes menos activos encuentran más inconvenientes y son más críticos con la organización de las colectas (Research International, 1990), mientras que en otros es a los donantes más regulares a quienes más molesta hacer colas y los tiempos de espera largos (Paulhaus, Shaffer y Downing, 1977).

En nuestra encuesta no se preguntó a los donantes de manera concreta por los factores que consideraban desmotivadores, pero cuando se les dio la oportunidad de expresar libremente cualquier sugerencia, alguna de sus respuestas tienen ese carácter. Así, las tres cuartas partes de ellos mejorarían alguna de las condiciones de accesibilidad o de comodidad de la donación —como el acercamiento de las unidades móviles a su domicilio—, y, sobre todo, mejorarían la calidad o cantidad de la colación que se da tras la donación.

No es sorprendente que el 10.2 % señalen como insatisfactorio que el Centro no se desplace hasta su localidad con suficiente frecuencia, porque un 70% de la muestra de donantes estudiada vivía en pueblos, y suponemos —aunque no lo hemos investigado— que sean éstos los que más expresan este descontento.

En general, los donantes prefieren donar cerca de su domicilio o trabajo (Staalcker, Stammeijer y Dudok de Wit, 1980), e incluso ha llegado a cuantificarse en 30 minutos el tiempo máximo que un donante está dispuesto a emplear en desplazarse hasta el lugar de donación (Ford y Wallace, 1975). En un trabajo realizado por Lightman, los donantes señalaron como factor desmotivador más importante la incomodidad para acudir al centro de donación (Lightman, 1982).

No es fácil de interpretar, sin embargo, que casi un 60% de todos los donantes afirmen que el refrigerio debería ser más abundante y/o mejor. En general, se tiene la tendencia a pensar que los donantes no están pendientes de este aspecto al que los profesionales consideramos circunstancial y poco relevante. La realidad no parece ser ésta y, dado que en el CRTS de Granada el refrigerio no ha cambiado desde 1987, esta insatisfacción podría permanecer intacta hasta ahora. Sin duda, constituye una de las necesidades de índole práctica que emergen de este trabajo.

4.1.5.2. Factores desmotivadores en no donantes

En cuanto a los no donantes, la falta de información, los diferentes miedos, la apatía, las desconfianzas y la falta de accesibilidad a los lugares de donación, son los grupos de factores a los que ellos atribuyen el hecho de que no se done.

La apatía ha sido citada reiteradas veces como una de las razones de la inacción de los no donantes; otras veces, aunque no sean sinónimos, se cita la pereza. Nosotros hemos mantenido ambas respuestas como distintas.

En uno de los primeros trabajos de Oswalt y Hoff (1974), la apatía fue referida por un 16% de los no donantes encuestados; después lo ha sido por Leibrecht *et al.* en un 3.3% (1976), y en un 10% por MacAskill *et al.* (1989). Según el enfoque de marketing, se considera que vencer la apatía es una parte del precio que debe pagarse por donar (Knight, 1983).

A lo ya dicho sobre la importancia de la falta de información en la donación de sangre, que aparece como factor desmotivador en casi todas las encuestas realizadas entre no donantes, añadamos que se sabe que esta información disminuye el stress durante la extracción (Mills y Krantz, 1979), y que una forma apropiada de captar a las personas que consideran el acto de donar como una experiencia arriesgada, es proporcionarles información para eliminar el miedo a lo desconocido, corrigiendo así las percepciones exageradas del riesgo de donar (Farnill y Ball, 1982). También se ha dicho que la información es el más importante detonador de la culpa latente en el donante, es decir, suponiendo que en la mayoría de los individuos existe un cierto grado de culpa por el hecho de no donar, o de no hacerlo con mayor frecuencia, el papel de la información sería el de hacerla consciente (Knight, 1983).

Los efectos de la información son conocidos en Psicología Social: se ha demostrado que una comunicación persuasiva puede modificar las creencias primarias de los sujetos acerca del comportamiento en cuestión, aumentando la fuerza de las creencias positivas y disminuyendo la fuerza de las creencias negativas; también puede influenciar las actitudes de los sujetos, en relación al comportamiento, haciendo que valoren más positivamente su desempeño, y puede afectar las intenciones de los sujetos, en el sentido de que consideren más probable el desempeño del comportamiento de que se trate (Moreira Lima y Magalhaes d'Amorim, 1985).

Los asesores de marketing aconsejan que se debe informar con toda claridad acerca de la ausencia de riesgos, pero también de qué hay que hacer para donar: cómo empezar, qué compromiso se adquiere cuando se empieza y qué hay que hacer para seguir donando tras la primera vez (Research International, 1990).

4.2. Variación de las actitudes de los donantes en el tiempo

Con el paso de los años se producen cambios considerables en las actitudes de los donantes. En 5 de los 7 factores identificados, estos cambios son evidentes:

- Disminuyeron los temores de salud
- Aumentó la sensación de confortabilidad en el acto de la donación.
- Descendió la demanda de recompensas al banco/centro de donación.
- Descendió la demanda de recompensas sociales.
- Creció el valor del factor relacionado con las actitudes de deber y solidaridad.

Todo ello pone de manifiesto que se ha producido una evolución hacia un donante más confiado, que se siente más cómodo durante la donación, que tiene una mejor opinión de las instituciones responsables, siente menos necesidad de recompensas y se identifica más con las actitudes generosas y altruistas.

Otros estudios han demostrado también, como ya hemos comentado con anterioridad, que a medida que el donante realiza más donaciones disminuye su percepción de las molestias —sobre todo del dolor— y tiene menos ansiedad (Condie y Maxwell, 1970b; Leibrecht *et al.*, 1976; Callero y Piliavin, 1983). Se ha dicho incluso que, con el tiempo, el donante llega a desarrollar un hábito (Callero y Piliavin, 1983) que algunos han llegado a calificar de *adicción* (Szymanski *et al.*, 1978; Zillmer *et al.*, 1989). Abundando en esto, Piliavin, Callero y Evans (1982) señalan que, cuanto más se dona, menores son los sentimientos negativos anteriores a la donación y mayores los positivos tras la misma y, en su opinión, la "adicción" iría ligada al bienestar que proporcionan al sujeto esos sentimientos posteriores a la donación.

Esta evolución general hacia conductas más altruistas confirma la teoría de Schwartz de que los individuos incorporan el rol con el paso del tiempo, actuando cada vez con mayor conciencia personal y necesitando menos motivadores externos: la fusión del rol con la persona, parece el resultado de esta evolución (Callero, Howard y Piliavin, 1987).

También Sarason *et al.* (1993), en un experimento destinado a aumentar las donaciones de médula ósea, señalaron que para el donante de primera vez son importantes las influencias y presiones sociales, mientras que para el veterano lo son más los mecanismos interiorizados. También destacaron que la autopercepción como donante aumenta a medida que lo hace la propia conducta, y que se produce un cambio en la

actitud de los sujetos cuando son reconocidos como un grupo especial que contribuye al bien de la comunidad.

Para interpretar todos estos hallazgos, deberá tenerse en cuenta el posible sesgo introducido por la no respuesta a la encuesta de 1994 (véase, a este efecto, el apdo. 4.4. "Análisis de la no respuesta"). Debemos recordar que los donantes que respondieron tenían un nivel de estudios inferior que el conjunto de los mismos en 1987, que eran de mayor edad, en una mayor proporción del sexo femenino, y con residencia —también en una proporción mayor—, fuera de Granada capital. En consecuencia, se puede afirmar que el grupo de 71 donantes a los que no se estudió en el período de seguimiento era, mayoritariamente, el de los estudiantes universitarios jóvenes, residentes en Granada capital.

Con muchas probabilidades, estos donantes, en los 7 años transcurridos entre una encuesta y otra, debieron haber finalizado sus estudios y cambiado de domicilio, razón por la que no fue posible volver a localizarlos en 1994.

4.3. Variables predictoras del comportamiento como donante

Para explicar o predecir el número de donaciones que los donantes habían realizado *antes de la primera encuesta*, las variables más importantes en nuestra investigación resultaron ser:

1°. *El año de la primera donación*, en el sentido de que cuanto más antiguo es éste, mayor es el número de donaciones realizadas (la edad, que también está asociada, queda incluida dentro del efecto de esta variable).

2°. *Los miedos a que la donación afecte a la salud*, que se asocian negativamente, es decir, cuanto mayores son estos miedos, menos se dona.

3°. Atribuir a la falta de información, o de amigos y familiares donantes, el hecho de que se done menos (lo que hemos llamado factor "*Información y modelos*"), también asociado negativamente, pero de un modo más débil. Es decir, cuanto más se cree que la falta de información es la causa de que la gente no done, o cuanto más se atribuya la propia escasez de donaciones a la falta de amigos o familiares donantes, menos se dona.

En esta asociación con el número de donaciones previas no podemos conocer la direccionalidad de la relación causa-efecto: ¿fue el papel que jugaron estas variables lo que condujo a la conducta de la donación o fueron las relaciones observadas una consecuencia de donar sangre?

Por el contrario, sí conocemos esta dirección cuando se estudia el número de donaciones *futuras* (durante el período de seguimiento). Se ve entonces que las variables que mejor las predicen son:

1°. El número de donaciones realizadas en el período anterior, con un efecto positivo fuerte.

2°. Los miedos a que la donación afecte a la salud (factor *temores de salud*), con un efecto negativo.

3°. El hecho de atribuir a la donación *valores de deber y solidaridad*, con un efecto positivo.

4°. El hecho de haber cambiado las motivaciones iniciales, fueran cuáles fuesen, por las de carácter más racional y práctico (las que hemos llamado *factores facilitadores*), con un efecto negativo.

No es nuestro trabajo el primero que señala que el mejor predictor de la donación futura es el número previo de donaciones (Sherer, 1975). Sí lo es en cuanto a demostrarlo en un seguimiento largo. Y también ha sido ya apuntado —aunque tampoco probado a través de varios años, como en nuestro estudio— que las variables sociodemográficas (nivel cultural, estado civil, situación de empleo y ocupación) no se asocian con el comportamiento como donantes, ni influyen, por tanto, en la continuidad de la donación.

También ha sido probado en otros trabajos que aquellos donantes para los que el *"sentido del deber"* fue más intenso al comienzo tuvieron más probabilidades de continuar como donantes (Lightman, 1981).

Al menos en un estudio se ha señalado la asociación negativa entre los *miedos a la adquisición de enfermedades* y el número de donaciones (Edwards y Zeichner, 1985). Nuestros resultados también los muestran como un factor que se asocia de manera negativa tanto a las donaciones pasadas como a las futuras, indicando que su acción es consistente y permanente. Esta asociación parece lógica; de hecho, los no donantes tienen estos miedos en un mayor grado y es comprensible que done menos quien tenga más temor a unos perjuicios que algunos relacionan con enfermedades tan graves como el SIDA.

El hecho de haber cambiado la primera motivación por alguna de las que hemos llamado *"factores facilitadores"*, se asocia negativamente con las donaciones futuras. Recuérdese que estas motivaciones facilitadoras eran que *"donar no duele"*, *"no hay peligro de contagio donando"*, *"no se comercia con la sangre"*, etc., todas ellas con un carácter negativo, referido más a lo que no es la donación que a su valores positivos, por

lo que parece poder interpretarse que quienes las eligen como sus motivaciones no son las personas más íntimamente convencidas, sino individuos que necesitan apoyos muy racionales para superar sus miedos y sus desconfianzas, de manera que resulta lógico que donen escasamente.

Dado que la varianza que explica este modelo es de un 40% para el caso de las donaciones pasadas y de un 30% para el de las futuras, está claro que deben existir otros factores que no conocemos y que intervienen en explicar el resto.

Esto es lógico si se piensa que otros autores, utilizando variables que nosotros no hemos explorado, han demostrado que existen otros factores que también predicen en parte el número de donaciones futuras, como por ejemplo, la potencia de la identificación del sujeto con el rol de donante, la autodefinición como donante y el desarrollo de relaciones sociales a través de esta identidad con el rol de donante (Callero, 1985).

En un trabajo realizado por Piliavin, que cita en su revisión de la literatura publicada en 1990, se probó que los factores que resultaron significativos, directa o indirectamente, para predecir la trayectoria previa como donantes, fueron el sexo (que nosotros no hemos encontrado relacionado), el hecho de recordar a alguien de su familia con necesidad de sangre en el pasado, tener motivaciones intrínsecas para donar (que en nuestro estudio también encontramos relacionadas, pero en su asociación futura con los donantes de alto grado) y el hecho de experimentar sentimientos de obligación moral durante la primera donación, lo que puede considerarse equivalente a nuestro hallazgo de correlación con la conducta futura del factor "*deber y solidaridad*". Además, se encontraron asociados no haber sufrido mareo en la primera donación, referir poco dolor y ansiedad durante el proceso, considerar amable al personal que lo atendió, sentirse bien después de la donación y expresar la intención de volver. Todas estas son variables que nosotros no hemos medido. Tras la segunda donación, el modelo predictivo mejoró mucho, en opinión de los autores: encuestados de nuevo en ese punto, los dos mejores predictores de la conducta posterior resultaron ser una medida de autocompromiso para la donación de sangre y el número de donaciones que habían realizado hasta esa segunda entrevista, resultado éste que coincide con el nuestro. También encontraron asociados el número de amigos relacionados con la donación de sangre, que el personal del centro les conociese personalmente, tener sentimientos de deber moral (que también aparece en nuestro trabajo) y el individualismo o free-ridership (Piliavin, 1990).

Pero tampoco estos trabajos explican un porcentaje alto de la varianza, por lo que cabe pensar que el modelo que prediga o explique la totalidad del comportamiento de los

donantes como tales debe ser muy complejo. Con toda seguridad, incluirá todas las variables que, tanto en nuestro trabajo como en los otros comentados, han resultado significativas y, muy probablemente, otras más que nos son desconocidas.

Sin embargo, este porcentaje de variabilidad explicado por el conjunto de variables analizadas, con ser bajo, no resulta sorprendente, ya que en la literatura sobre actitudes y conductas sociosanitarias los modelos predictivos arrojan valores semejantes.

4.3.1. Variables asociadas al hecho de ser un "donante de alto grado"

Cuando lo que queremos explicar es por qué un individuo es o no un donante de los que han hecho tres o más de tres donaciones (los que llamamos donantes *de alto grado*), encontramos que la antigüedad en el año de la primera donación sigue siendo un factor positivo para explicarlo, y el número de donaciones realizadas anteriormente un factor positivo para explicar el comportamiento futuro como tal donante de alto grado.

Es obvio que estas dos variables están relacionadas, puesto que cuanto más antiguo es el año de la primera donación, mayor puede ser el número de donaciones realizadas; de hecho, cuando no se introduce en el análisis el año de la primera donación, tener una edad superior a los 40 años aparece como una variable significativa y positiva, lo que apunta también en el mismo sentido. En suma: cuanto mayor es la edad, más tiempo puede haber transcurrido desde la primera donación.

Cuando no se tiene en cuenta en el modelo multivariado el año de la primera donación, el hecho de que las motivaciones para donar la primera vez fuesen de las que llamamos "intrínsecas", se asocia de forma positiva con el hecho de ser un donante de alto grado. Lightman, que, como se dijo, también agrupó los factores en "internos" y "externos", también encontró que los que donaron movidos por los primeros continuaron más como donantes activos, pero sin distinguir entre los donantes por su número de donaciones tal como hemos hecho nosotros (Lightman, 1981).

Tener miedo a que la salud corra algún peligro por el hecho de donar (factor "*temores de salud*"), se asocia también negativamente en ambas direcciones (hacia el pasado y hacia el futuro), aunque con menos fuerza en la dirección de futuro. Ya hemos comentado cómo puede explicarse su acción, por lo que no insistiremos.

Las mujeres tienen una mayor probabilidad de ser un donante de alto grado en el futuro, y no tenemos para esto explicación alguna, aunque hay abundante literatura que demuestra que las mujeres son más empáticas y solidarias que los hombres (Myers, 1991).

Por el contrario, sí es coherente que quienes encuentran confortables e higiénicas las condiciones en que donan, repitan como donantes con mayor probabilidad, así como aquellos que más se identifican con los valores de deber y solidaridad.

4.4. Análisis de la no respuesta

La pérdida de los 71 donantes en el período de seguimiento puede haber introducido sesgos, que conviene analizar y discutir, en la asociación entre las variables de la escala y la conducta. Esas variables son, por un lado, las sociodemográficas, y, por otro, las actitudes medidas por los factores y por las preguntas libres.

Analizando cómo son los donantes que no respondieron a la encuesta de 1994 y cómo puede influir su pérdida en los resultados del seguimiento, conviene resaltar que en la mayor parte de los ítems sobre actitudes no había diferencias entre unos y otros.

Las diferencias se encuentran en las respuestas sobre confort, en el sentido de que los no respondientes estaban más de acuerdo en que las condiciones en que se efectúan las donaciones son buenas, lo que puede ser debido a que la mayoría de ellos residían en la capital, por lo que probablemente donaban en las instalaciones centrales del propio CRTS en donde, efectivamente, estas condiciones son mejores que en las colectas de las unidades móviles que se desplazan a los pueblos; podría ser también que su mayor nivel cultural les hiciera disminuir sus recelos.

Esta última explicación parece válida también para el mayor desacuerdo que mostraban los no respondientes con que sólo puedan donar las personas que estén muy fuertes.

Los respondientes, sin embargo, estaban más de acuerdo con las motivaciones que hacen referencia a *"salvar una vida"* y *"ser útil a la sociedad"*, rasgos asociados al altruismo.

Los no respondientes manifestaron un mayor miedo al pinchazo, lo que puede explicar su menor número de donaciones que los respondientes. También eran menos exigentes con

el sistema y con la sociedad, lo que podría ser interpretado como un rasgo de mayor altruismo, pero nos inclinamos más por pensar que sea una consecuencia de su mayor nivel cultural y del hecho de que, como estudiantes que eran en su mayoría, no necesitaban tanto de esas recompensas, muy ligadas a esas pequeñas ventajas sanitarias del tipo de la de entrar libremente a los hospitales que, en nuestra opinión, resultan más interesantes para las personas de mayor edad y no residentes en la ciudad, por la dificultad que les suponen los desplazamientos.

Dado que no existen diferencias entre respondientes y no respondientes en cuanto a las preguntas libres del cuestionario, no cabe atribuir ningún sesgo a la no respuesta en las posibles asociaciones con la conducta de las variables que éstas midan.

Por el contrario, debemos analizar con cuidado las asociaciones con la conducta y las siguientes variables, en las que, efectivamente, había diferencias entre unos y otros:

- Sexo, edad, nivel de estudios, residencia y situación laboral.
- Factores 2 ("*Confortabilidad*"), 6 ("*Demanda de recompensas sociales*") y 7 ("*Información y modelos*").

Pero, como se ha visto en los análisis previos, ninguna de las anteriores variables está asociada al número de donaciones realizadas en el período 1987-1993. En consecuencia, puede asegurarse que la no respuesta no ha influido en el modelo que explica esta conducta durante el período de seguimiento.

Sin embargo, cuando se analiza el modelo que explique el hecho de llegar a ser un donante "de alto grado", la no respuesta sí puede tener efecto, porque las variables con significación predictiva (además del número previo de donaciones, para el que no había diferencias entre respondientes y no respondientes) eran:

- El sexo, en el sentido de que las mujeres tienen una mayor probabilidad de llegar a ser donantes "de alto grado".
- El factor 2 ("*Confortabilidad*"), en el sentido de que quienes puntúan más alto en el mismo (es decir, quienes encuentran más confortables las condiciones en que se realizan las donaciones) también tienen una mayor probabilidad de ser uno de estos donantes.

Por tanto, dado que entre los respondientes hay una mayor proporción de mujeres, pudiera ser que la asociación encontrada con el sexo esté influida por este sesgo y en realidad sea más pequeña o incluso nula. Y lo contrario sucede con el factor 2 ("*Confortabilidad*"): dado que los no respondientes puntuaban más alto en el mismo, puede

inferirse que, probablemente, su asociación con el hecho de llegar a ser un donante de "alto grado" sea más fuerte de la hallada.

4.5. Utilidad de los hallazgos en la promoción de la donación de sangre

Del conjunto de conocimientos que se desprenden de nuestra investigación y de otras, se pueden obtener algunas consecuencias prácticas para aplicar a nuestro trabajo diario:

a) Una recomendación destaca con fuerza de este estudio: que es necesario y conveniente *informar* más y mejor tanto a los donantes como a los no donantes sobre la donación de sangre, sus problemas, su utilidad y sus riesgos.

Parece probado que los temores a los contagios, a peligros para la salud inespecíficos e infundados, aunque con más fuerza en los primeros, están presentes tanto en no donantes como en donantes. Los miedos resultan ser un factor desmotivador de efecto permanente y, por tanto, la información veraz que los contrarreste debe también ser constante.

Del mismo modo, ya que el miedo a que pueda comerciarse con la sangre está todavía presente, lo más adecuado es afrontar su existencia y dar cumplida información a la población de qué se hace con la sangre y con los productos sanguíneos, de forma que no se deje espacio a una fantasía tan perjudicial como ésta.

b) Debemos admitir que una proporción importante de donantes y no donantes reclaman un mayor *reconocimiento social*, aunque nuestra investigación no ha estudiado en qué pudiera consistir éste. Puesto que no todos los donantes sienten esta necesidad, ni puede irse muy lejos por ese camino sin conculcar la esencia altruista de la donación, conviene encontrar fórmulas que la satisfagan sin incurrir en otros inconvenientes. Uno de ellos es, por ejemplo, conseguir el reconocimiento por parte del entorno inmediato del donante, utilizando para ello la entrega de diplomas o insignias, lo que constituye una práctica muy empleada por los servicios de donación de todo el mundo.

c) La *colación* que el CRTS de Granada ofrece a los donantes desde su fundación, no parece satisfacer a una parte importante de los mismos. Aunque el dato procede de 1987, considerando que los cambios introducidos han sido escasos, cabe suponer que esta insatisfacción persista aún. No obstante, debería valorarse de nuevo y de manera específica.

d) *Acercar tanto como se pueda los puntos de colecta al domicilio de los donantes, adaptar sus horarios al tiempo libre de la mayoría de ellos y aumentar el confort*, son otras necesidades que emergen de nuestros resultados. En particular, proporcionar una sensación

de comodidad parece fundamental durante las primeras donaciones, porque esta sensación predice la continuidad como donante. Así pues, los servicios de donación deberían esforzarse en conseguir que fuese lo más alta posible.

e) Aunque no se puede lograr fácilmente que los sujetos cambien sus *actitudes*, sin embargo, puesto que muchas de ellas se basan en percepciones erróneas, se puede influir sobre éstas mediante la *información*, la cual debe transmitir la idea de la donación como un deber social y como un rasgo de solidaridad. La incorporación de estas creencias se traducirá en una mayor constancia de los individuos como donantes.

f) En los donantes de primera vez, y quizás hasta la 3ª o 4ª donación, *debe potenciarse su autopercepción como donantes*, lo que puede conseguirse proporcionando señas de identidad (carnets, insignias), y consiguiendo el apoyo del entorno social del donante —en el que pueden jugar un importante papel los grupos de colaboradores.

g) Debemos resaltar uno de los más importantes hallazgos de este trabajo: que *el mejor donante futuro es el mejor donante del pasado*, pues eso precisamente quiere decir que la variable que mejor predice el número de donaciones futuras es el número de donaciones pasadas.

¿Qué importancia tiene este resultado que a primera vista puede parecer tautológico? La respuesta fue hace muchos años dada por Miller y Weikel (1974): *"Lo más eficaz para conseguir las donaciones necesarias no es buscar donantes nuevos sino retener a los donantes que ya conocemos. Dicho de otro modo, desde los servicios de donación se deben realizar los mayores esfuerzos en mantener satisfechos a los donantes asiduos, porque son la fuente más segura de las donaciones que se precisen en el porvenir"*.

h) Por último, con respecto a los *no donantes*, seguramente hay entre ellos un porcentaje elevado que nunca donará: personas enfermas —o que se creen enfermas—, y aquéllas cuyos miedos, prejuicios o desconfianzas, tengan una consistencia tal que las haga inmodificables. Pero otro porcentaje puede ser permeable a los mensajes que solicitan la donación. De hecho, la mayoría de los no donantes han pensado en donar alguna vez y niegan que la donación no les preocupe. A éstos, parece conveniente hablarles en el lenguaje que los mismos donantes aconsejan, y que, precisamente, coincide con las recomendaciones de importantes agencias publicitarias:

- Debemos transmitirles la idea de la *necesidad* de la sangre, de la utilidad de su gesto, de los posibles beneficios que podrían derivarse para ellos y para su entorno. Conciliar estos mensajes con los de esencia más altruista, destinados a los donantes ya convencidos, puede ser un reto a la creatividad de los servicios de donación.

- *Deben personalizarse las solicitudes*, bien mediante el teléfono o a través de las personas de su entorno inmediato. Los grupos y asociaciones de donantes tienen en ese terreno su mayor utilidad: informar y animar "cara a cara" sobre la donación.

CONCLUSIONES

1. Actitudes y creencias de donantes y no donantes hacia la donación

Parece demostrarse que donantes y no donantes manifiestan actitudes muy diferentes, con muy pocos elementos comunes, confirmando la primera de nuestras hipótesis. Por citar las diferencias más importantes:

Donantes

- Presentan en mayor grado actitudes que asocian la donación a un deber general y a la solidaridad.
- Creen con más frecuencia que las donaciones se realizan en condiciones confortables e higiénicas.
- Son más altruistas en relación con el uso que pueda darse a su sangre.
- Tienen menos desconfianza en relación con las ideas de comercio de la sangre.

No donantes

- Expresan más miedos a los pinchazos, a los posibles peligros para la salud y al debilitamiento que pudieran derivarse de la donación.
- Demandan más recompensas por el hecho de donar, tanto del propio servicio de donación como de la sociedad en general.
- Muestran actitudes menos altruistas en relación con el uso que pudiera darse a la sangre que donan.
- Manifiestan más actitudes de excusa.
- Temen más que los donantes que aún pueda darse el comercio con la sangre.

2. Motivaciones de los donantes para donar la primera vez:

Los cuatro grupos más importantes de motivaciones, por orden decreciente, que recogen el 86% de todas las citadas, son los siguientes:

- Solidaridad y sentido del deber.
- Información y presiones
- Beneficios personales o familiares.
- Sentido de la necesidad concreta

3. Factores desmotivadores para los no donantes

Los no donantes señalan como los más importantes factores que les dificultan la donación, por orden decreciente, los siguientes:

- Falta de información.
- Miedos (a la aguja, a la visión de la sangre, al pinchazo, etc.).
- Apatía y desinterés.
- Temor a que se comercie con la sangre.
- Inconveniencia o falta de accesibilidad (de lugar y/o de tiempo).

Sin embargo, es también destacable que sólo un 27% de los no donantes afirman que no les preocupa la donación de sangre y que nunca han pensado en donar, que la mitad aseguran que nunca les han pedido personalmente que donen, y que sólo un 2% se muestra a favor de que las personas que necesiten una transfusión deban pagarla.

4. Variables que explican la conducta como donantes

Efectivamente, parece haber un conjunto de variables que explican en parte el número de donaciones realizadas por un donante.

- *Con efecto positivo*: el número de donaciones previas o el año de la primera donación (dependiendo de la fase del estudio) y las actitudes que atribuyen valores de deber y de solidaridad a la donación.

- *Con efecto negativo*: temer que la propia salud se vea dañada por la donación, haber sufrido una evolución en las motivaciones iniciales hacia las de carácter más racional y práctico ("no duele", "no hay peligro...", etc.) y atribuir a la falta de información el hecho de no donar con más frecuencia.

5. Evolución en el tiempo de motivaciones y actitudes

Nuestros datos muestran que las motivaciones se mantienen a lo largo del tiempo en las tres cuartas partes de los donantes, sugiriendo que responden a creencias y expectativas muy arraigadas en el individuo.

Quienes cambiaron sus motivaciones, lo hicieron con mayor frecuencia hacia las motivaciones más asociadas a los valores que expresan altruismo y solidaridad.

Las actitudes, evolucionan disminuyendo los temores a las enfermedades y la necesidad de recompensas, y aumentando la sensación de confort ligada a la donación y la actitud de deber social y de solidaridad. Todo ello indica, en nuestra opinión, un progreso hacia la identificación con el rol de donante.

6. Factores asociados al hecho de ser un donante regular o de "alto grado"

Los factores que muestran alguna asociación con este tipo de conducta, son los siguientes:

- *Con efecto positivo*: el año de la primera donación y el número de donaciones previas (dependiendo del momento del estudio), ser mayor de 40 años (con un efecto débil), tener motivaciones de las que hemos denominado "intrínsecas", ser mujer y alcanzar valores altos en las actitudes que manifiestan confort durante la donación.

- *Con efecto negativo*: tener miedo a que la donación suponga riesgos para la salud y atribuir una función importante en la donación a la falta de información o de modelos.

7. Opinión sobre las instituciones

La mayor parte de los donantes valoran la organización de la donación por el CRTS y la atención que éste les presta de manera muy favorable, y casi un 70% piensa que es mejor que la que recibían en los antiguos Bancos de Sangre Hospitalarios.

La Hermandad de Donantes de Sangre de Granada era una asociación prácticamente desconocida por los donantes, la inmensa mayoría (98%) no había estado al tanto de sus actividades y ejercía un papel casi nulo como instrumento asociativo y motivador de los donantes.

La actual Asociación de Donantes, creada por el CRTS, ha mejorado sustancialmente su imagen y presencia entre los donantes, aunque su papel como factor de motivación es escaso.

SUGERENCIAS PARA POSTERIORES INVESTIGACIONES

Las investigaciones que puedan llevarse a cabo en el futuro en este terreno, podrían tener en cuenta estas sugerencias:

1. Deberían realizarse con estudios de seguimiento o experimentales. En nuestro criterio, no tiene sentido repetir nuevos estudios descriptivos, porque, como ya han señalado otros autores (Piliavin, 1990), se vienen repitiendo los mismos hallazgos desde hace años, y lo más probable es que no vayan a aportar nada a lo ya conocido.

2. Sería del máximo interés realizar un estudio de seguimiento a largo plazo de un grupo de no donantes junto con otro de donantes, con el fin de investigar el mejor modelo que explique la conducta de ambos. Si el grupo de no donantes fuese lo bastante amplio, cabría esperar que algunos de ellos se hiciesen donantes durante el seguimiento, permitiendo conocer en qué se diferencian estos individuos que donan de los que no lo hagan.

3. Deberían añadirse a las variables actitudinales que hemos demostrado significativas en nuestro modelo, algunas de las encontradas relevantes por otros autores y que nosotros no hemos explorado, con el fin de aumentar su capacidad de predicción.

4. Para enriquecer los hallazgos, podría ser deseable diseñar para ese estudio una escala del tipo de la propuesta por Cacciopo y Gardner (1993), constituida por dos subescalas, una positiva y otra negativa, no relacionadas entre sí (de acuerdo con estos autores, para desarrollar la conducta resulta imprescindible que el sujeto puntúe bajo en la subescala negativa, independientemente de cómo puntúe en la positiva, porque cada una de ellas está influenciada por diferentes factores).

5. Ya que la información parece ser uno de los más importantes factores en la explicación de la conducta de los donantes, sería interesante averiguar, mediante estudios

experimentales, *cuál pueda ser la mejor información posible* para producir los resultados deseados, aspecto sobre el que se ha investigado muy poco hasta el momento en relación con la donación de sangre.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abelson R. Are attitudes necessary? En: King B, McGuinnies E, eds. *Attitudes, conflict and social change*. New York: Academic Press, 1972: 19-32.
2. Ahlering RF. Recruitment of blood donors: a field test of Fishbein's behavioral intentions model. De Kalb IL: Northern Illinois University. *Disertations Abstracts International* 1978: 4095.
3. Ajzen I, Fishbein M. Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology* 1973; 27: 41-57.
4. ----- . Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin* 1977; 84: 888-918.
5. ----- . *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1980.
6. Aken WG van. *The collection and use of human blood and plasma in the European Community in 1991*. European Commission, 1994.
7. Ala FA. Can the existing age limitations for the donation of blood be extended without changing the requirements for medical control? *Vox Sanguinis* 1986; 51: 63-72.
8. American Association of Blood Banks. Donor incentives. A report of the AABB Board of Directors. *Association Bulletin* 1994; 94-4: 1-5.
9. Avila C, Stetler HC, Sepúlveda Jeal. The epidemiology of HIV transmission among paid plasma donors, México City, México. *AIDS* 1989; 3: 631-633.
10. Bagozzi RP. Attitudes, intentions, and behavior: a test of some key hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1981; 41: 607-627.
11. ----- . A field investigation of casual relations among cognitions, affect, intentions, and behavior. *Journal of Marketing Research* 1982; 19: 562-584.
12. Bartel WP, Steltzner W, Higgins J. Attitudes underlying reluctance to donate blood. *Transfusion* 1975; 15: 275-277.

13. Batson CD, Duncan BD, Ackerman P, Buckley T, Birch K. Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *Journal of Personality and Social Psychology* 1981; 40: 290-302.
14. Batson CD, Darley JM, Coke JS. Altruismo y amabilidad humana: determinantes internos y externos de la conducta de ayuda. En: Bermúdez Moreno, J. *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED, 1985: 127-163.
15. Baumeister R. A self-presentational view of social phenomena. *Psychological Bulletin* 1982; 91: 3-26.
16. Beal RW. A prospective study of south australian blood donors. (Proc. 11th Congress of the International Society of Blood Transfusion). *Bibl Haemat* 1969; 29: 1010-1014.
17. Beaman A, Cole C, Preston M, Klentz B, Steblay N. Fifteen years of foot-in-the-door-research: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1983; 9: 181-196.
18. Bettinghaus EP, Milkovich MB. Donors and nondonors: communication and information. *Transfusion* 1975; 15: 165-169.
19. Bhopal RS, McEwan RT, Madhok R, McCallum A. Perceptions about blood donation, transfusion and the risk of HIV infection: implications for the Blood Transfusion Service. *AIDS Care* 1992; 4: 43-52.
20. Bierhoff HW. Donor and recipient: social development, social interaction, and evolutionary processes. *European Journal of Social Psychology* 1987; 17: 113-130.
21. Boe GP, Timmens JM. A study of blood donor motivation. *Military Medicine* 1966; 131: 447-452.
22. Boe GP. A survey of the attitudes and motivations of college students regarding blood donation. *J Amer Med Technol* 1976; 38: 166-169.
23. Boe GP, Ponder LD. Blood donors and non-donors: a review of the research. *American Journal of Medical Technology* 1981; 47: 248-253.
24. Bowen GR. Cognitive and attributive processes in a real help-giving situation. *Disertations Abstracts International* 1976; 37: 3566-3567-B.
25. Breckler SJ, Wiggins EC. Scales for the measurement of attitudes toward blood donation. *Transfusion* 1989; 29: 401-404.

26. Breckler SJ. Memory for the experience of donating blood. Just how bad was it. *Basic and applied social psychology* 1994; 15: 467-488.
27. Briggs NC, Piliavin JA, Lorentzen D, Becker GA. On willingness to be a bone marrow donor. *Transfusion* 1986; 26: 324-330.
28. Burnett JJ. Psychographic and demographic characteristics of blood donors. *Journal of Consumer Research* 1981; 8: 62-66.
29. -----. Examining the profiles of the donor and nondonor through a multiple discriminant approach. *Transfusion* 1982; 22: 138-142.
30. Cacioppo JT, Gardner WL. What underlines medical donor attitudes and behavior? *Health Psychology* 1993; 12: 269-271.
31. Callero PL, Piliavin JA. Developing a commitment to blood donation: the impact of one's first experience. *Journal of Applied Social Psychology* 1983; 13: 1-16.
32. Callero PL. Role-identity salience. *Social Psychology Quarterly* 1985; 48: 203-215.
33. Callero PL, Howard JA, Piliavin JA. Helping behavior as role behavior: disclosing social structure and history in the analysis of prosocial action. *Social Psychology Quarterly* 1987; 50: 247-256.
34. Canavaggio M, Leckie G, Allain JP, Steaffens JW, Laurian Y, Brettler D, Lee H. The prevalence of antibody to HTLV-I/II in United States plasma donors and in United States and French hemophiliacs. *Transfusion* 1990; 30: 780-782.
35. Cataldo JF, Cohen E, Morganti JB. Motivation of voluntary plasmapheresis donors. *Transfusion* 1976; 16: 375-379.
36. Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Granada. *Memoria de Actividades de 1993*. Granada: Centro Regional de Transfusión Sanguínea, 1994.
37. Cialdini R, Ascani K. Test of a concession procedure for inducing verbal, behavioral, and further compliance with a request to give blood. *Journal of Applied Psychology* 1976; 61: 295-300.
38. Cialdini R, Kenrick D. Altruism as hedonism: A social developmental perspective on the relationship of negative mood state and helping. *Journal of Personality and Social Psychology* 1976; 34: 907-914.
39. Condie S, Maxwell N. Comparative demographic profiles. *Transfusion* 1970; 10: 84-88.
40. -----. Social psychology of blood donors. *Transfusion* 1970b; 10: 79-83.

41. Condie SJ, Warner WK, Gillman DC. Getting blood from collective turnips: volunteer donation in mass blood drives. *Journal of Applied Psychology* 1976; 61: 290-294.
42. Condie SJ. When altruism fails: the logic of collective action and blood donor behavior. En: Osborne JJ, Gruneberg MM, Eiser JR, eds. *Research in Psychology and Medicine*. New York: Academic Press, 1979: 21-28.
43. Costello C. Fears and phobias in women. A community study. *Journal of Abnormal Psychology* 1982; 91: 280-286.
44. Chacón F. Variables socioculturales en donantes de sangre. *Actas del 1º Congreso de Psicología Social*. Granada, 1985: 365-367.
45. ----- . Taxonomía de episodios de ayuda: una necesidad en los estudios sobre altruismo. *Actas del 1º Congreso de Psicología Social*. Granada, 1985: 565-568.
46. Christofferson CA, Leith DM. Recruiting and retaining university student blood donors. *Transfusion* 1986; 26: 602.
47. De-Zoysa NS. Survey of blood donors in Sri Lanka, 1985. *Ceylon Med J* 1992; 37: 129-130.
48. Dillard J. Secuential-request persuasive strategies: Meta-analysis of foot-in-the-door and door-in-the-face. *Human Communication Research* 1984; 10: 461-488.
49. Domen RE. The ethics of paid versus volunteer blood donation. *Journal of Medical Ethics* 1994; 20: 269-270.
50. Edwards PW, Zeichner A. Blood donor development: effects of personality, motivational and situational variables. *Person Individ Diff* 1985; 6: 743-751.
51. Evans DE. Development of intrinsic motivation for voluntary blood donation among first-time donors. *Disertations Abstracts International* 1982; 42: 3777-A.
52. Farnill D, Ball IL. Sensation seeking and intention to donate blood. *Psychological Review* 1982; 51: 126.
53. Felts M, Glascoff MA. Education for blood donation as an avenue for school and community cooperation. *Journal of School Health* 1990; 60: 103-105.
54. Fernández Montoya A. Tipología del donante y su relación con factores individuales y sociogeográficos. En: Fernández Montoya, ed. *Actas de las Primeras Jornadas sobre donación y transfusión de sangre*. Granada: Junta de Andalucía, 1986.

55. ----- . El Plan Nacional de Hemoterapia: una reforma incompleta (editorial). *Sangre* 1994; 39: 411-412.
56. Fernández Trespacios JL. *Psicología General II*. Madrid: UNED, 1985.
57. Ferrari JR, Barone RC, Jason LA, Rose T. The use of incentives to increase blood donations. *Journal of Social Psychology* 1985a; 125: 791-793.
58. ----- . The effects of a personal phone call prompt on blood donor commitment. *Journal of Community Psychology* 1985b; 13: 295-298.
59. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Stanford Calif. Stanford Univ. Press, 1964.
60. Fiedler H. HIV seropositivity in paid blood donors. *Lancet* 1992; 1: 551.
61. Fishbein M, Ajzen I. Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavior criteria. *Psychological Review* 1974; 81: 59-74.
62. ----- . Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1975.
63. Fleck L. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial, 1957.
64. Forbes JM, Laurie ML. Blood collections by community blood centers, 1988 through 1992. *Transfusion* 1994; 34: 392-395.
65. Ford GT, Wallace EL. Effects of donor recruitment methods on population responses. *Transfusion* 1975; 15: 159-164.
66. Foss RD, Dempsey CB. Blood donation and the foot-in-the-door technique: a limiting case. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979; 37: 580-590.
67. Foss RD. Community norms and blood donation. *Journal of Applied Social Psychology* 1983; 13: 281-290.
68. Freed JA. More on the pros and cons of directed blood donations (letter). *Transfusion* 1989; 29: 655-656.
69. Freiburger CA, George WR. It's easy as 1, 2, 3: first time donors will come back. *Transfusion* 1988; 28: 55S.
70. García Rotllán J. Concepto de red en transfusión sanguínea. En: Fernández Montoya A, ed. *Actas de las Primeras Jornadas sobre organización y gestión de Bancos de Sangre*. Granada: Junta de Andalucía, 1986.

71. Garrot Allen J. Comments on Titmuss-Anderson-Surgenor debate over "The gift relationship". *International Journal of Health Services* 1973; 3: 519-520.
72. Gelabert A, Castillo R. La hemoterapia en España. Necesidad urgente de una infraestructura. *Medicina Clínica* 1984; 82: 218-220.
73. Genetet B, Coudurier N. Les dimensions socioethiques, humaines et medicales du don de sang en France. *Revue Annuelle de l'Association pour le Don de Sang Bénévole, la Promotion et les Dons d'Organes de la RATP* 1986: 18-25.
74. Genetet B, Mannoni P. *La transfusión*. Barcelona: Editorial Toray, 1980.
75. Gift of blood: a comparison of voluntary and commercial blood programmes (the editorial). *The Medical Journal of Australia* 1972; 2: 61-63.
76. Gimble JG, Kline L, Makris N, Muenz LR, Firedman LI. Effects of new brochures on blood donor recruitment and retention. *Transfusion* 1994; 34: 586-591.
77. Grace HA. Blood donor recruitment: a case study in the psychology of communication. *Journal of Social Psychology* 1957; 46: 269-276.
78. Hagen PJ. *Blood: gift or merchandise. Towards an international blood policy*. New York: Alan R. Liss, Inc., 1982.
79. Hantcheff Z. The problems of blood donors. *Sangre* 1963; 8: 243-247.
80. Harbour C, Foroozanfar N, Sharma MK, Ala F. Professional and voluntary blood. *Vox Sanguinis* 1978; 34: 87-91.
81. Hayes TJ, Dwyer FR, Greenwalt TJ, Coe NA. A comparison of two behavioral influence techniques for improving blood donor recruitment. *Transfusion* 1984; 24: 399-403.
82. Heaton WAL. Changing patterns of blood use (editorial). *Transfusion* 1994; 34: 365-367.
83. Hoffman ML. Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology* 1981; 40: 121-137.
84. Hoffman Research Company. *Blood donor monitor. Stage two - 1991. Summary Report*. Edinburgh: Scottish National Blood Transfusion Service, 1991.
85. Hoofnagle JH, Gerety RJ, Thiel J, Barker LF. The prevalence of hepatitis B surface antigen in commercially prepared plasma products. *J Lab Clin Med* 1976; 88: 102-113.

86. INRA (Europe). *Eurobarometre 41. O. Les européens et le sang*. Luxemburgo: Commission Européenne. Direction Générale Emploi, Relations Industrielles et Affaires Sociales, 1995.
87. Instituto Nacional de Estadística. *Clasificación nacional de ocupaciones (revisión)*. Madrid: INE, 1979.
88. Jason LA, Rose T, Ferrari JR, Barone R. Personal versus impersonal methods for recruiting blood donations. *Journal of Social Psychology* 1984; 123: 139-140.
89. Jason LA, Jackson K, Obradovic JL. Behavioral approaches in increasing blood donations. *Evaluation & The health professions* 1986; 9: 439-448.
90. Johnson DB. The free-rider principle, the charity market and the economics of blood. *British Journal of Social Psychology* 1982; 21: 93-106.
91. Jones E, Sigall M. The Bogus Pipeline: A new paradigm measuring affect and attitude. *Psychological Bulletin* 1971; 76: 349-364.
92. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. *Encuesta oficial de Bancos de Sangre de 1983*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1984.
93. Kahle L, Berman J. Attitude cause behaviors: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979; 37: 315-321.
94. Kaloupek DG, White H. Multiple assesment of coping strategies used by volunteer blood donors: implications for preparatory training. *Journal of Behavioral Medicine* 1984; 7: 35-60.
95. Kaloupek DG, Scott JR, Kathami V. Assesment of coping strategies associated with syncope in blood donors. *Journal of Psychosomatic Research* 1985; 29: 207-214.
96. Kaloupek DG, Stoupakis T. Coping with a stressful medical procedure: further investigation with volunteer blood donors. *Journal of Behavioral Medicine* 1985; 8: 131-148.
97. Knight RJ. The stimulation and planning of blood donation: a marketing problem. *European Journal of Marketing* 1983; 17: 65-73.
98. Kortø C, Kerr N. Response to altruistic opportunities in urban and non-urban settings. *The Journal of Social Psychology* 1975; 95: 183-184.
99. Korzekwa FF JW,AJ. The blood donor: I. Who are blood donors. An annalysis of social and other characteristics of 12.759 donors. *Amer J Med Sci* 1960; 240: 36-40.

100. Kruskall MS, Umlas J. Acquired Immunodeficiency Syndrome and directed blood donations. *Arch Surg* 1988; 123: 23-25.
101. Latané B, Darley JM. *Help in a crisis: bystander response to an emergency*. Morristown, N. J.: General Learning Press, 1976.
102. Latané B, Nida S. Ten years of research on group size and helping. *Psychological Review* 1981; 89: 308-324.
103. Leibrecht BC, Hogan JM, Luz GA, Tobias KI. Donor and nondonor motivations. *Transfusion* 1976; 16: 182-189.
104. Leikola J, Sagoe AS, Baré LF. Blood transfusion in developing countries: problems and progress. *Vox Sanguinis* 1984; 46: 49-63.
105. Lester D, Gatto JL. Personality and blood group. *Person Individ Diff* 1987; 8: 267.
106. Lester D. National distribution of blood groups, personal violence (suicide and homicide), and national character. *Person Individ Diff* 1987; 8: 575-576.
107. Liga de Sociedades de la Cruz Roja. Editorial. *Transfusión Internacional* 1988; 46.
108. Lightman ES. Continuity in social policy behaviours: the case of voluntary blood donorship. *Journal of Social Policy* 1981; 10: 53-79.
109. ----- . Technique bias in measuring acts of altruism. The case of voluntary blood donation. *Soc Sci Med* 1982; 16: 1622-1633.
110. Linden JV, Gregorio DI, Kalish RI. An estimate of blood donor eligibility in the general population. *Vox Sanguinis* 1988; 54: 96-100.
111. Lipsitz A, Kallmeyer K, Ferguson M, Abas A. Counting on blood donors: increasing the impact of reminder calls. *Journal of Applied Social Psychology* 1989; 19: 1057-1067.
112. London P, Hemphill M. The motivations of blood donors. *Transfusion* 1965; 5: 559-568.
113. López Pérez J. Las escalas de actitudes. En: Morales Domínguez JF ed. *Metodología y teoría de la Psicología*. Madrid: Ed. UNED, 1987.
114. MacAskill SG, Hastings GB, McNeill RE, Gillon J. Scottish attitudes to blood donation and AIDS. *British Medical Journal* 1989; 298: 1012-1014.
115. Mai FMM, Beal RW. A study of the personality of voluntary blood donors. *The Medical Journal of Australia* 1967; 22: 156-159.

116. Maluf NSR. History of blood transfusion. *Journal of the History of Medicine* 1954; enero: 59-107.
117. Manzanera López R, Tomás Santos P. Actividad transfusional en Cataluña. *Gaseta Sanitària* 1986; 27: 109-114.
118. Marwick Ch. Survey: blood donations, transfusions, and AIDS. *JAMA* 1988; 260: 312-313.
119. Mayer K. The community: still the best source of blood. *Hastings Center Report* 1987; April: 5-7.
120. Mayntz R, Holm K, Hubner P. *Introducción a los métodos de la sociología empírica*. Madrid: Alianza Universidad, 1983.
121. Mayo DJ. Evaluating donor recruitment strategies. *Transfusion* 1992; 32: 797-799.
122. McCullough J. The nation's changing blood supply system. *JAMA* 1993; 269: 2239-2245.
123. Mehta BC. Study of one hundred professional blood donors. *Journal of Post Graduate Medicine* 1968; 14: 112-120.
124. Miller TR, Weikel MK. Blood donor eligibility, recruitment and retention. *Transfusion* 1974; 14: 616-622.
125. Mills RT, Krantz DS. Information, choice, and reactions to stress: a field experiment in a blood bank with laboratory analogue. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979; 37: 608-670.
126. Ministerio de la Gobernación. Orden de 23 de noviembre sobre Servicios de Transfusión de Sangre. *Boletín Oficial del Estado*, 1942.
127. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 1945/1985 de 9 de octubre por el que se regula la Hemodonación y los Bancos de Sangre. *Boletín Oficial del Estado* 1985; 255.
128. ----- . *Un análisis estructural del sistema hemoterápico en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria, 1986.
129. ----- . *Estudio de las actitudes de la población ante la donación altruista de sangre*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria, 1989.
130. ----- . *Plan Nacional de Hemoterapia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica, 1990.

131. Moliner M. *Diccionario de uso del español*. Madrid: Editorial Gredos, 1988.
132. Moreira Lima VML, Magalhaes d'Amorim MA. Aplicação da teoria de persuasão de Fishbein e Ajzen no recrutamento de doadores voluntários e periódicos de sangue. *Arq Bras Psic* 1985; 37: 110-124.
133. Murray C. Evaluation of on-site cholesterol testing as a donor recruitment tool. *Transfusion* 1988; 28: 56S.
134. Myers DG. *Psicología Social*. Madrid: Panamericana, 1991.
135. Myhre BA. Blood. Legend laden liquid of life. *Transfusion* 1976; 16: 270-276.
136. Navarro V, Roig P, Nieto A et al. A small outbreak of HIV infection among commercial plasma donors. *Lancet* 1988; II: 42.
137. Nutbeam D, Nugent Z. Attitudes to blood donation and AIDS. *British Medical Journal* 1989; 298: 1452-1453.
138. O'Malley MN, Andrews L. The effect of mood and incentives on helping: are there some things money can't buy? *Motivation and Emotion* 1983; 7: 179-189.
139. Osborne DJ, Bradley S. Blood donor and nondonor motivation: a transnational replication. *Journal of Applied Psychology* 1975; 60: 409-410.
140. Osborne DJ, Bradley S, Lloyd-Griffiths M. The anatomy of a volunteer blood donation system. *Transfusion* 1978; 18: 458-465.
141. Olson RM. *The logic of collective action: public good and the theory of groups*. Cambridge: Harvard University, 1971.
142. Ong YL, Ong YW. Blood donor motivation in Singapore. *Annals Academy of Medicine* 1984; 13: 510-514.
143. Osgood Ch E, Suci GJ, Tannenbaum PH. Medición de actitudes. En: Summers GF: *Medición de actitudes*. México: Ed. Trillas, 1984.
144. Oswald R, Gordon J. Blood donor motivation: a survey of minority college students. *Psychological Reports* 1993; 72: 785-786.
145. Oswald RM, Napoliello M. Motivations of blood donors and nondonors. *Journal of Applied Psychology* 1974; 59: 122-124.
146. Oswald RM, Hoff TE. The motivations of blood donors and nondonors: a community survey. *Transfusion* 1974; 15: 68-72.

147. Oswalt RM. A review of blood donor motivation and recruitment. *Transfusion* 1977; 17: 123-135.
148. Page PL. Controversies in transfusion medicine. Directed blood donations: Con. *Transfusion* 1989; 29: 65-68.
149. Patrick G. A descriptive characterization and comparison of blood donors and non-donors in a community blood program. *Disertations Abstracts International* 1976; : 3879.
150. Paulhaus DL, Shaffer DR, Downing LL. Effects of making blood donor motives salient upon donor retention: a field experiment. *Pers Soc Psychol Bull* 1977; 3: 99-102.
151. Pearce PL, Amato PR. A taxonomy of helping: a multidimensional scaling analysis. *Social Psychology Quarterly* 1980; 43: 363-371.
152. Penner L, Dertke M, Achenbach C. The "flash" system: A field study of altruism. *Journal of Applied Social Psychology* 1973; 3: 362-370.
153. Piliavin JA, Callero PL, Evans DE. Addiction to altruism? Opponent-Process Theory and habitual blood donation. *Journal of Personality and Social Psychology* 1982; 43: 1200-1213.
154. Piliavin JA, Libby D. Personal norms, perceived social norms, and blood donation. *Humboldt Journal of Social Relations* 1985; 13: 159-194.
155. Piliavin JA. Why do they give the gift of life? A review of research on blood donors since 1977. *Transfusion* 1990; 30: 444-459.
156. Pindyck J, Avorm J, Kuriyan Mea. Blood donation by the elderly. *JAMA* 1987; 257: 1186-1188.
157. Pomazal RJ, Jaccard JJ. An informational approach to altruistic behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 1976; 33: 317-326.
158. Rados DL. How donors and non-donors view peopel who do not give blood. *Transfusion* 1977; 17: 221-224.
159. Randall DM. The time interval in teh intention-behavior relationship: meta-analysis. *British Journal of Social Psychology* 1994; 33.
160. Reingen PH. Test of a list procedure for inducing compliance with a request to donate money. *Journal of Applied Psychology* 1982; 67: 110-118.

161. Research International. *Public survey into experience of, and attitudes toward, blood donation*. Londres: Research International UK Ltd., 1990.
162. Rice DPea. *Blood donor characteristics and types of blood donations. United States 1973*. Rockville (USA): Health Resources Administration. National Center for Health Statistics, 1976.
163. Roberts RD, Wolkoff MJ. Improving the quality and quantity of whole blood supply: limits to voluntary arrangements. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1988; 13: 167-178.
164. Rodríguez Villanueva J. Necesidad de marketing en la gestión de donantes de sangre. En: Rodríguez Villanueva J: *Planificación de la hemodonación*. Granada: Sociedad Española de Transfusión Sanguínea, 1994.
165. Rushton JP, Campbell AC. Modeling, vicarious reinforcement and extraversion on blood donating in adults: Immediate and long-term effects. *European Journal of social Psychology* 1978; 7: 297-306.
166. Rzasa M, Gilcher R. Cholesterol testing: incentive or health benefit? *Transfusion* 1988; 28: Supplement.
167. Sarason IG, Sarason BR, Slichter SJ, Beatty PG, Meyer DM, Bolgiano DC. Increasing participation of blood donors in a bone-marrow registry. *Health Psychology* 1993; 12: 272-276.
168. Sayers MH. Duties to donors. *Transfusion* 1992; 32: 465-466.
169. Schlegelmilch BB. Targeting of fund-raising appeals. How to identify donors. *Working Paper Series* 1986; 86/10: 1-19.
170. Schlenker B. Translating actions into attitudes: An identity-analytic approach to the explanation of social conduct. En: Berkowitz L ed. *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press, 1982; vol 15.
171. Schmidt RT. Personality and fainting. *Journal of Psychosomatic Research* 1975; 19: 21-25.
172. Schwartz SH, Tessler RC. A test of a model for reducing measured attitude-behavior discrepancies. *Journal of Personality and Social Psychology* 1972; 24: 225-236.
173. Schwartz SH. Normative explanations of helping behavior: a critique, proposal, and empirical test. *Journal of Experimental Social Psychology* 1973; 9: 349-364.

174. Schwarzwald J, Bizman A, Raz M. The foot-in-the-door paradigm: effects of second request size on donation probability and donor generosity. *Pers Soc Psychol Bull* 1983; 9: 443-450.
175. Sherer PB. Blood donor motivation: a background paper for the NHLI Conference on Behavioral Science and Medicine. En: *Proceedings of the National Heart and Lung Institute Working Conference on Health Behavior*, 1975: 226-235.
176. Sherman S, Gorkin L. Attitude bolstering when behavior is inconsistent with central attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology* 1980; 16: 388-403.
177. Sherman S, Zehner K, Johnson J, Hirt E. Social explanation: The role of timing, set and recall on subjective likelihood estimates. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 44: 1127-1143.
178. Sievers EF. Zur Persönlichkeitsstruktur von Blutspendern. *Psychother Psychosom* 1968; 16.
179. Sigal H, Page R. Current stereotypes: A little fading, a little faking. *Journal of Personality and Social Psychology* 1971; 18: 247-255.
180. Société d'organisation de gestion et de marketing (SORGEM). *Le don de sang*. Paris: SORGEM, 1983.
181. Staallekker LA, Stammeijer RN, Dudok de Wit C. A dutch blood bank and its donors. *Transfusion* 1980; 20: 66-70.
182. Strauss RG, Floss AS, Eckermant I, Goeken JA. Carefully selected, paid donors can serve as a source of safe blood. *Transfusion* 1986; 26: 602.
183. Summers G. *Medición de actitudes*. México: Ed. Trillas, 1984.
184. Surgenor DM, Cervený JF. A study of the conversion from paid to altruistic blood donors in New Mexico. *Transfusion* 1978; 18: 54-63.
185. Swain HL, Blascovich JJ. Effects of solicitor variables on obtaining pledges to donate blood. *Public Health Reports* 1977; 92: 383-385.
186. Szymanski LS, Cushna B, Jackson CH, Szymanski IO. Motivation of plateletpheresis donors. *Transfusion* 1978; 18: 64-68.
187. Therkelsen DJ, Korent HM, Haugen JDea. Factors influencing aggregate level of blood donation (abstract). *Transfusion* 1988; 28: 43S.

188. Thompson WW. Blood donation behavior of hispanics in the Lower Rio Grande Valley. *Transfusion* 1993; 33: 333-335.
189. Thurstone LL. Las actitudes pueden medirse. En: Summers GF ed. *Medición de actitudes*. México: Ed. Trillas, 1984.
190. Thyer BA, Himle J, Curtis GC. Blood injury-illness phobia: a review. *Journal of Clinical Psychology* 1985; 41: 451-459.
191. Titmuss RM. *The gift relationship. From human blood to social policy*. Londres: George Allen & Unwin Ltd, 1970.
192. ----- . Why give to strangers? *The Lancet*; 1971: 123-125.
193. Tyano S, Munitz H, Wijsenbeek H. Les aspects psycho-sociologiques du don du sang en Israel. *Revue Française de Transfusion et Immuno-hématologie* 1975; 18: 326-332.
194. Uhlig R. Soziale struktur des spenderkollektive eines bezirksinstitutes fur blutspende und transfusionswesen. *Folia Haematol Int Mag Klin Morphol Blutforsch* 1989; 116: 321-329.
195. Veylon R. Un scandale "hématologique": le commerce du sang. *La Nouvelle Presse Médicale* 1976; 5: 723-724.
196. Walsh RJ, Clemens K. A survey of some voluntary blood donors in New South Wales. *Medical Journal of Australia* 1956; 11: 205-209.
197. Walz EL, Coe NA. A three year evaluation of telephone recruitment with a composite study of scheduled appointments as related to non scheduled (abstract). *Transfusion* 1984; 24: 441.
198. Ware JE, Sinyuer MK, Wright WR et al. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Progr Plan*, 1983, 6: 359-365)184.
199. Weyant JM. Applying social Psychology to induce charitable donations. *Journal of Applied Social Psychology* 1984; 14: 441-447.
200. Weyant JM, Smith SL. Getting more by asking for less: the effects of request size on donations of charity. *Journal of Applied Social Psychology* 1987; 17: 392-400.
201. Wiesenthal DL, Emmot S. Explorations in the social psychology of blood donation. En: Osborne DF, Gruneberg MM, Eiser JR, eds. *Research in Psychology and Medicine*. New York: Academic Press 1979: 29-35.

202. Wicker A. Attitudes versus actions. The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitudes objects. *Journal of Social Issues* 1969; 25: 41-78.
203. ----- . An examination of the "other-variables" explanation of attitude-behavior inconsistency. *Journal of Personality and Social Psychology* 1971; 19: 18-30.
204. Zillmer EA, Glidden RA, Honaker LM, Meyer JD. Mood states in the volunteer blood donor. *Transfusion* 1989; 29: 27-30.
205. Zuckerman M, Siegelbaum H, Williams R. Predicting helping behavior: willingness and ascription of responsibility. *Journal of Applied Social Psychology* 1977; 7: 295-299.

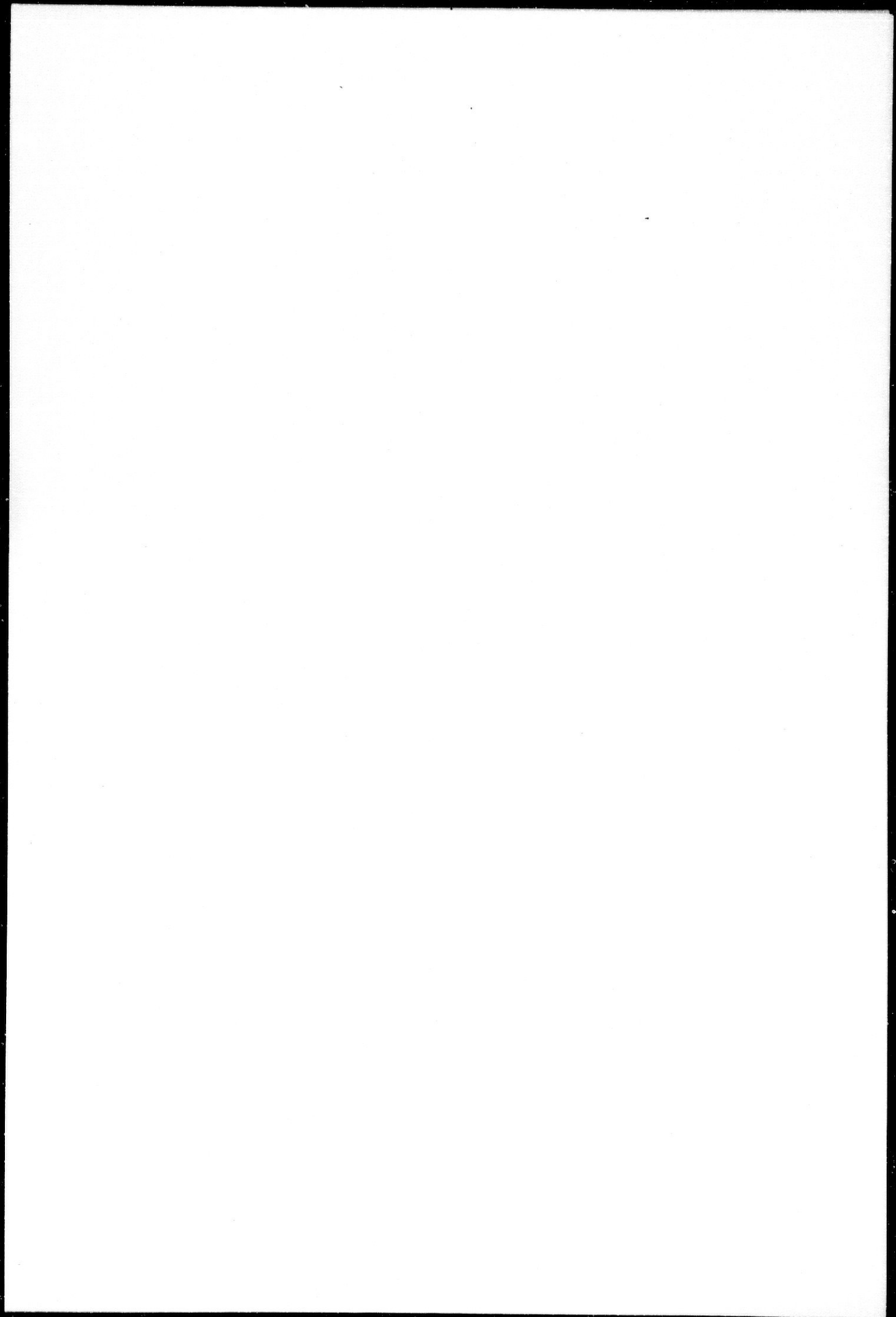
TESIS DOCTORAL

**ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS
EN LA DONACIÓN DE SANGRE**

Volumen 2

ANTONIO FERNÁNDEZ MONTOYA

Granada, 1995



TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra de donantes y no donantes en 1987 por localidades, según su hábitat y zona.

Zona	Hábitat					
	Rural (n)		Semiurbano (n)		Urbano (n)	
	D (40)	ND (50)	D (60)	ND (80)	D (39)	ND (46)
I		Orce	Cúllar Baza	Baza		
II		Puebla de D. Fabrique				
III		Alcudia de Guadix	Benalúa de Guadix			
		La Malahá	Las Gabias			
		Jayena	Alhama			
IV			Montefrío		Íllora	
V		Zagra			Loja	
VI		Cenes de la Vega	Alfacar			
VII		Píñar	Iznalloz			
VIII		Torvizcón	Órgiva			
IX			Mólvizar		Salobreña	
X						Granada Capital

D = Donantes ND = No donantes

Tabla 2. Comparación entre la muestra de donantes extraída para la encuesta de 1987 con una muestra de 1.000 donantes de ese año según edad, lugar de residencia y sexo.

	n = 1.000 %	n = 197 %
Edad		
20-29	34	35.50
30-39	23.10	18.80
40-49	18.70	22.90
50-65	21.70	21.80
TOTAL	100	100

χ^2 exp = 3.18 ; 3 g.l. N.S.

Lugar de residencia

Capital	50.6	30.50
Urbano	15.3	9.6
Semiurbano	24.1	42.6
Rural	10	17.3
TOTAL	100	100

χ^2 exp. = 18.36 ; 3 g.l. ; P < 0.001

Sexo

Varón	48.3	41.6
Hembra	51.6	58.4
TOTAL	100	100

χ^2 exp. = 3.87; 1 g.l.; P = 0.05

Tabla 3. Comparación por grupos de edad entre la muestra extraída para la encuesta de 1987 con la población total de donantes en ese año.

Edad	Muestra		Población total del CRTS	
	n	%	n	%
18 - 23	39	19.80	1.973	25.86
24 - 29	31	15.79	1.123	14.72
30 - 35	22	11.20	797	10.45
36 - 41	22	11.20	869	11.39
42 - 47	23	11.69	979	12.83
48 - 53	24	12.20	912	11.95
54 - 59	27	13.70	780	10.22
60 - 65	9	4.60	189	2.48
> 65	0	0	7	0.10
TOTAL	197	100	7.629	100

χ^2 exp = 8.43; 7 g.l.; P = 0.2962

Tabla 4. Distribución y comparación según el sexo de donantes y no donantes en 1987.

Sexo	Donantes		No-Donantes		P
	n	%	n	%	
Hombre	82	41.6	140	46.2	0.31
Mujer	115	58.4	163	53.8	
TOTAL	197	100	303	100	

Tabla 5. Comparación y distribución de la edad en donantes y no donantes en 1987.

Edad	Donantes		No-Donantes	
	n	%	n	%
18 - 23	39	19.8	34	11.2
24 - 29	31	15.7	38	12.5
30 - 35	22	11.2	60	19.8
36 - 41	22	11.2	39	12.9
42 - 47	23	11.6	40	13.2
48 - 53	24	12.2	37	12.2
54 - 59	27	13.7	29	9.6
60 - 65	9	4.6	26	8.6
TOTAL	100		100	
$\bar{x} \pm SD$	37.8 \pm 33.3		39.8 \pm 12.6	

P = 0.11

Tabla 6. Comparación y distribución del lugar de residencia en donantes y no donantes en 1987.

Lugar	Donantes		No-Donantes		P
	n	%	n	%	
Rural	34	17.3	36	11.9	0.05
Semiurbano	84	42.6	116	38.3	
Urbano	19	9.6	24	7.9	
Capital	60	30.5	127	41.9	
TOTAL	197	100	303	100	

Tabla 7. Comparación y distribución del nivel de estudios en donantes y no donantes en 1987.

Nivel	Donantes		No-Donantes		P
	n	%	n	%	
1	2	1	1	0.3	
2	67	34	100	33.1	
3	35	17.8	59	19.5	
4	28	14.2	42	13.9	0.39
5	36	18.3	45	14.9	
6	20	10.2	26	8.6	
7	9	4.6	29	9.6	
TOTAL	197	100	302	100	

1 - Analfabeto

2 - Lee y escribe, sin estudios

3 - Estudios primarios

4 - Estudios secundarios 1^{er} grado

5 - Estudios secundarios 2^o grado

6 - Estudios superiores medios

7 - Estudios universitarios

Tabla 8. Comparación y distribución de la situación laboral en donantes y no donantes en 1987.

Situación laboral	Donantes		No-Donantes		P
	n	%	n	%	
Empleado	72	36.5	139	45.9	
Desempleado	23	11.7	35	11.6	
Amia de casa	72	36.5	90	29.7	0.04
Pensionista	6	3	18	5.9	
Estudiante	24	12.2	21	6.9	
TOTAL	197	100	303	100	

Tabla 9. Distribución y comparación de los donantes según el número total de donaciones realizadas antes de la encuesta de 1987.

Nº donaciones	n = 196	%
1 - 3	79	40.30
4 - 6	58	29.60
7 - 10	35	17.90
> 10	24	12.20
TOTAL	196	100

$\bar{x} \pm SD = 6.02 \pm 5.36$

Tabla 10. Respuestas de los donantes en 1987 a los ítems tipo Likert del cuestionario.

Nº	Ítems	$\bar{x} \pm SD$
1.	Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas.	3.94 ± 0.73
2.	Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas.	3.91 ± 0.81
3.	Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de mi comunidad.	2.43 ± 1.03
4.	Temo que a veces se comercie con la sangre de los donantes.	2.43 ± 1.09
5.	La donación regular de sangre puede llevar al agotamiento físico.	1.99 ± 0.76
6.	Sólo pueden donar sangre las personas que estén muy fuertes.	2.34 ± 0.88
7.	Los hospitales disponen de la sangre que necesitan generalmente.	2.13 ± 0.76
8.	Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados.	3.60 ± 1.02
9.	No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación.	1.97 ± 0.74
10.	Hubiera donado sangre con mayor frecuencia si alguno de mis amigos o familiares fueran ya donantes.	2.48 ± 0.99
11.	Aunque soy donante, con todo lo que se oye ahora, tengo cierto miedo a contagiarme con alguna enfermedad.	2.33 ± 1.17
12.	Me gustaría que cuando fuera a donar se me atendiera de forma individual y personalizada.	2.75 ± 1.07
13.	Donar sangre a personas que lo necesitan es una obligación moral.	4.05 ± 0.81
14.	El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas.	2.16 ± 0.73

Continúa...

Tabla 10 (Continuación). **Respuestas de los donantes en 1987 a los ítems tipo Likert del cuestionario.**

N°	Items	$\bar{x} \pm SD$
15.	Donar sangre es una cuestión de solidaridad.	4.19 ± 0.59
16.	Donar sangre puede ser peligroso para la salud.	1.88 ± 0.67
17.	Todo el mundo debería ser donante.	4.04 ± 0.74
18.	A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo.	2.79 ± 1.27
19.	Al donar sangre, la mayor recompensa es saber que con ella puede salvarse una vida.	4.38 ± 0.66
20.	En general, cuando dono sangre pienso en que soy útil a la sociedad.	4.15 ± 0.62
21.	Únicamente daría sangre para un ser querido.	1.66 ± 0.55
22.	Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo.	1.86 ± 0.90
23.	Habría más donantes si el Centro de Transfusión pudiera desplazarse más cerca del domicilio o del lugar de trabajo de la gente.	3.68 ± 1.02
24.	El Banco de Sangre/Centro de Transfusión no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes.	2.22 ± 0.78
25.	Considero insuficiente el refrigerio que se da después de la donación.	2.04 ± 0.76
26.	Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitaran diversos servicios relacionados con la salud.	3.30 ± 1.18
27.	La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes.	3.12 ± 0.98

Tabla 11. Respuestas (motivaciones) de los donantes en 1987 a la pregunta abierta "¿Qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez?" (todas las citadas).

	n	%
<u>Solidaridad/sentido del deber.</u>		
Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.	44	22.30
Es una buena acción.	1	0.50
Por deber social/moral.	4	2
Es bueno para la comunidad.	3	1.50
<u>Sentido de la necesidad concreta.</u>		
Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.	20	10.20
Salva vidas.	8	4.10
Para los accidentes.	1	0.50
<u>Beneficios personales o familiares.</u>		
Yo mismo o mi familia podrían necesitarla.	2	1
Por una experiencia personal de transfusión.	20	10.20
Por una experiencia personal de enfermedad.	10	5.10
Por la satisfacción personal de ayudar a otros/es gratificante.	5	2.50
Porque es bueno para la salud propia.	3	1.50
Por dinero/recompensas materiales (refrigerio/entrar a hospitales).	3	1.50
<u>Factores facilitadores.</u>		
Es un acto fácil (poco tiempo/no duele).	1	0.50

Continúa...

Tabla 11 (Continuación). Respuestas (motivaciones) de los donantes en 1987 a la pregunta abierta "*¿Qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez?*" (todas las citadas).

	n	%
<u>Información/presiones.</u>		
Cercanía de una Unidad Móvil	11	5.60
Radio, Tv, carteles, teléfono, otra publicidad.	10	5.10
Amigos, compañeros donantes.	10	5.10
Familiares cercanos donantes.	13	6.60
Conocimiento del CRTS.	2	1
<u>Motivos religiosos.</u>		
Motivos religiosos	4	2
<u>Otros.</u>		
Otros.	4	2
No sabe, no contesta.	5	2.50
Ningún motivo concreto.	13	6.60
TOTAL	197	100

Tabla 12. Motivaciones -por grupos- que les llevaron a hacer su primera donación, citadas por los donantes en 1987

	n	%
Solidaridad/sentido del deber.	52	26.40
Sentido de la necesidad concreta.	29	14.70
Beneficios personales o familiares.	43	21.80
Factores facilitadores.	1	0.50
Información/presiones.	46	23.40
Motivaciones religiosas.	4	2
Otras.	22	11.20
TOTAL	197	100

Tabla 13. Respuestas (motivaciones) de los donantes en 1987 a la pregunta abierta "Si ya no dona por las mismas razones que la primera vez ¿cuáles son ahora sus razones?" (porcentaje sobre 197).

	n	%
<u>Solidaridad/sentido del deber.</u>		
Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.	17	8.60
Es una buena acción.	2	1
Por deber social/moral.	8	4.1
<u>Sentido de la necesidad concreta.</u>		
Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.	15	7.60
Salva vidas.	4	2
<u>Beneficios personales o familiares.</u>		
Por la satisfacción personal de ayudar a otros/es gratificante.	1	1.50
<u>Factores facilitadores.</u>		
Es inocuo para la salud.	1	1.50
Es un acto fácil (poco tiempo/no duele).	2	1
<u>Otros.</u>		
Otros.	4	2

n = número de veces que se cita cada razón.

Tabla 14. Motivaciones -por grupos- de los donantes en 1987 que afirmaron haber cambiado éstas desde la primera vez que donaron (porcentaje sobre 197).

	n	%
Solidaridad/sentido del deber.	27	13.20
Sentido de la necesidad concreta.	19	9.60
Beneficios personales o familiares.	1	0.50
Factores facilitadores.	3	1.50
Otras.	4	2

n = número de veces que se citan una o más de las razones de ese grupo.

Tabla 15. Respuestas de los donantes en 1987 a la pregunta "¿Qué tres razones emplearía Vd. para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?" (porcentaje sobre 197).

	n	%
<u>Solidaridad/sentido del deber.</u>		
Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.	72	36.50
Es una buena acción.	17	8.60
Por deber social/moral.	15	7.60
Es bueno para la comunidad.	5	2.50
<u>Sentido de la necesidad concreta.</u>		
Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.	48	24.40
Salva vidas.	43	21.80
Para los accidentes.	5	2.50
Para las intervenciones quirúrgicas.	1	0.50
Donarla es el único modo de tenerla (no se fabrica/si no se dona, hay que comprarla).	5	2.50
<u>Beneficios personales o familiares.</u>		
Yo mismo o mi familia podrían necesitarla.	50	25.40
Por la satisfacción personal de ayudar a otros/es gratificante.	9	4.60
Porque es bueno para la salud propia.	22	11.20
<u>Factores facilitadores.</u>		
Es inocuo para la salud.	39	19.80
Es un acto fácil (poco tiempo/no duele).	18	9.10
No hay peligro de contagio.	2	1
No se comercia.	3	1.50
<u>Motivos religiosos.</u>		
Motivos religiosos	10	5.10
<u>Otros.</u>		
Otros.	10	5.10
No sabe, no contesta.	1	0.50
No hay que tener miedo.	4	2

n = número de veces que se cita cada razón

Tabla 16. Tipo de razones -por grupos- que utilizarían los donantes en 1987 para convencer a una persona de que se hiciera donante (porcentaje sobre 197).

	n	%
Solidaridad/sentido del deber.	98	49.70
Sentido de la necesidad concreta.	90	45.70
Beneficios personales o familiares.	75	38.10
Factores facilitadores.	56	28.40
Motivaciones religiosas.	10	5.10
Otras.	15	7.60

n = número de sujetos que citan una o más de las razones de cada grupo.

**Tabla 17. Respuestas en 1987 de los donantes a la pregunta abierta
"¿Desea añadir algo que no se le haya preguntado?"**

	n	%
<u>Mejorar la información.</u>		
Falta información, debe darse más información.	11	5.60
	11	5.60
<u>Mejorar el acceso-comodidad.</u>		
El Banco/Centro Transfusión no se desplaza cerca de su domicilio con la frecuencia que él quisiera. Debe acercarse más a la gente.	20	10.20
La espera durante la donación es demasiado larga.	3	1.50
El equipo material debería mejorar.	2	1
El lugar donde se realiza la colecta no le gusta.	2	1
Las horas de colecta no le gustan.	1	0.50
El refrigerio debería ser más copioso y/o mejor.	118	59.90
Debe recordarse periódicamente a los donantes la necesidad de donar para que no lo olviden.	1	0.50
	147	74.60

Continúa...

Tabla 17 (Continuación). Respuestas en 1987 de los donantes a la pregunta abierta "¿Desea añadir algo que no se le haya preguntado?".

	n	%
<u>Mejorar las condiciones técnicas.</u>		
La atención médica y humana durante la donación debería mejorar.	6	3
El volumen extraído le parece excesivo.	2	1
Deberían hacerse análisis antes de la extracción.	3	1.50
Tuvo una mala experiencia donando y ya no dona.	2	1
Tiene miedo a los contagios.	1	0.50
	14	7
<u>Aumentar las recompensas.</u>		
Debería recompensarse a los donantes dejándoles entrar libremente en los hospitales.	10	5.10
Debería darse a los donantes un trato especial.	1	0.50
	11	5.60
<u>Respuestas no agrupadas.</u>		
Teme que se comercie con la sangre.	2	1
Ya no puede donar por razones de salud.	1	0.50
Otros.	11	5.60
	14	7.10
TOTAL	197	100

Tabla 18. Conocimiento entre los donantes de sangre en 1987 sobre la Hermandad de Donantes de Sangre y sus actividades.

Texto pregunta.	Sí	No	No sabe	n
1. ¿Conoce la Hermandad de Donantes de Sangre?	48 (24.40%)	149 (75.60%)	0	197 (100%)
2. ¿Es Ud. miembro de la Hermandad de Donantes de Sangre?	39 (19.80%)	127 (64.50%)	31 (15.70%)	197 (100%)
3. ¿Conoce las actividades que realiza la Hermandad de Donantes de Sangre?	12 (6.10%)	184 (93.90%)	0	196 (100%)
4. ¿Se siente motivado por la Hermandad de Donantes de Sangre?	40 (22.20%)	140 (77.80%)	0	180 (100%)
5. ¿Participa Ud. activamente en las actividades de la Hermandad de Donantes de Sangre?	0	197 (100%)	0	197 (100%)
6. ¿Ha asistido alguna vez a una reunión o asamblea de la Hermandad de Donantes de Sangre?	2 (1%)	195 (99%)	0	197 (100%)

Tabla 19. Análisis factorial de la escala para donantes en 1987.

Factor	Denominación	% acumulado de varianza explicada	Items del factor (saturaciones)	Alfa de Cronbach
1	Temores de salud.	13.85	5 (0.787), 16 (0.739), 7 (0.524), 6 (0.402)	0.68
2	Confortabilidad.	24.23	1 (0.855), 2 (0.803)	0.79
3	Demanda de recompensas al Banco.	33.26	24 (0.746), 25 (0.721)	0.81
4	Deber y solidaridad.	41.22	13 (0.774), 15 (0.763)	0.86
5	Egoísmo/Excusas.	48.64	3 (0.776), 18 (0.472), 11 (0.447)	0.62
6	Demanda de recompensas sociales.	55.14	27 (0.787), 26 (0.684)	0.61
7	Información/modelos	61.13	8 (0.767), 10 (0.541)	0.59

Tabla 20. Asociación entre el sexo y los factores de la escala de donantes en 1987.

Factor	Denominación	Sexo		P
		Hombre	Mujer	
		n = 82 $\bar{x} \pm SD$	n = 115 $\bar{x} \pm SD$	
1	Temores de salud.	5.87 \pm 1.48	6.47 \pm 1.71	0.0105
2	Confortabilidad.	7.84 \pm 1.46	7.86 \pm 1.25	N.S.
3	Demanda de recompensas al Banco.	4.27 \pm 1.31	4.24 \pm 1.23	N.S.
4	Deber y solidaridad.	8.18 \pm 1.07	8.28 \pm 1.20	N.S.
5	Egoísmo/Excusas.	7.45 \pm 2.03	7.63 \pm 2.39	N.S.
6	Demanda de recompensas sociales.	6.49 \pm 1.80	6.39 \pm 1.76	N.S.
7	Información/modelos	6.38 \pm 1.45	5.88 \pm 1.42	0.0167

Tabla 21. Asociación entre la edad y los factores de la escala de donantes en 1987.

Factor	Denominación	Edad				P
		< 30 n = 70	30 - 39 n = 37	40 - 49 n = 44	50 - 65 n = 46	
1	Temores de salud.	5.91 ± 1.73	6.22 ± 1.70	6.09 ± 1.14	6.80 ± 1.75	0.0348
2	Confortabilidad.	8.13 ± 1.31	7.62 ± 1.52	7.80 ± 1.36	7.67 ± 1.18	N.S.
3	Demanda de recompensas al Banco.	4.26 ± 1.26	4.00 ± 1.31	4.41 ± 1.32	4.30 ± 1.17	N.S.
4	Deber y solidaridad.	8.09 ± 1.15	8.11 ± 1.27	8.50 ± 1.05	8.33 ± 1.12	N.S.
5	Egoísmo/Excusas.	7.74 ± 2.46	7.35 ± 1.89	7.71 ± 2.44	7.28 ± 1.97	N.S.
6	Demanda de recompensas sociales.	6.16 ± 1.85	6.03 ± 1.80	7.09 ± 1.54	6.55 ± 1.68	0.0183
7	Información/modelos	6.17 ± 1.58	5.87 ± 1.42	6.18 ± 1.35	6.04 ± 1.39	N.S.

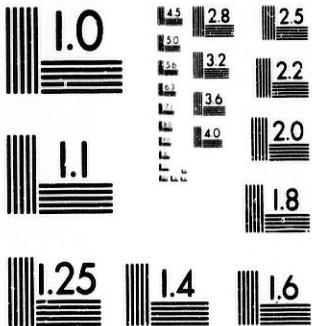
Tabla 22. Asociación entre el nivel de estudios y los factores de la escala de donantes en 1987.

Factor	Denominación	1 n = 2	2 n = 67	3 n = 35	4 n = 28	5 n = 36	6 n = 20	7 n = 9	P
1	Temores de salud	9.00 ± 4.24	6.79 ± 1.73	6.23 ± 1.26	5.96 ± 1.64	5.53 ± 1.52	5.75 ± 1.25	5.89 ± 1.27	0.0005
2	Confortabilidad	8.00 ± 0.00	7.85 ± 1.09	7.97 ± 1.22	7.71 ± 1.21	7.97 ± 1.59	7.85 ± 1.69	7.33 ± 2.06	N.S.
3	Demanda de recompensas al Banco	5.00 ± 1.41	4.64 ± 1.25	4.26 ± 1.34	4.21 ± 1.52	4.06 ± 0.98	3.65 ± 0.93	3.44 ± 0.88	0.0107
4	Deber y solidaridad	7.50 ± 0.71	8.10 ± 1.26	8.17 ± 0.99	8.39 ± 0.83	8.58 ± 1.03	7.95 ± 1.67	8.44 ± 0.53	N.S.
5	Egoísmo/Excusas	5.00 ± 1.41	7.86 ± 2.33	7.06 ± 2.00	7.64 ± 2.06	7.89 ± 2.36	7.35 ± 2.35	6.67 ± 2.06	N.S.
6	Demanda de recompensas sociales	7.50 ± 0.71	7.20 ± 1.31	6.71 ± 1.56	6.43 ± 1.81	5.31 ± 1.83	5.95 ± 1.73	5.11 ± 2.26	< 0.0001
7	Información/modelos	5.00 ± 1.41	5.97 ± 1.29	6.14 ± 1.46	6.61 ± 1.69	6.17 ± 1.44	5.80 ± 1.44	5.67 ± 1.44	N.S.

- 1 - Analfabeto
 2 - Lee y escribe, sin estudios
 3 - Estudios primarios
 4 - Estudios secundarios 1º grado
 5 - Estudios secundarios 2º grado
 6 - Estudios superiores medios
 7 - Estudios universitarios

Tabla 23. Asociación entre la residencia y los factores de la escala en 1987.

Factor	Denominación	Rural n = 34	Semiurbano n = 84	Urbano n = 19	Capital n = 60	P
1	Temores de salud.	6.53 ± 1.66	6.20 ± 1.82	5.95 ± 1.81	6.15 ± 1.30	N.S.
2	Confortabilidad.	8.00 ± 1.02	7.64 ± 1.21	6.79 ± 1.84	8.40 ± 1.24	< 0.0001
3	Demanda de recompensas al Banco.	4.71 ± 1.38	4.32 ± 1.42	4.37 ± 1.46	3.87 ± 0.65	0.0142
4	Deber y solidaridad.	8.06 ± 1.35	8.14 ± 1.22	8.79 ± 0.98	8.30 ± 0.91	N.S.
5	Egoísmo/Excusas.	7.18 ± 2.01	7.39 ± 2.44	7.90 ± 2.85	7.88 ± 1.83	N.S.
6	Demanda de recompensas	6.91 ± 1.76	6.99 ± 1.56	6.37 ± 1.67	5.42 ± 1.67	< 0.0001
7	Información/modelos	6.18 ± 1.19	5.88 ± 1.57	5.90 ± 1.41	6.38 ± 1.40	N.S.



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
 NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
 STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
 (ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

Tabla 23. Asociación entre la residencia y los factores de la escala en 1987.

Factor	Denominación	Rural n = 34	Semiurbano n = 84	Urbano n = 19	Capital n = 60	P
1	Temores de salud.	6.53 ± 1.66	6.20 ± 1.82	5.95 ± 1.81	6.15 ± 1.30	N.S.
2	Confortabilidad.	8.00 ± 1.02	7.64 ± 1.21	6.79 ± 1.84	8.40 ± 1.24	< 0.0001
3	Demanda de recompensas al Banco.	4.71 ± 1.38	4.32 ± 1.42	4.37 ± 1.46	3.87 ± 0.65	0.0142
4	Deber y solidaridad.	8.06 ± 1.35	8.14 ± 1.22	8.79 ± 0.98	8.30 ± 0.91	N.S.
5	Egoísmo/Excusas.	7.18 ± 2.01	7.39 ± 2.44	7.90 ± 2.85	7.88 ± 1.83	N.S.
6	Demanda de recompensas	6.91 ± 1.76	6.99 ± 1.56	6.37 ± 1.67	5.42 ± 1.67	< 0.0001
7	Información/modelos	6.18 ± 1.19	5.88 ± 1.57	5.90 ± 1.41	6.38 ± 1.40	N.S.

Tabla 24. Asociación entre la situación laboral y los factores de la escala en 1987.

Factor	Denominación	Empleados n = 72 $\bar{x} \pm SD$	Desempleados n = 23 $\bar{x} \pm SD$	Amas de casa n = 72 $\bar{x} \pm SD$	Pensionistas n = 6 $\bar{x} \pm SD$	Estudiantes n = 24 $\bar{x} \pm SD$	P
1	Temores de salud.	6.22 ± 1.54	5.83 ± 1.88	6.56 ± 1.69	5.33 ± 1.75	5.79 ± 1.35	N.S.
2	Confortabilidad.	7.58 ± 1.41	7.44 ± 1.73	7.92 ± 1.11	8.00 ± 1.10	8.83 ± 0.87	0.008
3	Demanda de recompensas al Banco.	4.19 ± 1.11	4.52 ± 1.62	4.32 ± 1.39	4.67 ± 1.03	3.88 ± 0.85	N.S.
4	Deber y solidaridad.	8.04 ± 0.97	8.09 ± 1.48	8.46 ± 1.17	7.50 ± 1.76	8.50 ± 0.89	N.S.
5	Egoísmo/Excusas.	7.89 ± 2.22	7.61 ± 2.81	7.35 ± 2.17	6.83 ± 2.56	7.29 ± 1.83	N.S.
6	Demanda de recompensas	6.34 ± 1.66	6.52 ± 2.04	6.80 ± 1.65	6.83 ± 2.23	5.42 ± 1.77	0.0193
7	Información/modelos	6.25 ± 1.38	6.04 ± 1.80	5.71 ± 1.37	6.67 ± 1.21	6.63 ± 1.38	0.0367

Tabla 25. Respuestas de los no donantes (n = 303) en 1987 a los ítems tipo Likert del cuestionario comunes con los de donantes.

	$\bar{x} \pm SD$
1. Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas.	3.42 ± 0.78
2. Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas.	3.43 ± 0.70
3. Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de mi comunidad.	2.29 ± 1.02
4. Temo que a veces se comercie con la sangre de los donantes.	2.94 ± 1.19
5. La donación regular de sangre puede llevar al agotamiento físico.	2.38 ± 0.99
6. Sólo pueden donar sangre las personas que estén muy fuertes.	2.33 ± 0.96
7. Los hospitales disponen de la sangre que necesitan generalmente.	2.12 ± 0.79
8. Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados.	3.37 ± 1.07
9. No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación.	2.47 ± 0.85
10. Hubiera donado sangre con mayor frecuencia si alguno de mis amigos o familiares fueran ya donantes.	2.52 ± 1.03
11. Una de las razones por las que no soy donante es por el miedo a contagiarme con alguna enfermedad.	2.47 ± 1.16
12. Me gustaría que cuando fuera a donar se me atendiera de forma individual y personalizada.	3.20 ± 1.08
13. Donar sangre a personas que lo necesitan es una obligación moral.	4.05 ± 0.75
14. El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas.	2.44 ± 0.99
15. Donar sangre es una cuestión de solidaridad.	4.06 ± 0.67
16. Donar sangre puede ser peligroso para la salud.	2.07 ± 0.80
17. Todo el mundo debería ser donante.	2.86 ± 0.79
18. A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo.	2.43 ± 1.10
19. Al donar sangre, la mayor recompensa es saber que con ella puede salvarse una vida.	4.27 ± 0.65
21. Únicamente daría sangre para un ser querido.	2.07 ± 0.83
22. Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo.	2.43 ± 1.40
23. Habría más donantes si el Centro de Transfusión pudiera desplazarse más cerca del domicilio o del lugar de trabajo de la gente.	3.78 ± 0.90
24. El Banco de Sangre/Centro de Transfusión no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes.	2.60 ± 0.87
26. Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitaran diversos servicios relacionados con la salud.	3.33 ± 1.21
27. La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes.	3.48 ± 0.94

Tabla 26. Actitudes de los no donantes hacia la donación (ítems específicos de la escala) en 1987.

Ítems	$\bar{x} \pm SD$	Desacuerdo %	Acuerdo %
- La donación de sangre es algo que no me preocupa.	2.50 ± 1	70.90	27.70
- Nunca he pensado en donar sangre.	2.50 ± 1.01	72	26
- Si no doy sangre es porque nunca me lo han pedido.	3 ± 1.10	45.90	49.90
- Me da miedo ver la sangre.	2.57 ± 1.37	65.10	31.90
- No he donado sangre porque padezco una enfermedad que me lo impide	2.57 ± 1.46	66.30	30.70
- El que necesita sangre es el que debe pagarla.	1.71 ± 0.68	92.80	2.30
- Sólo daría sangre en caso de estricta urgencia para salvar una vida.	2.78 ± 1.15	59.70	38.60

Tabla 28. Respuestas de los no donantes en 1987 -por grupos- a la pregunta "¿Por qué cree que hay tan pocos donantes en nuestro país?" (porcentajes sobre 303).

	n	%
Por miedos.	98	32.30
Apatía, desinterés.	53	17.50
Falta de accesibilidad.	23	7.60
Desconfianzas.	29	9.60
Falta de beneficios.	8	2.60
Falta de información.	132	43.60

n = número de sujetos que citan una o más de las razones de cada grupo

Tabla 29. Respuestas de los no donantes en 1987 a la pregunta "¿Qué motivos le llevarían a hacerse donante?" (porcentajes sobre 303).

	n	%
<u>Solidaridad/sentido del deber.</u>		
Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.	97	32
Por deber social moral.	9	3
<u>Sentido de la necesidad concreta.</u>		
Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.	30	9.90
Para salvar vidas.	47	15.50
Para los accidentes.	7	2.30
Donarla es el único modo de tenerla/no se fabrica.	4	1.30
En un caso de urgencia o catástrofe.	34	11.20
Porque le hiciera falta a alguien concreto que la precise.	39	12.90
<u>Beneficios personales o familiares.</u>		
Porque es bueno para la propia salud.	2	0.70
Porque le hiciera falta a un familiar. Porque él mismo la puede necesitar.	49	16.20
<u>Accesibilidad.</u>		
Si tuviese tiempo.	2	0.70
Si estuviese más cerca del lugar de donación.	7	2.30
<u>Otros.</u>		
Porque es inocuo para la salud.	5	1.70
Si me lo pidieran.	8	2.60
Si venciese el miedo.	4	1.30
Si le diesen más información.	7	2.30
Si estuviese seguro de que no se comercie con ella.	3	1
Por motivos religiosos.	2	0.70
Por otros motivos.	18	5.90
Si trataran mejor a los donantes.	6	2
No puedo serlo por motivos de salud.	5	1.70
Nunca seré donante.	6	2
No sabe, no contesta.	6	2

n = número de veces que se cita cada razón

Tabla 30. Respuestas (motivaciones) de los no donantes en 1987 a la pregunta "¿Qué motivos le llevarían a hacerse donante?" (porcentajes sobre 303).

	n	%
Solidaridad/sentido del deber.	106	35
Sentido de la necesidad concreta.	145	47.90
Beneficios personales o familiares.	53	17.50
Accesibilidad	8	2.64

n = número de sujetos que citan una o más de las razones de cada grupo

Tabla 31. Información sobre la Hermandad de Donantes de Sangre entre los no donantes en 1987.

Texto de la pregunta.	Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%
- ¿Ha oído en alguna ocasión hablar de la Hermandad de Donantes de Sangre?	197	65.20	105	34.80	302	100
- ¿Conoce las actividades que realiza la Hermandad de Donantes de Sangre?	33	10.90	269	89.10	302	100

Tabla 32. Análisis factorial de la escala de 1987 para no donantes.

Factor	Denominación	% acumulado de varianza explicada	Items del factor (saturaciones)
1	Moral, deber y solidaridad.	11.91	13 (0.697), 19 (0.739), 17 (0.587), 15 (0.517)
2	Temores de salud.	19.99	5 (0.808), 16 (0.700), 6 (0.433)
3	Egoísmo/Altruís mo.	27.14	3 (0.764), 10 (0.621), 21 (0.425)
4	Demanda de recompensas.	32.83	24 (0.771), 26 (0.578)
5	Confortabilidad.	38.05	2 (0.824), 1 (0.812),
6	Excusas I.	42.94	8 (0.700), 18 (0.689), 11 (0.475)
7	Excusas II.	47.60	7 (0.738), 27 (0.583)
8	Desconfianza. Ausencia de responsabilidad.	51.94	4 (0.674), 14 (0.573)
9	Miedo al pinchazo.	56.13	22 (0.832)
10	Accesibilidad.	60.17	23 (0.674), 12 (0.467)

Tabla 33. Comparación entre donantes y no donantes según las respuestas a los ítems comunes a ambos cuestionarios en 1987.

	Donantes	No-donantes	P
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
1. Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas.	3.94 ± 0.73	3.42 ± 0.78	< 0.0001
2. Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas.	3.91 ± 0.81	3.43 ± 0.70	< 0.0001
3. Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de mi comunidad.	2.43 ± 1.03	2.29 ± 1.02	0.13
4. Temo que a veces se comercie con la sangre de los donantes.	2.43 ± 1.09	2.94 ± 1.19	< 0.0001
5. La donación regular de sangre puede llevar al agotamiento físico.	1.99 ± 0.76	2.38 ± 0.99	< 0.0001
6. Sólo pueden donar sangre las personas que estén muy fuertes.	2.34 ± 0.88	2.33 ± 0.96	0.94
7. Los hospitales disponen de la sangre que necesitan generalmente.	2.13 ± 0.76	2.12 ± 0.79	0.87
8. Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados.	3.60 ± 1.02	3.37 ± 1.07	0.002
9. No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación.	1.97 ± 0.74	2.47 ± 0.85	< 0.0001
10. Hubiera donado sangre con mayor frecuencia si alguno de mis amigos o familiares fueran ya donantes.	2.48 ± 0.99	2.52 ± 1.03	0.72
11. Tengo miedo a contagiarme con alguna enfermedad.	2.33 ± 1.17	2.47 ± 1.16	0.18
12. Me gustaría que cuando fuera a donar se me atendiera de forma individual y personalizada.	2.75 ± 1.07	3.20 ± 1.08	< 0.0001
13. Donar sangre a personas que lo necesitan es una obligación moral.	4.05 ± 0.81	4.05 ± 0.75	0.99
14. El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas.	2.16 ± 0.73	2.44 ± 0.99	0.0002
15. Donar sangre es una cuestión de solidaridad.	4.19 ± 0.59	4.06 ± 0.67	0.03

Continúa...

Tabla 33 (Continuación). Comparación entre donantes y no donantes según las respuestas a los ítems comunes a ambos cuestionarios en 1987.

	Donantes	No-donantes	P
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$	
16. Donar sangre puede ser peligroso para la salud.	1.88 ± 0.67	2.07 ± 0.80	0.005
17. Todo el mundo debería ser donante.	4.04 ± 0.74	2.86 ± 0.79	0.01
18. A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo.	2.79 ± 1.27	2.43 ± 1.18	0.001
19. Al donar sangre, la mayor recompensa es saber que con ella puede salvarse una vida.	4.38 ± 0.66	4.27 ± 0.65	0.066
21. Únicamente daría sangre para un ser querido.	1.66 ± 0.55	2.07 ± 0.83	< 0.0001
22. Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo.	1.86 ± 0.90	2.43 ± 1.40	< 0.0001
23. Habría más donantes si el Centro de Transfusión pudiera desplazarse más cerca del domicilio o del lugar de trabajo de la gente.	3.68 ± 1.02	3.78 ± 0.90	0.25
24. El Banco de Sangre/Centro de Transfusión no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes.	2.22 ± 0.78	2.60 ± 0.87	< 0.0001
26. Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitarían diversos servicios relacionados con la salud.	3.30 ± 1.18	3.33 ± 1.21	0.73
27. La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes.	3.12 ± 0.98	3.48 ± 0.94	< 0.0001
28. La legislación española permite donar sangre hasta seis veces al año. ¿Qué periodicidad considera Vd. más adecuada?	2.03 ± 0.67	2.02 ± 0.74	0.96
<ul style="list-style-type: none"> - Una o dos veces al año. - De tres a cuatro veces al año. - De cinco a seis veces al año. 			

Tabla 34. Comparación entre los ítems de donantes y no donantes agrupados según la estructura factorial de la escala de donantes.

	Donantes		No donantes		P
	$\bar{x} \pm SD$	D/A %	$\bar{x} \pm SD$	D/A %	
1. Confortabilidad.					
Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas.	3.94 ± 0.73	8.2/89.8	3.42 ± 0.78	11.2/50.2	< 0.0001
Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas.	3.91 ± 0.81	10.1/87.8	3.43 ± 0.70	7.9/48.5	< 0.0001
2. Egoísmo/Altruismo.					
Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de mi comunidad.	2.43 ± 1.03	75.1/23.4	2.29 ± 1.02	75.6/19.7	0.13
Únicamente daría sangre para un ser querido.	1.66 ± 0.55	98.4/1	2.07 ± 0.83	86.8/11.2	< 0.0001
3. Temores de salud.					
La donación regular de sangre puede llevar al agotamiento físico.	1.99 ± 0.76	84.2/5.6	2.38 ± 0.99	65.7/19.2	< 0.0001
Sólo pueden donar sangre las personas que estén muy fuertes.	2.34 ± 0.88	75.1/17.3	2.33 ± 0.96	63.9/20.2	0.94
Donar sangre puede ser peligroso para la salud.	1.88 ± 0.67	90.9/4.1	2.07 ± 0.80	80.6/7.9	0.005
Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo.	1.86 ± 0.90	89.3/9.6	2.43 ± 1.40	71.5/27.8	< 0.0001
4. Información.					
Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados.	3.60 ± 1.02	22.8/69	3.37 ± 1.07	30.3/60.4	0.002
Hubiera donado sangre con mayor frecuencia si algunos de mis amigos o familiares fueran ya donantes.	2.48 ± 0.99	69.5/26.9	2.52 ± 1.03	66.2/27.4	0.72

Continúa...

Tabla 34 (Continuación). Comparación entre los ítems de donantes y no donantes agrupados según la estructura factorial de la escala de donantes.

	Donantes		No donantes		P
	$\bar{x} \pm SD$	D/A	$\bar{x} \pm SD$	D/A	
5. Deber, moral, solidaridad.					
Donar sangre a personas que lo necesitan es una obligación moral.	4.05 ± 0.81	8.1/90.4	4.05 ± 0.75	7.3/90.4	0.99
Donar sangre es una cuestión de solidaridad.	4.19 ± 0.59	2.5/95.4	4.06 ± 0.67	4.7/91.7	0.03
Al donar sangre, la mayor recompensa es saber que con ella puede salvarse una vida.	4.38 ± 0.66	3/96.5	4.27 ± 0.65	2.0/95.1	0.066
Todo el mundo debería ser donante.	4.04 ± 0.74	6.1/90.3	2.86 ± 0.79	10.6/83.8	0.01
6. Excusas/Inconveniencia.					
A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo.	2.79 ± 1.27	54.3/44.2	2.43 ± 1.18	69.6/27.4	0.001
Tengo miedo a contagiarme con alguna enfermedad.	2.33 ± 1.17	72.1/26.4	2.47 ± 1.16	68.7/29.1	0.18
El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas.	2.16 ± 0.73	82.3/8.1	2.44 ± 0.99	66.0/19.2	0.0002
7. Demanda de recompensas.					
El Banco de Sangre/Centro de Transfusión no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes.	2.22 ± 0.78	79.2/10.7	2.60 ± 0.87	52.8/16.9	< 0.0001
Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitarían diversos servicios relacionados con la salud.	3.30 ± 1.18	34.7/58.1	3.33 ± 1.21	35.0/60.7	0.73
La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes.	3.12 ± 0.98	33.2/43.4	3.48 ± 0.94	20.5/59.4	< 0.0001
8. Ítems no agrupados.					
Temo que a veces se comercie con la sangre de los donantes.	2.43 ± 1.09	68.1/26.9	2.94 ± 1.19	49.5/42.6	< 0.0001

P = Resultado de la comparación de medias.

A/D = Acuerdo/desacuerdo en %

Tabla 35. Comparación entre donantes y no donantes y evolución en los donantes, para el temor a que pueda comerciarse con la sangre.

	n	Acuerdo %	P
No donantes (1987).	303	42.60	
Donantes (1987).	197	26.90	< 0.0001
Donantes (1994).	126	19.80	0.074

Tabla 36. Items más discriminantes entre donantes y no donantes según el análisis de regresión múltiple.

N°	Items	Donantes $\bar{x} \pm SD$	No-Donantes $\bar{x} \pm SD$	Todos $\bar{x} \pm SD$
1.	Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas.	3.94 ± 0.73	3.42 ± 0.77	3.62 ± 0.76
2.	Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas.	3.91 ± 0.81	3.43 ± 0.69	3.62 ± 0.74
3.	Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de mi comunidad.	2.43 ± 1.03	2.29 ± 1.02	2.35 ± 1.03
8.	Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados.	3.61 ± 1.03	3.35 ± 1.07	3.45 ± 1.05
9.	No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación.	1.97 ± 0.75	2.48 ± 0.86	2.28 ± 0.82
14.	El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas.	2.15 ± 0.73	2.45 ± 0.99	2.33 ± 0.89
18.	A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo.	2.80 ± 1.27	2.43 ± 1.18	2.58 ± 1.22
21.	Únicamente daría sangre para un ser querido.	1.66 ± 0.54	2.09 ± 0.84	1.92 ± 0.73
22.	Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo.	1.87 ± 0.89	2.44 ± 1.39	2.21 ± 1.22
24.	El Banco de Sangre/Centro de Transfusión no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes.	2.22 ± 0.79	2.59 ± 0.86	2.44 ± 0.83
27.	La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes.	3.12 ± 0.98	2.37 ± 0.95	3.34 ± 0.96

Tabla 37. Distribución, según la edad, de la muestra de donantes en 1994.

Edad	Donantes	
	n	%
18 - 23	0	0
24 - 29	2	1.6
30 - 35	21	16.7
36 - 41	17	13.5
42 - 47	16	12.7
48 - 53	14	11.1
54 - 59	24	19
60 - 65	20	15.9
> 65	12	9.5
TOTAL	126	100

$$\bar{x} = 49 \pm 12$$

Tabla 38. Distribución, según su lugar de residencia, de la muestra de donantes en 1994.

Lugar de residencia	n	%
Rural.	25	19.80
Semiurbano.	71	56.30
Urbano.	16	12.70
Capital.	14	11.10
TOTAL	126	100

Tabla 39. Distribución, según el nivel de estudios, de la muestra de donantes en 1994.

Nivel de estudios	n	%
Analfabeto.	1	0.80
Sin estudios.	55	43.70
Estudios primarios.	28	22.20
Estudios secundarios 1 ^{er} grado.	16	12.70
Estudios secundarios 2 ^o grado.	11	8.70
Estudios superiores medios.	11	8.70
Estudios universitarios.	4	3.20
TOTAL	126	100

Tabla 27. Respuestas de los no donantes en 1987 a la pregunta "¿Por qué cree que hay tan pocos donantes de sangre en nuestro país?".

	n	%
Por miedos.		
- Miedo.	58	19.10
- Miedo a la visión de la sangre.	5	1.70
- Miedo al pinchazo.	8	2.60
- Miedo a marearse.	1	0.30
- Miedo a los contagios.	27	8.90
- Puede ser peligroso para la salud.	6	2
Apatía, desinterés.		
- Apatía, desinterés.	42	14.20
- Pereza.	11	3.60
Falta de accesibilidad.		
- No se facilita la donación.	5	1.70
- No encuentra tiempo.	5	1.70
- El lugar no le viene bien.	1	0.30
- La unidad no se desplaza cerca de su domicilio.	7	2.30
Desconfianzas.		
- Desconfianza.	12	4
- Temor a que se comercie con ella.	12	4
Falta de beneficios.		
- No se recompensa.	1	0.30
- Ni él ni nadie de su familia la ha necesitado.	4	1.30
Falta de información.	130	42.90
Respuestas no agrupadas.		
- Ya hay bastantes donantes.	1	0.30
- Falta de solidaridad.	25	8.30
- Otras.	8	2.60
- No sabe, no contesta.	14	4.60

n = número de veces que se cita cada razón

Tabla 40. Distribución, según la situación laboral, de la muestra de donantes en 1994.

Situación laboral	n	%
Empleado.	47	37.30
Desempleado.	14	11.10
Ama de casa.	61	48.40
Pensionista.	3	2.40
Estudiante.	1	0.80
Servicio militar.	0	0
TOTAL	126	100

Tabla 41. Donaciones declaradas por los donantes hasta 1987, registradas desde 1.01.1988 a 30.12.1994 y totales.

	número de donantes	$\bar{x} \pm SD$
Declaradas hasta 1987.	196	6.02 \pm 5.36
Registradas desde 1988 a 1993.	125	4.25 \pm 4.88
Antes de 1993.	125	10.51 \pm 8.37

Tabla 42. Distribución de los donantes según el número de donaciones totales realizadas (1994).

Nº donaciones	n	%	% acumulado
1 - 4	33	26.40	26.40
5 - 8	30	24	50.40
9 - 15	34	27.20	77.60
16 - 51	28	22.40	100
TOTAL	125	100	

$\bar{x} \pm SD = 10.51 \pm 8.37$

Tabla 43. Respuestas de los donantes en 1994 a los ítems tipo Likert del cuestionario.

Nº	Ítems	Donantes $\bar{x} \pm SD$
1.	Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas.	4.34 ± 0.66
2.	Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas.	4.24 ± 0.70
3.	Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de comunidad.	2.12 ± 1.14
4.	Temo que a veces se comercie con la sangre de los donantes.	2.16 ± 1.11
5.	La donación regular de sangre puede llevar al agotamiento físico.	1.86 ± 0.76
6.	Sólo pueden donar sangre las personas que estén muy fuertes.	2.36 ± 0.98
7.	Los hospitales disponen de la sangre que necesitan generalmente.	2.57 ± 1.05
8.	Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados.	3.44 ± 1.24
9.	No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación.	1.58 ± 0.73
10.	Hubiera donado sangre con mayor frecuencia si alguno de mis amigos o familiares fueran ya donantes.	2.41 ± 1
11.	Aunque soy donante, con todo lo que se oye ahora, tengo cierto miedo a contagiarme con alguna enfermedad.	2.10 ± 1.25
12.	Me gustaría que cuando fuera a donar se me atendiera de forma individual y personalizada.	2.40 ± 1.08
13.	Donar sangre a personas que lo necesitan es una obligación moral.	4.36 ± 0.82
14.	El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas.	2.50 ± 1.12

Continúa...

Tabla 43 (Continuación). Respuestas de los donantes en 1994 a los ítems tipo Likert del cuestionario.

Nº	Ítems	Donantes $\bar{x} \pm SD$
15.	Donar sangre es una cuestión de solidaridad.	4.56 ± 0.59
16.	Donar sangre puede ser peligroso para la salud.	1.67 ± 0.67
17.	Todo el mundo debería ser donante.	4.15 ± 0.94
18.	A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo.	2.75 ± 1.37
19.	Al donar sangre, la mayor recompensa es saber que con ella puede salvarse una vida.	4.66 ± 0.48
20.	En general, cuando dono sangre pienso en que soy útil a la sociedad.	4.55 ± 0.50
21.	Únicamente daría sangre para un ser querido.	1.30 ± 0.6
22.	Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo.	1.67 ± 0.92
23.	Habría más donantes si el Centro de Transfusión pudiera desplazarse más cerca del domicilio o del lugar de trabajo de la gente.	3.16 ± 0.90
24.	El Banco de Sangre/Centro de Transfusión no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes.	1.81 ± 0.83
25.	Considero insuficiente el refrigerio que se da después de la donación.	1.71 ± 0.95
26.	Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitaran diversos servicios relacionados con la salud.	2.77 ± 1.28
27.	La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes.	2.99 ± 1.09
28.	La legislación española permite donar sangre hasta 6 veces al año. ¿Qué periodicidad considera Vd. más adecuada?	1.98 ± 0.60
	<ul style="list-style-type: none"> - Una o dos veces al año. - De tres a cuatro veces al año. - De cinco a seis veces al año. 	

Tabla 44. Respuestas (motivaciones) de los donantes en 1994 a la pregunta abierta "¿Qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez?" (todas las citadas).

	n	%
<u>Solidaridad/sentido del deber.</u>		
Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.	29	23
Es una buena acción.	10	7.90
Por deber social/moral.	3	2.40
Es bueno para la comunidad.	1	0.80
<u>Sentido de la necesidad concreta.</u>		
Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.	16	12.70
Salva vidas.	4	3.20
Para los accidentes.	2	1.60
Donarla es el único modo de tenerla (no se fabrica/si no se dona, hay que comprarla).	1	0.80
<u>Beneficios personales o familiares.</u>		
Por una experiencia personal de transfusión.	15	11.90
Por una experiencia personal de enfermedad.	5	4
Por la satisfacción personal de ayudar a otros/es gratificante.	1	0.80
Porque es bueno para la salud propia.	1	0.80
Por dinero/recompensas materiales (refrigerio/entrar a hospitales).	4	3.20
<u>Información/Presiones.</u>		
Cercanía de una Unidad Móvil.	6	4.80
Radio, Tv, carteles, teléfono, otra publicidad.	6	4.80
Amigos, compañeros donantes.	6	4.80
Familiares cercanos donantes.	8	6.30
<u>Motivos religiosos.</u>		
Motivos religiosos	1	0.80
<u>Otros.</u>		
Otros.	5	4
Ningún motivo concreto.	2	1.60
No hay que tener miedo.	2	1.60
TOTAL	126	100

n = número de sujetos

Tabla 45. Motivaciones -por grupos-, citadas por los donantes en 1994, que les llevaron a hacer su primera donación.

	n	%
Solidaridad/sentido del deber.	43	34.10
Sentido de la necesidad concreta.	23	18.30
Beneficios personales o familiares.	26	20.60
Información/Presiones.	26	20.60
Motivaciones religiosas.	1	0.80
Otras.	7	5.60
TOTAL	126	100

n = todas las citadas de cada grupo

Tabla 46. Respuestas (motivaciones) de los donantes en 1994 a la pregunta abierta "Si ya no dona por las mismas razones que la primera vez ¿cuáles son ahora sus razones?" (porcentaje sobre 126).

	n	%
<u>Solidaridad/sentido del deber.</u>		
Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.	19	15.10
Es una buena acción.	7	5.60
Por deber social/moral.	3	2.40
Es bueno para la comunidad.	3	2.40
<u>Sentido de la necesidad concreta.</u>		
Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.	16	12.70
Salva vidas.	6	4.80
Para los accidentes.	1	0.80
Donarla es el único modo de tenerla (no se fabrica/si no se dona, hay que comprarla).	1	0.80
<u>Beneficios personales o familiares.</u>		
Yo mismo o mi familia podrían necesitarla.	2	1.60
Por una experiencia personal de transfusión.	2	1.60
Por la satisfacción personal de ayudar a otros/es gratificante.	2	1.60
Porque es bueno para la salud propia.	6	4.80
<u>Factores facilitadores.</u>		
Es inocuo para la salud.	7	5.60
Es un acto fácil (poco tiempo/no duele).	4	3.20
<u>Información/Presiones.</u>		
Radio, Tv, carteles, teléfono, otra publicidad.	2	1.60
<u>Otros.</u>		
Otros.	4	3.20

n = número de veces que se cita cada razón

Tabla 47. Motivaciones -por grupos- de los donantes en 1994 que afirmaron haber cambiado éstas desde la primera vez que donaron (porcentaje sobre 126).

	n	%
Solidaridad/sentido del deber.	27	21.40
Sentido de la necesidad concreta.	21	16.70
Beneficios personales o familiares.	12	9.50
Factores facilitadores.	11	8.70
Información/presiones.	2	1.60
Otras.	4	3.20

n = número de sujetos que cita una o más de las razones de cada grupo

Tabla 48. Respuestas de los donantes en 1994 a la pregunta "¿Qué tres razones emplearía Vd. para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?" (porcentaje sobre 126).

	n	%
<u>Solidaridad/sentido del deber.</u>		
Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.	33	26.20
Es una buena acción.	18	14.30
Por deber social/moral.	11	8.70
Es bueno para la comunidad.	4	3.20
<u>Sentido de la necesidad concreta.</u>		
Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.	44	34.90
Salva vidas.	42	33.30
Para los accidentes.	9	7.10
Para las intervenciones quirúrgicas.	2	1.60
Donarla es el único modo de tenerla (no se fabrica/si no se dona, hay que comprarla).	27	21.40
<u>Beneficios personales o familiares.</u>		
Yo mismo o mi familia podrían necesitarla.	49	38.90
Por la satisfacción personal de ayudar a otros/es gratificante.	13	10.30
Porque es bueno para la salud propia.	22	17.50
Por dinero/recompensas materiales (refrigerio/entrar a hospitales).	1	0.80
<u>Factores facilitadores.</u>		
Es inocuo para la salud.	47	37.30
Es un acto fácil (poco tiempo/no duele).	5	4
No hay peligro de contagio.	4	3.20
No se comercia.	2	1.60
Te atienden bien.	1	0.80

Continúa...

Tabla 48 (Continuación). Respuestas de los donantes en 1994 a la pregunta "*¿Qué tres razones emplearía Vd. para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?*" (porcentaje sobre 126).

	n	%
<u>Motivos religiosos.</u>		
Motivos religiosos	1	0.80
<u>Otros.</u>		
Otros.	3	2.40
No sabe, no contesta.	2	1.60
Ningún motivo concreto.	1	0.80
No hay que tener miedo.	5	4

n = número de veces que se cita cada razón

Tabla 49. Razones -por grupos- que utilizarían los donantes en 1994 para convencer a una persona de que se hiciese donante de sangre (porcentaje sobre 126).

	n	%
Solidaridad/sentido dei deber.	59	46.80
Sentido de la necesidad concreta.	91	72.20
Beneficios personales o familiares.	72	57.10
Factores facilitadores.	54	42.90
Motivaciones religiosas.	1	0.80
Otras.	9	7.10

n = número de sujetos que citan una o más de las razones de cada grupo

Tabla 50. Información sobre la Asociación de Donantes de Sangre Altruistas de Granada, de los donantes de sangre en 1994.

	Sí		No		No sabe	
	n	%	n	%	n	%
- ¿Conoce la Asociación de Donantes de Sangre Altruistas de Granada?	63	50.4	62	49.6		
- ¿Es Vd. miembro de la misma?	18	14.4	101	80.8	6	4.8
- ¿Conoce las actividades que realiza?	34	27.2	91	72.8		
- ¿Se siente motivado por la Asociación como donante?	29	23.2	96	76.8		
- ¿Participa Vd. activamente en sus actividades?	17	13.6	108	86.4		
- ¿Ha asistido alguna vez a una reunión o asamblea de sus miembros?	31	24.8	94	75.2		

Tabla 51. Opinión de los donantes en 1994 sobre el funcionamiento del CRTS y la atención que presta a los donantes.

	Acuerdo %	Desacuerdo %	\bar{x}	SD
Considero adecuada la forma en que el Centro Regional de Transfusión lleva a cabo la donación de sangre.	92	4	4.10	0.64
El Centro se desplaza a mi localidad con frecuencia suficiente para permitir que la gente done cuando lo desee.	68	28.80	3.43	1.05
La atención médica durante la donación es adecuada.	94	4	4.37	0.69
La atención humana durante la donación es adecuada.	96.80	1.60	4.41	0.68
La información que me da el Centro sobre la donación de sangre me parece adecuada.	75.40	14.30	3.71	0.95

Tabla 52. Respuesta de los donantes en 1994 a la pregunta "La donación de sangre está organizada en el CRTS Igual, Peor, Mejor que estaba en los Bancos de Sangre de los hospitales".

	n	%
Igual	31	32.30
Peor	0	0
Mejor	65	67.70

Tabla 53. Comparación, para el nivel de estudios, entre los donantes no-respondientes y respondientes a la encuesta de 1994.

Nivel de estudios	No respondientes n = 71		Respondientes n = 126	
	n	%	n	%
Analfabeto	1	1,40	1	0,80
Sin estudios	12	16,90	55	43,70
Estudios primarios	7	9,90	28	22,20
Estudios primarios 1 ^{er} grado	12	16,90	16	12,70
Estudios secundarios 2 ^o grado	25	35,20	11	8,70
Estudios superiores medios	9	12,70	11	8,70
Estudios universitarios	5	7	4	3,20
TOTAL	71	100	126	100

$\chi^2 = 33,80$; 6 g.l. ; $P < 0,0001$

Tabla 54. Comparación para el sexo entre los donantes respondientes a la encuesta de 1994 con los no-respondientes.

Sexo	No respondientes		Respondientes	
	n	%	n	%
Hombre	39	54,90	43	34,10
Mujer	32	45,10	83	65,90
TOTAL	71	100	126	100

$\chi^2 = 8,1 ; 1 \text{ g.l. } P = 0,005$

Tabla 55. Comparación para el lugar de residencia entre los donantes respondientes a la encuesta de 1994 con los no-respondientes.

Lugar de residencia	No respondientes		Respondientes	
	n	%	n	%
Rural	9	12,70	25	19,80
Semiurbano	13	18,30	71	56,30
Urbano	3	4,20	16	12,70
Capital	46	64,80	14	11,10
TOTAL	71	100	126	100

$\chi^2 = 63,1 ; 3 \text{ g.l.} ; P < 0,0001$

Tabla 56. Comparación para situación laboral entre los donantes respondientes a la encuesta de 1994 con los no respondientes.

Situación laboral	No respondientes		Respondientes	
	n	%	n	%
Empleado	25	35,20	47	37,30
Desempleado	9	12,70	14	11,10
Ama de casa	11	15,50	61	48,40
Pensionista	3	4,20	3	2,40
Estudiante	23	32,40	1	0,80
Servicio militar	0	0	0	0
TOTAL	71	100	126	100

$\chi^2 = 51,34 ; 4 \text{ g.l.} ; P < 0,0001$

Tabla 57. Comparación, según las preguntas de la escala de 1987, entre los donantes que respondieron a la encuesta de 1994 y los que no la respondieron.

Nº	Items	No respondientes	Respondientes	p
1.	Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas.	4.14 ± 0.64	3.83 ± 0.75	0.003
2.	Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas.	4.15 ± 0.73	3.78 ± 0.82	0.002
3.	Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de mi comunidad.	2.64 ± 1.10	2.31 ± 0.96	0.032
4.	Temo que a veces se comercie con la sangre de los donantes.	2.35 ± 0.97	2.48 ± 1.16	0.423
5.	La donación regular de sangre puede llevar al agotamiento físico.	2.01 ± 0.75	1.98 ± 0.77	0.791
6.	Sólo pueden donar sangre las personas que estén muy fuertes.	2.15 ± 0.80	2.44 ± 0.90	0.021
7.	Los hospitales disponen de la sangre que necesitan generalmente.	2.10 ± 0.72	2.14 ± 0.79	0.69
8.	Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados.	3.72 ± 0.97	3.54 ± 1.05	0.23
9.	No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación.	1.89 ± 0.69	2.02 ± 0.77	0.25
10.	Hubiera donado sangre con mayor frecuencia si alguno de mis amigos o familiares fueran ya donantes.	2.70 ± 1.03	2.36 ± 0.94	0.02
11.	Aunque soy donante, con todo lo que se oye ahora, tengo cierto miedo a contagiarme con alguna enfermedad.	2.35 ± 1.07	2.32 ± 1.22	0.83
12.	Me gustaría que cuando fuera a donar se me atendiera de forma individual y personalizada.	2.75 ± 1.05	2.75 ± 1.08	0.96
13.	Donar sangre a personas que lo necesitan es una obligación moral.	4.00 ± 0.81	4.08 ± 0.82	0.51
14.	El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas.	2.15 ± 0.75	2.16 ± 0.72	0.97

Continúa...

Tabla 57 (Continuación). Comparación, según las preguntas de la escala de 1987, entre los donantes respondientes a la encuesta de 1994 y los que no la respondieron.

N°	Items	No		P
		respondientes	Respondientes	
15.	Donar sangre es una cuestión de solidaridad.	4.23 ± 0.54	4.17 ± 0.62	0.50
16.	Donar sangre puede ser peligroso para la salud.	1.83 ± 0.53	1.91 ± 0.74	0.37
17.	Todo del mundo debería ser donante.	3.94 ± 0.69	4.10 ± 0.76	0.16
18.	A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo.	2.96 ± 1.19	2.70 ± 1.30	0.16
19.	Al donar sangre, la mayor recompensa es saber que con ella puede salvarse una vida.	4.21 ± 0.67	4.48 ± 0.63	0.006
20.	En general, cuando dono sangre pienso en que soy útil a la sociedad.	4.00 ± 0.68	4.23 ± 0.57	0.017
21.	Únicamente daría sangre para un ser querido.	1.73 ± 0.45	1.62 ± 0.59	0.13
22.	Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo.	2.10 ± 0.93	1.73 ± 0.86	0.06
23.	Habría más donantes si el Centro de Transfusión pudiera desplazarse más cerca del domicilio o del lugar de trabajo.	3.62 ± 1.03	3.71 ± 1.02	0.53
24.	El Banco de Sangre/Centro de Transfusión no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes.	2.08 ± 0.65	2.29 ± 0.84	0.05
25.	Considero insuficiente el refrigerio que se da después de la donación.	1.97 ± 0.56	2.07 ± 0.85	0.32
26.	Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitaran diversos servicios relacionados con la salud.	2.92 ± 1.08	3.51 ± 1.19	0.0006
27.	La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes.	2.83 ± 1.03	3.29 ± 0.92	0.002

Tabla 58. Comparación entre respondientes y no respondientes a la encuesta de 1994 para los factores de la escala, según la encuesta de 1987.

Factor	Denominación	No respondientes $\bar{x} \pm SD$	Respondientes $\bar{x} \pm SD$	P
1	Temores de salud.	6.00 \pm 1.46	6.34 \pm 1.72	0.14
2	Confortabilidad.	8.29 \pm 1.19	7.6 \pm 1.35	0.0004
3	Demanda de recompensas al Banco.	4.06 \pm 1.04	4.36 \pm 1.36	0.07
4	Deber y solidaridad.	8.22 \pm 1.07	8.25 \pm 1.19	0.90
5	Egoísmo/Excusas.	7.96 \pm 2.17	7.32 \pm 2.26	0.06
6	Demanda de recompensas sociales.	5.74 \pm 1.85	6.82 \pm 1.60	0.0001
7	Información/modelos	6.42 \pm 1.42	5.90 \pm 1.43	0.01

Tabla 59. Comparación entre las respuestas de los donantes a los ítems de la escala en 1987 y 1994.

	D-87 $\bar{x} \pm SD$	D-94 $\bar{x} \pm SD$	P
1. Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas.	3.83 ± 0.75	4.34 ± 0.66	< 0.0001
2. Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas.	3.78 ± 0.82	4.24 ± 0.70	< 0.0001
3. Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de mi comunidad.	2.31 ± 0.96	2.12 ± 1.14	0.13
4. Temo que a veces se comercie con la sangre de los donantes.	2.48 ± 1.16	2.16 ± 1.11	0.014
5. La donación regular de sangre puede llevar al agotamiento físico.	1.98 ± 0.77	1.86 ± 0.76	0.19
6. Sólo pueden donar sangre las personas que estén muy fuertes.	2.45 ± 0.90	2.36 ± 0.98	0.39
7. Los hospitales disponen de la sangre que necesitan generalmente.	2.14 ± 0.79	2.57 ± 1.05	0.0001
8. Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados.	3.54 ± 1.05	3.44 ± 1.24	0.49
9. No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación.	2.02 ± 0.77	1.58 ± 0.73	< 0.0001
10. Hubiera donado sangre con mayor frecuencia si alguno de mis amigos o familiares fueran ya donantes.	2.36 ± 0.94	2.41 ± 1	0.65
11. Aunque soy donante, con todo lo que se oye ahora, tengo cierto miedo a contagiarme con alguna enfermedad.	2.32 ± 1.23	2.10 ± 1.25	0.09
12. Me gustaría que cuando fuera a donar se me atendiera de forma individual y personalizada.	2.75 ± 1.08	2.40 ± 1.08	0.004
13. Donar sangre a personas que lo necesitan es una obligación moral.	4.08 ± 0.82	4.36 ± 0.82	0.001
14. El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas.	2.16 ± 0.72	2.05 ± 1.12	0.002
15. Donar sangre es una cuestión de solidaridad.	4.17 ± 0.62	4.56 ± 0.59	< 0.0001

Continúa...

Tabla 59 (Continuación). Comparación entre las respuestas de los donantes a los ítems de la escala en 1987 y 1994.

	D-87 $\bar{x} \pm SD$	D-94 $\bar{x} \pm SD$	P
16. Donar sangre puede ser peligroso para la salud.	1.91 ± 0.74	1.67 ± 0.67	0.004
17. Todo el mundo debería ser donante.	4.10 ± 0.76	4.15 ± 0.94	0.64
18. A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo.	2.70 ± 1.3	2.75 ± 1.37	0.74
19. Al donar sangre, la mayor recompensa es saber que con ella puede salvarse una vida.	4.48 ± 0.63	4.66 ± 0.48	0.007
20. En general, cuando dono sangre pienso en que soy útil a la sociedad.	4.23 ± 0.57	4.55 ± 0.50	< 0.0001
21. Únicamente daría sangre para un ser querido.	1.62 ± 0.59	1.30 ± 0.60	< 0.0001
22. Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo.	1.73 ± 0.86	1.67 ± 0.92	0.56
23. Habría más donantes si el Centro de Transfusión pudiera desplazarse más cerca del domicilio o del lugar de trabajo de la gente.	3.72 ± 1.02	3.16 ± 0.90	< 0.0001
24. El Banco de Sangre/Centro de Transfusión no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes.	2.29 ± 0.84	1.81 ± 0.83	< 0.0001
25. Considero insuficiente el refrigerio que se da después de la donación.	2.07 ± 0.85	1.71 ± 0.95	0.002
26. Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitaran diversos servicios relacionados con la salud.	3.51 ± 1.19	2.77 ± 1.28	< 0.0001
27. La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes.	3.29 ± 0.92	2.99 ± 1.09	0.02
28. La Legislación española permite donar sangre hasta 6 veces al año. ¿Qué periodicidad considera Vd. más adecuada?:	2.01 ± 0.70	1.98 ± 0.6	0.64
<ul style="list-style-type: none"> - Una o dos veces al año. - De tres a cuatro veces al año. - De cinco a seis veces al año. 			

Tabla 60. Comparación entre las respuestas en 1987 y 1994 a la pregunta "¿Recuerda qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez?" (n = 126).

	1987 %	1994 %
Solidaridad/sentido del deber.	29.40	34.10
Sentido de la necesidad concreta.	17.50	18.30
Beneficios personales o familiares.	23	20.60
Información/presiones.	15.90	20.60
Motivaciones religiosas.	3.20	0.80
Otras.	11.10	5.60

$\chi^2 = 3.46$; DF = 4; P > 0.20, N.S.

Tabla 61. Comparación entre las respuestas de los donantes en 1987 y en 1994 a la pregunta: "Si ya no dona por las mismas razones que le hicieron donar la primera vez, ¿cuáles son ahora sus razones?" (porcentaje sobre 126).

	1987	1994	t _{exp}	P
<u>Solidaridad/sentido del deber.</u>				
Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.	7.9	15.1	1.96	0.05
Es una buena acción.	1.6	5.6	1.67	0.10
Por deber social/moral.	3.2	2.4	0.38	0.7
Es bueno para la comunidad.	0	2.4		
<u>Sentido de la necesidad concreta.</u>				
Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.	7.9	12.7	1.41	0.16
Salva vidas.	2.4	4.8	1.13	0.26
Para los accidentes.	0	0.8		
Donarla es el único modo de tenerla (no se fabrica/si no se dona, hay que comprarla).	0	0.8		
<u>Beneficios personales o familiares.</u>				
Yo mismo o mi familia podrían necesitarla	0	1.6		
Por una experiencia personal de transfusión.	0	1.6		
Por una experiencia personal/familiar de enfermedad.	0	1.6		
Por la satisfacción personal de ayudar a otros/es gratificante.	0.8	1.6	0.58	0.56
Porque es bueno para la salud propia.	0	4.8		
<u>Factores facilitadores.</u>				
Es inocuo para la salud.	0.8	5.6	2.12	0.03
Es un acto fácil (poco tiempo/no duele).	1.6	3.2	0.82	0.41
<u>Información/Presiones.</u>				
Radio, TV, carteles, teléfono, otra publicidad.	0	1.6		
<u>Otros.</u>				
Otros.	1.6	3.2	0.82	0.41

Tabla 62. Comparación entre las respuestas -por grupos- de los de los donantes en 1987 y en 1994 a la pregunta "*Si ya no dona por las mismas razones que le hicieron donar la primera vez, ¿cuáles son ahora sus razones?*" (porcentaje sobre 126).

	1987	1994	t _{exp}	P
Solidaridad/Sentido del deber.	11.9	21.4	2.12	0.03
Sentido de la necesidad.	10.3	16.7	1.70	0.09
Beneficios personales o familiares.	0.8	9.5	9.3	0.002
Factores facilitadores.	2.4	8.7	2.14	0.03
Información/Presiones.	0	1.6		

Tabla 63. Comparación entre las respuestas de los donantes en 1987 y en 1994 a la pregunta "¿Qué tres razones emplearía para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?" (porcentaje sobre 126).

	1987	1994	t _{exp}	P
<u>Solidaridad/sentido del deber.</u>				
Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.	34.1	26.2	1.39	0.16
Es una buena acción.	11.9	14.3	0.58	0.56
Por deber social/moral.	7.9	8.7	0.06	0.81
Es bueno para la comunidad.	3.2	3.2	0	1
<u>Sentido de la necesidad concreta.</u>				
Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.	22.2	34.9	2.47	0.01
Salva vidas.	23	33.3	1.82	0.07
Para los accidentes.	3.2	7.1	1.67	0.09
Para las intervenciones quirúrgicas.	0.8	1.6	0.58	0.56
Donarla es el único modo de tenerla. (no se fabrica/si no se dona, hay que comprarla).	1.6	21.4	4.64	<0.0001
<u>Beneficios personales o familiares.</u>				
Yo mismo o mi familia podrían necesitarla.	19	38.9	3.81	0.0001
Por la satisfacción personal de ayudar a otros/es gratificante.	4	10.3	2.31	0.02
Porque es bueno para la salud propia.	12.7	17.5	1.22	0.22
Por dinero/recompensas materiales.	0	0.8		
<u>Factores facilitadores.</u>				
Es inocuo para la salud.	23.8	37.3	2.43	0.01
Es un acto fácil (poco tiempo/no duele).	5.6	4	0.63	0.52
No hay peligro de contagio.	0	3.2		
No se comercia.	0.8	1.6	1	0.32
<u>Motivos religiosos.</u>				
Motivos religiosos.	4.8	0.8	2.24	0.02

Continúa...

Tabla 63 (Continuación). Comparación entre las respuestas de los donantes en 1987 y en 1994 a la pregunta "*¿Qué tres razones emplearía para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?*" (porcentaje sobre 126).

	1987	1994	t _{exp}	p
Otros.				
Otros.	3.2	2.4	0.45	0.65
Te atienden bien.	0	0.8		
No sabe, no contesta.	0.8	1.6	0.58	0.56
Ningún motivo concreto.	0	0.8		
No hay que tener miedo.	1.6	4	1.13	0.26

Tabla 64. Comparación entre las respuestas -por grupos- de los donantes en 1987 y en 1994 a la pregunta "¿Qué tres razones emplearía para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?" (porcentaje sobre 126).

	1987	1994	t _{exp}	P
Solidaridad/sentido del deber.	50.80	46.80	0.66	0.50
Sentido de la necesidad.	44.40	72.20	4.48	<0.0001
Beneficios personales o familiares.	33.30	57.10	4.24	<0.0001
Factores facilitadores.	29.40	42.90	2.33	0.02
Motivos religiosos.	4.80	0.80	2.23	0.02
Otros.	5.60	7.10	0.53	0.59

Tabla 65. Evolución 1987-1994 entre los donantes, de la creencia sobre el número más adecuado de donaciones anuales.

	1987		1994	
	n	%	n	%
1 - 2 veces/año	40	21.10	26	20.60
3 - 4 veces /año	105	55.30	79	62.70
5 - 6 veces/año	45	23.70	21	16.70
TOTAL	190	100	126	100

No significativo.

Tabla 66. Comparación entre el conocimiento sobre la Hermandad de Donantes en 1987 y el de la Asociación de Donantes Altruistas de Sangre en 1994 (porcentaje sobre 126).

	1987		1994		P
	Sí	No sabe	Sí	No sabe	
- ¿Conoce la Hermandad de Donantes?	22.40				<0.0001
- ¿Conoce la Asociación de Donantes?			50.40		
- ¿Es Vd. miembro de la misma?	16	14.40	14.40	4.80	0.04
- ¿Conoce las actividades que realiza?	2.40		27.20		<0.0001
- ¿Se siente motivado por ella?	23.20		25		0.72
- ¿Participa Vd. activamente en sus actividades?	0		13.60		
- ¿Ha asistido alguna vez a una reunión o asamblea de sus miembros?	1.60		24.80		<0.0001

Tabla 67. Comparación por los factores de la escala entre los donantes en 1987 y 1994.

Factores	1987		1994		P
	\bar{x}	\pm SD	\bar{x}	\pm SD	
1. Temores de salud.	6.35	\pm 1.73	5.90	\pm 1.64	0.01
2. Confortabilidad.	7.60	\pm 1.36	8.58	\pm 1.17	< 0.0001
3. Demanda de recompensas al Banco.	4.37	\pm 1.36	3.52	\pm 1.50	< 0.0001
4. Deber y solidaridad.	8.25	\pm 1.19	8.92	\pm 1.15	< 0.0001
5. Egoísmo/excusas.	7.33	\pm 2.26	6.97	\pm 2.32	0.15
6. Demanda de recompensas sociales.	6.82	\pm 1.61	5.75	\pm 1.82	< 0.0001
7. Información.	5.90	\pm 1.44	5.86	\pm 1.60	0.84

Tabla 68. Análisis para determinar el modelo que explique la asociación entre variables y el número de donaciones desde la primera hasta el 31.12.1987.

Variable	Análisis Bivariante			Control por el año de la primera donación			Modelo global sin control por el año de la primera donación		
	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P
Sexo	-0.064 (0.058)	-0.089	N.S.	---					
Edad	0.006 (0.002)	0.214	0.006	0.002 (0.002)	0.088	0.29	0.006 (0.002)	0.230	P < 0.01
Nivel	-0.0096 (0.019)	-0.041	N.S.	---					
F 1: Temores de salud	-0.029 (0.016)	-0.134	0.091	-0.025 (0.014)	-0.143	0.08	-0.040 (0.016)	-0.199	0.01
F 2: Confortabilidad	-0.035 (0.021)	-0.132	0.096	-0.017 (0.017)	-0.78	0.34	-0.028 (0.020)	-0.116	0.15
F 3: Demanda de recompensas al Banco	-0.004 (0.021)	-0.014	N.S.	---					
F 4: Deber, solidaridad	0.0311 (0.0237)	0.105	0.186	0.0005 (0.019)	-0.002	0.98	0.006 (0.023)	0.023	0.78
F 5: Egoísmo/excusas	-0.0037 (0.0123)	-0.022	N.S.	---					
F 6: Demanda de recompensas sociales	0.038 (0.016)	0.188	0.017	0.013 (0.14)	0.080	0.33	0.031 (0.015)	0.166	0.04
F 7: Información	-0.062 (0.019)	-0.251	0.001	-0.040 (0.016)	-0.198	0.02	-0.060 (0.018)	-0.261	P < 0.001

continúa...

Tabla 68. (continuación) Análisis para determinar el modelo que explique la asociación entre variables y el número de donaciones desde la primera hasta el 31.12.1987.											
Variable	Análisis Bivariante			Control por el año de la primera donación			Modelo global sin control por el año de la primera donación				
	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P		
A 31: Factores facilitadores	- 0.059 (0.206)	- 0.023	N.S.	---							
A 31: Sentido de la necesidad	0.020 (0.091)	0.018	N.S.	---							
A 31: Beneficios personales o familiares	0.313 (0.353)	0.071	N.S.	---							
A 31: Solidaridad/sentido del deber	- 0.027 (0.086)	- 0.025	N.S.	---							
A 32: Solidaridad/sentido del deber	0.0274 (0.056)	0.039	N.S.	---							
A 32: Sentido de la necesidad	- 0.026 (0.028)	- 0.074	N.S.	---							
A 32: Factores facilitadores	0.018 (0.016)	0.090	N.S.	---							
A 32: Beneficios personales o familiares	0.009 (0.020)	0.038	N.S.	---							
A 32: Motivos religiosos	0.012 (0.021)	0.0470	N.S.	---							
Fecha 1ª donación	0.0574 (0.0067)	0.570	P < 0.0001	0.049 (0.007)	0.49	P < 0.01					
Lugar de residencia	- 0.0008 (0.0282)	0.00003	N.S.								

F = Factor A 31, A 32 = Grupo de respuestas a los ítems 31 y 32.

Tabla 69. Análisis para determinar el modelo que explique la asociación entre variables de la encuesta y el número de donaciones efectuadas desde el 1.01.1988 hasta el 31.12.1993.

Variable	Bivariante			Control por el nº de donaciones hasta 1987			Sin control por el nº de donaciones hasta 1987		
	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P
Sexo.	-0.035 (0.074)	-0.139	0.172	-0.062 (0.078)	-0.086	0.43	-0.73 (0.081)	-0.097	0.36
Edad.	0.0007 (0.003)	-0.006	N.S.	---					
Nivel.	-0.002 (0.025)	0.093	N.S.	---					
F 1: temores de salud.	-0.281 (0.025)	-0.114	0.263	-0.033 (0.026)	-0.137	0.20	-0.048 (0.026)	-0.193	0.07
F 2: confortabilidad.	0.0002 (0.029)	0.030	N.S.	---					
F 3: demanda de recompensas al Banco.	0.006 (0.03)	-0.006	N.S.	---					
F 4: deber y solidaridad.	-0.062 (0.032)	0.198	0.05	0.046 (0.031)	0.157	0.15	0.049 (0.032)	0.159	0.14
F 5: egoísmo/excusas.	-0.008 (0.016)	0.013	N.S.	---					

Continúa...

Tabla 69 (Continuación). Análisis para determinar el modelo que explique la asociación entre variables de la encuesta y el número de donaciones efectuadas desde el 1.01.1988 hasta el 31.12.1993.

Variable	E. variante			Control: por el nº de donaciones hasta 1987			Sin control por el nº de donaciones hasta 1987		
	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P
F 6: demanda de recompensas sociales.	0.037 (0.021)	0.139	0.172	0.024 (0.024)	0.108	0.32	0.0391 (0.0243)	0.170	0.11
F 7: información.	0.001 (0.024)	0.054	N.S.	---					
A 31: factores facilitadores.	-0.421 (0.227)	-0.210	0.038	-0.346 (0.212)	-0.173	0.11	-0.409 (0.218)	-0.197	0.06
A 31: sentido de la necesidad.	0.095 (0.108)	0.095	N.S.	---					
A 31: beneficios personales o familiares.	0.236 (0.394)	0.066	N.S.	---					
A 31: solidaridad/sentido del deber.	-0.108 (0.115)	-0.104	N.S.	---					
A 32: solidaridad/sentido del deber.	0.046 (0.073)	0.170	0.098	0.035 (0.073)	0.051	0.64	0.043 (0.075)	-0.062	0.57
A 32: sentido de la necesidad.	-0.006 (0.037)	-0.046	N.S.	---					

Continúa...

Tabla 69 (Continuación). Análisis para determinar el modelo que explique la asociación entre variables de la encuesta y el número de donaciones efectuadas desde el 1.01.1988 hasta el 31.12.1993.

Variable	Bivariante			Control por el nº de donaciones hasta 1987			Sin control por el nº de donaciones hasta 1987		
	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P
A 32: factores facilitadores.	- 0.012 (0.02)	- 0.117	0.094	- 0.023 (0.02)	- 0.122	0.26	- 0.0182 (0.020)	- 0.095	0.38
A 32: beneficios personales o familiares.	0.029 (0.025)	0.080	N.S.	---					
A 32: motivos religiosos.	0.048 (0.03)	0.152	0.125	0.0248 (0.027)	0.099	0.36	0.035 (0.028)	0.134	0.21
Lugar de residencia	- 0.033 (0.039)	- 0.030	N.S.	---					
Nº de donaciones hasta el 31.12.1987	0.383 (0.1021)	0.349	0.0002	0.3048 (0.1111)	0.284	0.01			

F = Factor

A 31, A 32 = Grupo de respuestas a los ítems 31 y 32.

Tabla 70 (Continuación). Análisis para ver qué variables se asociaban con la probabilidad de ser un donante "de alto grado" con más de tres donaciones antes de 1987.

Variable	Bivariante		Control por el año de la 1ª donación				Sin control por el año de la 1ª donación			
	Ó	Ó ₁	Ó ₂	Ó	Ó ₁	Ó ₂	Ó	Ó ₁	Ó ₂	
	A 31: sentido de la necesidad.	1.02	0.37	2.87						
A 31: solidaridad/sentido del deber.	0.98	0.37	2.61							
A 32: solidaridad/sentido del deber.	1.4	0.73	2.66							
Motivaciones "intrínsecas" para donar la primera vez.	0.46	0.21	0.97	0.42	0.17	1.06	0.48	0.20	1.15	

F = Factor

A 31, A 32 = Grupo de respuestas a los ítems 31 y 32.

Tabla 71. Análisis para determinar qué variables se asocian con la probabilidad de ser un donante "de alto grado" con más de tres donaciones en el periodo de 1987 a 1993.

Variable	Bivariante			Control por el n° de donaciones hasta 1987			Sin control por el n° de donaciones hasta 1987		
	Ó	Ó ₁	Ó ₂	Ó	Ó ₁	Ó ₂	Ó	Ó ₁	Ó ₂
N° donaciones hasta 1987.	2.61	1.23	5.56	2.44	1.19	6.03			
Sexo.	0.48	0.22	1.03	0.37	0.15	0.9	0.38	0.16	0.91
Edad.	1.98	0.62	4.31	1.98	0.83	4.73	2.12	0.9	4.98
F 1: temores de salud.	0.41	0.19	0.89	0.65	0.26	1.65	0.59	0.24	1.47
F 2: confortabilidad.	6.09	1.63	22.7	5.45	1.28	23.2	6	1.42	25.2
F 3: demanda de recompensas al Banco.	0.91	0.41	2.02						
F 4: deber, solidaridad.	2.1	0.97	4.54	2.11	0.87	5.15	2.15	0.89	5.16
F 5: egoísmo/excusas.	1.29	0.54	3.11						
F 6: demanda de recompensas sociales.	1.01	0.49	2.1						
F 7: información	0.85	0.33	2.16						
A 31: sentido de la necesidad.	2.6	0.75	9.07	2.40	0.60	9.63	2.26	0.59	8.69
A 31: solidaridad/sentido del deber.	0.25	0.06	0.95	0.33	0.08	1.28	0.33	0.08	1.29
A 32: solidaridad/sentido del deber.	1.34	0.66	2.75						

Tabla 72. Análisis de la influencia de la variación de las respuestas entre 1987 y 1994 sobre el número de donaciones realizadas desde 1987 hasta 1993.

Variable	Bivariante			Control por nº de donaciones hasta 1987			Sin control por nº de donaciones hasta 1987		
	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P
Sexo.	0.002 (0.017)	0.02	0.63						
Edad.	- 0.0003 (0.0003)	0.010	0.92						
Nivel de estudios.	0.004 (0.031)	0.04	0.76						
F 1: temores de salud.	- 0.029 (0.02)	- 0.148	0.15	- 0.022 (0.018)	0.131	0.22	- 0.0327 (0.018)	- 0.19	0.07
F 2: confortabilidad.	- 0.018 (0.023)	0.08	0.44						
F 3: demanda de recompensas al Banco.	- 0.015 (0.02)	- 0.077	0.46						
F 4: deber y solidaridad.	0.064 (0.028)	0.229	0.03	0.06 (0.025)	0.247	0.02	0.054 (0.026)	0.218	0.04
F 5: egoísmo/excusas.	0.029 (0.014)	0.21	0.04	0.012 (0.013)	0.097	0.37	0.015 (0.013)	0.12	0.26

Continúa...

Tabla 72 (Continuación). Análisis de la influencia de la variación en las respuestas entre 1987 y 1994 sobre el número de donaciones realizadas desde 1987 hasta 1993.

Variable	Bivariante			Control por nº de donaciones hasta 1987			Sin control por nº de donaciones hasta 1987		
	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P
F 6: demanda de recompensas sociales.	0.01 (0.018)	0.061	0.56						
F 7: información.	0.006 (0.017)	0.035	0.74						
A 31: factores facilitadores	-0.305 (0.117)	-0.26	0.01	-0.350 (0.097)	-0.359	< 0.01	-0.372 (0.1)	-0.367	< 0.01
A 31: sentido de la necesidad.	0.064 (0.088)	0.075	0.47						
A 31: beneficios personales o familiares.	0.036 (0.118)	0.032	0.76						
A 31: solidaridad/sentido del deber.	-0.029 (0.076)	-0.040	0.7						
A 32: solidaridad/sentido del deber.	0.090 (0.058)	0.158	0.13	0.047 (0.052)	0.096	0.037	0.058 (0.054)	0.113	0.28

Continúa...

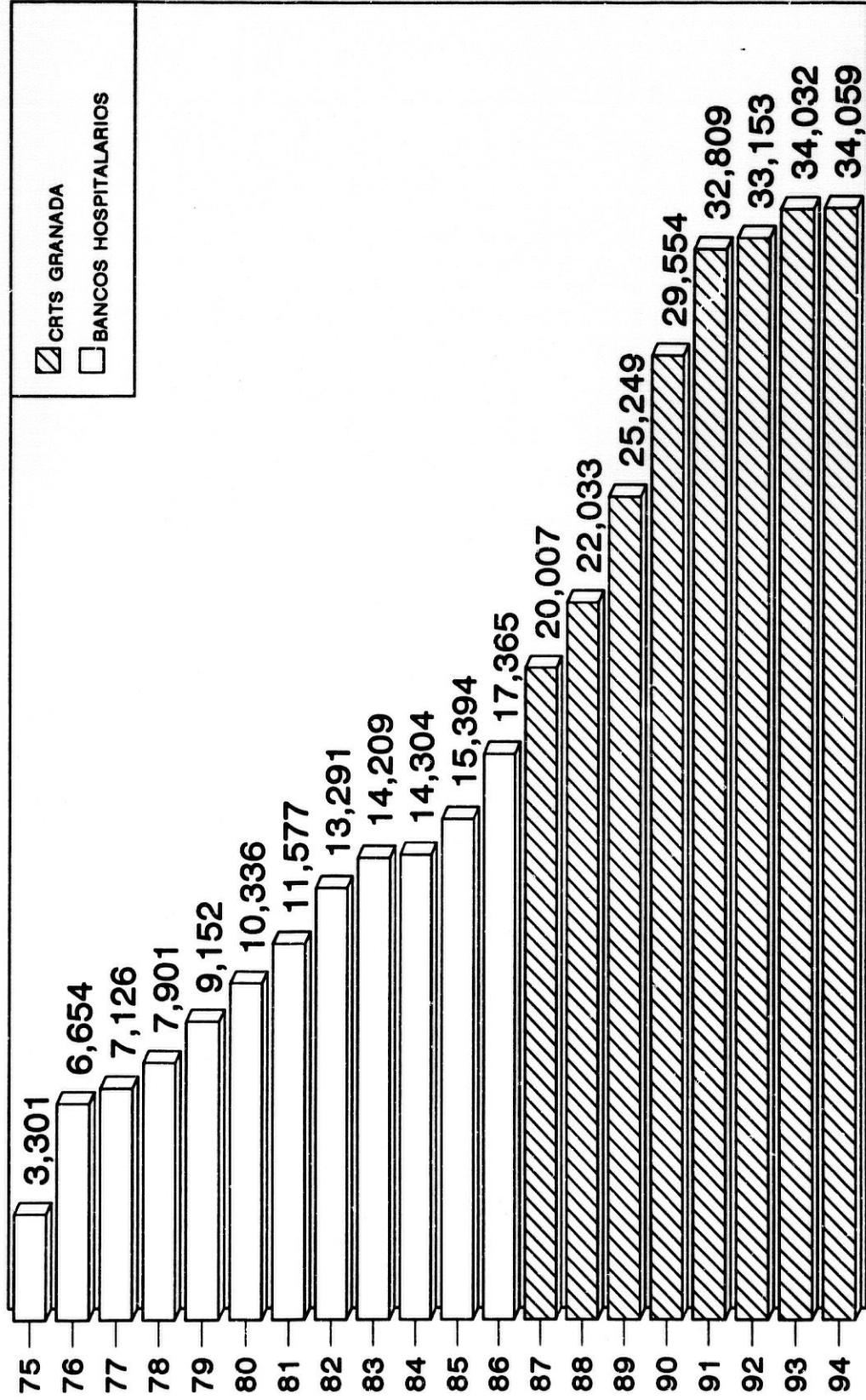
Tabla 72 (Continuación). Análisis de la influencia de la variación de la variación en las respuestas entre 1987 y 1994 sobre el número de donaciones realizadas desde 1987 hasta 1993.

Variable	Bivariante			Control por nº de donaciones hasta 1987			Sin control por nº de donaciones hasta 1987		
	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P	b (S _b)	r	P
A 32: sentido de la necesidad concreta.	0.007 (0.031)	0.023	0.82						
A 32: factores facilitadores.	-0.01 (0.015)	-0.07	0.50						
A 32: beneficios personales o familiares.	0.043 (0.021)	0.207	0.04	0.007 (0.02)	0.037	0.73	0.022 (0.02)	0.119	0.26
A 32: motivos religiosos.	0.043 (0.032)	0.138	0.18	0.0431 (0.028)	-0.161	0.13	0.0491 (0.029)	-0.177	0.09
Nº donaciones hasta 1987.	0.391 (0.1073)	0.354	< 0.001	0.2907 (0.102)	0.276	0.01			
Lugar de residencia.	-0.009 (0.045)	0.02	0.85						

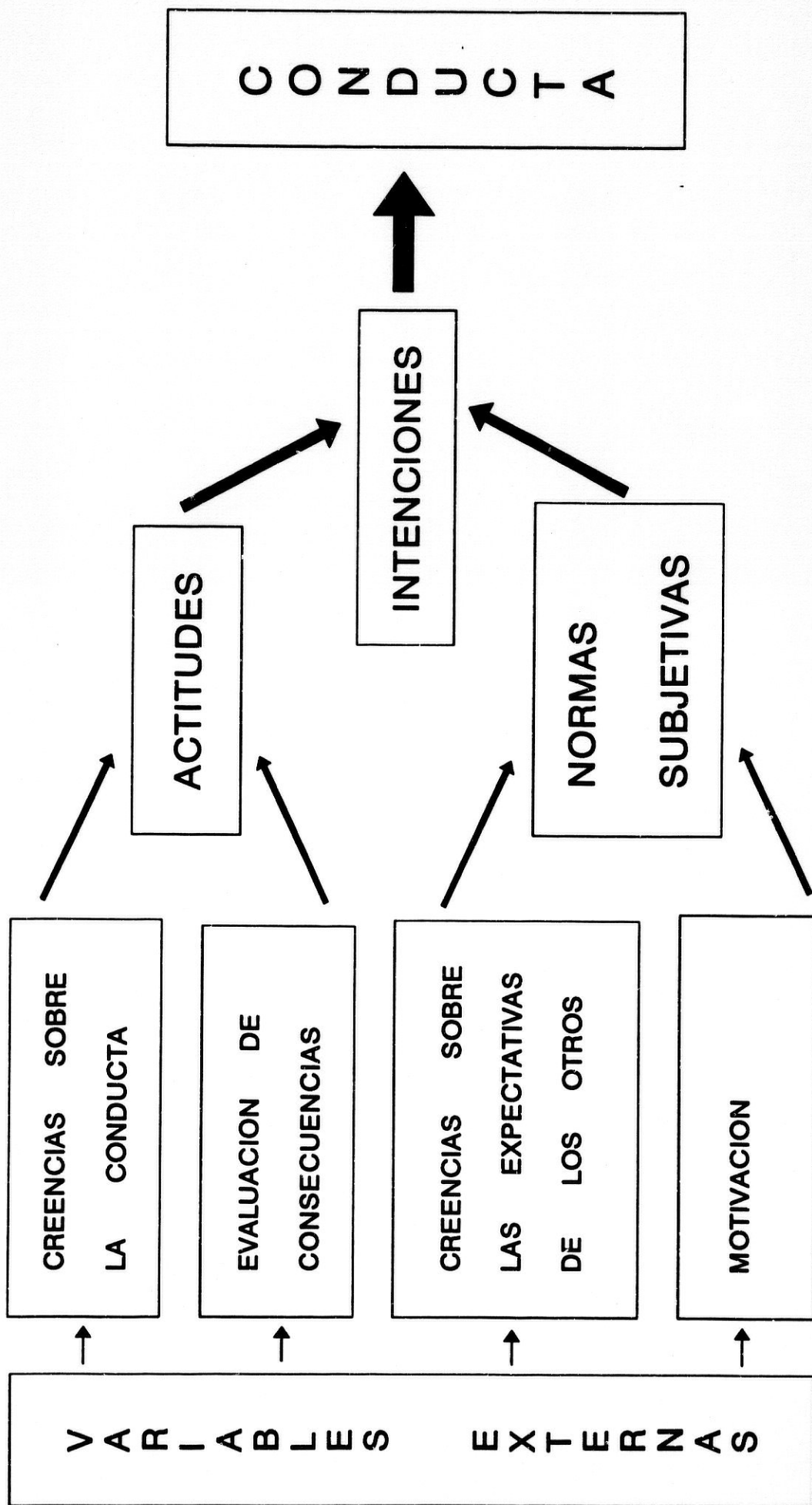
F = Factor

A 31, A 32 = Grupo de respuestas a los ítems 31 y 32.

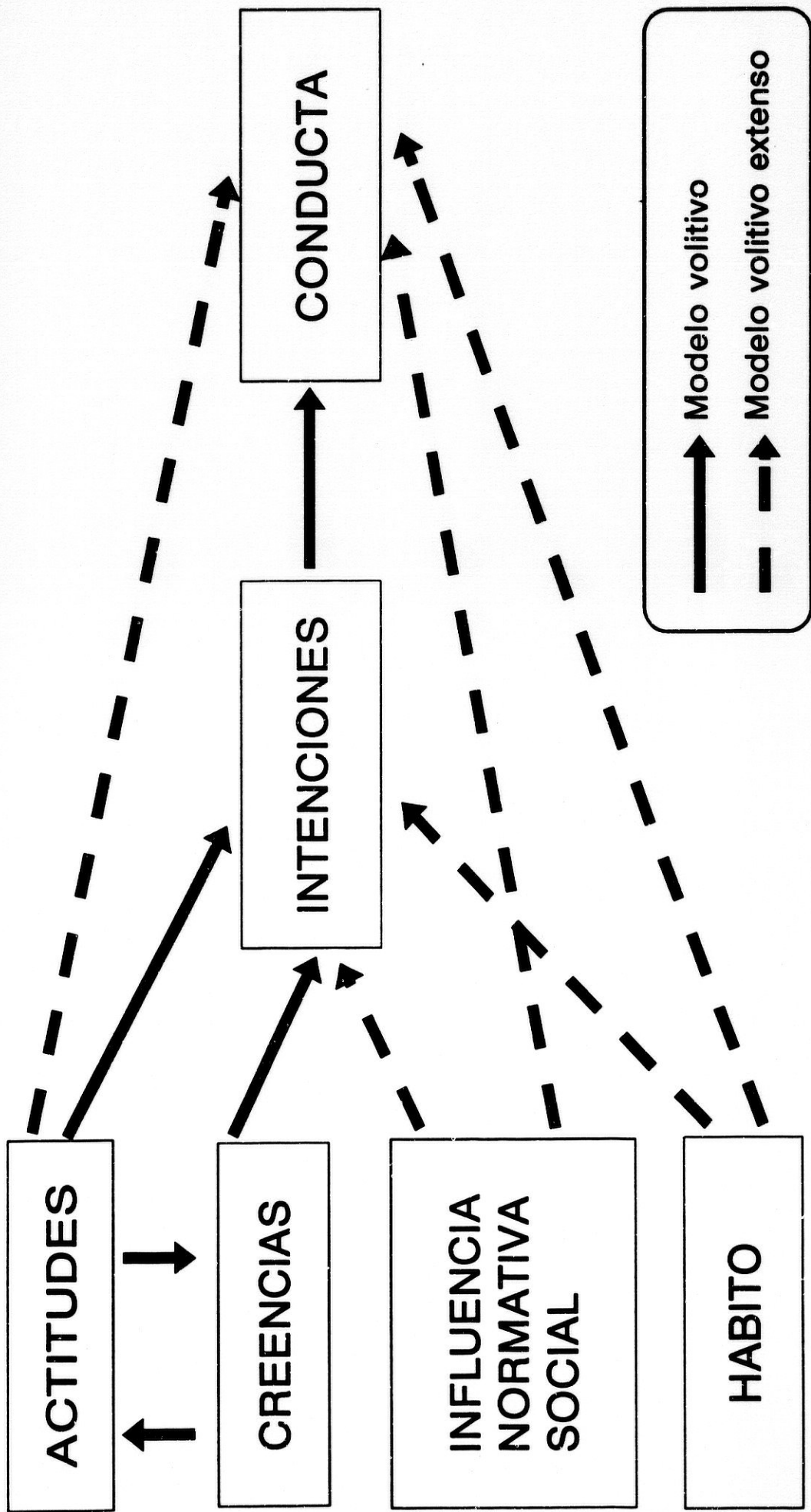
GRÁFICAS



Gráfica 1. Evolución del número total de donaciones en Granada desde 1975 a 1994.



Gráfica 2. Modelo de conducta de Fishbein.



Gráfica 3. Modelo de conducta de Bagozzi.

ANEXOS

ANEXO 1. CLASIFICACION DEL NIVEL DE ESTUDIOS

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Nivel	
1	ANALFABETO
2	LEE Y ESCRIBE PERO NO HA REALIZADO ESTUDIOS
3	ESTUDIOS PRIMARIOS: HASTA 4° DE E.G.B. O INGRESO DE BACHILLER
4	ESTUDIOS SECUNDARIOS PRIMER GRADO: HASTA 8° E.G.B., 4° DE BACHILLER, GRADUADO ESCOLAR O F.P.1
5	ESTUDIOS SECUNDARIOS SEGUNDO GRADO: HASTA C.O.U., P.R.E.U. O F.P.2
6	ESTUDIOS SUPERIORES MEDIOS: CARRERAS TÉCNICAS, TIPO ENFERMERIA, MAGISTERIO, APAREJADORES, TRABAJADORES SOCIALES, ETC.
7	ESTUDIOS UNIVERSITARIOS
9	NO CONSTA

ANEXO 2. SITUACION LABORAL

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

SITUACION LABORAL
EMPLEADO
DESEMPLEADO
AMA DE CASA
PENSIONISTA
ESTUDIANTE
SERVICIO MILITAR

ANEXO 3. CUESTIONARIO DE DONANTES EN 1987.

A continuación se le presentan una serie de frases relacionadas con la donación que Vd. deberá valorar según su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas. Por tanto, colocará una X sobre el 1 o sobre el 2, si está en desacuerdo absoluto o sólo en desacuerdo, y sobre el 4 o el 5, si está de acuerdo o de acuerdo totalmente. Procure no colocar la X sobre el 3, a no ser que le sea totalmente imposible decidirse por las restantes alternativas. Después les siguen varias preguntas.

	DESACUERDO TOTAL 1	DESACUERDO 2	INDIFERENTE 3	ACUERDO 4	ACUERDO TOTAL 5
1. Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de mi comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Temo que a veces se comercie con la sangre de los donantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La donación regular de sangre puede llevar al agotamiento físico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sólo pueden donar sangre las personas que estén muy fuertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Los hospitales disponen de la sangre que necesitan generalmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hubiera donado sangre con mayor frecuencia si alguno de mis amigos o familiares fueran ya donantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Aunque soy donante, con todo lo que se oye ahora, tengo cierto miedo a contagiarme con alguna enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me gustaría que cuando fuera a donar se me atendiera de forma individual y personalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Donar sangre a personas que lo necesitan es una obligación moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Donar sangre es una cuestión de solidaridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Donar sangre puede ser peligroso para la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Todo el mundo debería ser donante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúa...

ANEXO 3 (CONTINUACIÓN). CUESTIONARIO DE DONANTES EN 1987.

	DESACUERDO TOTAL 1	DESACUERDO 2	INTERCISO 3	ACUERDO 4	ACUERDO TOTAL 5
19. Al donar sangre, la mayor recompensa es saber que con ella puede salvarse una vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. En general, cuando dono sangre pienso en que soy útil a la sociedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Únicamente daría sangre para un ser querido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Habría más donantes si el Banco de Sangre pudiera desplazarse más cerca del domicilio o del lugar de trabajo de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. El Banco de Sangre no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Considero insuficiente el refrigerio que se da después de la donación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitaran diversos servicios relacionados con la salud..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. La legislación española permite donar sangre hasta 6 veces al año. ¿Qué periodicidad considera Vd. más adecuada?:					
- Una o dos veces al año					<input type="checkbox"/>
- De tres a cuatro veces al año					<input type="checkbox"/>
- De cinco a seis veces al año					<input type="checkbox"/>
29. ¿Recuerda qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez? _____					
30. ¿Continúa donando sangre por las mismas razones que lo hizo la primera vez? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
31. En caso negativo, ¿cuáles son ahora sus razones? _____					
32. ¿Qué tres razones emplearía Vd. para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre? _____					
33. ¿Conoce la Hermandad de Donantes de Sangre? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
34. ¿Es Vd. miembro de la misma? NO SABE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
35. ¿Conoce las actividades que realiza? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
36. ¿Se siente motivado por la Hermandad como donante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
37. ¿Participa Vd. activamente en sus actividades? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
38. ¿Ha asistido alguna vez a una reunión o asamblea de sus miembros? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
39. ¿Desea añadir algo que no se le haya preguntado? _____					

ANEXO 4. CUESTIONARIO DE NO DONANTES EN 1987.

A continuación se le presentan una serie de frases relacionadas con la donación que Vd. deberá valorar según su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas. Por tanto, colocará una X sobre el 1 o sobre el 2, si está en desacuerdo absoluto o sólo en desacuerdo, y sobre el 4 o el 5, si está de acuerdo o de acuerdo totalmente. Procure no colocar la X sobre el 3, a no ser que le sea totalmente imposible decidirse por las restantes alternativas. Después les siguen varias preguntas.

	DESACUERDO TOTAL 1	DESACUERDO 2	INDECISO 3	ACUERDO 4	ACUERDO TOTAL 5
a. La donación de sangre es algo que no me preocupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nunca he pensado en donar sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Si no doy sangre es porque nunca me lo han pedido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Me da miedo ver la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Las condiciones en que se realizan las donaciones son total- mente higiénicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómo- das y relajadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. No he donado sangre porque padezco una enfermedad que me lo impide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Temo que a veces se comercie con la sangre de los donantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La donación regular de sangre puede llevar al agotamiento físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Sólo pueden donar sangre las personas que estén muy fuertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Hubiera donado sangre si supiera que se iba a quedar ésta en mi comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Los hospitales disponen de la sangre que necesitan general- mente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Quienes aún no somos donantes es porque no estamos suficien- temente informados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Me gustaría que cuando fuera a donar se me atendiera de for- ma individual y personalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Hubiera donado sangre si alguno de mis amigos o familiares fueran ya donantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Una de las razones por la que no soy donante es por miedo al pinchazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Donar sangre a personas que lo necesitan es una obligación moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. El que necesite sangre es el que debe pagarla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúa...

ANEXO 4 (CONTINUACIÓN). CUESTIONARIO DE NO DONANTES EN 1987.

	DESACIERTO TOTAL 1	DESACIERTO 2	INDECISO 3	ACIERTO 4	ACIERTO TOTAL 5
. Una de las razones por las que no soy donante es por el miedo a contagiarme con alguna enfermedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Donar sangre es una cuestión de solidaridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g . Sólo daría sangre en caso de estricta urgencia para salvar una vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Donar sangre puede ser peligroso para la salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Todo el mundo debería ser donante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Al donar sangre, la mayor recompensa es saber que con ella puede salvarse una vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Únicamente daría sangre para un ser querido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Habría más donantes si el Banco de Sangre pudiera desplazar se más cerca del domicilio o lugar de trabajo de la gente .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. El Banco de Sangre no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitarían diversos servicios relacionados con la salud ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La sociedad no reconoce suficientemente el esfuerzo y la generosidad de los donantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. La legislación española permite donar sangre hasta 6 veces al año. ¿Vd. qué periodicidad considera más adecuada?:					
- Una o dos veces al año					<input type="checkbox"/>
- De tres a cuatro veces al año					<input type="checkbox"/>
- De cinco a seis veces al año					<input type="checkbox"/>
. ¿Ha oído hablar en alguna ocasión de la Hermandad de Donantes de Sangre? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
. ¿Conoce las actividades que realiza?					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
h . ¿Porqué cree que hay tan pocos donantes de sangre en nuestro país?					
<hr/>					
i . ¿Qué motivos le llevarían a hacerse donante? (Cite los 3 que considere más importantes):					
1º	<hr/>				
2º	<hr/>				
3º	<hr/>				

ANEXO 5. CUESTIONARIO DE DONANTES EN 1994.

A continuación se le presentan una serie de frases relacionadas con la donación que Vd. deberá valorar según su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas. Por tanto, colocará una X sobre el 1 o sobre el 2, si está en desacuerdo absoluto o sólo en desacuerdo, y sobre el 4 o el 5, si está de acuerdo o de acuerdo totalmente. Procure no colocar la X sobre el 3, a no ser que le sea totalmente imposible decidirse por las restantes alternativas. Después les siguen varias preguntas.

	DESACUERDO TOTAL		DESACUERDO		INDECISO		ACUERDO		ACUERDO TOTAL
	1	2	3	4	5				
. Las condiciones en que se realizan las donaciones son totalmente higiénicas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
. Las condiciones en que se realizan las donaciones son cómodas y relajadas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
. Donaría sangre con mayor frecuencia si supiera que se iba a utilizar entre miembros de mi comunidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
. Temo que a veces se comercie con la sangre de los donantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
. La donación regular de sangre puede llevar al agotamiento físico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
. Sólo pueden donar sangre las personas que estén muy fuertes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
. Los hospitales disponen de la sangre que necesitan generalmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
. Quienes aún no son donantes es porque no están suficientemente informados.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
. No hay más donantes por lo mal que se les atiende en los Centros de Donación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
. Hubiera donado sangre con mayor frecuencia si alguno de mis amigos o familiares fueran ya donantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Continúa...

ANEXO 5 (CONTINUACIÓN). CUESTIONARIO DE DONANTES EN 1994.

	DESACUERDO 1	DESACUERDO 2	INDECISO 3	ACUERDO 4	ACUERDO TOTAL 5
. Aunque soy donante, con todo lo que se oye ahora, tengo cierto miedo a contagiarme con alguna enfermedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Me gustaría que cuando fuera a donar se me atendiera de forma individual y personalizada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Donar sangre a personas que lo necesitan es una obligación moral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. El Estado es el único responsable de proporcionar sangre tal como ocurre con las medicinas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Donar sangre es una cuestión de solidaridad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Donar sangre puede ser peligroso para la salud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Todo el mundo debería ser donante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. A veces he pensado en donar sangre, pero no lo he hecho por falta de tiempo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j . Considero adecuada la forma en que el Centro Regional de Transfusión lleva a cabo la donación de sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k . El Centro se desplaza a mi localidad con frecuencia suficiente para permitir que la gente done cuando lo desee.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l . La atención médica durante la donación es adecuada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m . La atención humana durante la donación es adecuada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n . La información que me da el Centro sobre la donación de sangre me parece adecuada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Al donar sangre, la mayor recompensa es saber que con ella puede salvarse una vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. En general, cuando dono sangre pienso en que soy útil a la sociedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Únicamente daría sangre para un ser querido.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Si no dono con más frecuencia es por miedo al pinchazo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúa...

ANEXO 5 (CONTINUACIÓN). CUESTIONARIO DE DONANTES EN 1994.

	DESACUERDO 1	DESACUERDO 2	INDECISO 3	ACUERDO 4	ACUERDO TOTAL 5
Habría más donantes si el Centro de Transfusión pudiera desplazarse más cerca del domicilio o del lugar de trabajo de la gente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El Centro de Transfusión no recompensa suficientemente la generosidad de los donantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero insuficiente el refrigerio que se da después de la donación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los donantes deberían contar con unos distintivos que les facilitarían diversos servicios relacionados con la salud.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La sociedad no reconoce suficientemente la generosidad de los donantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La donación de sangre está organizada en el C.R.T.S. Igual, Peor, Mejor que estaba en los Bancos de Sangre de los Hospitales.....			IGUAL	PEOR	MEJOR
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Legislación española permite donar sangre hasta 6 veces al año ¿Qué periodicidad considera Vd. más adecuada?					
- Una o dos veces al año.....	<input type="checkbox"/>				
- De tres a cuatro veces al año.....	<input type="checkbox"/>				
- De cinco a seis veces al año.....	<input type="checkbox"/>				
¿Recuerda qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez?					
1. _____					
¿Continúa donando sangre por las mismas razones que lo hizo la primera vez?.....			SI	<input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso negativo, ¿Cuáles son ahora sus razones?					
1. _____					
2. _____					
3. _____					

Continúa...

ANEXO 5 (CONTINUACIÓN). CUESTIONARIO DE DONANTES EN 1994.

. ¿Qué tres razones emplearía Vd. para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?

1. _____
2. _____
3. _____

. ¿Conoce la Asociación de Donantes de Sangre Altruistas de Granada? SI NO

. ¿Es Vd. miembro de la misma?..... NO SABE SI NO

. ¿Conoce las actividades que realiza?..... SI NO

. ¿Se siente motivado por la Asociación como donante?..... SI NO

. ¿Participa Vd. activamente en sus actividades?..... SI NO

. ¿Ha asistido alguna vez a una reunión o asamblea de sus miembros?..... SI NO

ANEXO 6. CLASIFICACION Y AGRUPACION POR CATEGORIAS DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ABIERTAS DE LOS CUESTIONARIOS DE DONANTES DE 1987 Y 1994:

- *"Recuerda qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez?"*
 - *"¿Cuáles son ahora sus razones? (si ya no dona por las mismas que la primera vez)"*
 - *"¿Qué tres razones emplearía Ud. para convencer a una persona de que se hiciera donante de sangre?"*
-

Solidaridad/sentido del deber

- Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.
- Es una buena acción.
- Por deber social/moral.
- Es bueno para la comunidad.

Sentido de la necesidad concreta

- Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.
- Salva vidas.
- Para los accidentes.
- Para las intervenciones quirúrgicas.
- Donarla es el único modo de tenerla (no se fabrica/si no se dona, hay que comprarla).

Beneficios personales o familiares

- El/yo mismo o su/mi familia podrían necesitarla.
- Por una experiencia personal/familiar de transfusión.
- Por una experiencia personal/familiar de enfermedad.
- Por satisfacción personal de ayudar a otros/Es gratificante.
- Porque es bueno para la salud propia.
- Por dinero/recompensas materiales (refrigerio/entrar a hospitales).

Factores facilitadores

- Es inocuo para la salud.
- Es un acto fácil (poco tiempo/no duele).
- No hay peligro de contagio.
- No se comercia.
- Te atienden bien.

Información/Presiones

- Cercanía de una Unidad Móvil.
- Radio, TV, carteles, teléfono, otra publicidad.
- Amigos, compañeros donantes.
- Familiares cercanos donantes.
- Conocimiento del CRTS

Motivos religiosos

- Motivos religiosos

Otros

- No sabe, no contesta.
- Ningún motivo concreto.
- No hay que tener miedo.

ANEXO 7. CLASIFICACION Y AGRUPACION POR CATEGORIAS DE LA PREGUNTA ABIERTA DEL CUESTIONARIO DE DONANTES DE 1987:

- *"¿Desea añadir algo que no se le haya preguntado?"*
-

Mejorar la información

- Falta información; debe darse más información.

Mejorar el acceso-comodidad

- El banco no se desplaza cerca de su domicilio con la frecuencia que él/ella quisiera. Debe acercarse más a la gente.
- La espera durante la donación es demasiado larga.
- El equipo material debería mejorar.
- El lugar donde se realiza la colecta no le gusta.
- Las horas en que se realiza la colecta no le gustan.
- El refrigerio debería ser más copioso/mejor.
- Debe recordarse a los donantes periódicamente la necesidad de donar para que no lo olvide.

Mejorar las condiciones técnicas

- La atención médica y humana durante la donación debería mejorar.
- El volumen extraído le parece excesivo.
- Deberían hacerse análisis antes de la extracción.
- Tuvo una mala experiencia donando y ya no dona.
- Tiene miedo a los contagios.

Mejorar las recompensas

- Debería recompensarse a los donantes dejándoles entrar libremente en los hospitales.
- Debería darse a los donantes un trato especial.

Respuestas no agrupadas

- Teme que se comercie con la sangre.
- Ya no puedes donar por razones de salud.
- Otros.

ANEXO 8. CLASIFICACION Y AGRUPACION POR CATEGORIAS DE LA PREGUNTA ABIERTA DEL CUESTIONARIO DE NO DONANTES DE 1987:

- *"¿Por qué cree que hay tan pocos donantes en nuestro país?"*
-

Por miedos

- Miedo.
- A la aguja.
- A la visión de la sangre.
- Al pinchazo.
- A marearse.
- A los contagios.
- Puede ser peligroso para la salud.

Apatía, desinterés

- Apatía, desinterés.
- Pereza.

Falta de accesibilidad

- No se facilita la donación.
- No encuentra tiempo.
- El lugar no le viene bien.
- La unidad no se desplaza cerca de su domicilio.

Desconfianzas

- Desconfianza.
- Temor a que se comercie con la sangre.

Falta de beneficios

- No se recompensa
- Ni él ni nadie de su familia la ha necesitado.

Falta de información

Respuestas no agrupadas

- Ya hay bastantes donantes.
- Falta de solidaridad.
- Otras.
- No sabe, no contesta.

ANEXO 9. CLASIFICACION Y AGRUPACION POR CATEGORIAS DE LA PREGUNTA ABIERTA DEL CUESTIONARIO DE NO DONANTES DE 1987:

- *"¿Qué motivos le llevarían a hacerse donante?. Cite tres."*
-

Solidaridad/sentido del deber

- Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.
- Por deber social/moral.

Sentido de la necesidad concreta

- Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.
- Para salvar vidas.
- Para los accidentes.
- Donarla es el único modo de tenerla/no se fabrica.
- En un caso de urgencia o catástrofe.
- Porque le hiciera falta a alguien concreto que la precise.

Beneficios personales o familiares

- Porque es bueno para la propia salud.
- Porque le hiciera falta a un familiar. Porque él mismo la puede necesitar.

Accesibilidad

- Si tuviese tiempo.
- Si estuviese más cerca del lugar de donación.

Otros

- Porque es inocuo para la salud.
- Si me lo pidieran.
- Si venciese el miedo.
- Si le diesen más información.
- Si estuviese seguro de que no se comercie con ella.
- Por motivos religiosos.
- Por otros motivos.
- Si trataran mejor a los donantes.
- No puedo serlo por motivos de salud.
- Nunca seré donante.
- No sabe, no contesta.

ANEXO 10. AGRUPACION EN MOTIVACIONES "INTRINSECAS" Y "EXTRINSECAS" DE LAS RESPUESTAS A LA PREGUNTA:

- *"Recuerda qué fue lo que le impulsó a donar sangre la primera vez?"*
-

Motivaciones intrínsecas

- Para ayudar a otros/solidaridad/amor al prójimo.
- Es una buena acción.
- Por deber social/moral.
- Es bueno para la comunidad.
- Hay gente que la necesita/es necesaria/hace falta.
- Salva vidas.
- Para los accidentes.
- Para las intervenciones quirúrgicas.
- Donarla es el único modo de tenerla (no se fabrica/si no se dona, hay que comprarla)
- Por una experiencia personal/familiar de transfusión.

- Por una experiencia personal/familiar de enfermedad.
- Por satisfacción personal de ayudar a otros/Es gratificante.

Motivaciones extrínsecas

- Porque es bueno para la salud propia.
- Por dinero/recompensas materiales (refrigerio/entrar a hospitales).
- Es inocuo para la salud.
- Es un acto fácil (poco tiempo/no duele).
- No hay peligro de contagio.
- Te atienden bien.
- Cercanía de una Unidad Móvil.
- Radio, TV, carteles, teléfono, otra publicidad.
- Amigos, compañeros donantes.
- Familiares cercanos donantes.
- Conocimiento del CRTS

